GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

16

DIRIGÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.

Deuxième Série.

TOME HUITIÈME. — ANNÉE 1840.



PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

Imprimerie et Lithographie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18,
près le passage du Grand-Cerf.

(TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 4 JANVIER 1840.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'acide cyanhydrique (acide prussique). — II. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 30 décembre. — Académie de médecine : séance du 31 décembre. — III. Correspondance médicale. Lettre sur la conservation des cadavres par les injections d'arsenic. — Lettre sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans l'arrondissement de Coulommiers. — Lettre d'un médecin de province sur quelques points de l'organisation médicale projetée. — IV. Bibliographie. De l'iritide. — V. Concours pour la chaire de pathologie interne de la Faculté de Paris. — VI. Variétés. — VII. Feuilleton. Coup-d'œil sur les travaux et les événemens de l'année.

THÉRAPEUTIQUE.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE (ACIDE PRUSSIQUE); par ALFRED BECQUEREL, interne à l'hôpital de la Charité.

L'importance de la matière médicale et de l'application des agens qu'elle fournit à la thérapeutique a été certainement fort exagérée dans les siècles précédens; et cette exagération n'a pas peu contribué à y introduire une foule d'erreurs. Cette science dès le commencement du dix-neuvième siècle a été loin de jouir de la même vogue. La réaction alla peut-être trop loin, car les travaux de Broussais et de son école lui ont porté un grand coup en simplifiant les méthodes thérapeutiques. Cependant elle se releva, et fit de nouveaux progrès, mais dans une voie juste et sûre, par la découverte des alcalis végétaux dont l'introduction dans la thérapeutique a simplifié tant de formules, et rendu tant de services à l'art de guérir. Malgré cela, il est un fait qu'on ne peut nier, c'est que la science dont nous parlons maintenant est une des plus négligées et des moins connues par les jeunes praticiens. Ne doit-on pas en attribuer la cause à l'état dans lequel nous voyons cette branche des sciences médicales? Elle est, pour ainsi dire, encombrée de recherches et de travaux qui tous pour la plupart se combattent ou se contredisent; le même médicament, vanté et prescrit par les uns, est repoussé et regardé comme nuisible par les autres, souvent dans la même maladie. Quelques médecins, aveuglés par l'importance des travaux auxquels ils s'étaient livrés, se sont exagéré l'importance des effets physiologiques et thérapeutiques des médicamens dont ils s'occupaient, et les ont souvent proposés dans les maladies les plus différentes; je n'en veux citer qu'un exemple, mais il est bien décisif. C'est l'excellent dictionnaire de thérapeutique et de matière médicale de MM. Mérat et Delens; ces deux auteurs se sont imposé la consciencieuse obligation de citer tous les travaux nombreux faits sur chaque médicament; aussi après avoir terminé la lecture de chacun des articles, on est souvent étonné de voir que la même substance, en additionnant les recommandations faites par chaque praticien, a été prescrite à peu près dans toutes les maladies. L'acide prussique dont nous nous occupons ici en est un des exemples les plus frappans. Comment donc en présence de tant d'opinions diverses, appuyées souvent sur le nom d'auteurs recommandables, un jeune praticien éclairé ne doit-il pas hésiter et rejeter souvent de prime-abord ce qu'il lui est quelquefois arrivé d'avoir vu échouer dans les hôpitaux, malgré l'autorité de ces travaux antérieurs. Que penser par exemple des avantages très grands et des succès presqu'héroïques que les Anglais prétendent avoir retirés de l'emploi de la teinture de colchique dans le rhumatisme aigu et chronique où, selon eux, il serait spécifique?

M. Andral, frappé de ces mêmes vérités, a étudié, discuté, et voulu constater par lui-même l'action de plusieurs médicamens actifs, et qu'en raison même de cette activité il pensait devoir rendre de grands services à la thérapeutique; et jaloux, sans doute, d'enrichir cette science de travaux aussi importans que ceux qu'il avait faits dans la pathologie, et la clinique interne, le célèbre professeur s'est livré depuis plusieurs années à des expériences thérapeutiques sur un certain nombre de médicamens. Déjà les résultats auxquels il est arrivé avec la digitale ont été publiés, et

Feuilleton.

COUP-D'ŒIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les développemens que nous avons donnés à la première partie de cette revue ne nous ont pas permis de résumer dans un seul article les divers travaux de l'année. Nous avons moins cherché à rendre l'impression produite par chacun de ces travaux, qu'à en montrer les idées mères et les principaux résultats. Nous allons continuer à faire pour les travaux de pathologie externe, de thérapeutique, de toxicologie et autres, publiés dans le cours de 1839, ce que nous avons fait pour les recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne.

Les travaux de pathologie externe n'offrent aucun caractère général qui les distingue de ceux des années précédentes. C'est toujours l'observation individuelle, circonscrite, sans lien de communauté, parce qu'aucune vue nouvelle un peu élevée n'est venue rallier les esprits, et concentrer leurs tendances vers un même but. Mêmes idées, même manière de les appliquer; mêmes résultats, c'est-à-dire étude des lésions et des moyens de les combattre au point de vue de leurs élémens mécaniques les plus immédiats. Cette circonscription des vues et des études chirurgicales est elle-même une conséquence des idées médicales qui ont régné. De part et d'autre on s'est habitué à isoler tout phénomène morbide extérieur ou intérieur de ses rapports de connexion ou de totalité avec les parties environnantes et l'organisme entier. Toute observation, toute méthode, qui pourraient de prime-abord être appliquées aux différentes parties d'un même système, restent longtemps bornées à une fraction de ce système; une lésion, qui peut se répéter aux différentes parties du squelette, ou qui implique immédiatement des modifications primitives ou secondaires dans les organes et les tissus avoisinant son point de départ, est étudiée dans ses siéges distincts comme autant de lésions différentes, ou circonscrite dans ses effets les plus immédiats; comme si un assemblage aussi complexe de parties toutes coordonnées vers les mêmes fins pouvait être troublé dans un de ses élémens, sans que les autres participent, mécaniquement au moins, sinon essentiellement, à ce trouble. Nous le prédisons avec la certitude du résultat, parce que nous croyons pouvoir en apprécier d'avance les causes : un temps n'est pas loin où la chirurgie ressentira, comme la médecine, les bienfaits de vues plus larges et plus élevées. Mais ces changemens, d'autant moins appréciés qu'ils sont plus importans, s'effectueront à l'insu des masses; elles les subiront sans se préoccuper de leur origine. En attendant, signalons les résultats des idées actuelles, non sans montrer les efforts qui seront tentés par quelques esprits pour sortir du cercle étroit où les idées de l'époque se sont tenues parquées jusqu'ici.

Une différence, cependant, que nous devons noter entre les travaux de chirurgie et les travaux de médecine, c'est que dans les premiers, il est presque toujours impossible de séparer, comme cela a lieu dans les seconds, la science de l'art,

ils ont contribué à fixer l'opinion sur les propriétés de ce médicament; maintenant il s'occupe de la colchique. Le but de ce mémoire est d'exposer les résultats auxquels l'a conduit l'emploi de l'acide cyanhydrique à l'hopital de la Charité dans les six premiers mois de l'année 1839. Nous serons heureux si nous avons su éviter dans ce travail, les erreurs nombreuses commises par quelques uns de ceux qui ont écrit sur le même sujet, et si par les conclusions auxquelles il nous a conduit nous pouvons fixer l'opinion du public médical sur l'action de ce médicament.

Avant de commencer, je crois utile toutefois de faire un résumé historique rapide des nombreux travaux publiés sur ce sujet, résumé dont nous emprunterons la plus grande partie à l'excellent ouvrage de MM. Mérat et Delens. L'exposé que nous donnerons ensuite de nos travaux est le résultat de 60 observations.

Je diviserai cet historique en deux parties. Dans la première, je citerai les auteurs qui ont parlé des effets physiologiques de l'acide cyanhydrique, et dans la seconde, ceux qui ont traité de son action thérapeutique.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES. — Les travaux publiés sur ce sujet ont été nombreux et sont le résultat d'expériences faites sur l'homme ou les animaux.

M. Coullon (THÈSE, 1808, et plus tard dans un travail spécial, 1819), s'est beaucoup occupé de ce sujet; il a donné spécialement le résultat d'expériences faites sur lui-même. La vapeur de cet acide lui causait un sentiment de constriction dans la poitrine; il en prit des doses allant successivement de 20 gouttes à 86 gouttes d'acide de Schéele, étendu d'eau. Aux premières doses, il ne nota que l'amertume du médicament; ensuite un peu de salivation, puis des nausées; le pouls monta de 57 pulsations à 77; il se plaignit de pesanteur de tête, d'une céphalalgie durant quelques heures, et d'une anxiété précordiale alternant avec une légère douleur pulsative.

Ittner (Fribourg, 1809. ANALYSE DANS LA BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE, t. I) publia un travail dans lequel il nota les vertiges occasionnés par la vapeur ou l'ingestion de cet acide; plus tard, parurent les travaux de Magendie, de Robert de Rouen (ANNALES DE CHIMIE, 1814, t. XLV), de Scudamore. Ce dernier, après avoir donné 8 gouttes d'acides de Schéele à un enfant, signala sa faiblesse, un sentiment de froid général, et la dilatation des pupilles, phénomènes qui disparurent au bout de quelque temps. Bally signala les éternuemens causés par cet acide.

Schéele, à ce qu'il paraît, succomba à des accidens développés au milieu de ses travaux sur cet acide, et on lui attribua la cause de sa mort. Schaïnger succomba également pour s'être répandu sur le bras une certaine quantité de cet acide pur.

Les autres travaux publiés sur l'action de l'acide cyanhydrique, sont ceux de Hufeland (JOUR. DE MÉD., janvier 1815), Caran (THÈSE, 1815), Callies (THÈSE, 1816), Dablin, Cœppert, Viborg. Ce dernier nia complètement les effets de l'acide cyanhydrique, qu'il administra à des doses élevées à des animaux, sans action notable. (ACTA NOVA REGIÆ SOCIET. MED; Hafniensis, t. VI.)

M. Magendie est avec M. Coullon celui qui a le mieux étudié les propriétés physiologiques de ce médicament; il fut conduit à admettre par ses nombreuses expériences qu'il diminuait la sensibilité générale sans nuire à la respiration ni à la circulation; et il en conclut qu'il était applicable dans les cas où la sensibilité générale était augmentée d'une manière vicieuse. Selon lui, il n'excite pas la sueur.

M. Forget (BULLET. DE THÉRAPEUT., 1839), nia complètement les propriétés hyposthénisantes de cet acide.

La GAZETTE MÉDICALE a donné (2 février 1839) une analyse très détaillée d'un long travail de M. Sondsdale, sur les propriétés de l'acide prussique. Ses expériences sont fort curieuses et fort intéressantes; mais je ne crois pas devoir m'en occuper, car les effets physiologiques des médicamens sont souvent fort différens sur l'homme ou les animaux, et on ne doit pas conclure de l'un à l'autre; on ne peut en tirer que des analogies souvent lointaines et qui peuvent à peine guider dans les essais que l'on tente sur l'homme.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES. — Dans cette partie de l'historique, nous passerons en revue à peu près toutes les maladies, car il en est peu contre lesquelles l'acide cyanhydrique n'ait pas été préconisé.

M. Magendie l'emploie dans la phtisie, surtout pour calmer la toux et l'oppression; il le prescrit surtout dans les toux dites nerveuses et spasmodiques; il lui reconnaît des propriétés analogues à celles de l'opium, mais plus avantageuses. (RECHERCH. PHYSIOLOG. ET CLINIQ., Paris, 1819.) (ANNAL. DE PHYSIQUE, 1817, t. VI, p. 347.) Thomson l'emploie comme sédatif; il a guéri des phtisies trachéales, des toux nerveuses.

M. Kergadarec le regarde aussi comme sédatif; il échoue quelquefois, dit-il, mais il rapporte trois cas de coqueluche guéris par son usage. Behr de Behrnbourg (JOURN. DE HUFELAND, juillet 1820) le regarde comme succédané de l'opium; il l'emploie contre les toux nerveuses, l'hystérie, la dysmenorrhée.

Hayward (NOUV. BIBLIOTH. MÉD., 1829, t. III, p. 405) pense qu'il diminue l'incitabilité générale; il l'a prescrit avec succès contre la phtisie, les toux nerveuses, l'hystérie, la dysmenorrhée. M. Coullon le considère comme anthelmintique; carmitatif; diurétique; tonique et anti-spasmodique; il cite des coqueluches guéris par son emploi.

Berda et Bréra (1810) le prescrivirent dans les maladies sthéniques; selon eux, il calme l'action des mouvemens du cœur, diminue la réaction fébrile, et remédie aux accidens inflammatoires les plus graves.

Baéra (BIBLIOTH. MÉD., fév. 1824) cite un cas de guérison de pleuropneumonie, obtenu par la saignée et 48 gouttes de l'acide de Schéele; mais fallait-il compter la saignée pour rien? Il l'a administré avec succès et le prescrit contre les maladies du cœur, les palpitations, le squirrhe de l'utérus, le cancer, la syphilis, les ascarides lombricoïdes.

Thomson le vante contre les affections cutanées chroniques, le catharre pulmonaire. M. Bouchenel (NOUV. BIBLIOTH. MÉD., 1824) le prescrit contre le catharre pulmonaire. Elliotson cite 40 cas de dyspnée guéris par son usage, et l'emploie avec succès contre la colique de plomb.

Heincken l'a administré avec succès dans la phthisie, les hémoptysies, les toux nerveuses, la coqueluche, les maladies du cœur et les palpitations. Granville (London, 1819) a cité des cas de phthisie pulmonaire déjà parvenue à un degré avancé, guéris par l'administration de l'acide cyanhydrique. Il l'a aussi employé heureusement dans des toux spasmodiques, la coqueluche, l'asthme. Caresi (NOUV. BIBLIOTH. MÉD., 1826, t. III, p. 131) a guéri des phthisiques. Macleod (BULLET. DES SCIENCES MÉD., février 1824) cite des succès obtenus par son usage dans les maladies du cœur et les palpitations. Bayley (LOND. MED. REPORTS, avril 1828, le vante contre la dyspepsie, les affections de l'estomac. Guérin, de Mamers (BULLET. DES SCIENC. MÉD., t. IV, p. 289) l'a employé avec succès dans des cas d'irritation encéphalique, d'éréthisme nerveux, de manie et

Là où la médecine en est encore à étudier les conditions isolées des maladies, leurs symptômes particuliers, sans pouvoir s'élever au-dessus des rapports de ces symptômes entre eux, et presque jamais jusqu'à leur commune origine, jusqu'à leur cause, la chirurgie peut, dans le plus grand nombre de cas, remonter au fait primordial, ou au moins à celui qui contient le plus immédiatement une partie des phénomènes de la maladie. La conséquence naturelle de ces deux états de la science à l'égard des maladies médicales et chirurgicales est, pour les premières, un défaut de liaison entre la pathologie et la thérapeutique; et, pour les secondes, une subordination immédiate, nécessaire de l'art à la science, parce que l'un est presque toujours la conséquence naturelle de l'autre. Cette considération nous empêchera souvent de séparer, comme nous l'avons fait pour la médecine, la thérapeutique chirurgicale de la pathologie chirurgicale.

Parmi les recherches qui marquent la transition de la médecine à la chirurgie, nous rappellerons les observations de M. Guillot sur les rapports immédiats de la matière tuberculeuse avec les articulations des os longs, et le mémoire de M. Pétrequin sur les surdités par extension des engorgemens des muqueuses gutturales. M. Guillot a étudié avec soin l'origine des tubercules qu'on rencontre dans les articulations des os longs; il a constaté qu'ils proviennent en nature de l'intérieur du tissu osseux; que leur irruption se fait au moyen de petites vésicules formées par le soulèvement de la synoviale, lesquelles se rompent et donnent passage à la matière tuberculeuse. Si M. Guillot, dont le talent d'observation est incontestable, avait été mu par des vues moins circonscrites, il aurait cherché immédiatement si la matière tuberculeuse n'arrive pas de la même manière à toutes les surfaces libres, à celles des articulations des vertèbres entre elles, aux surfaces des différentes séreuses où on les rencontre, à la plèvre, au péritoine, aux méninges; peut-être aurait-il trouvé dans certains résultats communs quelques conditions communes du mécanisme au moyen duquel les tubercules sourdent à ces surfaces. Nous espérons pouvoir montrer ces conditions. Les observations de M. Pétrequin sont peut-être moins nouvelles, mais elles sont plus complètes. Cet habile chirurgien ayant remarqué que des surdités plus ou moins temporaires se développent pendant les engorgemens inflammatoires de l'arrière-gorge, et se perpétuent assez souvent à la suite de ces engorgemens, en a trouvé la raison dans les rapports de continuité et de contiguité qui unissent ces parties avec la trompe d'Eustache et la caisse du tympan. Les autopsies cadavériques n'ont pu confirmer encore l'induction de M. Pétrequin, mais la thérapeutique a suppléé à cette lumière de l'anatomie. L'application du sulfate d'alumine en gargarismes, en poudre et même à l'état solide, a triomphé de bon nombre de surdités que l'on appellera désormais *gutturales*.

Passons à la chirurgie proprement dite, et d'abord aux affections du squelette. Nous trouvons en première ligne le beau mémoire de M. Bonnet, sur les fractures du fémur et du col de l'humérus. L'idée capitale de ce travail est que la position des fragmens supérieur et inférieur du fémur, est singulièrement influencée par les mouvemens de flexion et d'extension de la colonne vertébrale, et par les mouvemens du genou et du pied. Partant de ces données, fournies par l'expérience directe (données communes à toutes les fractures), M. Bonnet a pu s'assurer que la position demi-fléchie, si aveuglément adoptée depuis Dupuytren, est aussi mal fondée en théorie qu'en pratique. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent les ingénieux développemens que l'auteur a donnés à ces deux

de coovulsions. M. Bégin l'administre dans le tétanos, M. Ferrus contre l'épilepsie. Bruni recommande les injections d'acide cyanhydrique étendu d'cau dans les cas de cancerts utérins (NOUV. BIBL. MÉD., 1828, t. III, p. 303). Frisck, de Nyherg (BOLLET. DES SCIENC. MÉD., t. I, p. 257) le prescrit à l'intérieur pour calmer les douleurs dans le cas de cancers ao seio. Berndt (MAGAZINE RUST, VII) a goéri un squirrhe de l'estomac. Schoeider, de Dusseldorf (BOLLET. DE SCIENC. MÉD., t. IX, p. 268) l'a employé avec succès contre diverses affections dartreuses. M. Fantonetti a prétendu avoir guéri plusieors phthisiques. M. Forget (BULLET. DE THÉRAP., 1839), spécialement dans le but de répéter les expériences de cet auteur, n'est arrivé à aucun résultat satisfaisant dans son emploi chez 8 phthisiques.

J'ai rapporté le plus brièvement possible les affectioos qoe les auteurs out prétendu guérir par l'emploi de l'acide cyanhydrique, et on pent voir que leurs opinions different autant que les maladics dans lesqoelles ils l'ont prescrit. Si je n'ai pas discuté le mérite de chacun d'eux, c'est que je pense que l'exposé des expériences de M. Andral les réfutera suffisamment; mais comment expliquer toutes ces dissidences, ces effets observés par les uns et niés par les antres, et cette action thérapeotique vantée contre tant de maladies différentes, tandis que quelques praticiens, les moins oombreux, il est vrai, loi refusent de telles propriétés? Nous pensons qu'on peut très facilement s'en rendre comptepar les considérations suivantes.

1° LA DIFFÉRENCE DE COMPOSITION DES ACIDES EMPLOYÉS. — Si on parcourt les travaux des auteurs que nous avons nommés tout à l'heure, oo voit que les uns ont employé l'acide pur anhydre qu'ils mélangeaient à l'eau; d'autres l'acide préparé par le procédé de Schéele; d'antres celui de Vauquelin; d'autres encore celui de M. Gay-Lussac. Ce dernier, éteodo de six fois son volume d'eao, constitoe l'acide médicinal de M. Magendie; c'est un de ceux qui ont été le plus expérimentés en France; maintenaot oo cooseille d'étendre ce même acide de Gay-Lussac de six fois son volume d'alcool, et on prétend qu'il s'altère moins facilemeot. On a aussi fait entrer l'acide cyanhydrique dans plusieurs préparations officinales, et il y existe à des doses très différentes. Le sirop d'acide prussique du codex en contient une grande quantité; c'est par suite d'une méprise sur sa compositioo que sont arrivés les accidens de Bicêtre.

Toutes ces préparations contiennent des quantités fort différentes d'acide cyanhydrique pur et aohydre, aussi éproove-t-un la plus graode difficulté à comparer les résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs, et surtout les doses qu'il leur a fallu administrer pour les obtenir; mais cette difficulté pourrait jusqu'à un certain point disparaître, s'il n'en existait une autre plus grave, qui est l'altération spontanée très facile de toutes ces préparatioos; eo voici la preuve.

L'acide cyanhydrique anhydre se décompose avec une facilité extrême, soit par l'actioo de la lumière, soit même spontanément lorsqu'il est contenu dans un vase bien clos et complètement à l'abri des rayons solaires. Mélangé à l'eau, sa décomposition est plus rapide, elle le devieot encore beaucoup plus lorsqu'il est administré dans des tisanes, des lochs, des sirops, ou d'autres préparations pharmaceutiques. Dans toutes ces circonstances, il n'est bon que très récemmeot préparé, vingt-qoatre beures après il en existe à peine des traces; cette altération est quelqoefois tellement rapide, que des auteurs ont affirmé l'avoir administré à des doses fort élevées, sans obtenir les moindres effets. On conçoit qu'en présence d'une décomposition si rapide, il ait fallu souvent des quantités fort différentes de ce médicament pour obtenir des résultats semblables.

Un autre résultat de cette facile altérabilité est plus fâcheux; je le trouve plusieurs fois consigné dans les premières expériences de M. Andral sur l'acide prussique, expériences dont les résultats m'ont été communiqués par lui-même et par M. le docteur Vernois, alors son interne. L'acide cyanhydrique médicinal de M. Magendie était administré dans des joleps gommeux, et le même flacon pouvait servir une semaine. Cet acide se décomposant lentement perdait peu à peo de son énergie, et à la fin de la bouteille, il arrivait souvent que des doses assez considérables (18, 20 gouttes daos une potion de 4 onces) ne déterminaient pas toujours des effets sensibles; mais venait-on à le changer et à le remplacer par de l'acide frais, il arrivait, lorsqu'il était administré à la même dose, ce qui s'est présenté plusieurs fois, qu'il se développa des accidens assez graves. Souvent aussi on nota qoe les dernières cuillerées d'une même potion ne déterminaient pas les mêmes effets qoe les premières. L'acide prussique mélangé récemment à l'alcool se décompose aussi spontanément, seulement l'altération est plus lente à se faire.

On peut, du reste, facilement constater la décomposition rapide de ce médicameot en voyant le liquide qui le contient preodre en peu de temps une couleur brune, iodice certain de son altération. On ne doit pas attacher une grande importance à la conservation de son odeur; car de très faibles quantités d'acide cyanhydriqoe pour le rendre très odorant une grande qoantité de liqoide.

2° MODE D'ADMINISTRATION. — L'acide cyanhydrique était administré le plus souvent dans one tisane ou uoe potion, l'altération était encore plus rapide; car les matières végétales qui y sont conteoues décomposent rapidement ce médicament, quelquefois même au bout d'un temps très court.

3° Daos la plopart des travaux que j'ai cités les observations ont été le plus souvent prises rapidement, et on s'est contenté de noter seulement les effets physiologiques les plus frappans, sans les coordonner entre eux; mais sous le point de vue de la thérapeutique, il est un fait plus grave, c'est que l'on n'a pas teno compte de l'amélioration que la seule influence du repos et de la diète produit dans les symptômes. Cette influence est très grande et se fait remarqoer d'une manière remarquable chez les malades qui entrent dans les hôpitaox; si on y ajoute les conditions hygiéniques meilleures qu'ils troovent dans ces établissemens, au lieu de la misère dans laquelle ils étaient, oo peut conjecturer qoe leur entrée à l'hôpital déterminera probablement une amélioration, dans les symptômes des maladies chroniques surtout; il faut donc oe pas l'attribuer seulement à l'action du médicament employé.

Il est une erreur que l'oo doit éviter. C'est ainsi que plusieurs médecins se guidaot sur les idées avancées par les auteurs qui les avaient précédés, et voulant voir ce qu'ils devaient ou croyaient avoir vu ont admis des effets physiologiques oo thérapeutiques qui n'existaient que dans leur imagination.

Que de causes d'erreurs dans l'ioterrogation des malades, lorsqu'il s'agit de ooter et de constater des effets quelquefois très légers qui résultent de l'actioo d'un médicament; c'est là surtoot qu'il faut se dépouiller de cet esprit de prévention dont nous parlions tout à l'heure, et qu'il faut éviter dans l'interrogatoire des malades de leur faire dire ce que l'on veut, ce qui, du reste, n'arrive qoe trop souvent. Le seul moyen, pour ne pas

---

propositions, et les moyens plus rationnels auxquels il a été conduit. Comme tout ce qui heurte d'anciennes croyances, le travail de M. Bonnet a soulevé de vives oppositions sur lesquelles nous ne pouvons encore nous prononcer; c'est à l'expérience à décider de la valeur des idées et des procédés du chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Quel qu'en soit d'ailleurs le résultat, nous ne pouvons méconnaître dès aujourd'hui la nouveauté et l'étendue des vues de l'auteur, qui, l'un des premiers, s'élance hors du cercle étroit de l'observation immédiate.

L'histoire des luxations doit quelques observations nouvelles à MM. Sédillot et Velpeau. Le premier de ces deux chirurgiens a complété la publication de ses recherches d'anatomie patholog que sur les luxations anciennes et congénitales du fémur. Contrairement à ce que Dupuytren avait établi sur le défaut d'influence des luxations congénitales sur la conformation du bassio, M. Sédillot a parfaitement démootré, et a démontré le premier d'une manière précise, que dans ces difformités, les différentes parties du bassin, aussi bien que les surfaces articulaires luxées, offrent constamment des altérations de texture, de forme et de dimension qu'il a cherché à ramener à des types détermioés. M. Sédillot a fait connaître eo outre deux nouvelles variétés de luxatioo de l'épaule et du coude, l'une, la luxation en bas, directement au-dessous de la cavité glénoïde et en avant de l'omoplate; l'autre, la luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus. M. Velpeau a également montré deux formes oouvelles de luxation de la clavicule, l'une en arrière, l'autre de gauche à droite; et M. Lawrence un exemple de luxation congénitale de l'épaule.

C'est ici le lieu de rappeler les opérations remarquables pratiquées par MM. Lisfranc et Velpeau pour remédier à plusieurs maladies des mâchoires. Ces deux chirurgiens ont fait, dans le courant de l'année, plusieurs opérations de résection du maxillaire inférieur, par des procédés qui leur sont propres. Le célèbre chirurgien de la Pitié, à qui cette opération est pour ainsi dire familière, a présenté à l'Académie une jeune femme à laquelle il avait enlevé la moitié de la mâchoire inférieure avec désarticulation d'un des condyles. Plus tard il a fait avec un égal succès la même opération à une femme de 38 ans, pour un cas pathologique des plus rares et des plus graves qui aient été mentionnés dans les annales de l'art. Il s'agissait d'une tumeur intrà-maxillaire ayaot le volume de la tête d'un enfant et s'étendant depuis l'os de la pommette jusqu'à l'union de la moitié supérieure du cou avec la moitié inférieure. L'opération, entourée des plus graods dangers, mais sur l'opportunité de laquelle un grand oombre de chirurgiens des hôpitaux avaient été appelés à donner leur avis, a été couronnée du plus grand succès. L'habile professeur a fait, à cette occasion, des leçons du plus haut intérêt sur plusieurs maladies peu connues de l'os maxillaire, et il a indiqué les moyens de les distinguer des ostéo-sarcomes, avec lesquels elles sont souvent confondues. Des opérations analogues, mais pour des cas moins graves, ont été pratiquées par M. Velpeau, à l'aide d'un oouveau procédé. Une incision courbe, étendue de l'apophyse mastoïde au menton, et passant par la régioa sus-hyoïdienne, permet de relever aussi haut qu'on le désire, un large lambeau en demi-lune et de découvrir toute la tumeur sans inciser la lèvre ioférieure. Avec la scie à chaîne on divise l'os. Le lambeau retombe de lui-même, et nulle cicatrice ne paraît sur le visage. Trois applications de ce procédé, qui pourrait presque passer pour une méthode, attestent son efficacité. M. Velpeau a encore fait l'amputatioo de la mâchoire supérieure en totalité, par un procédé nouveau, chez un homme âgé de 53 ans. Une seule

la commettre, est d'interroger successivement tous les organes, toutes les fonctions, pour en tirer ensuite l'altération qu'ils ont pu subir par l'introduction du médicament dans l'économie animale.

Les malades ne doivent pas surtout être prévenus qu'on emploie un médicament inusité ou très actif, car alors leur imagination frappée travaille, et on peut voir se développer chez eux des effets produits par ce trouble et non par l'agent thérapeutique. Je puis citer ici un exemple bien frappant : lorsque M. Andral commença les expériences dont nous allons rendre compte, on sut bientôt dans la salle des femmes que l'intention du médecin était d'essayer un médecin était d'essayer un médicament nouveau et très actif; on prescrivit néanmoins l'acide cyanhydrique à deux femmes, l'une âgée de 21 ans, l'autre de 38. La première était affectée d'une maladie nerveuse assez vaguement dessinée, et spécialement caractérisée par des douleurs changeant de siége et parcourant successivement les diverses parties du corps; la deuxième était affectée d'emphysème pulmonaire déjà parvenu à un degré avancé; toutes deux présentaient un tempérament éminemment nerveux. Lorsqu'on arriva à prescrire six gouttes d'acide cyanhydrique dans quatre onces d'eau pure, dose bien faible et à laquelle on voit bien rarement se développer des effets sensibles; il se développa des accidens nerveux, fort intenses, mais d'une toute autre nature que ceux qui suivent ordinairement l'administration de l'acide prussique; ils furent tels qu'on cessa immédiatement son emploi.

5. Plusieurs auteurs ont déduit et décrit les effets physiologique de ce médicament d'après des expériences faites sur eux-même; c'est une conclusion que nous ne pouvons admettre, car l'imagination joue un trop grand rôle dans l'appréciation des effets d'un agent thérapeutique pour qu'elle ne les exagère ou ne les change pas un peu.

6. On a encore conclu des résultats obtenus chez les animaux à l'homme; nous ne pouvons l'admettre; car indépendamment de la différence d'organisation, d'impressionabilité et des doses fort différentes qu'il faut employer chez les uns et chez les autres, dans les nombreuses expériences faites sur les animaux avec l'acide cyanhydrique, on ne constate que les effets les plus forts et les plus frappans, et comme ils ne peuvent évidemment nous rendre compte de leurs sensations, il est impossible d'analyser une foule de phénomènes peu importans en apparence; on ne peut observer que les effets déterminés par une dose élevée de l'acide, dose capable de déterminer des convulsions, l'abolition de la contractilité musculaire ou la mort. De telles expériences ne peuvent éclairer que la toxicologie.

Voilà bien des causes d'erreur, dont une peut-être suffirait pour apporter des doutes dans les résultats obtenus. Si les expériences dont nous allons rendre compte ont été tentées, c'est que nous avons pensé pouvoir les éviter.

En effet, l'acide que nous avons employé est l'acide cyanhydrique (1), préparé d'après le procédé de Gea-Pessina. Une énumération rapide de ses propriétés montrera que par son usage on évite tous les inconvéniens attachés à l'emploi des autres préparations.

Cet acide n'est point un mélange d'acide cyanhydrique et d'eau; c'est une combinaison, c'est un hydrate d'acide cyanhydrique constitué par 5 atomes d'eau et 1 d'acide anhydre; il en résulte qu'il ne s'altère pas lorsqu'il est simplement mélangé avec l'eau; nous nous sommes servi de ce médicament préparé dans la fabrique de MM. Robiquet, Boyveau et comp. Conservé dans un flacon de verre coloré, il peut rester six mois sans s'altérer, et si on l'examine à cette époque on voit qu'il a gardé sa transparence parfaite et toutes ses propriétés. Pour nous mettre davantage à l'abri de toute cause de décomposition, l'acide employé par nous était renouvelé tous les huit jours et renfermé dans des flacons de verre colorés en bleu foncé. Nous avons successivement essayé de l'administrer dans des tisanes, des potions, des juleps, mais constamment l'influence de ce mélange était telle qu'il commençait à s'altérer au bout de très peu de temps, et que les dernières cuillerées de la potion étaient loin d'avoir la même énergie que les premières; nous avons été conduit à le mélanger avec l'eau pure; il ne commence alors à s'altérer spontanément qu'au bout de trente-six heures; mais comme chaque potion ne doit être conservée que pendant vingt-quatre heures au plus, on est certain d'avoir l'acide pur et d'observer ses effets véritables; nous pouvons invoquer à l'appui de ce que nous avançons, la constance des effets physiologiques avec des acides différens et des cuillerées différentes de la même potion, et l'influence complètement nulle de l'emploi d'acide frais; on en administrait le même nombre de gouttes que celui du flacon qu'on venait de terminer, et les effets restaient les mêmes.

Tous les jours les potions étaient préparées par moi; on mettait dans des bouteilles spéciales contenant 4 onces d'eau pure, le nombre de gouttes convenable; chaque flacon portait le numéro du lit du malade, et la potion lui était remise comme celles qui venaient de la pharmacie; on évitait ainsi un des inconvéniens déjà signalés, c'est-à-dire l'influence exercée sur l'imagination des malades. Enfin les observations étaient recueillies tous les jours par moi, et toutes les fonctions des malades interrogées, de manière à noter les changemens les plus petits et les moins sensibles qu'elles pouvaient présenter.

C'est en prenant de telles précautions que nous pensons avoir évité les causes d'erreurs dans lesquelles sont tombées un certain nombre d'auteurs. Je dois ajouter que j'ai été puissamment aidé dans des recherches aussi longues et aussi minutieuses par MM. Chariol et Costhiles, élèves externes des hôpitaux.

Doses. — L'acide cyanhydrique, préparé d'après le procédé de Gea-Pessina se présente toujours avec des caractères tellement identiques, que l'on peut compter sur la constance de ses effets, et que chez le même

(1) Voici le procédé de Gea-Pessina : Prenez proto-cyanure de fer et de potassium, 18 parties; acide sulfurique à 66°, 9 parties; eau, 12 parties; on étend l'acide sulfurique avec l'eau, et quand il est refroidi, on l'introduit dans une cornue en verre tubulée, que l'on place sur un bain de sable; on y introduit le prussiate pulvérisé et on agite avec une baguette de verre, de manière à avoir un mélange exact. On adapte à la cornue une allonge et un récipient, et on lute les jointures avec du papier et de la colle. Après quinze à seize heures, on entoure le récipient de glace, et on distille à une douce chaleur, de manière à retirer la plus grande partie du liquide. Préparé de cette manière, il contient souvent des quantités d'eau assez différentes; mais il existe plusieurs moyens de reconnaître sa richesse et de le ramener ensuite au même degré de concentration. Celui préparé chez MM Robiquet et Boyveau dont nous nous sommes servi était toujours ramené au sixième, c'est-à-dire qu'il y avait 5 atomes d'eau et 1 d'acide anhydre.

---

incision tirée de la commissure labiale à la tempe met à même de relever tout le masque du visage et d'enlever l'os avec les autres parties malades.

Nous ne ferons que mentionner les essais tentés par plusieurs chirurgiens pour guérir les difformités suites d'ankyloses, soit de la continuité, soit de la contiguité des os. Ces essais, trop récens pour être appréciés convenablement, seront examinés et discutés avec la sévérité qu'exige l'importance de la matière.

Nous laissons à d'autres le soin de rappeler et d'apprécier nos propres travaux, relatifs à plusieurs difformités du squelette et aux affections des muscles qui les déterminent.

Les tumeurs cancéreuses de la peau ont inspiré à M. Jobert, de Lamballe, des expériences curieuses propres à déterminer l'influence de la circulation artérielle et de l'innervation sur leur développement. Cet habile chirurgien annonce avoir vu la suppuration changer complètement d'aspect, d'ichoreuse qu'elle était, devenir de bonne nature par la ligature des artères, et la douleur disparaître par la section des nerfs. Si ces résultats se confirment, ils auront une grande importance.

Les maladies des vaisseaux n'ont été l'objet d'aucun travail spécial. Dans un mémoire sur le traitement des varices, M. Bonnet, de Lyon, a cherché à démontrer qu'il était souvent utile de combiner la méthode des épingles et de la potasse. MM. Velpeau, Jobert, Bulckrens, Fearn, Siciliani, Mouret, Médora, ont répété avec plus ou moins de succès la ligature des artères carotide primitive, sous-clavière, iliaque externe et fémorale, pour diverses maladies de ces vaisseaux.

L'ophthalmologie a presque sommeillé cette année. A part quelques observations de M. Carron du Villards sur les épanchemens sanguins du globe de l'œil, et spécialement de la choroïde et de l'humeur vitrée, tout ce qui a été fait dans cette branche de la pathologie se borne à quelques améliorations thérapeutiques. Les médecins belges ont continué leurs intéressantes expériences sur le traitement des granulations palpébrales par la cautérisation. Aux observations de MM. Fallot, Lutens, Sotteau et Loiseau, il faut ajouter celles de M. Florent Cunier sur la cautérisation de ces petites tumeurs par l'acide phosphorique. M. Payan, d'Aix, a employé avec succès contre l'ophthalmie scrofuleuse l'hydrochlorate de Baryte, dont l'efficacité avait été mise hors de doute par MM. Pirondi et Lisfranc dans les engorgemens articulaires de même nature. MM. Bouchacourt et Velpeau ont fait connaître chacun de leur côté un procédé nouveau pour guérir l'ectropion. Le procédé de M. Bouchacourt consiste à enlever un lambeau lozangoïde sous la paupière renversée. En rapprochant les lèvres de la plaie, la paupière est refoulée en haut; le retrait de la cicatrice, son induration, consolident la guérison de la difformité, en s'opposant, à la façon d'un pilier solide, à son abaissement ultérieur. Dans le procédé de M. Velpeau analogue à celui de M. Bouchacourt, mais peut-être encore plus simple, la paupière déformée est relevée dans un V de tégumens. Enfin M. Furnari a proposé une nouvelle méthode d'opérer la cataracte. Cette méthode, appelée par l'auteur Keratotomi-Kystotritie (la chose nous paraît meilleure que le nom), réunit dans le même temps l'incision de la cornée et de la capsule cristalline, à l'aide d'un kératotome à double lance, et écrase le cristallin et sa capsule à l'aide d'un kystotriteur. On extrait les fragmens par la petite ouverture faite à la cornée. Cette ingénieuse combinaison de moyens paraît offrir tous les avantages de l'extraction, sans en avoir les

individu et porté aux mêmes doses, il donne lieu à des résultats semblables.

On commençait en général par la dose de 4 gouttes dans 4 onces d'ean pure, et on élevait successivement cette quantité de 2 gouttes en 2 gouttes jusqu'à ce qu'on fût arrivé à 14. Ensuite on ne s'élevait plus que goutte par goutte.

On ne peut dépasser 22 on 24 gouttes. Deux fois on a été à 28, mais des acccidens très graves se sont développés.

La potion s'administrait par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures. Voici un tableau qui donnera la quantité d'acide anhydre contenue dans chaque cuillerée avec des quantités différentes de gouttes de l'acide de Gea-Pessina.

Onces d'eau.	Nombre de gouttes d'acide de Gea-Pessina.	Quantité d'acide anhydre contenue dans chaque potion.	Quantité d'acide anhydre contenue dans chaque cuillerée de la potion.
4	6 gouttes.	1,2 grains.	0,12 grains.
4	8 —	1,6 —	0,16 —
4	10 —	2,0 —	0,2 —
4	12 —	2,4 —	0,24 —
4	14 —	2,8 —	0,28 —
4	16 —	3,2 —	0,32 —
4	18 —	3,6 —	0,36 —
4	20 —	4,0 —	0,40 —
4	22 —	4,4 —	0,44 —
4	24 —	4,8 —	0,48 —
4	26 —	5,2 —	0,52 —
4	28 —	5,6 —	0,56 —

C'est à la dose de 8 à 10 gouttes que l'on commence à observer quelques symptômes, tels qu'un sentiment de chaleur épigastrique, ou des bouffées de chaleur. De 18 à 20 gouttes, l'action est le plus souvent telle qu'on peut encore considérer le médicament comme agent thérapeutique, mais qu'on ne pourrait en élever la dose sans le voir devenir agent toxique.

Il est difficile d'établir une règle fixe sur la dose à laquelle il faut arriver pour déterminer tels ou tels effets; il existe trop de différences individuelles pour poser quelques règles fixes à cet égard; nous pouvons seulement dire ici, comme un fait général qui souffre cependant quelques exceptions, qu'il faut employer des doses moins considérables chez les femmes que chez les hommes pour déterminer des effets analogues. Leur tempérament nerveux en est probablement la cause. On peut quelquefois arriver à des doses assez fortes d'acide cyanhydrique, 18, 205, 225, et n'observer que des effets physiologiques bien légers qui encouragent à porter la dose plus haut; mais dans quelques-uns de ces cas, il suffit de l'augmenter d'une goutte pour voir éclater des accidens formidables; nous donnerons plus bas deux exemples de ce fait remarquable.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

1° EFFETS DU MÉDICAMENT SUR CHAQUE SYSTÈME D'ORGANES, OU CHAQUE ORGANE CONSIDÉRÉ ISOLÉMENT.

TUBE DIGESTIF. — BOUCHE. — On doit signaler en première ligne le dégoût de quelques malades pour avaler la potion qui contient l'acide prussique. Un certain nombre ne l'éprouve pas, ou bien il ne se montre que lorsque l'administration en a été continuée un certain temps; ils se plaignent d'une saveur désagréable, d'une sensation de chaleur dans la cavité buccale; quelquefois il y a momentanément une augmentation de la sécrétion salivaire, mais il s'en faut de beaucoup que ce dernier effet se soit montré fréquemment. L'appétit n'est le plus souvent ni augmenté, ni diminué. On voit quelques malades accuser la sensation d'un estomac creux, qu'il faut rapporter à l'action du médicament sur ce viscère.

PHARYNX ET ŒSOPHAGE. — Lors du passage de l'acide cyanhydrique dans ces parties, quelques malades se plaignent d'une sensation de chaleur.

ESTOMAC. Un des effets les plus généraux et les plus constans, signalés par presque tous les malades qui ont été mis à l'usage de ce médicament, c'est la sensation de chaleur épigastrique qui suit l'ingestion de chaque cuillerée; elle est quelquefois telle que les malades se plaignent d'un sentiment de brûlure dans l'estomac; ils ont là, disent-ils, un fer chaud; cette chaleur est dissipée presque toujours assez facilement; elle dure de cinq à dix minutes; rarement elle dépasse ce dernier terme. Tantôt elle reste bornée à cette région; dans d'autres cas elle monte à la tête, et l'expression *bouffées de chaleur* est le mot dont se servent beaucoup de malades pour exprimer l'impression qu'ils ressentent; souvent aussi sa chaleur bornée d'abord à l'épigastre se répand dans tout l'abdomen et le thorax; dans d'autres cas presque aussi fréquens, on la voit devenir générale. La dose à laquelle il faut monter pour déterminer tel ou tel de ces effets n'est pas constante: elle varie selon les individus; le plus souvent avec 8 ou 10 gouttes les malades se plaignent de la chaleur épigastrique. La sensation d'*estomac creux* que nous signalions plus haut coïncide quelquefois avec une augmentation de l'appétit.

INTESTINS GRÊLES ET GROS INTESTINS. — Trois malades se sont plaints de coliques, qui, disaient-ils, se développaient après l'ingestion de chaque cuillerée. L'un d'eux avait des selles normales; les deux autres étaient affectés de diarrhée; une sensation de chaleur accompagnait chaque fois ces coliques; un des trois malades, phtisique très avancé, âgé de 27 ans, avait, après chaque cuillerée, une petite colique, une sensation de chaleur abdominale, puis une selle liquide. A l'autopsie, qui fut faite plus tard, on constata l'existence de nombreuses ulcérations intestinales.

SYSTÈME CIRCULATOIRE. — Quelques malades se sont plaints de battemens de cœur. Ces palpitations, qui suivaient la prise d'une cuillerée de la potion, se montraient presque toujours en même temps que la chaleur épigastrique, en général, et cessaient avec elle. Elles ont été très violentes chez deux malades auxquels on en administra une potion de 28 gouttes, et qui furent en proie à des accidens très graves. C'est encore dans ces deux derniers cas seulement qu'on observa une modification momentanée dans la force at la fréquence du pouls. Lorsque les doses d'acide cyanhydrique

inconvéniens.—N'est-ce pas le lieu de rapporter la belle cure d'une amaurose complète obtenue immédiatement par les grandes ventouses de M. Junod?

Les maladies des organes génito-urinaires ont été l'objet de recherches soutenues et d'innovations heureuses. M. Mercier a montré que la rétention et l'incontinence d'urine chez le vieillard sont presque toujours deux périodes du même mal. Celui-ci consisterait surtout dans l'hypertrophie de la prostate. M. Civiale a donné de bons mémoires sur la gravelle blanche ou phosphatique et sur les calculs de cystine. Un de nos jeunes chimistes les plus distingués, M. Pelouze a enrichi ce dernier travail du résultat de ses analyses. — A propos de calculs, M. Bouchacourt a montré tout le parti qu'on peut retirer d'observations précises appliquées à des cas nettement déterminés. Ses judicieuses remarques sur les calculs encaissés ont fait voir que ces sortes de pierres, logées dans le bas-fond de la vessie, derrière la prostate, difficiles à atteindre et accompagnées de désordres graves, irritation, suppuration, ulcération, végétations fongueuses des parois de la vessie, exigent des moyens et des précautions de traitement analogues, parallèles aux complications de la maladie principale.—La connaissance et le traitement des rétrécissemens urétraux sont en voie de progrès. MM. Reybard (de Lyon), Despierris (de la Nouvelle-Orléans), Payan (d'Aix) et Guillon (de Paris) ont proposé de nouveaux perfectionnemens aux traitemens déjà usités ou même des traitemens nouveaux. Aux méthodes de la dilatation, de la cautérisation et de l'incision telles qu'elles étaient connues, M. Payan a ajouté la dilatation graduée coup sur coup; M. Despierris le massage, et MM. Reybard, Despierris et Guillon s'accordent à donner la prééminence à l'urétrotomie. L'expérience seule peut prononcer sur la valeur relative de ces moyens; mais ne peut-on pas conclure, d'après ce qui se passe ailleurs, que le cathétérisme forcé de M. Mayor, que le cathétérisme classiquement gradué, que celui de M. Payan, que la cautérisation de Ducamp avec les perfectionnemens qu'elle a subis, que les mouchetures et incisions, auront leur utilité spéciale, suivant qu'il s'agira de telle ou telle sorte de rétrécissement, de telle ou telle sorte d'obstacle, spasmodique, fongueux, valvulaire, fibreux ou cartilagineux. En vingt-quatre heures, un bon esprit avec des faits bien tranchés mettrait fin à toutes ces discussions, et rendrait autant service à la science qu'à l'humanité. Ajoutons toutefois que la méthode des incisions contre laquelle s'élevaient de fortes préventions, paraît nantie de faits irrécusables en faveur de son efficacité là où les autres méthodes restent impuissantes ou temporairement palliatives.—La lithotritie a fait une bonne acquisition dans l'instrument à pression et percussion combinées de M. Leroy; du moins telle est la déclaration de M. Larrey au nom de la commission de l'Académie des sciences.

Passons, en mentionnant les insufflations de poudre mercurielle dans le traitement des excoriations du col de l'utérus proposées par M. Trousseau, à une tentative infructueuse, mais des plus hardies et des plus originales, exécutée par M. Récamier pour la guérison d'un kyste abdominal. Il s'agissait d'une de ces maladies contre lesquelles il n'y a ni règles, ni remèdes, ni moyens de valeur quelconque. Connaissant toute l'inefficacité et le danger des ponctions directes, l'ingénieux praticien a imaginé de traverser et de vider un kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, en pénétrant par la ligne blanche, et venant ressortir à la partie supérieure du vagin, en passant derrière l'utérus. Des circonstances étrangères à l'opération l'ont empêché de réussir; mais l'idée est donnée; elle sera reprise, nous n'en doutons pas, avec succès, si elle ne l'a été déjà. M. Réca-

sont modérées; son influence sur le pouls est nulle; le mouvement fébrile n'est aussi nullement modifié par lui.

Il m'est fréquemment arrivé de compter le pouls pendant la période de chaleur; malgré l'état ou l'espèce d'agitation momentanée qui suit la déglutition de chaque cuillerée, je n'ai, le plus souvent, constaté aucun changement. Chez les deux malades que j'ai cités, il était en rapport avec l'état du cœur, et présentait une force et une fréquence qu'il était loin d'avoir avant. Cette modification ne fut également que momentanée; si elle n'a pas été observée dans les autres cas, on ne peut en conclure qu'elle n'existait pas, mais qu'elle était très faible et échappait à nos moyens d'investigation; chez deux malades hystériques, l'ingestion de chaque cuillerée de la potion était suivie de violens étourdissemens, avec menace de syncope; cet état ne durait que deux à trois minutes et était accompagné d'une diminution dans la force du pouls, mais non dans sa fréquence; on le sentait sous le doigt reprendre ses caractères normaux, lorsque les étourdissemens cessaient.

CHALEUR DE LA PEAU. — Nous avons déjà parlé de la chaleur épigastrique bornée à cette région, ou s'irradiant dans les parties voisines, ainsi que les poussées de chaleur; nous devons dire maintenant quelques mots de la chaleur générale qui suit très souvent l'ingestion de chaque cuillerée de la potion d'acide cyanhydrique. Cette impression ressentie par le malade ne se montre pas toujours à la même dose; quelquefois c'est à 8, 10, 12, 14 gouttes; dans quelques cas, elle ne se montre qu'à 16 ou 18 gouttes, alors qu'il existe en même temps d'autres symptômes; son intensité varie, quelquefois c'est une sensation légère, fugitive, à peine sensible et sur laquelle on est presque obligé d'appeler leur attention; dans d'autres, au contraire, elle est très intense; nous avons observé un phthisique, âgé de 29 ans, ressentir, après chaque cuillerée d'acide, une telle impression de chaleur, qu'il se plaignait d'être brûlant et obligé d'enlever ses couvertures pour se soulager un peu; ce malade put néanmoins continuer de prendre sa potion. Chez un autre, son influence fut analogue et l'impression de chaleur tellement forte qu'on fut obligé de cesser l'acide cyanhydrique. Chez le premier de ces malades, cette chaleur fut plusieurs fois suivie d'une sueur assez abondante.

Plusieurs fois j'ai fait placer un thermomètre sous l'aisselle des malades qui présentaient de tels accidens; il indiqua à peu près le même degré que dans l'état normal. Chez les deux malades sur lesquels nous reviendrons, et qui présentèrent des accidens graves à la suite de l'administration des 28 gouttes dans une potion, la température de la peau s'éleva fortement, et était très sensible pour la main appliquée sur la peau des malades; leur état d'agitation s'opposa à ce que cette température fût mesurée; au bout d'un quart d'heure de durée, il se manifesta une sueur très abondante, qui les obligea de changer de chemise; ces deux exemples nous prouvent que dans les effets au maximum de ce médicament, il y a réellement augmentation de température de la peau, et que dans les autres cas, elle est trop faible pour être perçue par un instrument tel que le thermomètre; cette augmentation de chaleur faible ou très forte, coïncide le plus souvent avec les battemens de cœur, lorsqu'ils existent.

SYSTÈME RESPIRATOIRE. — Nous avons observé deux ou trois malades qui se plaignaient d'une dyspnée plus forte après chaque cuillerée d'acide; mais ces individus présentaient une affection des organes respiratoires (emphysème et phthisie); quant aux autres, on n'observa rien de semblable et le nombre des inspirations n'éprouva aucun changement.

SYSTÈME NERVEUX. — L'un des phénomènes les plus fréquens, et les plus constans qui se montrent, même aux doses les plus faibles d'acide cyanhydrique, ce sont les vertiges; ils existent quelquefois seuls, mais souvent ils coïncident ou suivent la sensation de chaleur épigastrique et les bouffées de chaleur. De tels étourdissemens se montrent après l'ingestion de chaque cuillerée de la potion; mais ils peuvent aussi exister dans d'autres circonstances. Ainsi, quand l'individu est pour ainsi dire saturé d'acide cyanhydrique, et que l'action continue de ce médicament tend à s'établir, les vertiges reparaissent et coïncident du reste avec d'autres symptômes nerveux plus graves.

On observe souvent de la céphalalgie; cette sensation morbide, faible dans quelques cas, n'est accusée par les malades que comme simple pesanteur de tête; d'autres fois elle est plus forte, mais jamais elle ne présente à un haut degré d'intensité. Elle se montre tantôt d'une manière continue, tantôt seulement après chaque cuillerée. Aucun malade ne s'est plaint de bourdonnemens d'oreille et de tintemens.

Il est un certain nombre, lorsqu'on arrive à une dose un peu forte et continue pendant quelque temps, à 18 ou 20 gouttes par exemple, qui présentent des troubles du système nerveux, d'une manière continue et complètement indépendante de l'ingestion de chaque cuillerée. Ces accidens sont les suivans:

1° LES DOULEURS DES MEMBRES. — Elles se présentent avec des caractères variables; tantôt ce sont des douleurs confuses tantôt des crampes;

2° La fatigue générale; la sensation d'accablement;

3° Quelques malades se plaignent d'engourdissemens dans les jambes ou les bras;

4° LA SOMNOLENCE. — C'est un des accidens les plus fréquens et qui caractérisent l'action continue de l'acide cyanhydrique, ses propriétés hyposthénisantes, comme plusieurs auteurs les ont appelées.

5° LA TENDANCE AUX SYNCOPES. — C'est plus rare; quelquefois les malades se plaignent d'anéantissement, de faiblesse générale portée au dernier point;

6° Le tremblement des membres et les accidens convulsifs se sont montrés chez les deux malades qui ont pris la dose la plus forte possible d'acide cyanhydrique (285); mais nous reviendrons sur ces derniers.

COMBINAISON DES EFFETS ISOLÉS DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR CHACUN DES ORGANES.

Les nombreux effets que nous venons d'étudier peuvent se réunir les uns aux autres, se grouper deux à deux, trois à trois, ou même plus, et il en résulte autant de formes particulières, qui se ressemblent quelquefois si peu entre elles, qu'on pourrait presque les considérer comme différentes chez chaque individu en particulier; l'idiosyncrasie et la constitution en est peut-être la cause. On peut cependant les ramener à quelques types que nous essaierons de représenter.

1° Chez quelques malades il y a une sensation de chaleur épigastrique;

2° Chez d'autres, cette chaleur monte à la figure sous forme de bouffées; il y a alors des vertiges, de la pesanteur de tête, qui peuvent aussi persister avec la chaleur devenue générale;

3° Chez d'autres individus la sensation de chaleur épigastrique devient

---

mier a proposé pour les kystes uniloculaires de l'ovaire la méthode qu'il a imaginée pour l'ouverture des abcès du foie: application des plus heureuses et des plus importantes, si elle ne rencontre pas plus d'obstacles que la théorie n'en fait prévoir.

En tête des travaux relatifs aux maladies chirurgicales de l'intestin, nous placerons les recherches si activement continuées de M. Malgaigne sur les hernies. L'étude de ces affections dans leurs rapports avec l'âge, le sexe, la profession, les lieux d'habitation, en un mot, avec les diverses circonstances qui peuvent faire varier leurs caractères et éclairer le mécanisme de leur développement, a été poursuivie avec cette ténacité, cette abondance de preuves qui n'appartiennent qu'à l'auteur. Les observations de M. Malgaigne se présentent en effet avec un caractère d'authenticité et de rigueur qu'on ne rencontre presque nulle part. Elles laisseraient peu de chose à désirer, si les rapports que ce chirurgien cherche à établir avaient une signification plus élevée, et s'il indiquait un lien quelconque entre ses déterminations statistiques et les faits primordiaux de la maladie. Cette remarque s'applique aux études du même auteur sur la fréquence des fractures par rapport à la saison, aux âges, au sexe, aux différentes parties du squelette et à ces divers élémens combinés entre eux. Tous ces résultats, rigoureusement établis d'après les faits sur lesquels ils portent, absolument vrais, si l'on veut, quant à l'histoire naturelle de la maladie, ne sont que curieux, et toujours parmi les préliminaires d'une science empirique. Nous n'en dirons pas autant des remarques pratiques du même chirurgien sur la bonne manière de confectionner et d'appliquer les bandages herniaires. Astley Cooper avait déjà dit, mais M. Malgaigne a montré, avec de nouvelles preuves, que la compression dans les hernies inguinales doit porter non seulement sur l'un et l'autre des deux orifices du canal herniaire, mais sur toute son étendue.

Le même sujet a inspiré à MM. Diday, Signoroni, Ferrari, Walther, des observations sur les différens modes de traitement à adopter, soit pour la guérison radicale des hernies réductibles, soit pour le débridement des hernies étranglées. Nous ne nous arrêterons pas à reproduire les diverses tentatives presque toutes infructueuses faites pendant le cours de cette année, comme dans les précédentes, pour remplir le premier de ces deux buts. Malgré les brillans essais, mais brillans en espérance seulement, qu'on a renouvelés de nos jours, cette branche de l'art est ce qu'elle était au temps de J.-L. Petit et de Desault. Il en est à peu près de même des méthodes de débridement. M. Diday a cherché avec raison à faire prévaloir le débridement sans ouverture du sac dans les cas où il est praticable. L'un de nos correspondans, M. le docteur Ordinaire, nous a communiqué un cas remarquable de guérison par cette pratique. Nous persistons à croire qu'à la méthode sous-cutanée est réservée la gloire de résoudre ces deux grandes difficultés.

Nous ne pouvons mieux clore cet inventaire des productions chirurgicales de l'année que par les deux opérations d'anus artificiel pratiquées si heureusement par M. Amussat. Nos lecteurs se rappellent les circonstances de ces deux faits remarquables. La différence du procédé imaginé par M. Amussat est peu de chose en apparence, mais ce peu de chose est capital. Il diffère du procédé de Callisen en ce que l'incision est transversale au lieu d'être verticale: par cette dernière on manque souvent le but, c'est-à-dire on passe à côté de l'intestin. Quant aux avantages que le procédé de M. Amussat présente sur celui de Littre,

bientôt générale et s'accompagne de vertiges, et de quelques battemens de cœur. On voit dans quelques cas ces accidens se terminer par une sueur le plus souvent peu intense, qui en est comme la crise.

4. Chaleur locale, puis générale; vertiges, pesanteur de tête et légère somnolence; quelquefois cette somnolence est plus forte, et le malade présente une tendance à la syncope. Nous l'avons vue survenir chez deux femmes, l'une hystérique, l'autre affectée d'emphysème pulmonaire, mais d'un tempérament nerveux très caractérisé.

Dans ces deux modes d'actions, il y a évidemment d'abord action locale, puis ensuite action générale excitante; cette dernière peut rester là, et quelquefois seulement alors l'action sédative se montre, mais elle est consécutive. Cette action s'établit d'une manière bien manifeste lorsque l'acide cyanhydrique agit d'une manière continue. Du reste, dans quelques-uns de ces cas, on pourrait comparer l'action d'une cuillerée de la potion à une fièvre intermittente en miniature, moins la période de frisson. Voici ce que nous avons observé chez quelques malades: chaleur locale, puis générale, accompagnée de céphalalgie, avec sensation de malaise. La chaleur générale était pour le malade le phénomène le plus saillant. Au bout d'un quart d'heure une sueur plus ou moins abondante venait terminer cet ensemble de symptômes.

Lorsque l'acide cyanhydrique est administré à une certaine dose, on voit chez quelques malades seulement l'action du médicament s'établir d'une manière continue; les phénomènes qu'on observe alors sont les suivans: sensations de fatigue générale, d'accablement; somnolence, vertiges et pesanteur de tête; douleurs confuses des membres; plus rarement des crampes et des syncopes.

Pour terminer l'étude de ces combinaisons, je rapporterai brièvement l'histoire de deux malades qui ont été exposé à des accidens assez graves.

OBS I. — Bonbois, cordonnier, âgé de 24 ans, est affecté de tubercules au deuxième degré; quelques petites excavations existent déjà au sommet des poumons; il présente en même temps une extinction de voix. Ce jeune homme conserve encore ses forces; il se lève, se promène toute la journée, et a de l'appétit; il tousse beaucoup. On le met à l'usage de l'acide cyanhydrique, qu'on élève successivement jusqu'à 26 gouttes dans une potion, après avoir commencé par 8. A cette dose, aucune amélioration ne s'était fait sentir, et l'influence du médicament avait déterminé les effets suivans: chaleur épigastrique, bouffées de chaleur et vertiges, somnolence légère et sensation de fatigue et de courbature. Ces deux derniers symptômes étaient l'indice de l'action continue de l'acide; néanmoins ils étaient peu intenses. On augmente la dose de 2 gouttes; elle fut donc portée à 28. Les deux premières cuillerées lui causèrent des étourdissemens. A la troisième, les symptômes suivans se développèrent avec une grande rapidité: étourdissemens violens, grand frisson, agitation extrême, convulsions des membres, yeux tournés en haut.

Arrivé à cet instant, je pus constater son état; il revenait un peu à lui; ces accidens avaient duré trois minutes à peu près et s'étaient terminés par des vomissemens abondans; mais tout son corps tremblait comme dans un frisson violent, les yeux étaient un peu hagards; je l'interrogeai, et il lui fut impossible d'articuler le moindre son. Le cœur présentait une impulsion extrêmement forte et semblait bondir dans la poitrine. Le pouls extrêmement fort, dur et résistant, battait 140 pulsations par minute. La peau était brûlante et le malade indiquait en portant la main à la tête qu'il ressentait une violente céphalalgie. Je lui administre immédiatement une potion composée d'eau pure et de chlorure d'oxide de sodium; elle fut avalée en une seule fois, et les accidens se calmèrent avec une rapidité remarquable. Le malade devint plus tranquille; l'agitation et le tremblement cessèrent, et la peau se couvrit bientôt d'une sueur abondante qui dura trois quarts d'heure et pendant laquelle on le changea deux fois de chemise. Le reste de la journée, il se plaignit de malaise, de quelques nausées, il accusait en même temps des vertiges et de la céphalalgie.

Le lendemain, il n'y paraissait plus, mais on ne jugea pas à propos de tenter une deuxième expérience.

Les accidens analogues qui se développèrent chez un autre malade se montrèrent le même jour, car le traitement de ces deux individus avait commencé ensemble et les doses simultanément augmentées; je pus aussi constater les accidens, car j'étais resté une partie de la journée dans les salles pour surveiller l'action d'un médicament aussi actif porté à la dose de 28 gouttes (demi-grain d'acide anhydre par cuillerée).

OBS. II. — Larue, âgé de 48 ans, ancien piqueur de l'empereur, puis militaire, est entré à l'hôpital de la Charité phtisique et ayant une caverne énorme au sommet du poumon gauche. Il fut mis à l'usage de l'acide cyanhydrique; nous espérions par là calmer des quintes de toux très fortes et très fatigantes qui se montraient avec une grande fréquence. A 26 gouttes dans la potion des 4 onces d'eau, le malade se plaignait de ressembler un peu à un homme ivre, cependant ces effets n'étant pas très intenses, on éleva à 28 gouttes. Les cinq premières cuillerées de la potion augmentèrent peu à peu cet état; le malade était du reste sous l'influence de l'action continue de l'acide; la sixième cuillerée fut très rapprochée de la cinquème. Elle détermina les accidens suivans: vertiges, agitation et mouvemens convulsifs, perte de connaissance. Ils sont moins intenses, me dit la sœur, que chez le malade précédent. Il n'y eut pas de vomissemens, mais il revint peu à peu à lui.

Un quart d'heure après l'ingestion du médicament, je le trouve dans l'état suivant: céphalalgie intense, chaleur vive et âcre de la peau, pouls fort et vibrant à 112 pulsations, il répond mais difficilement à mes questions et présente un tremblement musculaire bien caractérisé; son intelligence est à l'état normal; une sueur abondante vint, comme chez le malade précédent, mettre fin à cet état. Comme lui il prit également une potion d'eau pure et de chlorure d'oxide de sodium; mais lorsqu'il la commença, les accidens les plus intenses étaient déjà calmés, et le malade spontanément soulagé; je ne doute pas cependant qu'elle n'ait contribué à augmenter et soutenir cette amélioration.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE.

ORDRE DES LECTURES.

1° Proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés.
2° Eloge historique de feu M. Ampère, par M. Arago, secrétaire perpétuel.

RAPPORT SUR LE PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE POUR L'ANNÉE 1838.

(Commissaires: MM. Serres, Duméril, de Blainville, Flourens, et Magendie, rapporteur.)

La commission du prix de physiologie expérimentale pour l'année 1838 a décidé que ce prix ne serait pas décerné. Les ouvrages soumis à son examen, bien

---

ils se résument dans ces mots: l'un coupe la peau, les muscles, l'autre le péritoine.

Ainsi que nous le disions au commencement de cet article, nous pouvons, sans crainte de solution de continuité, reprendre tout ce qui a trait à la thérapeutique médicale, à une grande distance de ce que nous avons eu à dire de la pathologie médicale. Parmi les travaux sur les médicamens, médications, méthodes, que nous allons rappeler, il ne s'en trouve probablement pas un qui se lie rationnellement à la connaissance d'aucune maladie. Essayons. Et d'abord parlons des médicamens.

MM. Martin St-Ange et Derosne ont enrichi notre matière médicale du Monesia, tonique puissant, précieux, récemment importé de l'Amérique du Sud, et qui promet des merveilles dans les affections scrofuleuses et une foule d'autres maladies atoniques. MM. les docteurs Bessières et Louvel ont eu l'heureuse idée d'incorporer le fer dans le pain; ils pensent que par ce moyen, et l'expérience nous porte à partager leur opinion, que le médicament est plus facilement, plus complètement absorbé. — M. Toulmouche a continué ses recherches sur les propriétés des médicamens; il a constaté que le soufre doré d'antimoine est plus vomitif que le kermès, ne paraît pas sudorifique comme on le croyait, et perd ses propriétés vomitives et purgatives à mesure qu'on élève ses doses. — M. Andry, reprenant la classe des vomitifs à un point de vue plus général, a cherché à établir qu'ils agissent physiologiquement sur l'appareil digestif, sur l'appareil pulmonaire et sur le système nerveux, par l'intermédiaire du pneumo-gastrique du grand sympathique et de l'encéphale, soit isolés, soit réunis. Cette doctrine manque encore de preuves, mais elle appartient au progrès qui rétablit l'observation dans toutes ses proportions et fait remonter à l'origine des phénomènes.

De cet essai d'appréciation physiologique nous retombons dans les applications de l'empirisme pur; heureux quand nous pouvons ajouter rationnel. Au nombre des acquisitions de ce genre, mentionnons les expériences de M. Briquet, établissant que le mercure n'agit pas comme abortif de l'inflammation, mais comme spécifique de la variole, sur le virus lui-même, dont il neutralise l'activité. Cette notion obtenue à l'aide d'expériences directes sur les pustules vaccinales, donne un nouveau crédit à la pratique remise en honneur et développée par le même médecin et M. Nonat; elle montre en outre ce qu'il était superflu de montrer aux esprits que n'avaient pas aveuglés les idées systématiques du temps, que les phénomènes inflammatoires de la variole ne sont que l'enveloppe, la robe en quelque façon de la maladie.

Mentionnons encore l'emploi de l'huile de morue dans les scrofules, indiqué par M. Taufflieb et appuyé avec une conviction toute méridionale par un médecin allemand, M. Schenck, qui prise cette médication contre les scrofules à l'égal du quinquina contre les fièvres intermittentes; l'usage de l'albumine dans la dysenterie, proposé par M. Mondière et confirmé par M. Saucerotte; le carbonate d'ammoniaque contre la scarlatine, remède déjà indiqué en 1835 par M. Strahl, et regardé comme aussi important que la vaccine par M. Bodenius. Enfin terminons cette énumération que l'on croirait datée de 1540, par l'indication de deux méthodes, dont l'efficacité, si elle se confirme, nous ferait aisément oublier leurs liens de parenté avec les précédentes. C'est toujours de l'empirisme que les succès obtenus par M. Leuret dans le traitement de l'aliénation mentale au moyen

que remarquables sous plus d'un rapport, ne lui ont offert ni assez de nouveauté, ni assez d'importance pour mériter d'être couronnés.

Deux mémoires, l'un de M. Amussal, l'autre de M. Fourcand, ont été renvoyés au concours prochain, les faits qu'ils annoncent n'ayant pas pu être vérifiés par la commission.

Une mention honorable est accordée à l'ouvrage du professeur Wagner sur l'ovologie, et des eocouragemens au mémoire d'un jeune analomiste, M. Deschamps, sur la tumeur élastique du cœur.

La commission exprime le vœu que la somme destinée au prix de physiologie expérimentale de 1838 soit réservée et réunie à celle qui aura la même destination en 1839, et qu'ainsi la valeur du prix se trouve doublée.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1838.

(Commissaires : MM. Duméril, Double, Magendie, Roux, Breschet, Larrey, de Blainville, Savart, et Serres, rapporteur.)

L'Académie a reçu, pour le concours de celle année, quarante-deux ouvrages manuserits ou imprimés, auxquels la commission en a ajouté deux pour compléter l'ensemble des travaux qui étaient soumis à son examen.

Parmi ces ouvrages, la commission en a distingué cinq, auxquels elle propose d'accorder une partie des encouragemens dont l'Académie dispose, conformément au testament de M. de Montyon.

En premier lieu, elle a porlé son attention sur les ouvrages qui traitent d'une maladie peu connue des anciens, et que l'on désigne sous le nom de maladie de *Bright*, d'*albuminurie* ou de *néphrite albumineuse*.

Ainsi que l'indique l'un de ces noms, M. le docteur Bright, de Londres, est le premier qui ait bien reconnu ses caractères et signale les rapports qui lient les altérations morbides des reins à l'hydropisie, d'une part, et, de l'autre, à l'albuminurie des urines, qui en sont les compagnes les plus ordinaires.

Ce rapport établi, il restait à distinguer avec précision les variétés nombreuses des lésions analomiques des reins, celles moins tranchées qui se remarquent dans l'hydropisie, et l'état albumineux des urines : trois groupes de phénomènes dont la réunion la plus fréquente constitue cette espèce de maladie.

Le degré de perfection auquel est parvenu en France le diagnostic de cette affection est dû principalement à MM. les docteurs Rayer et Martin-Solon. L'un (M. Rayer), qui a dirigé plus particulièrement ses vues sur les altérations des reins, lui a donné le nom de *néphrite albumineuse;* l'autre (M. Martin-Solon), qui a fait une étude très approfondie des urines, l'a nommée *albuminurie;* tous les deux, par les observations directes qu'ils ont faites et les remarques judicieuses dont ces observations sont suivies, ont heureusement placé leurs noms à côté de celui du médecin anglais, en ce qui concerne cette maladie.

Dans l'organisation humaine, où tous les actes se lient, se coordonnent les uns aux autres, on est toujours porté à se demander si le sang reste étranger à des dérangemens aussi profonds que ceux qui caractérisent la nephrite albumineuse.

Quoique nos moyens d'investigation ne soient pas assez parfaits pour déterminer la part plus ou moins active que peut y prendre ce fluide, un fait important semble néanmoins nous mettre sur la voie : c'est celui de la présence d'une matière analogue à l'urée dans le sang des malades atteints de la nephrite albumineuse.

Si la présence de l'urée, constatée par MM. Proust, Bostock, Christison et divers autres observateurs, vient à se confirmer par d'autres observations et de nouvelles expériences, ce fait serait, comme on le voit, la repetition de celui qu'ont obtenu MM. Prévost et Dumas par l'ablation des reins chez les animaux.

En conséquence de ce qui précède, la commission propose d'accorder, à titre d'encouragement, une médaille en or de la valeur de quinze cents francs, à chacun des trois médecins précités :

1° M. Bright.
2° M. Martin-Solon.
3° M. Rayer.

En second lieu, la commission a remarqué le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, de M. Ricord.

Il en est des maladies vénériennes comme des fièvres intermittentes : leur guérison par les préparations mercurielles n'est guère mieux expliquée que celle de ces fièvres par les préparations du quinquina; c'est un fait expérimental dont la médecine fait tous les jours une heureuse application aux malades affectés de ces maladies.

La commission propose d'accorder au docteur Ricord une médaille en or d'encouragement, de la valeur de quinze cents francs, pour l'appréciation plus exacte de la symptomatologie des maladies vénériennes, que renferme son ouvrage, ainsi que pour les indications, mieux précisées qu'on ne l'avait fait avant lui, sur l'emploi des préparations mercurielles dans leur traitement.

En troisième lieu, la commission propose d'accorder à M. Martin, à titre d'indemnité, la somme de mille francs, pour les perfectionnemens importans qu'il a faits à une jambe mécanique.

La commission a pris en outre beaucoup d'intérêt aux mémoires de MM. Dieffenbach, Pravaz, Bouvier et J. Guérin, sur la section des muscles, proposée comme moyen de guérison du torticolis ancien ou récent; mais elle a pensé que l'expérience n'avait pas encore suffisamment prononcé sur la valeur pratique de cette méthode. Il en est de même du travail de M. Amussal, sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE.

M. le président annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses membres résidans, MM. Yvan et Aulagnier.

L'ordre du jour appelle les élections pour remplacer les membres sortans dans diverses commissions :

1° Pour la section des épidémies sont nommés MM. Chervin et Dupuis;
2° Dans la section des eaux minérales, MM. Patissier et Bouillaud;
3° Pour la commission des remedes secrets, MM. Martin Solon et Renoult;
4° Dans la section de vaccine, MM. Emery et Gauthier de Claubry;
5° Sont nommés membres du comité de publication, MM. Bousquet, Jolly, Bouvier, Bérard et Lecanu.

M. GAUTHIER DE CLAUBRY lit, au nom de M. Sédillot et au sien, un rapport peu favorable sur un mémoire intitulé : DE LA GOUTTE ET DE SON TRAITEMENT.

M. DIZET lit un rapport sur un sirop de nitrate de fer.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. BÉRARD fait un rapport sur un nouveau procédé pour la guérison des fistules vésico-vaginales, par M. Despierris, de la Nouvelle-Orléans. L'auteur ne cite qu'un fait sans aucuns détails. Les instrumens qu'il propose sont fort compliqués.

Remercîmens à l'auteur; dépôt aux archives. Adopté.

La séance est levée à quatre heures et demie.

---

des douches d'eau froide. Dire que cet énergique remède est à la fois un moyen d'intimidation et de perturbation, c'est émettre deux assertions empiriques. N'en sachons pas moins de gré à M. Leuret d'avoir su tirer cette puissante médication de l'oubli, et si quelqu'un était apte à l'heure qu'il est de la rationnaliser, personne n'y réussirait mieux que l'auteur sagace des recherches sur l'anatomie du système nerveux dans les quatre classes des vertébres. Nous en pensons autant du traitement de la phthisie par le sel marin. C'est une observation pleine de finesse qui a suggéré à M. Latour l'idée d'appliquer à l'homme le remède contre la toux des singes. Ce remède paraît aussi puissant qu'il est simple, nous ne dirons pas à guérir la phthisie pulmonaire à sa troisième période, mais la phthisie quand elle ne s'est pas encore infiltrée dans tous les tissus, quand elle n'a pas empoisonné toutes les sources de la vie, quand elle n'a pas détruit en partie par de larges cavernes le tissu de l'organe sans lequel il n'y a pas de vie possible. Or il paraît certain que l'emploi du sel marin opère physiologiquement des résultats sensibles; qu'il améliore d'une manière presque certaine, qu'il guérit quelquefois; mais attendons pour confirmer nos espérances et satisfaire nos vifs désirs que l'expérience ait parlé; car ici comme toujours en place du résultat necessaire de la conséquence rationelle, contentons-nous du fait empirique, si M. Latour a le bonheur d'y arriver.

La toxicologie nous ramène dans les voies de la vraie science. Ici la cause est connue : elle peut être étudiée dans ses effets physiologiques et pathologiques, l'action du remède de même; mais n'anticipons pas sur les événemens.

L'un des faits importans de l'année, c'est la série des mémoires si ingénieux de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Des passions aussi actives, mais moins nobles que celles qui animaient l'auteur, ont eu beau faire : l'expérience a prononcé. M. Orfila a suivi le poison au-delà du théâtre où il cessait d'être saisissable : quand il n'était plus constatable pour la science faite, quand il n'en existait plus de parcelle dans l'intestin, il est allé le chercher dans le chyle, dans le sang, dans les viscères, dans les muscles, partout enfin où la vie se répand, jusque dans le cerveau. C'est un grand résultat, qui a déjà obtenu plusieurs sanctions solennelles.

Un autre fait non moins capital, c'est la découverte de l'arsénic naturel dans le corps de l'homme. Cette découverte à laquelle M. Couerbe a certainement la première part, ce que M. Orfila ne nous a jamais paru lui contester, cette découverte en tant que vérité démontrée, définitivement acquise, est cependant l'œuvre de M. Orfila.

La toxicologie forme à elle seule une petite science à part : son caractère de certitude se répand sur tous les travaux qui s'y rapportent. Voyez d'abord les expériences de M. James sur le sang arseniqué. Le sang perd sa coagulabilité ; ce fait est certain, mais n'allons pas au-delà. Voyez les expériences de MM. Deville, Sandras, Nonat et Guibourt, sur le meilleur contre-poison de l'acide arsénieux. Ceci est la thérapeutique de la toxicologie, comme les expériences de M. James appartiennent à sa physiologie. Ces habiles médecins, aidés de l'exact et consciencieux M. Guibourt, ont vérifié la belle découverte de Bunsen; ils ont reconnu la propriété qu'a le peroxide de fer hydraté humide, de neutraliser l'acide arsénieux : ils ont fait un pas de plus; ils se sont assurés que le peroxide hydraté sec, connu sous le nom de sous-carbonate de fer, beaucoup plus commun, plus facile à obtenir et à conserver que le précédent, a les mêmes vertus que lui,

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA CONSERVATION DES CADAVRES PAR LES INJECTIONS D'ARSENIC; par M. GANNAL.

Je sais que vous aimez la vérité et que vous êtes prêt à lui rendre hommmage; cette conviction me détermine à vous adresser quelques observations au sujet d'un article de M. le docteur Dujat, inséré dans notre numéro du 7. — Il est dit dans cet article : « *Jusqu'à présent* » *on n'était pas parvenu à s'opposer à la putréfaction des substances* » *animales sans changer l'aspect des tissus...... Il n'est donc pas sans* » *intérêt de faire connaître un procédé facile pour prévenir la dé-* » *composition putride sans changer en rien l'aspect des parties.* »

Il résulte évidemment de cet énoncé que l'auteur se propose de nous faire connaître un procédé nouveau de conservation. Or, quel est ce procédé? C'est l'injection d'une solution d'acide arsénieux par l'artère carotide ou par l'artère crurale. Mais, Monsieur, rien assurément n'est moins nouveau que ce procédé de conservation. Depuis long-temps j'ai dit et fait imprimer que l'acide arsénieux en se combinant avec l'albumine et avec la géline, deux des parties constituantes des tissus animaux, s'oppose à la fermentation putride, parce qu'elle change la nature chimique de ces substances, et donne naissance à des produits nouveaux imputrescibles.

Il n'est point ici question de priorité, mais vous savez comme moi que depuis fort longtemps, et bien avant M. le docteur Tranchina, de Naples, on s'est servi de l'arsenic pour conserver les cadavres. Plusieurs sénateurs de l'empire, déposés au Panthéon, sont embaumés avec l'arsenic. Notre célèbre professeur Chaussier l'employa il y a plus de quarante ans et bien avant qu'il eût l'idée de se servir du per-chlorure de mercure.

Moi-même, sur la demande de Messieurs les membres de la commission de l'Académie royale de médecine, j'ai fait une injection avec une solution saturée d'acide arsénieux, et voici ce que nous avons vu: un cadavre injecté le 9 septembre 1834 se conserva bien jusqu'au 25 du même mois où il fut examiné pour la première fois, par les membres de la commission, *qui le trouvèrent bien conservé (rapport du 16 juin 1835)*. Ce même jour, je l'ai proposé à plusieurs élèves pour la dissection, mais tous l'ont refusé. Les muscles étaient rouges, tous les organes bien; seulement l'épiderme s'enlevait au moindre attouchement; ce cadavre, quoique placé dans un pavillon au rez-de-chaussée à l'École pratique, se dessécha avec une étonnante rapidité; le 16 octobre, il n'était presque plus possible de le disséquer; le 30, il était complètement desséché. Enfin, à partir des premiers jours d'octobre, ce cadavre se couvrit de bissus, et laissa dégager un gaz odorant qu'on reconnaissait aisément à son odeur alliacée : c'était *de l'hydrogène arséniqué*.

Messieurs les commissaires de l'Académie ont constaté ces faits et dans leur rapport ils s'expriment ainsi : « L'arsenic conserve bien, mais » c'est de l'arsenic..... Ce sujet examiné par votre commission présen- » tait tous les caractères d'une bonne conservation; mais, d'une part, » ce procédé était connu depuis longtemps, et sous un autre rapport, il » présente tant de danger à l'emploi, que dans le cas où il fût jugé bon, » votre commission se verrait forcé d'en proscrire l'usage. »

D'après ce qui précède, il reste évident : 1° que ce procédé n'est pas nouveau; 2° à l'appui de cette dernière proposition, on peut citer des faits nombreux. M. le docteur Poirson a déclaré à l'Académie de médecine qu'il avait été fortement incommodé, ainsi que deux de ses collègues, pour avoir embaumé des généraux avec cette substance. Il attribua le dérangement de sa santé à l'arsenic absorbé pendant l'opération. J'ai éprouvé moi-même une grave indisposition pour être resté dans un milieu où se trouvaient des substances animales préparées par l'acide arsénieux. Tout dernièrement M. Richard, secrétaire général de la Société royale des sciences de Bordeaux, a été pris de malaise général, de courbature, d'affaiblissement, après avoir séjourné pendant une demi-journée dans une salle du jardin des plantes où sont déposées des peaux préparées à l'arsenic.

Les injections d'acide arsénieux poussées à travers les tissus des cadavres destinés aux études anatomiques ne méritent donc pas les éloges qui leur sont donnés dans l'article de M. le docteur Dujat : 1° Parce que les cadavres se dessèchent trop vite, 2° parce qu'ils se moisissent, 3° parce qu'ils dégagent des gaz délétères.

Mais l'arsenic qui présente de si graves inconvéniens pour les cadavres destinés à l'étude de l'anatomie, est moins applicable à la conservation indéfinie. Tous les cadavres injectés avec l'arsenic et déposés dans des caisses hermétiquement fermées, se décomposent en fort peu de temps; voici une preuve entre plusieurs. M. le docteur Cazale, m'ayant chargé de *refaire* l'embaumement d'une personne décédée à Naples et préparé par le procédé de M. le docteur Tranchina modifié (*on avait aussi employé le per-chlorure de mercure*), à l'ouverture de la caisse de plomb, 38 jours après la mort, il s'exhala une très forte odeur alcoolique alliacée qui n'a cédé qu'à des lotions répétées de chlorite d'oxide colique; l'ensemble du cadavre (*phthisie*) était humide, mouillé, et entièrement couvert de moisissures ou bissus naissant. A l'autopsie nous trouvâmes de l'arsenic en poudre, et une grande quantité d'une bouillie rougeâtre (*deutoxide de mercure*) provenant évidemment de la décomposition du per-chlorure.

Non l'embaumement n'est point une opération simple et facile : retarder ou empêcher la fermentation putride n'est pas résoudre toutes les difficultés que présente la conservation indéfinie.

M. le docteur Dujat a eu l'intention de faire une chose utile aux anatomistes en recommandant les injections d'acide arsénieux; il a accompli un devoir en publiant ce qu'il avait observé; je viens dans ce même but, monsieur le rédacteur, vous prier de faire connaître le résultat de mes études sur la même matière.

LETTRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS L'ARRONDISSEMENT DE COULOMMIERS; par M. BOURGEOIS, médecin des épidémies.

Les numéros du 28 septembre, du 12 et du 26 octobre de la GAZETTE MÉDICALE contiennent une notice historique sur une épidémie de suette miliaire, qui a régné dans l'arrondissement de Coulommiers, pendant les mois de mai et juin 1839. Mettant de côté toute question d'amour-propre scientifique,

---

et constitue un heureux succédané à ce précieux antidote de l'acide arsénieux.

Passons aux ouvrages publiés dans l'année.

Entre les mémoires de science actuelle et les livres proprement dits, se trouve une classe de travaux intermédiaires, travaux d'une existence assez nouvelle pour n'avoir pas été remarqués jusqu'ici, du moins dans leurs caractères propres; mais assez importans pour mériter d'être mentionnés à part. Il existe dans la science sur plusieurs questions encore inexplorées, une foule d'observations éparses, de données partielles, de remarques isolées, qui errent çà et là comme autant de matériaux d'attente, sans rapports ni signification déterminés. Cependant chacune de ces observations renferme à l'état rudimentaire un ou plusieurs élémens d'une solution qu'aucune n'est apte à produire séparément, mais qui peut ressortir presque d'elle-même de leur simple rapprochement. Un esprit attentif et sagace peut tirer de ces observations méthodiquement coordonnées, des conséquences qu'il aurait tirées de ses propres recherches, s'il lui avait été donné de rencontrer à lui seul tous les faits que leur rareté distribue nécessairement à de grandes distances sur le sentier de plusieurs observateurs. Ce travail d'érudition active a son utilité immédiate : il remplit une lacune véritable: il fertilise ce qui était inculte; il jalonne plusieurs points de science nouveaux; il signale aux travailleurs qui n'auraient ni le temps, ni les ressources, ni les aptitudes nécessaires, les préliminaires de toute question nouvelle, et marque d'une manière précise le point de départ et la direction d'un progrès imminent. Ce genre de recherches, dont le sens et l'importance sont suffisamment indiqués par ce qui précède, peuvent constituer un ordre à part que nous appelierons les recherches de MÉDECINE HISTORIQUE. Les exemples que nous allons citer achèveront d'en montrer la signification toute spéciale et l'importance réelle. On savait peu de choses sur les ruptures du cœur; peu de choses sur les ruptures spontanées de la matrice, moins encore sur le rhumatisme de l'utérus, presque rien sur plusieurs maladies de l'épiglotte. Les livres qui indiquaient ces différens ordres de lésions n'en disaient que quelques mots; ils les mentionnaient comme par ouï-dire. Placé à la source et au confluent de toute recherche historique, M. Dezeimeris a fertilisé ces sujets incultes, et il a fait ce que nous disions tout à l'heure : il a rassemblé beaucoup d'observations éparses, sans valeur ni signification dans leur isolement; il a concentré et développé ces demi-preuves, et il en a tiré des conséquences dont quelques-unes ont pu être vérifiées déjà et reconnues légitimes par des observations nouvelles. Ce sont autant de points de ralliement à une foule de faits ultérieurs qui ne sauraient où aller et qui se rendront comme d'eux-mêmes là où ils ont une case préparée. Pour nous renfermer dans un seul exemple, dans celui des ruptures de la matrice, voici quelques conséquences tirées par M. Dezeimeris, des observations qu'il a rapprochées. On ne savait rien sur l'époque, le mécanisme, la nature et les rapports de cette lésion avec les différentes espèces de grossesses. Suivant l'auteur, il y a des ruptures qui s'effectuent du premier au troisième mois : ce sont les grossesses interstitielles; du troisième au quatrième, les grossesses tubaires ou ovariques; au terme de la gestation, les grossesses utérines. Il y a des ruptures sans lésions préalables, d'autres par lésions. Chacune d'elles a ses caractères, ses symptômes et son traitement propres.

Parmi les travaux du même genre, nous citerons encore le mémoire de M. Rayer sur la cocotte et le travail intéressant de MM. Marchesseaux et Fleury, sur les tumeurs enkystées du cou; enfin, le COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, si à la

j'avais résolu de ne pas répondre au reproche qui m'était adressé par les auteurs d'avoir confondu un développement considérable de follicules, de Brunner, avec une éruption vésiculeuse. Mais des observations ultérieures m'ayant été adressées, je me suis décidé à vous prier d'insérer dans votre journal quelques explications qui seraient confirmées au besoin par deux de mes confrères, qui ont assisté aux autopsies et qui ont parn ne conserver aucun doute sur l'existeoce des vésicules. Je pourrais ajonter, pour éloigner tout soupçon de préoccnpation ou de désir de découvertes scientifiqnes, qne ma première impression, à la vue de ces produits morbides, a été de les prendre pour des follicules isolés. Je les avais même signalés comme tels à M. le docteur Liébault, de la Ferté-sous-Jonarre, qni prenait des notes pendant l'autopsie, et, si plus tard, j'ai changé d'opinion, c'est que notre attention a été éveillée par un aspect particulier qne je vais décrire.

Mais avant d'entrer dans ces détails, qu'il me soit permis de rappeler sommairement les faits de l'antopsie, tels qne je les ai transcrits littéralement sur les notes de mon confrère, et transmis quelqnes jonrs plus tard aux auteurs de la notice. Pour être bref, j'élimioerai tont ce qui n'a pas rapport an tube digestif.

Autop. I. — (Femme Dupuis, morte depuis dix-huit heures; temps chaud et orageux.)

Surface interne de l'estomac, recouverte d'arborisations avec quelques plaques emphysemateuses; injection du duodenum et boursoufflement de la muqueuse; injection par plaqnes dans la longuenr de l'intestin grèle et du gros intestin; on rencontre deux ou trois plaques de Peyer pen étendues; vésicules pen nombreuses (je disais d'abord : follicules isolés de Brunner), dans la dernière moitié de l'intestio grêle et dans le gros intestin. Dans ce dernier on croirait que ces vésiles sont ombiliquées.

Autop. II. — (Femme Laniesse.) Arborisations et ramollissement de la muqueuse de l'estomac; nombreux ascarides dans lés intestins; muqueuse de l'intestin grêle peu consistante, sans injection; le tiers inférieur est couvert de vésicules qui n'ont pas l'aspect ombiliqué; cœcum injecté; vésicules nombreuses en partie déchirées dans le colon et jusqu'à la fin du rectum.

Autop. III.—(Félix Bourgeois, mort depnis trois henres; cet homme présente une éruption cutanée presque générale.) Estomac fortement injecté, violacé, noirâtre, sans ramollissement appréciable de la muqueuse; injection très prononcée de toute la longueur du tube digeslif; vésicules très nombreuses et à différens degrés de développement, depuis la valvule pylorique jusqu'au sphincter de l'anus; le developpement est d'antant plus complet qu'on les observe plus près de la fio de l'intestin.

En dictant ces notes à MM. Barthez, Gnénean de Mussy et Landouzy, j'ajoutais d'autres explications verbales que ces messieurs n'ont pas cru devoir rapporter. Or, ce sont ces explications mêmes qne je tiens à faire connaître, puisqu'elles scules, en définitive, penvent venir à l'appui de mes assertions. Je ne parle pas de la pièce anatomiqne que je leur ai présentée. L'alcool avait altéré les tissus et elle ne pouvait avoir ancune valeur à leurs yeux.

J'ai dit qu'il y avait une éruption vésiculeuse bien caractérisée; que les vésicules avaient les dimensions d'un grain de millet; qu'elles étaient d'un blanc mat et saillantes; qu'à mesure qu'on les observait du haut en bas de l'intestin, on commençait à apercevoir un petit point noir central; que ce point allait s'élargissant, devenait de moins en moins noir, puis transparent, ce qui donnait alors à la vésicule l'apparence ombiliquée qui n'existait pas réellement; que plus loin encore on oe tronvait plus qu'une frange linéaire blanche qui indiquait le contour de la vésicule, et là plus de saillie à l'œil nu : c'était bien évidemment des vésicules déchirées. On pourrait encore douter : je pris un lambeau d'intestin convert de vésicules nombreuses et entières; je l'essuyai avec soin, et puis avec le tranchant du scalpel, j'incisai perpendiculairement cinq ou six vésicules d'où l'on vit alors bien distinctement sortir une gouttelette de sérosité lactescente.

Je le demande, à moins d'être myope ou de fermer les yeux, pouvais-je croire encore à un développement des follicules de Brunner?

On me fera sans doute une objection que je me suis déjà faite moi-même : s'il est vrai, comme le prétendent beaucoup d'anatomistes, qu'il n'existe pas d'épithelium à la surface de la muqueuse intestinale, peut-on y rencontrer des vésicules analogues à celles qui se forment sous l'épiderme de la peau? L'argument est fort, j'en conviens; mais avec cette manière de procéder dans les sciences, ne serait-on pas arrêté à chaque pas dans la limite des faits connus? tout au plus pourra-t-on exiger alors de la part de l'observateur plus d'attention dans ses recherches, plus de clarté et de précision dans le compte rendn de ses moyens d'investigation. N'est-il donc jamais arrivé que le scalpel du praticien soit venu mettre en défaut ou plutôt éclairer la science de l'anatomiste pur?

J'abrége ces réflexions en émettant le vœu que de nouvelles observations aient lieu. Si je me suis trompé je ne demande pas mieux que de reconnaître mon erreur; mais jusqu'à ce qu'on me prouve que j'ai mal vu, je ne puis raisonnablement repousser un fait nouveau uniquement parce qu'il est nouveau. J'apporte mon tribut à la science; que d'autres viennent y ajouter le résultat de nouvelles recherches, et je ne doute pas que la question ne soit bientôt résolue.

LETTRE D'UN MÉDECIN DE PROVINCE SUR QUELQUES POINTS DE L'ORGANISATION MÉDICALE PROJETÉE.

Nous aussi, obscurs praticiens de province, nous nous associons à vos réclamations trop justement fondées pour obtenir une nouvelle organisation médicale en rapport avec les progrès de notre siècle. Notre demande commune est si juste que l'on s'étonne que le gouvernement ait tant tardé à y faire droit. Quel effort de travail pour notre chambre législative de voter quarante ou cinquante articles d'une loi qui semble l'intéresser si peu! Une ou deux séances suffiraient pour adopter un projet fait et refait par tant de commissions compétentes, à moins qu'à force de plaisanteries renouvelées du siècle dernier, on ne s'amuse quelques instans aux dépens d'une profession si noble en elle-même, si peu estimée parce qu'on apprécie trop peu ses bienfaits, et que souvent ceux qui devraient lui donner de l'éclat dégradent et l'avilissent.

Sans rechercher les causes qui retardent une justice tout à la fois et un bienfait pour l'humanité, il me semble que si tant de médecins qui jouissent de l'estime et de l'intimité des hommes placés à la tête du gouvernement veulent user de leur influence dans l'intérêt du corps médical dont ils font partie, nous sommes sûrs d'obtenir ce que l'on nous promet depuis si longtemps. En donnant aux écoles secondaires de médecine une importance nouvelle, en y mettant les premières leçons au rang de celles des facultés, M. Orfila a rendu un éminent service à la science et aux familles. Sa tâche, si sagement et si utilement commencée, ne doit pas finir

---

place d'appréciations quelquefois complaisantes pour les uns, et médiocrement justes pour d'autres, les auteurs consentent à mettre l'inventaire succinct exact et consciencieux de ce que chacun a fait : la bonne histoire c'est de la justice intelligente et eclairée.

Les grands ouvrages n'ont pas été plus nombreux cette année que les précédentes. Comme nous le disons ailleurs; à ces vêtemens sévères des beaux tems de la science, on substitue le costume moins ample et plus souple de notre époque. Quand des livres veritables paraissent, on y retrouve presque toujours ce qu'on a vu vingt fois; un assemblage de pièces à moitié usées, fanées, et mal cousues, attestant une autre destination première, et des rapports définitifs sans proportion ni contact. Cette critique générale qui s'adresse plus ou moins à tous, mais à laquelle chacun fera légitimement exception, laisse plus libres les éloges qu'il nous reste à leur donner. Ajoutons que la connaissance préalable du contenu des ouvrages nous permettra plus de nous occuper des auteurs.

MM. de Blainville et Werner ont commencé la publication d'une Ostéographie comparée : ceci est un monument plus spécial et plus nouveau par la nature des recherches et l'ordre des idées, que la belle anatomie de MM. Bourgery et Jacob, mais qui peut marcher de pair avec cet autre monument de l'époque. Cette dernière publication touche à son terme : souhaitons à ses puînés la même activité, la même persévérance et le même succès. — Les élémens d'histoire naturelle et d'anatomie comparée de MM. Martin Saint-Ange et Guerin, continuent à servir de modeste enveloppe à une foule de faits nouveaux qui défraieraient maintes séances de l'Académie des sciences.

La physiologie philosophique doit à M. Voisin un volume intitulé : L'Homme animal : illusion d'un homme de bien, méditation d'un penseur, œuvre d'une âme expansive et d'une plume élégante. Mais pourquoi tant d'efforts à remuer le cadavre d'un système? Une physiologie plus positive et plus rigoureuse dans ses formes a soutenu la continuation des recherches de M. Magendie sur les fonctions et les maladies du système nerveux. La rédaction des leçons du célèbre professeur fait le plus grand honneur à son secrétaire. Les premiers volumes de la Physiologie de Dugès nous rappellent à la fois la vaste science de l'auteur et les qualités précieuses de son ouvrage. On peut considérer encore comme une œuvre de physiologie qui a été convenablement appréciée dans ce journal, le Traité du froid de M. Lacorbière.

Le Traité philosophique de médecine pratique de M. Gendrin est une œuvre de transition remarquable. Du solidisme, pas trop; de l'humorisme et du chimisme, assez; du vitalisme et des idées philosophiques en quantité convenable; de la méthode, de la rigueur quelquefois; voilà le livre et l'esprit de M. Gendrin; pour le complément, nous renvoyons aux épreuves de son concours. Moins de généralités anciennes, mais des vues plus originales; moins d'étendue, mais plus de précision; moins de force, mais plus de souplesse et de distinction, caractérisent les deux volumes de M. Fournet sur l'auscultation et la phthisie pulmonaire. Si l'auteur n'avait pas fait commencer et finir sa science à l'hôpital et à notre époque, son livre serait un des plus remarquables de l'année. Nous rapprocherons avec plaisir de ces importantes publications le Traité des maladies des reins, de M. Rayer, œuvre d'un observateur éclairé, d'un esprit sûr et d'une conscience scientifique éprouvée; le Traité des maladies du cœur, de M. Pigeaux, plein d'idées excellentes, auxquelles il ne manque qu'une démonstration

là. Qne de parens, effrayés des dépenses qu'exige un diplôme de docteur, termineraient la carrière médicale de leurs enfans par un brevet d'officier de santé! Que de jeunes gens, rebutés dès le début par les difficultés sans nombre que présente l'étude de l'art, se muniraient de ce seul titre à l'abri duquel ils pourraient vivre comme tant d'antres! Cependant, dans l'état actuel de la science, est-il un abus plus intolérable que d'admettre deux nrdres de médecins avec nne différence si grande de connaissances et nne égalité de droits? Notre profession a besoin d'être sontenue dans le rang qu'elle doit nccuper par tontes les qualités propres à rehausser sa dignité fondamentale. Il est donc urgent qu'nne loi nonvelle impose à tous ceux qui venlent l'exercer l'obligation d'acquérir les connaissances vonlues, pour que, placés sur le même rang, tous les médecins conservent toute la dignité qui leur convient; car comment exiger l'estime de ses concitoyens quand on ne sait pas s'estimer soi-même?

Si le tableau que la GAZETTE MÉDICALE fait de la position du plus grand nombre des médecins de la capitale attriste de prime-abord, on se sent bien vite consolé quand on voit la vertu stoïque en quelque sorte avec laquelle ils supportent leur malaise. L'encombrement est tel, à ce qu'il paraît, que pour plusieurs la clientelle ne pent fournir aux premiers besoins de la vie. Dans un second article l'anteur semble penser que les praticiens des petites villes et des campagnes jouissent d'une position plus brillante et plus aisée; mais dans ce cas a-t-il bien pesé les difficultés sans nombre que présente leur pratique, l'état misérable de ceux qu'ils traitent, le nombre des médecins qui végètent dans chaque bourg et les médicastres de toute espèce avec lesquels ils sont en concurrence? Ceux qui, sentant la dignité de leur profession, calcnlent les dépenses et le travail que leur a coûtés leur diplôme, se révoltent de voir leurs consultations taxées aux prix de vingt-cinq nn cinquante centimes; cependant il leur faut les accepter ou consulter gratis, car on se passerait de médecins nu l'on en trouverait d'autres qui s'estimeraient assez peu pour mettre la médecine au rabais.

Quelle idée, je vous le demande, auriez-vous de la médecine et des médecins de campagne, si, placé dans un centre de six lienes de diamètre, vous voyiez: 1° au nord un officier de santé faisant de la médecine au milieu des pots et des bouteilles et laissant un pansement inachevé pour servir au premier venn le demi-litre de cidre nu de bière qu'il lui demande; 2° au midi, un autre nfficier de santé sur la porte duquel on lit en gros caractères: *Café; vin et liqueur, ici on donne à manger et on loge:* le maître de la maison sert lui-même les pratiqnes et interrompt une consultation pour verser le petit verre; 3° un peu plus loin un médecin qui, ponr soutenir sa famille, fait toute espèce de commerce, car il se voit enlever sa clientelle par un officier de santé qui, arrivant de Paris, se dit le grand médecin, s'associe avec un médicastre, fait de compte à demi la médecine et la chirurgie à prix fixe, se charge de guérir à raison de taut toutes les maladies, même le rachitisme au dernier degré chez les adultes; 4° au couchant, deux autres officiers de santé qui ne savent pas écrire deux mots de suite, n'ont pas les plus simples notions de médecine. Cependant, l'un d'eux a une clientelle très nombreuse, malgré l'inconvénient de se faire tuer sans connaissance de cause, quand le trop de vin fait chanceler le pen de science qu'il possède.

Quels sont les médecins qui, placés dans une contrée où la profession est si dégradée, peuvent, par leurs connaissances et la dignité de leur conduite, effacer le discrédit où la jettent des hommes qui n'ont jamais senti l'importance et la noblesse de leurs fonctions? A qui la faute? au vice de l'institution, à l'apathie des examinateurs, au gouvernement qui s'endort sur les vrais intérêts de l'humanité, au corps médical entier qui ne se lève pas pour la réveiller! Ne craignez donc point de crier fort au nom de tous et pour tous. Comment voulez-vous que nous, implantés, comme vous le voyez, au fond d'un marais si fangeux, nous puissions nous faire entendre? Nos cris seraient étouffés par les voix avinées de nos confrères qui fraternisent le verre en main avec le premier buveur qui se présente.

Que cette association que vous réclamez, que cette surveillance des différens membres du corps médical ne soient pas une vaine formalité dans la loi; qu'elle donne à ce corps la faculté et la force de séparer un de ses membres si par son ignorance et son inconduite il compromet et avilit son existence; que la censure, la suspension et l'interdiction même soient de la compétence du comité médical de chaque département, comité composé d'un certain nombre de médecins choisis par leurs pairs; que cette assemblée soit le guide des médecins, leur conseil et même leur juge; qu'elle soit la terreur des médicastres de toute espèce; qu'un ou plusieurs soient choisis pour diriger les poursuites contre les délinquans et réveiller la justice qui dans ce cas a beaucoup de tendance à s'endormir sous le beau prétexte que ceux qui y contreviennent le font dans l'intérêt de l'humanité.

La session législative va s'ouvrir; tâchez donc d'intéresser tous les médecins à demander que justice soit rendue; que tout le corps médical de Paris s'adresse au ministre compétent et le force en quelque sorte par ses instances à porter remède à une plaie qui défigure notre profession et la rend presque méprisable. S'il ne fallait que la voix et la signature des médecins de province il n'en est point qui ne s'associaient de grand cœur à tous vos efforts: tous vous prient de ne cesser vos demandes que quand on nous aura donné ce messie si longtemps attendu.

Il nous semble, à nous qui voyons les choses de si loin (nous pouvons nous tromper), que ce qui gêne, c'est la demande que chaque partie du pays fait d'une faculté nouvelle. Mais à quoi bon en créer d'autres, puisque tout talent acquis dans une école sera justement apprécié et comptera comme s'il avait été puisé dans une faculté même? Pourquoi ne pas plutôt encourager les écoles secondaires plus qu'on ne l'a fait encore et se montrer sévère dans les examens des élèves qui en sortent. La mesure n'épargne-t-elle pas aux familles de grandes dépenses? N'encourage-t-elle pas des talens précieux dans les villes de moyen ordre où ces écoles sont établies? Ne facilite-t-elle pas aux commençans l'étude des premières notions d'anatomie, de physiologie, etc., étude plus facile dans une localité où les cadavres sont proportionnellement plus nombreux et les sujets de distraction moins fréquens.

Un autre article dans la loi assez difficile à concilier encore, ce sont les droits acquis: que fera-t-on des officiers de santé reçus? leur donnera-t-on le titre de docteur pour établir un niveau parfait? en vérité il en est qui sont tout à fait indignes d'un si noble titre; en fera-t-on un corps à part, espèce de corps de barbiers? mais il en est qui font honneur à la médecine et qui ont rendu de trop grands services pour les méconnaître; d'ailleurs on ne peut leur ôter le droit d'exercice légal. Les privera-t-on du droit d'élection des membres du comité ou conseil de discipline? on les regarderait alors comme des esclaves auxquels on imposerait des juges qu'ils n'auraient pas choisis. Il serait assez juste de changer avec un di-

---

plus méthodique; le TRAITÉ DES MALADIES SATURNINES, de M. Tanquerel des Planches, dont il convient de rapprocher les recherches non moins précieuses de M. Nivet sur le même sujet; les ouvrages de ces deux auteurs ont singulièrement avancé l'histoire des maladies saturnines. Mentionnons encore la continuation de la thérapeutique médicale de MM. Trousseau et Pidoux, où l'on rencontre toujours une grande science, beaucoup d'ordre, de méthode et souvent des idées élevées; le début plein d'espérance de MM. Barthez et Rilliet sur les maladies de l'enfance, mais trop empreint du cachet de l'observation partielle, quoique précise de notre époque; les opuscules plus pratiques de MM. Gaussail et Larroque sur la fièvre typhoïde; et, enfin, l'excellent MANUEL DES MALADIES DE LA PEAU, de M. Gibert, qu'on pourrait qualifier sans prétention de traité élémentaire et classique sur ces maladies.

Dans une autre direction, mais en rang très distingué, nous retrouvons les traités de médecine opératoire de MM. Velpeau et Sédillot; le premier renfermant une foule d'idées, de recherches, d'expériences propres à l'auteur, réunies à un vaste et sérieux appareil de science et d'érudition; le second plus simple, plus facile à lire, et plus utile peut-être aux élèves auxquels il s'adresse plus spécialement. Les livres de MM. Sédillot et Velpeau se complètent sans se nuire. Plaçons immédiatement après la continuation du traité de M. Vidal de Cassis, dont nous maintenons tout le bien que nous en avons dit; le MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Malgaigne qui justifie rigoureusement son titre. Terminons cette revue des livres de chirurgie générale en rappelant la traduction et la très belle publication des ŒUVRES DE HUNTER par M. Richelot. Les hommes profondément caractérisés comme Hunter sont toujours nouveaux: il prêtent leurs faits, leurs résultats à la chaîne des produits nets de la science, mais ils gardent leurs idées, leurs méthodes, leur physionomie, leur génie; les parties vieillissent en se vulgarisant, mais le tout jamais.

Dans une ligne plus spéciale, recommandons à nos lecteurs le consciencieux Traité des maladies des organes génitaux et urinaires de M. Moulinié; le Traité théorique et pratique sur les altérations organiques de la matrice, par M. Duparcque, produit d'une judicieuse expérience; le volume de pratique consommée de M. Civiale, sur le Traitement médical de la pierre et de la gravelle; l'essai non moins intéressant de M. Ségalas, sur la gravelle et la pierre; la continuation des ingénieuses recherches de M. Lallemand, sur les pertes séminales; enfin le premier volume des leçons cliniques de M. Velpeau, rédigé avec talent par M. Pavillon; et le Manuel précis des maladies des yeux, parfaitement coordonné par M. Janselme, d'après les leçons du professeur de la Charité. M. Velpeau est heureux d'avoir d'aussi intelligens interprètes, et sans doute ces derniers ne le sont pas moins d'avoir à traduire un aussi savant maître.

Mentionnons deux ouvrages placés hors du cadre classique, mais qui n'auraient pas besoin d'être rappelés. L'HIPPOCRATE de M. Littré, illustrera son millésime. Ce n'est pas une traduction, un commentaire; c'est le génie du père de la médecine pénétré dans son essence. Des appréciateurs d'un ordre élevé ont offert à l'auteur, en échange de son livre, un des fauteuils de l'Institut. — La troisième édition de l'Hygiène des gens de lettres, de M. R. Parise, publiée cette année, n'est pas un livre nouveau: mais les développemens dont l'auteur a enrichi cette édition lui méritent une mention nouvelle. C'est toujours la même correction de langage, la même finesse d'observation, la même justesse de vues, le tout en har-

plome de docteur le brevet de ceux qui avant d'étudier la médecine avaient acquis des connaissances préliminaires suffisantes pour arriver au doctorat, sans avoir égard au temps passé dans les écoles, pourvu toutefois qu'ils prouvent, par des examens subis dans une faculté, que, si la fortune ou toutes autres causes ont arrêté leurs études, ils étaient à même de les terminer avec honneur, et qu'ils n'ont cessé d'étudier pendant leur pratique. Si l'on exigeait des notions assez exactes d'accouchement, de chirurgie, de médecine pratique surtout, il faudrait être moins sévère dans les examens d'anatomie, de physiologie et de pharmacie; quant aux sciences accessoires, elles étaient si rarement professées que plusieurs en ignorent les premiers principes. Je suppose ces nouveaux agrégés assez méfians d'eux-mêmes pour s'adjoindre des confrères dans des cas graves d'empoisonnement et autres; d'ailleurs, les magistrats s'entourent presque toujours de plusieurs médecins qu'ils connaissent. Quant aux officiers de santé qui ne pourraient offrir de garanties suffisantes, les laisser avec leur titre, mais les admettre tous au droit d'élection; car, dans ce cas, ils ne pourraient décliner la compétence de ceux auxquels ils auront remis le pouvoir de les censurer.

Un autre article du projet souffrira des difficultés sans nombre, on ferait mieux de le supprimer s'il met des entraves à la promulgation de la loi; c'est la création des médecins cantonaux. Car, quelle peut être la possibilité de leur établissement, et quel en serait l'avantage? Dans les villes, c'est possible, mais les communes sont trop pauvres et déjà trop grevées par les chemins vicinaux et les écoles pour payer un médecin cantonnal. Ce médecin serait le seul de son canton; rétribué par les communes, il ferait la médecine au rabais, enleverait à ses confrères une clientelle qu'ils se sont acquise, ce qui fausserait l'esprit de la loi, qui est de pourvoir à l'existence du plus grand nombre de talens possibles, et amènerait des jalousies rivales qui nuiraient et à la dignité de la profession et à l'humanité même. Comment concevoir un médecin cantonnal sans une infirmerie dans chaque localité? De quelle utilité serait pour un malheureux la visite d'un médecin, s'il ne peut se procurer les plus simples remèdes? Que craint-on? Que des cantons manquent de médecins? Mais déjà chaque commune en possède un titré et ses chefs-lieux trois ou quatre. Que les pauvres meurent sans médecin? Mais ce sont eux qui l'appellent le plus souvent, car ils n'ont pas l'inquiétude de ne pouvoir le payer. D'ailleurs, le plus sûr et le plus prompt moyen de se créer une clientelle serait d'être le médecin des pauvres, qui font votre réputation, quand l'humanité ne porterait pas à leur prodiguer vos soins et même davantage.

Toutes ces difficultés doivent disparaître devant la nécessité de l'organisation projetée. On peut bien réserver pour des temps meilleurs des améliorations que rendra peut-être alors plus faciles l'instruction que l'on répand dans toutes les classes de la société. La médecine, plus dignement exercée, deviendra un sujet d'estime et sera regardée comme une profession tellement utile que l'on ne craindra point de l'encourager par des sacrifices qui coûteront d'autant moins qu'on les regardera comme indispensables.

Ne vous reprochez donc plus de crier aux oreilles de ceux qui ne veulent pas entendre. Le but et les moyens sont dignes de vos efforts, la science et l'humanité vous inspirent, la dignité de notre profession vous soutient et vous encourage, et vous méritez les remercîmens de tous ceux qui tiennent à ce que la médecine occupe dans la société le rang qu'elle mérite.

BIBLIOGRAPHIE.

DE IRITIDE. Commentatio ab illust. societate medico practica quæ Lutetiæ Parisiorum floret, etc., premio aureo publice ornata. Scripsit FRID. AUG. ab AMMON, D. M., potentissimi regis Saxoniæ archiater, etc. Lipsiæ, 1838. In-°, cum tab. æn. II.

Le concours ouvert en 1835 par la société de Médecine pratique sur la question de l'*Iritis* a fait naître un grand nombre de mémoires, dont plusieurs ont été couronnée; celui que nous avons sous les yeux est de ce nombre. Les noms des lauréats et la valeur des mémoires couronnés, à en juger du moins par celui de M. d'Ammon, font voir combien il y avait d'opportunité à attirer l'attention sur une maladie grave de l'organe de la vision, trop souvent méconnue par beaucoup de médecins, et tout aussi souvent combattue par un traitement insuffisant au contraire. C'est ce qui justifiera la longueur de l'extrait que nous nous proposons de faire de l'ouvrage du professeur Ammon. Nous avons d'autant plus de plaisir à faire connaître ce mémoire, que sur presque toutes les questions nous sommes d'accord avec l'auteur; et si notre manière de voir differe en quelques points de celle de notre savant ami, ces divergences sont peu importantes; nous ne manquerons pas, du reste, de mettre le lecteur à même de juger les deux opinions....

L'auteur divise son travail en six chapitres, dont le premier est consacré à l'anatomie et à la physiologie de l'iris, le second à l'iritis en général, et les quatre autres aux différentes formes de cette maladie.

Superficiellement examiné, l'iris présente sa surface antérieure divisée en trois cercles de couleur et de structure différentes : le plus rapproché de la pupille est le plus foncé en couleur et présente le plus de rides; le moyen est le plus clair; l'externe ou ciliaire tient le milieu pour la couleur, mais se distingue par quelques plis parallèles à la périphérie. L'anatomie démontre que l'iris est une membrane simple; sa séparation en deux lames, antérieure et postérieure, ou iris et uvée, est un produit de l'art. Examinée au microscope, cette membrane paraît formée par un tissu cellulaire dans lequel beaucoup de fibres flexueuses se dirigent du bord ciliaire vers le bord pupillaire. L'auteur n'a jamais pu découvrir de fibres circulaires. La membrane de l'humeur aqueuse, après avoir tapissé la face postérieure de la cornée, se réfléchit sur la face antérieure de l'iris et s'étend jusqu'au bord pupillaire, ce qui se voit facilement sur des yeux de fœtus ou de nouveau-né. Dans aucun cas, M. d'A. n'a pu découvrir cette membrane à la face postérieure de l'iris. La séreuse de l'iris a un aspect villeux et secrète l'humeur aqueuse, tandis que la partie de la séreuse qui tapisse la cornée est chargée de l'absorption de cette humeur. Cette dernière opinion nous paraît au moins hasardée; car quoique la structure de la séreuse cornéenne paraisse différente de celle qui recouvre la face antérieure de l'iris, il n'est cependant pas encore prouvé que l'une sécrète et que l'autre absorbe l'humeur aqueuse. — Les fonctions de l'iris sont d'empêcher l'accès dans l'œil d'une lumière trop vive et de servir à distinguer les objets à des distances différentes. Cette dernière fonction ne doit cependant

---

monie parfaite avec la destination du livre. M. Parise a mis en pratique pour ses lecteurs d'élite le précepte de Jean-Jacques : Il s'est fait l'ami de ses malades.

La politesse et les sentimens de bonne confraternité nous obligent à saluer, en terminant cette liste bibliographique, deux journaux de médecine nouveaux : la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS et L'ESCULAPE. Nous nous félicitons de la déférence de ces feuilles de bonne compagnie pour leur aînée : ce que celle-ci en reçoit de sympathies véritables, elle le leur rend volontiers en souhaits de longue vie, et de prospérité rapide.

L'espace nous manque presque pour rappeler les événemens remarquables de notre année médicale.

Le premier rapport de M. Orfila sur les facultés et écoles de médecine a signalé d'heureux résultats : moins d'élèves, moins de docteurs, des études plus fortes, des réceptions plus rigoureuses; bien.—Des enseignemens nouveaux ont surgi : M. Serres a ouvert on peut dire à la science, un cours d'anatomie transcendante qui n'existait pas. Les idées, les lois de l'ostéogenie et de l'embryologie du célèbre anatomiste attendaient une tribune depuis 15 ans. M. Serres n'est pas seulement un savant du premier ordre, c'est un professeur élégant et disert. On dit que le département des singes du muséum, a été placé récemment sous la direction de cet habile médecin : quelle mine féconde pour l'observation et l'expérience pathologique comparative! L'historien de la fièvre entero-mésentérique ne manquera pas à une si belle position.

La mort de Broussais a mis aux mains de M. Andral la chaire de pathologie générale. Le célèbre professeur a commencé son cours avec éclat. Pour la première fois l'École de Paris assistera à l'installation de la vraie science. C'est la philosophie de la médecine qui sort jeune et belle des ruines du passé.

L'administration des hôpitaux a créé un service spécial des difformités à l'hôpital des enfans malades : nous est-il permis d'unir notre voix reconnaissante à celles qui ont pu apprécier tous les bienfaits de cette nouvelle institution? A propos de l'administration des hôpitaux, mentionnons les petits conflits qui ont passagèrement altéré la bonne harmonie entre les membres élevés de cette si utile institution, et le corps éclairé et non moins utile des médecins des hôpitaux; mais exprimons en même temps, avec tous les amis de la science et de l'humanité, nos vœux pour le retour d'une union intime entre des hommes, dont l'œuvre commune de science et de charité resterait imparfaite et immobile au milieu des mauvais vouloirs d'un antagonisme neutralisant.

L'Académie de médecine a recruté trois nouveaux membres et en a perdu trois : MM. Maingault, Aulagnier et Yvan. Les nouveaux élus valent les anciens. L'école de médecine a remplacé Alibert par M. Trousseau : ce jeune professeur a été nommé à la suite d'un brillant concours, et sa nomination a eu l'approbation de tous; nous souhaitons qu'il en soit de même du vainqueur futur du concours actuellement ouvert.

Telle a été l'année 1839. Si nous avons commis quelque erreur grave, fait quelque omission importante, méconnu quelque grand homme ignoré, ce qui peut être, qu'on excuse nos torts involontaires : nous tâcherons de faire mieux en 1840.

J. G.

pas être départie uniquement à l'iris, puisqu'il s'exécute pleinement chez un garçon de onze ans qui n'a pas d'iris, et dont j'ai communiqué l'histoire ailleurs.

Après ces considérations anatomico-physiologiques, l'auteur arrive aux généralités sur l'iritis. Les causes de cette inflammation sont ou externes (traumatiques) ou internes (dyscrasiques). Les principales dyscrasies qui donnent lieu à l'iris sont la syphilis, les scrofules, la goutte, le rhumatisme, la variole, etc. Ces états disposent à l'iritis, laquelle est alors facilement déterminée par l'insolation, le vent, la fumée, l'application forcée de la vue, l'abus des spiritueux. Il n'est cependant pas rare, du moins si j'en juge par mon expérience, que l'iritis se développe chez ces individus, sans autre cause occasionnelle que la maladie générale elle-même; l'on conçoit d'ailleurs facilement que chez un syphilitique, par exemple, l'iris puisse s'enflammer par suite de l'infection générale, tout aussi bien que les muqueuses, la peau, le périoste. M. Ammon ne le nie pas, du reste, mais il dit que cela arrive rarement.— Il est remarquable que l'iritis s'observe si peu chez les enfans. Un fait curieux observé par l'auteur, c'est que l'iritis est plus fréquente, plus dangereuse et plus sujette aux récidives à l'œil gauche qu'à l'œil droit, ce qui lui paraît provenir de ce que la carotide gauche, émanant directement de l'aorte, porte le sang avec plus de force vers l'œil gauche que cela n'a lieu à droite où la carotide est fournie par la sous-clavière. Je ne puis ni confirmer, ni infirmer pour le moment ce qui concerne l'intensité plus grande de l'inflammation à gauche; mais quant à sa fréquence les observations que j'ai recueillies cette année-ci, qui à la vérité ne se montent qu'à 19, sont contraires à l'opinion émise par l'auteur; car sur ces 19 iritis non traumatiques, 9 affectaient les deux yeux, 8 l'œil droit seulement, et 2 l'œil gauche.

L'inflammation de l'iris est primitive, ou n'affecte cette membrane que consécutivement à l'inflammation de quelque autre partie de l'œil. Elle est tantôt générale et tantôt se borne à une partie de la membrane; elle siége quelquefois dans le parenchyme de l'iris, d'autres fois c'est la séreuse seule qui est malade. L'iritis peut n'être qu'une irritation inflammatoire, mais avoir aussi les caractères d'une phlogose très-vive, ce qui influe sur sa marche et la rend aiguë ou chronique. Nous discuterons plus bas quelques-unes des divisions admises par l'auteur.

Les symptômes de l'iritis sont décrits avec soin; nous ne nous y arrêterons point; en effet, l'altération de couleur et d'éclat de la membrane, le trouble de l'humeur aqueuse, les changemens dans la situation et le mouvement de l'iris, la configuration de la pupille, l'exsudation sur la surface antérieure ou postérieure, ou dans le tissu de la tunique malade, sont mentionnés dans tous les traités d'ophtalmologie. Ajoutons, avec M. d'Ammon, que par suite de l'inflammation de l'iris la sécrétion du pigmentum est augmentée ou diminuée, d'où il résulte que la couleur de la membrane devient plus foncée ou plus claire. La lymphe plastique, qui est si souvent exsudée dans l'iritis, s'amasse quelquefois dans la chambre antérieure et la remplit en partie, sans être adhérente à l'iris; le plus souvent, au contraire, cette lymphe constitue des filamens qui partent du bord pupillaire et reçoivent quelquefois des vaisseaux, lesquels sécrètent une matière brune, jaune ou noire qui colore ces filamens, et qui à tort a été prise pour du pigmentum de l'uvée. Lorsque la lymphe est exsudée dans le parenchyme de l'iris, l'auteur appelle cet état *iridauxesis*; autrefois il lui donnait le nom d'*iridoncosis*. La formation de ces mots et de quelques autres qui se trouvent dans ce mémoire constitue, suivant nous, l'un de ses défauts; car il n'est pas indifférent d'introduire des mots nouveaux et non nécessaires dans une science qui n'est déjà que trop surchargée de termes techniques.

A l'aide de la loupe on distingue les vaisseaux de l'iris enflammée; quelquefois aussi dans les matières exsudées des vaisseaux de nouvelle formation, qui, comme de véritables varices, peuvent laisser échapper du sang; lequel s'infiltre dans le tissu de l'iris et y forme des taches, ou s'épanche dans la chambre antérieure pour constituer l'hémophtalmie.

La sécrétion du pus par l'iris ou le développement d'un abcès dans cette membrane sont plus rares que l'exsudation lymphatique, mais ont été niés à tort par certains auteurs.

La disposition des vaisseaux de l'iris et la forme de la pupille sont considérées par des ophtalmologues distingués comme indiquant la nature particulière de l'iritis. M. d'Ammon n'est pas de cet avis, et notre expérience est complètement d'accord avec la sienne. Il n'en est pas de même pour ce qui regarde la douleur et la fièvre, qui, suivant lui, accompagnent constamment l'iritis: nous avons vu plusieurs iritis chroniques sans douleur et beaucoup de ces inflammations même aiguës ne pas influencer le système vasculaire général.

Un des symptômes les plus constans de l'iritis, c'est un cercle rouge qui entoure plus ou moins complètement la cornée; suivant l'auteur ce cercle dépend des vaisseaux de la conjonctive, de la sclérotique, du ligament ciliaire, ou de la réplétion du sinus veineux de l'iris.

L'inflammation de l'iris se termine quelquefois par l'atrophie du globe oculaire entier; d'autrefois l'atrophie se borne à l'iris; le tissu de cette membrane est raréfié, devient plus mince, perd sa contractilité, pâlit. Cette terminaison de l'iritis est rare; on l'observe surtout dans les cas chroniques, chez les vieillards; l'auteur l'a observée plusieurs fois chez des enfans scrofuleux à la suite de blessures à l'œil.

Dans d'autres cas, par suite de son inflammation, l'iris devient fluctuant d'avant en arrière et se complique quelquefois alors de cataracte branlante. En général, la complication de l'iritis avec la cataracte n'est pas rare; cette dernière affection prend naissance, soit par suite de l'extension de l'inflammation à la capsule cristalline, soit par l'effet de l'agglutination à la capsule cristalline des exsudations plastiques occasionées par l'iritis. Dans ce dernier cas, l'obscurcissement de la capsule n'est que partiel et se dissipe souvent par l'effet d'un traitement convenable.

L'iritis est une maladie trop grave pour ne pas exiger dès le début un traitement énergique. Les saignées générales et locales, ces dernières aux tempes et derrière les oreilles mais jamais aux paupières, les laxatifs, et un régime antiphlogistique sont d'abord à employer. Les révulsifs mis en usage trop tôt excitent de nouveau la fièvre. Parmi les moyens locaux les fomentations froides simples ou avec addition de belladone à l'eau froide, dans les cas traumatiques; dans les autres cas, les belladones en fomentations tièdes, en frictions ou en sachets, et les frictions opiacées, pour calmer les douleurs, sont seules applicables. L'inflammation résiste-t-elle à cette médication, et a-t-elle de la tendance à l'exsudation, le traitement variera suivant la cause de l'iritis et la constitution générale du sujet. C'est alors qu'on emploiera, selon les cas, la ciguë, l'arnica, le senéga, le colchique, la salseparelle, le tartre stibié, le soufre doré d'antimoine, le calomel, le sublimé, le précipité rouge, le muriate de baryte, l'huile de térébenthine et de foie de morue, l'hydriodate et le carbonate de potasse ou de soude.

Les indications de chacune de ces substances se trouvent dans les chapitres suivans, où il est question des différentes formes et variétés de l'iris, à l'examen desquelles nous allons passer maintenant.

Le professeur Ammon décrit quatre espèces principales d'iritis: l'iritis traumatique, l'iritis séreuse antérieure, l'iritis parenchymateuse et l'iritis séreuse postérieure.

Quoique l'iritis traumatique eût servi pour ainsi dire de type pour la description générale de l'iritis, cependant nous ne pouvons blâmer l'auteur d'en avoir fait un chapitre spécial; il y avait encore bien des choses à dire qui ne trouvaient pas leur place ailleurs, par exemple, sur le danger relatif des différentes espèces de blessures. Nous ne nous y arrêterons point, de crainte de nous étendre sur des faits assez généralement connus.

L'auteur, avons-nous dit, admet une iritis séreuse antérieure et une postérieure et une iritis parenchymateuse. Déclarons d'abord que les descriptions du docteur A. sont faites d'après nature; les maladies dont il parle on les reconnaît pour les avoir vues bien des fois. Si donc nous allons faire quelques objections à son iritis séreuse, ce n'est pas que nous nions l'existence de la maladie décrite sous ce nom, mais parce que nous trouvons que celui-ci se base sur un fait anatomico-pathologique qui n'est pas démontré. La séreuse qui recouvre l'iris peut-elle s'enflammer sans que le parenchyme de cette membrane soit également affecté, *et vice versa*? Le doute est au moins permis lorsqu'il s'agit d'un organe si mince et si délicat, surtout quand on lit que le docteur A. a disséqué plusieurs yeux affectés de ce qu'il appelle iritis séreuse, et qu'il a toujours trouvé le parenchyme de l'iris épaissi, tout aussi bien que la séreuse. Encore conçoit-on la possibilité de l'iritis séreuse antérieure, car l'existence de la séreuse sur la surface antérieure de l'iris est démontrée; mais décrire l'inflammation de la séreuse postérieure, tandis qu'il est loin d'être prouvé qu'une telle membrane existe, que des anatomistes très-distingués le nient; et que le professeur Ammon lui-même est obligé d'avouer qu'il ne l'a jamais pu découvrir, c'est ce qui ne nous paraît pas permis. Nous le répétons, la maladie décrite par l'auteur sous le nom d'iritis séreuse postérieure, nous l'avons observée bien des fois, elle n'est malheureusement pas rare; mais nous ne croyons pas qu'elle doive être rattachée à l'inflammation de la séreuse postérieure de l'iris. Les trois espèces d'iritis décrites par M. d'Ammon diffèrent par leur marche plutôt que par leur siége; ou pourrait les appeler iritis subaiguë, aiguë et chronique. La première affecte surtout les individus sujets aux rhumatismes; elle s'annonce par l'injection de la conjonctive et de la sclérotique, le larmoiement, la photophobie et la douleur dans l'œil et la région sus-orbitaire. Au

Ou l'iris n'a pas changé de couleur, la pupille n'est pas très rétrécie, mais elle est immobile ou du moins les mouvemens de l'iris sont très-bornés. Si la maladie continue à faire des progrès, la teinte de l'iris s'altère légèrement; puis nous voyons la face antérieure de l'iris se couvrir d'une couche lymphatique ou bien des filamens se former au bord pupillaire, en même temps que l'humeur aqueuse se trouble; quelquefois la matière exsudée s'amasse au fond de la chambre antérieure. J'ai vu, ainsi que M. d'Ammon, ces exsudations simuler un cristallin tombé dans la chambre anterieure. Fréquemment aussi une l'humeur aqueuse est sécrétée plus abondamment, la chambre antérieure augmente de capacité; il se développe une hydrophtalmie extérieure.

Dans l'iritis aiguë, qui correspond à l'iritis parenchymateuse de notre auteur, la marche de la maladie est beaucoup plus rapide et les symptômes sont plus intenses; la décoloration de l'iris est considérable, la pupille fortement rétrécie, ses bords sont inégaux, renversés en arrière; la photophobie et la douleur sont plus vives. Cette espèce se termine quelquefois par suppuration, d'autrefois nous voyons survenir des exsudations, des épanchemens sanguins, l'hypertrophie de l'iris.

L'iritis chronique ou iritis séreuse postérieure de l'auteur n'est souvent que la suite de l'iritis aiguë ou subaiguë, mais se développe dans bien des cas primitivement, et alors son début est obscur, au point que lorsque la maladie n'existe qu'à un œil, l'individu affecté ne s'en aperçoit pas pendant quelque temps. La couleur de l'iris n'est point altérée, mais la pupille est presque immobile; au bord pupillaire on aperçoit tantôt un liseré noir formé, suivant l'auteur, par le pigmentum, tantôt un liseré blanc jaunâtre argenté, dentelé; la pupille est inégale ou oblongue, la vue fortement troublée, surtout lorsque la capsule cristalline est également affectée, ce qui est très fréquent. Peu à peu la couleur de l'iris s'altère, on y aperçoit des dépressions rayonnées noires, puis on voit des exsudations apparaître dans la pupille et finir par l'obstruer. L'auteur a vu quelquefois, outre ces exsudations dans la pupille, la surface antérieure de l'iris être couverte par des exsudations de forme pyramidale, dont la base se trouvait au bord ciliaire, et dont le sommet se dirigeait vers le centre de la capsule crystalline. La douleur, la photophobie, le larmoiement, n'existent point dans l'iritis chronique, ou sont peu intenses.

Après nous être écarté de la marche de l'auteur, pour rapprocher la symptomatologie abrégée des trois espèces principales d'iritis, et faire voir qu'elles diffèrent surtout par leur marche et leur intensité, revenons à notre texte et examinons les différentes formes d'iritis décrites par l'auteur, et surtout faisons connaitre les traitemens qu'il leur oppose.

L'iritis séreuse antérieure affecte surtout les individus scrofuleux, syphilitiques et rhumatisans, à la suite de blessures de l'œil. Outre le traitement dirigé contre l'iritis, en général l'auteur emploie chez les scrofuleux surtout le muriate de baryte à la dose d'un demi-gros dans une once d'eau de laurier cerise avec dix grains d'extrait de ciguë; il en donne 2 fois par jour, 8 gouttes et davantage. Chez les syphilitiques, c'est la solution de sublimé dans l'éther (1 grain sur 2 gros) qui lui a bien réussi. Dans l'iritis séroso-rhumatismale, il préconise surtout le tartre stibié en solution dans l'eau à la dose de 2 à 3 grains par jour. Il mentionne aussi le colchique, mais ne parle pas de l'huile de foie et de morue, qui m'a rendu plusieurs fois de bons services, ni du sublimé corrosif employé par beaucoup de praticiens. Quant à l'évacuation de l'humeur aqueuse recommandée par Wardrap et autres, M. d'A la rejette avec raison dans l'iritis rhumatismale parcequ'elle augmente l'inflammation; elle n'est utile que dans le cas où l'inflammation a beaucoup diminué, mais a déterminé une hydrophthalmie antérieure, et chez les malades qui sont tourmentés par des douleurs intolérables dans l'œil et la tête, et qui se trouvent soulagés par la ponction de la cornée.

L'auteur décrit une variété de l'iritis séreuse que nous n'avons jamais observée et qui doit affecter surtout les individus cachectiques. Il l'appelle iritis séroso-cachectique mixte, et dit qu'elle est caractérisée par un obscurcissement de la cornée, une décoloration de l'iris, l'accumulation d'une masse blanche dans la chambre antérieure; la face postérieure de la cornée ressemble à un ulcère; le centre obscurci de cette membrane devient proéminent, la conjonctive s'injecte et se tuméfie autour de la cornée. La maladie dure des mois et même des annés. Lorsque la cornée s'éclaircit de nouveau, on trouve l'iris décoloré, infudibuliforme, la pupille ronde, mais immobile; la vue est troublée ou abolie dès le début du mal; photophobie, larmoiement, douleurs susorbitaires. La cure est difficile; le traitement général est l'essentiel : les bains salins, à l'intérieur la salsepareille, l'arnica, le sénéga et surtout l'hydriodate de potasse ou de soude, sont les remèdes principaux. Les compresses chauffées sont le seul moyen local supporté par l'organe malade.

L'iritis parenchymateuse dont l'auteur parle dans le cinquième chapitre se présente sous un grand nombre de formes, soit simples, soit compliquées; les formes simples sont l'iritis arthritique et l'iritis syphilitique; les formes compliquées sont l'iritis syphilitico-arthritique, syphilitico-mercurielle, syphilitico-scorbutique, scrofuloso-syphilitique, scrofuloso-herpétique et scrofuloso-pliqueuse. Nous nous étendrions beaucoup trop, si nous voulions transcrire la description de ces différentes formes, que nous engageons nos lecteurs à étudier dans l'original. D'ailleurs les opinions du professeur Ammon ne présentent rien de particulier relativement aux iritis arthritique et syphilitique, et quant aux formes compliquées, nous avouons que les signes locaux seuls ne nous suffisent point pour établir le diagnostic; est-ce à dire pour cela que les complications décrites par l'auteur n'existent point dans la nature : loin de nous cette pensée; nous croyons au contraire qu'il est très essentiel que le médecin examine toute la constitution du malade, et qu'il cherche à découvrir les diathèses qui peuvent avoir déterminé l'ophthalmie, car c'est de cet examen approfondi que dépend la sûreté du pronostic et le choix du traitement. C'est ainsi qu'il n'est pas indifférent qu'une iritis se déclare chez un individu syphilitique qui n'a pas encore subi de traitement, ou chez un autre qui a déjà pris beaucoup de mercure. Le premier sera guéri assez rapidement par le sublimé ou le calomel, tandis que ces préparations exaspéreraient l'ophthalmie de l'autre, qui veut être combattue, suivant Ammon, par le foie de soufre, le carbonate de soude ou de potasse, la salsepareille, l'extrait de chélidoine, l'hydriodate de potasse ou de soude, remède auquel j'ajouterai la décoction de Zittmann.

Dans l'iritis syphilitique qui affecte un scrofuleux, les mercuriaux doivent être employés avec beaucoup de ménagemens : la ciguë, le sénéga, la salsepareille et l'eau de laurier-cerise sont ici très utiles.

Lorsqu'à la suite de la suppression brusque d'une teigne chez un scrofuleux une iritis se développe, elle est, suivant l'auteur, très grave : l'iris s'atrophie facilement, des épanchemens de sang se font dans la chambre antérieure, l'inflammation se propage à la choroïde, aux procès ciliaires, à la capsule cristalline, et la cécité est amenée par le glaucome ou l'atrophie de l'œil. Dans ces cas, les antimoniaux et les mercuriaux sont nuisibles; les moyens les plus utiles sont la baryte, la ciguë, l'iode, l'eau de laurier-cerise, les révulsifs et les saignées locales.

Les traitemens recommandés par le docteur Ammon méritent d'autant plus de fixer notre attention, qu'ils sont basés sur l'expérience; et que ce médecin non seulement voit beaucoup, mais possède aussi le talent de bien voir.

Ce que nous avons dit plus haut de l'iritis chronique, en parlant de la division des iritis adoptée par l'auteur, nous dispense de nous arrêter longtemps au dernier chapitre, qui traite de l'iritis séreuse postérieure. Nous mentionnerons cependant le mode de traitement employé par le docteur Ammon dans cette grave maladie. Au début, il combat le mal par les mêmes moyens que les autres iritis : régime doux, végétal, saignées générales et locales, potions salines, acidulés, eaux minérales laxatives, révulsifs, bains tièdes, savonneux. Si l'iritis résiste, il passe à l'emploi du mercure; outre le sublimé et le calomel, il recommande le précipité rouge sous la forme suivante : précipité rouge, opium âna, 4 grains; poudre de racine de sénéga, jus de réglisse âna, 2 gros. M. faites des pilules de 2 grains. Le malade en prendra 4, deux fois par jour, en augmentant d'une pilule par jour, et en buvant une infusion de racines apéritives. Mais ces remèdes sont, de l'aveu de l'auteur, souvent inefficaces. J'ajouterai que très fréquemment la maladie s'observe sur des individus dont la constitution est tellement détériorée, qu'il est de toute impossibilité d'employer les saignées ou les mercuriaux. C'est alors que le mal est très grave et le traitement difficile; on se conduira différemment, selon que l'individu présentera des traces de telle ou telle cachexie. M. d'Ammon recommande chez les arthritiques et les femmes cachectiques par suite de l'âge critique : la décoction de Zittmann, le carbonate de soude avec les extraits de chiendent et de pissenlit. La ciguë, le sénéga, la baryte, l'iode, l'huile de foie de morue conviennent aux individus qui, dans leur enfance, avaient été scrofuleux. Les malades sujets aux rhumatismes se trouvent bien de l'usage de l'huile de térébenthine, ainsi que, suivant mon expérience, de la teinture de semences de colchique et quelquefois du sulfate de quinine.

Pour rendre ses descriptions plus claires, M. d'Ammon a ajouté à son livre deux planches coloriées qui représentent différentes formes de l'iritis et diverses dégénérescences produites par cette maladie. Ces planches, ainsi que l'extérieur de l'ouvrage, sont en tout dignes de son contenu, ce qui est en faire le plus bel éloge.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

3e ÉPREUVE. — LEÇON IMPROVISÉE APRÈS VINGT-QUATRE HEURES DE PRÉPARATION.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

L'abondance des matières ne nous permet de résumer aujourd'hui dans ces colonnes que les leçons de deux candidats. Le prochain numéro donnera la fin de cette épreuve, et nous essaierons d'apprécier, dans une critique sommaire, les élémens que chaque candidature y a déposés. Ce sera un dernier coup-d'œil sur la lutte qui touche à sa fin : les thèses ne nous fourniront qu'une pacifique besogne de bibliographe, et nous n'aurons garde de traîner nos lecteurs à travers la mousqueterie des argumentations. La composition écrite est à nos yeux l'expression la plus saillante de la constitution intellectuelle des compétiteurs; l'improvisation verbale, tourmentée par les sollicitudes d'une si grande lutte, fouettée par l'excitation fébrile de l'esprit, peut être une monnaie d'équivoque aloi; tantôt elle exagère, par un factice simulacre de vitalité, la valeur d'une candidature; tantôt elle comprime ou contrarie l'essor de ces facultés. Quant à la thèse, elle constitue en elle-même la moins probante des épreuves; l'argumentation seule la rend importante; mais elle pâlirait dans ces colonnes, et se disloquerait sous notre plume : elle vaut surtout à l'oreille vive et chaude; ses pointes s'émoussent à l'œil du lecteur : les impressions rapides qu'elles détermine se refusent au calque d'une froide et monotone sténographie.

M. LEGROUX.

DE LA MÉTRORRHAGIE.

M. Legroux, après avoir énoncé l'étymologie, la synonymie et la définition du mot, divise la métrorrhagie suivant les circonstances suivantes :

1° *Conditions physiologiques de l'utérus.*

2° *Causes et nature :* Elle est essentielle ou idiopathique; sympathique (d'un état morbide du cerveau ou des voies digestives); symptomatique, soit d'affections utérines (phlegmasie, cancer, polype, tumeur fibreuse, hydatites, corps étrangers), soit de compression exercée par des tumeurs placées sur le trajet des vaisseaux abdominaux, par des oblitérations veineuses, par des vêtemens serrés, par l'ascite (Stoll). Elle est encore critique, active ou passive, constitutionnelle et dépendant alors d'un état anémique ou scorbutique; spasmodique, elle relève ou d'un état nerveux local de l'utérus ou d'une disposition générale (Gardien).

3° *Marche :* aiguë ou chronique, rapide ou lente *(stillicidium uteri)*, accidentelle ou habituelle, continue; périodique, intermittente ou irrégulière.

4° *Lieu de l'hémorragie :* interne ou externe.

I. Causes de la métrorrhagie. *Hors le temps de la grossesse :* l'habitude des congestions périodiques; la sensibilité trop souvent exaltée de l'utérus; *pendant la grossesse*, la raréfaction du tissu utérin, le redressement et la dilatation des vaisseaux; la faiblesse des adhérences entre les veines utéro-placentaires. Des recherches de M. Jacquemier, il résulterait que les métrorrhagies seraient toujours produites par la séparation de ces vaisseaux soumis à une distension mécanique par suite du reflux du sang. M. le professeur Dubois paraît adopter cette opinion; *après l'accouchement* : mêmes conditions de l'utérus, avec cette différence que l'hémorragie, n'étant plus limitée par l'œuf, qui fait l'office de tampon pendant la grossesse, s'opère quelquefois avec une abondance et une rapidité effrayantes; favorisée encore par l'inertie de l'utérus.

Relativement aux conditions individuelles, les métrorrhagies sont rares avant la puberté; il en existe néanmoins des exemples; la puberté varie d'ailleurs suivant les climats. L'époque où s'établit la menstruation en est fréquemment tributaire; on les observe aussi longtemps après la cessation de cette fonction. Une constitution délicate et nerveuse, une grande impressionnabilité s'accompagnent souvent de règles abondantes et d'hémorrhagies, tandis que les personnes robustes sont souvent peu réglées et moins disposées aux pertes utérines; aussi ces accidens s'observent-ils plus en ville qu'à la campagne. L'excitabilité utérine, si remarquable dans certaines familles, met hors de doute l'influence de l'hérédité. Les professions qui assujetissent le corps à la position verticale, ou à la position assise, favorisent les congestions pelviennes. Parmi les causes de l'ordre hygiénique, le candidat mentionne les climats chauds où la menstruation est précoce, la chaleur artificielle des appartemens, l'usage des chaufferettes, les couchers trop mous, la pernicieuse mode des corsets et des vêtemens compressifs, la stimulation alimentaire et alcoolique, les médications qui ont pour effet de congestionner les vaisseaux utérins, le défaut d'exercice, les exercices ou mouvemens violens, certaines causes traumatiques, la suppression d'une saignée habituelle, les abus sexuels de toute espèce, les tentatives coupables d'avortement, les premières approches nuptiales, l'irritation entretenue mécaniquement par la présence d'un pessaire dans le vagin, les émotions vives, les passions, les lectures lascives, etc.

Les causes qui se rattachent à l'ordre pathologique, sont en première ligne; les maladies de l'utérus, telles que névrose par exaltation de la sensibilité utérine, phlegmasies, rétention du tribut mensuel; les lésions organiques, cancers, polypes, etc., ont presque toujours pour phénomènes des métrorrhagies qui parfois marquent leur début ou en accélèrent la fatale terminaison; viennent ensuite les maladies du canal digestif, l'ischurie, les affections bilieuses, les maladies du cœur, etc. Ici se placent encore toutes les causes qui débilitent et détériorent l'économie, le défaut de plasticité dans le sang, la faiblesse des capillaires (chlorose), etc. Le candidat a cru devoir insister sur l'étiologie, parce que le diagnostic est en partie fondé sur elle et que d'elle découlent presque toutes les indications thérapeutiques.

II. Symptomatologie. La métrorrhagie est plutôt caractérisée par son effet sur l'économie que par l'abondance de la perte.

Symptômes précurseurs : Frisson, chaleur, pesanteur utérine, palpitations, etc. Ces symptômes sont variables et souvent manquent.

Symptômes de l'hémorragie. A. *Locaux.* Ceux de la congestion première, s'ils ont existé; l'écoulement du sang peut avoir lieu de quatre manières : 1° C'est une époque prolongée; 2° ce sont des époques rapprochées; 3° c'est un écoulement plus abondant que de coutume; 4° enfin, c'est une hémorragie indépendante de l'époque mensuelle. L'écoulement du sang se fait tantôt par une hémorragie foudroyante, tantôt modérément, avec des rémissions ou même avec des intermissions; tantôt il a lieu pour ainsi dire goutte à goutte; c'est le *stillicidium uteri* qui généralement se prolonge. Les qualités du sang varient : vermeil, noir, séreux et clair, sanieux et mêlé de détritus encéphaloïde, etc. Il peut être retenu dans la matrice, entre l'œuf et les parois utérines, dans la cavité distendue du viscère lui-même, dans le vagin bouché par un caillot. — B. *Symptômes généraux :* Diminution des prodrômes, amélioration dans les symptômes d'une maladie antérieure. Si l'hémorragie est foudroyante, pâleur, faiblesse, convulsions et mort; si elle est seulement abondante et prolongée, affaiblissement graduel, étiolement, palpitations, dyspnée, accidens nerveux, tels que hystérie, névralgies faciales, temporales, gastralgies, *etc.*; troubles digestifs, engorgement de l'utérus, phlegmasies chroniques, leucorrhées, disposition abortive, etc. En général, les accidens sont en rapport avec les maladies organiques dont l'hémorragie est un symptôme.

Le candidat indique ensuite la marche, la durée et les terminaisons de la métrorrhagie, établit le diagnostic de l'hémorragie, celui de ses causes diverses, et note les secours qui peuvent fournir le toucher et l'emploi du spéculum, le pronostic est basé sur les conditions pathologiques d'où dérive l'hémorrhagie.

Thérapeutique III. Eloignement des causes, position horizontale, émissions sanguines, générales ou seulement locales, suivant les cas, diète et régime, révulsifs (ventouses aux mamelles, *Hippocrate*, sous les mamelles, *Galien*, ventouses *Junot* aux bras), etc., astringans, ergot de seigle, moyens locaux, antispasmodiques, calmans, rhue, sabine, toniques, etc. Le candidat discute rapidement toutes les ressources et est interrompu par l'heure, dans l'exposition des règles thérapeutiques.

G. GENDRIN.

DES RÉTRÉCISSEMENS ET DES OCCLUSIONS DES INTESTINS.

L'orateur commence par écarter de son sujet deux genres de rétrécissement ou d'occlusion des intestins; l'un provenant de vices de conformation, l'autre par suite d'étranglement dû à des causes externes; il les relègue dans la chirurgie et annonce qu'il n'en parlera qu'incidemment.

L'intestin est l'organe de la digestion, étendu depuis le pylose jusqu'au rectum; les rétrécissemens et les occlusions de l'intestin sont des lésions où son diamètre est diminué ou obturé par des obstacles.

1° Rétrécissement de l'intestin. — Il peut être déterminé par des affections des tuniques soit péritonéale, soit muqueuse de l'intestin. On l'observe à la suite de péritonites chroniques où les circonvolutions intestinales sont soudées entre elles par des brides au-dessous desquelles la lumière de l'intestin est diminuée. C'est surtout dans les péritonites tuberculeuses que l'intestin se montre rétréci, et si l'on mesure sa longueur, on s'aperçoit que l'atrophie ne porte pas seulement sur le diamètre, mais encore sur la longueur du tube digestif dont le raccourcissement est dû à la disparition d'un certain nombre de valvules conniventes, à l'amincissement de la muqueuse, de ses villosités et de ses cryptes. Le rétrécissement intestinal survient à la suite de certaines maladies aiguës de la muqueuse digestive, telles les inflammations érythémateuses par ingurgitation de poisons acides; dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique, par le sulfate de cuivre, on a vu l'intestin de l'homme réduit aux dimensions de celui du chat (tartra); M. Gendrin dit avoir vu lui-même l'intestin rétracté à la suite d'un empoisonnement. Les affections saturnines présenteraient, suivant les auteurs, une évidente rétraction de l'intestin; mais le candidat déclare n'avoir point vérifié ce fait, quoiqu'il ait ouvert un certain nombre de sujets morts par suite d'intoxication saturnine. Sans doute beaucoup de rétrécissemens intestinaux sont notés dans les anciens comme résultat de cette cause; on peut en admettre la réalité, dit M. Gendrin, mais en les rapportant à l'action même des médicamens violens employés par eux contre la maladie de plomb.

Les rétrécissemens surviennent au-dessous des obstructions; ordinairement la tunique musculaire est comme revenue sur elle-même, blanche dans ses fibres. Le type de ce genre de rétrécissement se rencontre dans l'anus anormal où l'intestin se resserre au-dessous de l'orifice artificiel. Les rétrécissemens produisent des accidens qui viennent s'ajouter à ceux de la maladie où ils surviennent et parfois compliquent le diagnostic; c'est ainsi que dans une péritonite chronique, le marasme peut être attribué à cette maladie aussi bien qu'au rétrécissement de l'intestin. Cependant les chirurgiens qui ont fréquemment occasion d'observer les effets de cette dernière lésion ont remarqué qu'un rétrécissement d'une grande étendue amène rapidement le marasme.

2° Occlusions de l'intestin. — Elles produisent des phénomènes morbides particuliers. Si l'occlusion siège près du pylore, il y a vomissement, l'abdomen est revenu sur lui-même au-dessous de l'estomac, résistant dans les points correspondans à ce viscère; l'occlusion siège-t-elle inférieurement, on observe un météorisme considérable, des coliques obtuses, la suppression ou la rareté des évacuations alvines; si elle a son siège près du rectum, l'excrétion des matières fécales se fait à long intervalle ou sous un petit volume; si elle persiste, surviennent des vomissemens de matière liquide verdâtre, bientôt des matières fécales; la fièvre s'allume, le malade est dans l'anxiété, les forces tombent, etc. En un mot, cette occlusion, se caractérise par l'appareil symptomatique de l'étranglement interne; les accidens alternent avec des intervalles de calme, puis ils croissent à chaque retour, jusqu'à terminaison funeste; au dernier terme, refroidissement général, corrugation des extrémités qui sont couvertes d'une sueur poisseuse.

Il importe de s'enquérir de la lésion cause de l'obstruction, et il faut l'étudier

dans les symptômes autant que dans les lésions cadavériques ; la plus fréquente de celles-ci consiste dans la dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse du tube digestif; le candidat décrit en détail l'infiltration de la matière cancéreuse dans les parois du canal alimentaire, et fait remarquer les variétés de sa disposition, suivant la hauteur de l'intestin; vers le pylore, l'anneau qu'elle forme emprunte sa régularité de la disposition organique qui constitue en quelque sorte le moule de l'infiltration cancéreuse. En même temps l'axe du canal digestif est dévié par des adhérences péritonéales ; au-dessous de l'occlusion, lésion secondaire du carcinome intestinal, le diametre du canal est rétréci : au-dessus, ses parois sont hypertrophiées, grâce aux efforts continus, plus énergiques, qu'elles sont obligées d'accomplir sur le contenu du tube digestif, pour lui faire franchir les obstacles qui s'opposent à son cheminement. Les symptômes généraux de ce genre d'occlusion sont ceux de l'affection carcinomateuse et contribuent à faire diagnostiquer celle-ci Le pronostic en est fort grave ; néanmoins les rapports de l'intestin peuvent se modifier, de manière à permettre le rétablissement du cours des matières fécales. Le candidat cite à ce sujet les détails rapportés par M. Biett dans l'autopsie de Talma chez qui l'on a remarqué un commencement du travail ayant pour but d'établir une circulation pour ainsi dire collatérale des fèces entre deux segmens d'intestin placés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'obstruction.

Il est des occlusions qui appartiennent à la paroi du tube digestif; ainsi des ulcères intestinaux laissent à leur suite, après guérison, un tissu de cicatrice appelé inodulaire par Delpech, et qui, par la coarctation qu'il exerce, peut amener l'obturation de la lumière de l'intestin; Delpech a consigné dans le MÉMORIAL DU MIDI un fait de ce genre où le rétrécissement était dû à la crispation de l'intestin. Les contractions du tube digestif peuvent être modifiées par une influence nerveuse; de là les invaginations, et, par suite, des occlusions; ici le candidat prémunit ses auditeurs contre les observations imprimées d'invagination guéries par le sphacèle et l'expulsion des portions enroulées; ce qu'on a pris pour des lambeaux d'intestin n'était souvent que pseudo-membranes; toutefois, il existe une observation de Lecat, où les trois tuniques ont été séparées par la dissection dans le segment invaginé et rejeté au dehors. M. Gendrin fait observer que des occlusions imparfaites n'ont souvent été constatées qu'à l'autopsie.

D'autres causes peuvent donner lieu à l'occlusion intestinale : le candidat cite les suivantes :

Les *tumeurs fibreuses*, espèces de polypes adhérens à la surface digestive; Bartholin en cite un exemple; mais il faut qu'elles aient un énorme volume pour obturer le diamètre de l'intestin, et le fait mentionné se rapporte sans doute au carcinome;

Les *corps étrangers* : Meckel a réuni douze à quinze observations de calculs intestinaux; ils avaient donné lieu à des phénomènes d'occlusion incomplète;

La stase et l'endurcissement des matières fécales; ce double phénomène n'est qu'un symptôme de maladie et s'observe surtout dans celles qui ont leur siége vers l'estomac; chez les femmes et les jeunes filles affectées de gastralgie avec éructations acides et constipation, les masses fécales sont parfois si solidement fixées qu'une opération chirurgicale devient nécessaire pour leur extraction; des douleurs lombaires, des coliques obtuses et continues, en dénotent l'existence; la palpitation des fosses iliaques les constate, et le doigt introduit dans le rectum souvent les atteint. — La stase fécale est encore due à la paralysie du rectum, résultat de lésions de la moëlle épinière, etc. Mais, en général, ces stases ne se prolongent pas; bientôt l'inflammation survient, avec elle la diarrhée.

Le phlegmon iliaque (*Ménière*). Il a son siége dans le tissu cellulaire placé au voisinage du cœcum; dans celui qui enveloppe l'appendice ou le cœcum lui-même; et il peut se terminer par perforation. Il a pour symptômes une douleur vers le cœcum, la diarrhée, des coliques, au bout de quelques jours une tumeur qui se dessine à l'œil, la suspension du cours des matières fécales, le météorisme. La tumeur fait des progrès, la suppuration se forme, l'abcès s'ouvre le plus fréquemment dans la cavité de l'intestin. et alors les selles se rétablissent ; parfois l'abcès vient faire saillie jusque sous le ligament de Fallope. Le candidat raconte un fait intéressant observé à l'hôpital Cochin.

L'inflammation des parois du cœcum lui-même, déterminant la paralysie de cet intestin. La paralysie paraît prouvée à M. Gendrin par la tumeur que forme cet organe.

La dysenterie. On ne s'explique pas au premier abord la stase des matières fécales dans la dysenterie ; elle a lieu pourtant, et c'est là ce qui explique le succès de son traitement par les evacuans; souvent, en effet, on observe l'expulsion de matières fécales solides après la cessation des phénomènes propres à la dysenterie ; or, ces matieres étaient depuis longtemps stationnaires dans l'intestin.

Il est enfin une autre occlusion dont la cause ne peut être précisée : sur une longueur d'un pouce à un pouce et demi, toutes les tuniques de l'intestin sont confondues en une matière fibreuse plus ou moins solide; la dégénérescence est évidente par l'hypertrophie du tissu cellulaire aux dépens des autres tuniques ; ordinairement elle affecte les gros intestins et donne lieu à un épaississement de 4 à 5 lignes.

C'est une circonstance curieuse, dit M. Gendrin, que celle du rétrécissement des tubes à structure complexe ; il rappelle la conversion des tubes artériels en un faisceau fibreux à orifice étroit ; il a vu un cas de ce genre, sans qu'il veuille toutefois le rapprocher du rétrécissement du tube digestif.

Le candidat résume la symptomatologie générale des rétrécissemens ; le diagnostic et le pronostic ont pour premier élément la recherche de la nature des rétrécissemens ; parmi les lésions morbides qui les déterminent, les affections carcinomateuses tiennent le premier rang.

(*La suite de la troisième et dernière épreuve au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Boyer (de Marennes) nous communique les renseignemens suivans :

COUCHE TRIPLE A TERME. — MORT DES TROIS ENFANS PAR ENDURCISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE.

« Madame N...., déjà mère de cinq enfans, habitant à Marennes, a mis au monde, le 15 de ce mois, trois petites filles bien conformées, quoique de dimensions un peu moindre que celles des enfans naissans ordinaires. Toutes trois ont crié, bu, rendu leur méconium et semblaient présenter des chances d'existence; cependant elles n'ont vécu, l'une que six jours et les deux autres huit. Une seule a pris le sein d'une nourrice.

» Elles ont toutes trois succombé à un endurcissement du tissu cellulaire... Cette maladie s'est-elle développée chez ces trois enfans, parce qu'elles n'étaient pas pourvues d'une énergie vitale assez grande pour activer suffisamment la circulation, surtout à la périphérie? Je le pense.... La rigueur de la saison, bien qu'elle ne soit pas extrême, peut-elle être regardée comme cause? Aucun des moyens de calorification employés en pareil cas n'a été négligé, et le tissu cellulaire s'est endurci après qu'elles ont cessé de boire, et pendant qu'elles étaient entourées de laine cardée, de boules d'eau, etc.

» L'accouchement de madame N.... a été naturel, prompt et facile. La grossesse n'avait rien présenté d'extraordinaire, à moins qu'on ne veuille noter comme tel un phénomène bien commun, mais que n'avait jamais offert madame N.... dans ses autres grossesses, l'œdème et le gonflement des veines des membres inférieurs. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 2. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 11 JANVIER 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réuuies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonues, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, ponr Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne penvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au hureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les effets physiologiques et thérapentiques de l'acide cyanhydrique, acide prussique. (Suite). — II. Revue clinique. Revue rétrospective de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris : Observations de calculs vésicaux. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 6 janvier. — Académie de médecine : séance du 7 janvier.—IV. Concours pour la chaire de pathologie interne de la Faculté de Paris.—V. Variétés.—VI. Feuilleton. Lettre à M. Réveillé-Parise sur la situation médicale en France.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE (ACIDE PRUSSIQUE); par Alfred Becquerel, interne à l'hôpital de la Charité.

(Suite.—Voir le numéro précédent.)

DURÉE DES EFFETS DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

Le temps qui sépare l'ingestion du médicament du développement des effets varie pen; tantôt on les voit se déclarer rapidement, et comme un coup de foudre, c'est ce qui est arrivé chez les deux malades dont nons avons rapporté l'observation. Dans d'antres, ils ne se manifestent qu'une, deux ou trois minutes après, quelqnefois cinq, rarement un quart d'heure, et, dans une seule fois, une demi-heure. Nous devons dire toutefois que le plus souvent ils se sont manifestés presque immédiatement.

Durée des accidens. — Tantôt cette durée est très courte; elle est de une ou deux minutes; cependant nous l'avons vu être de cinq à dix minutes, rarement de quinze.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'acide cyanhydrique agissant d'une manière intermittente; c'est-à-dire après l'ingestion d'une cuillerée de la potion; mais il est certains cas dans lesquels l'action est continue et complètement indépendante de l'instant où le liquide est introduit dans l'estomac. Nous avons déjà étudié la nature des accidens qui caractérisent ce mode d'action, il ne nous reste plus maintenant qu'à parler des conditions qui président à son établissement.

La dose, à laquelle il faut arriver pour que les effets de l'acide cyanhydrique soient continus, ne présente rien de fixe; cependant, une des conditions nécessaires est une dose assez forte, 18 à 20 gouttes administrées pendant un certain temps; bien qu'on les remplisse, on ne parvient pas toujours à l'obtenir, et on trouve des individus qui y sont tellement réfractaires qu'on ne peut déterminer cette action, quelque soit le temps que l'acide ait été continué. Un jeune homme de 29 ans, affecté de tubercules au deuxième degré, prit pendant six semaines une potion de 20 gouttes d'acide cyanhydrique; constamment les effets que ce médicament détermina furent intermittens et suivirent l'ingestion de chaque cuillerée. Au bout de peu de temps ils disparaissaient.

En général, l'action continue ou hyposthénisante de l'acide cyanhydrique s'établit plus facilement chez les femmes que chez les hommes.

La nature des maladies dont sont affectés les individus chez lesquels ce médicament est employé ne paraît exercer aucune influence à cet égard.

Nous sommes donc amenés à conclure que nous ne connaissons pas les conditions précises qui font que chez tel individu l'acide cyanhydrique agit de telle manière; et chez tel d'une autre. Il ressort également un fait pratique de ce que nous venons de dire, c'est que lorsqu'on est arrivé à une certaine dose, et que l'acide cyanhydrique détermine des effets intermittens assez énergiques, il ne faut pas persister à l'augmenter encore dans l'intention de faire produire au médicament son action continue et générale; on serait à peu près certain de n'y point parvenir, et on pourrait déterminer des accidens assez graves pour compromettre l'existence

Feuilleton.

LETTRE A M. RÉVEILLÉ-PARISE SUR LA SITUATION MÉDICALE EN FRANCE.

Mon cher collaborateur,

Un notable progrès fut réalisé dans notre science le jour où une méthode complète de description symptomatologique fut mise en usage par les observateurs, le jour où la voix du maître ne cria plus au disciple, traducteur minutieux de la nature : sabrez, sabrez! Si la philosophie vit de généralités, la vérité est dans le détail; la science des indications n'est souvent que la notion des nuances les plus fugitives d'un état morbide, et c'est à la médecine que la sagesse proverbiale a emprunté ce dicton : pour appliquer le remède il faut connaître le mal. C'est aussi ce principe qui vous a inspiré vos récens articles sur la situation de la profession médicale en France; vous avez pensé que la méthode qui fait prospérer la science peut s'appliquer à la profession et hâter peut-être l'heure désirable d'une crise régénératrice. Au lieu de psalmodier, sur le thème des banales redites, une nouvelle édition des doléances universelles, au lieu de dissiper votre spirituelle verve dans le vague des périphrases récriminatoires, vous avez abordé, remué le malade dans son lit; vous avez interrogé ses souffrances, nombré les battemens de sa vie; et, vous retournant vers le public de la Gazette Médicale, c'est-à-dire vers un public nombreux et digne de vous, vous lui avez narré, dans le pur et facile langage qui vous advient de par la muse des lettres classiques, les tristes choses que vous a révélées l'inexorable investigation du mal; vous en avez démêlé les élémens, décrit les symptômes, indiqué les nuances, suivant les hommes et les lieux : historien de nos douleurs, vous n'avez pas arrêté votre coup-d'œil explorateur aux limites de la cité; vous avez franchi la banlieue, et sur les pas d'un confrère expert des champêtres aménités de la medecine rurale, vous avez suivi le sentier qui mène aux petits villages, aux hameaux écartés, vous vous êtes assis au seuil de l'humble demeure du praticien de campagne, et recueillant les confidences de son foyer, vous vous êtes fait le démonstrateur d'autres plaies, l'écho d'autres clameurs qui, d'ordinaire, n'arrivent point jusqu'à nos oreilles; vous avez déroulé un tableau, pendant dérisoire des ideales géorgiques de la poésie juvénile.

Et de cette manière, vous avez fait besogne de description complète; la peinture est loyale est vraie; verrues ni callosités n'en sont absentes; elle est d'une ressemblance à être désavouée par le modèle; et c'est en effet ce qui vous arrive. Les malades ne s'accommodent point des saillies d'une franchise médicale qui soulève même par un seul coin, le voile des gratuites espérances; les facies disgraciés craignent de se réfléchir dans l'impitoyable ressemblance d'une peinture consciencieuse. Le portrait terminé, on le répudie; sa vérité fait mal; la verrue existe, mais il ne faut pas que le pinceau la dénonce. Voilà que des voix s'élèvent parmi nos confrères pour vous reprocher la sévère exactitude de l'inventaire que vous avez dressé de leurs tribulations; voilà que le malade dont vous avez sondé les blessures s'agite dans sa couche et se fait le plagiaire du stoïcisme menteur de ce

des malades. La meilleure condition, avons-nons déjà dit, pour parvenir à ce hnt, est une dnse de 16, 18 à 20 gonttes, continnée pendant un certain temps.

INFLUENCE DE L'HABITUDE.

La grande majorité des malades s'habitne à l'action de la plnpart des médicamens. Tel agent thérapeutique détermine à une dose donnée des effets énergiqnes, qui, continné un certain temps, finit par deveuir presque complètement inerte. Dans les affections cancérenses, on arrive à donner anx malades des doses énormes d'opium pour calmer leurs douleurs; il en est de même dans les affections nerveuses; cela tient à ce que l'économie, habitnée à être impressionnée par une telle dose d'opinm, finit par n'en plus ressentir aucune action an bont de qnelqne temps, aussi est-on obligé de l'augmenter sans cesse. Nons n'avons parlé ici qne de l'opium; mais la plnpart des agens thérapentiqnes sont dans ce cas. La digitale, administrée à des individus affectés de maladies du cœur, a besoin d'être sans cesse augmentée, si on vent voir persister les mêmes effets; c'est-à-dire le ralentissement du pouls. Les pnrgatifs employés dans la coliqne de plomb agisseut avec beauconp moins d'énergie, si on les continne plusienrs jours de snite; il en est de même des toniques, des diurétiques et de bien d'antres médicamens. C'est nn fait assez counn ponr qu'il soit innlile d'y insister davantage. L'acide cyanhydriqne, au contraire, paraît déroger complètement à cette loi; très rarement les malades penvent s'hahituer à son action, je ne l'ai pas ohservé; si quelques autenrs l'ont admise, c'est qn'ils se sont probablement servi d'acide qui se décomposait et perdait pen à pen de sa force à mesure qu'on l'employait. Nous avons cherché plusieurs fois à vérifier ce que nous avançons, et tonjours nous avons vu les mêmes effets déterminés par les mêmes doses, chez les mêmes malades; nons avons cité plns baut un pbthisique auquel on administra pendant nn mois 20 gonttes d'acide cyanbydriqne par jonr. Les symptômes observés chez ce malade fnrent constamment semblables. Chalenr générale; bouffées de chaleur; étourdissemens; puis sueur légère, qui terminait chaque accès.

Lorsqn'on emploie l'acide prussiqne, pendant nn certain temps, ce n'est donc pas l'habitude qui tend à s'établir chez les malades, mais dans nn certain nombre de cas son action qui d'intermitteute tend à devenir continue.

INFLUENCE DE L'AGE, DU SEXE, ETC.

L'âge ne paraît exercer aucune influence sur le mode d'action de l'acide cyanhydrique; peut-être. du reste, les faits sur lesquels nous nous appuyons ne sont-ils pas assez nombreux pour que nous puissions l'affirmer d'une manière positive.

Le sexe, au contraire, en exerce une, mais légère; des moyennes que nous avons prises chez les phthisiques spécialement, et dont nons donnerons plus bas les relevés, il ressort qu'il faut des doses un peu plus faibles chez les femmes que chez les hommes, pour déterminer des résultats identiqnes; du reste, la différence est légère.

Les constitutions faibles, débilitées par des maladies antérieures, laissent plus facilement développer les accidens; la faiblesse de la constitution des femmes est sans doute la cause de l'action un peu moins énergique que l'on observe.

L'imagination exerce une grande infinence snr le développement plus on moins facile des effets pbysiologiques de l'acide cyanbydrique, snrtout si elle est mise en jeu par la crainte qu'inspire un médicament nouvean; les femmes sous ce rapport sont beaucoup plus impressionnables que les hommes. Nous ne reviendrons donc pas ici sur ce sujet que j'ai traité plus haut.

INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

Avant d'examiner cette qnestion, il est plusieurs propositions très importantes que nous devons développer et dont nous avons déjà dit quelques mots en commençant.

On doit examiner avec attention et attacher une grande impnrtance à l'état des malades à l'époque de lenr entrée; il en est peu qui se font admettre dans les hôpitanx tont à fait au début de leurs maladies, surtout lorsqn'il s'agit d'affections chroniqnes; la plupart du temps ils font peu d'attention aux premiers symptômes qui annoncent ce début, et ils attendent ponr se présenter qne le mal ait fait de grands progrès, on qn'il se soit manifesté par des accidens beauconp plus intenses qui les font nécessairement quitter toute espèce de travail. On en voit beauconp qui l'ont continué jusqu'à l'instant de lenr entrée, et d'antres, s'ils n'ont pas agi ainsi, qni sont restés chez enx se contentant de tisane et du repos. Les malades se présentant dans de telles circonstances, pense-t-on que leur état ne subira ancun changement par snite dn repos complet, de la diète, d'un lit hien sonvent meilleur que le lcur propre, de la cessation de tout travail, et enfin de leur résidence dans un lien plus salubre, et croit-on que de telles conditions ne ponrroot améliorer leur état et leur apporter quelqne sonlagement surtout si ces malheureux sont en proie à des affections chroniques? telle est l'opinion de M. Andral; et après avoir constaté l'état des malades à lenr eutrée, il nons a bien souvent montré que ces influences hygiéniques senles, et sans le concours d'autres médicamens qne des boissons délayautes, amenaient en peu de jours un changement notable dans l'état d'individus affectés de phthisie, d'emphysème pulmonaire ou de maladies du cœur, etc., ponrvu toutefois que leur marche ne soit pas aiguë, ou qu'elles ne soient pas encore parvennes à un degré très avancé. Il faut douc bien se garder, comme nous l'avons dit, d'attribuer l'amélioration à l'action du médicament.

INFLUENCE DE L'ACIDE SUR LES SYMTÔMES FOURNIS PAR LE TUBE DIGESTIF.

SOIF. L'acide cyanhydrique n'a exercé aucune iufluence notable snr ce symptôme, il est tonjours resté le même; quelquefois les malades buvaient davantage pour enlever le manvais goût produit par l'introduction du médicament dans la bouche.

NAUSÉES; VOMISSEMENS. Ces accidens, loiu d'être améliorés par l'emploi de l'acide cyanhydrique, ont, au coutraire, dans quelques cas, acquis une intensité plus grande. Chez nne femme, âgée de 33 ans et affectée de tubercnles pulmonaires au troisième degré, il existait depuis un certain temps des vomissemens (cinq à six par jour). Dès qu'on lui administra l'acide, chaque cuillerée déterminait au bout de cinq à six minutes un vomissement nouveau.

DOULEURS D'ESTOMAC. Nous avons vu chez une femme, âgée de 63 ans,

---

philosophe ancien qui s'écriait en grimaçant dans son lit : « Non, la douleur n'est pas un mal! »

Pour moi, mon cher collaborateur, j'approuve sans restriction la publique exhibition des misères des abus, des fléaux de toute espèce, qui travaillent notre carrière et semblent l'avoir dépouillée pour toujours de sa prospérité béréditaire. Il faut laver le linge sale en famille, soit; mais vous n'avez pas ambitionné la hasardeuse mission de purifier le sanctuaire médical; vous avez mis au jour des embarras secrets, des désenchantemens profonds, des angoisses d'existence matérielle; mais ces révélations qui sont des faits ne sauraient éloigner de la médecine les légitimes témoignage de l'estime publique; vous avez montré sur le corps médical des plaies saignantes, non des taches et des souillures; l'aberration de quelques-uns n'a point porté, ne portera jamais atteinte à la considération générale de la profession C'est donc un sentiment de fausse honte qui a fait tomber de quelques boucbes un blâme irréfléchi sur votre entreprise; je la tiens pour bonne; permis à quelques patriciens heureux de se montrer contrariés de cette âpre franchise sur la fortune médicale en France; la leur est si fleurie, si moelleuse, si consolante! Leur orgueil peut souffrir, si le monde apprend qu'ils ne sont que les chefs de file d'une colonne d'obscurs et pauvres travailleurs; que le bonnet doctoral qu'ils portent avec tant d'aise et de dignité couvre ailleurs bien des têtes brûlantes de la fièvre des sollicitudes intimes, recèle bien des tristesses et des déboires; mais ceux de nos confrères dont vous avez fait connaître la véritable situation, je venx dire le plus grand nombre applaudira à ce que vous avez fait. A quoi bon, en vérité, cette satisfaction de convention que nous entretenons parmi nous-mêmes, et l'illusion que nous nous efforçons d'entretenir dans le monde? Si nous voulons obtenir nn cbangement, il fant déclarer à la société que nous sommes mal. Quelques dots se détourneront peut-être des béritiers présomptifs d'une clientelle problématique; mais les pères de famille, avertis par l'événement des ambitions déçues et des espérances renversées qui gisent autour de nous, y regarderont à deux fois avant de lancer leurs fils dans la voie des études médicales; il se rencontre encore dans les villes de province nn très grand nombre de chefs de famille qui s'exagèrent singulièrement les ressources inhérentes à notre art, qui considèrent le diplôme comme une lettre de change tirée sur la fortune et payable à point nommé d'entrée en exercice : qu'un seul d'entre eux vienne à s'éclairer à la lecture des renseignemens douloureusement authentiques que vous avez consignés dans ces colonnes, et vous aurez mieux mérité de l'art et de la société que tous les agens du recrutement doctoral en France.

Mais la démonstration du mal ne suffit point, il faut étudier le remède et l'appliquer.

Est-il tout entier dans une législation nouvelle? Vous paraissez le croire par l'indignation même que vous suscitent les retards apportés à sa promulgation. Permettez-moi de ne point partager entièrement votre confiance, si vos espérances de réformes se concentrent dans le projet connu de nos lecteurs et qui, couvé sous les auspices d'un multiple contrôle, attend dans le portefeuille du grand-maître le jour de son éclosion parlementaire. Le discuter ici n'est point notre objet; l'instant de sa présentation aux chambres nous conviera plus tard à un nouvel examen des clauses qu'il contient; admettons comme excellente la législation qui se prépare; si elle s'exécute comme l'ancienne, elle sera bientôt une arme émoussée. Est-il donné d'ailleurs à une loi, si bonne qu'elle soit, de créer ce qui

phthisique et affectée de gastrite chronique avec ulcérations, chaque cuillerée d'acide prussique exaspérer tellement les douleurs d'estomac dont elle se plaignait du reste avant qu'elles devenaient intolérables et lui arrachaient des cris; on fut obligé de le cesser; et cependant on n'en était encore qu'à la dose de huit gouttes dans une potion.

COLIQUES; DIARRHÉE. De tels symptômes n'ont été en aucune manière améliorés par l'action de l'acide; nous rappellerons seulement ici que nous avons cité deux phthisiques chez lesquels l'ingestion de chaque cuillerée déterminait de nouvelles coliques et une selle.

La nature des selles resta la même, et la constipation ne fut en rien modifiée chez les malades soumis à l'action de ce médicament.

INFLUENCE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR LES SYMPTÔMES FOURNIS PAR L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

DYSPNÉE. Nous n'avons jamais observé que l'usage de ce médicament apportât une amélioration notable dans l'intensité de ce symptôme. Quelquefois il est vrai chez des phthisiques on des individus atteints de maladies du cœur, nous avons vu l'oppression diminuer au bout de quelques jours; mais alors la maladie organique était peu avancée, et d'après l'examen attentif des malades, nous n'avons pas hésité à attribuer cette amélioration au repos, à la diète et au changement dans les conditions hygiéniques.

TOUX. Nous l'avons vue diminuer dans quelques cas et spécialement chez deux phthisiques; mais c'était dans les mêmes circonstances que la dyspnée, et nous y reviendrons plus tard. Nous devons dire toutefois que chez deux phthisiques (un homme et une femme) l'ingestion de chaque cuillerée de la potion déterminait le retour des quintes de toux assez violentes, retour dû, sans doute, à l'irritation causée dans le pharynx par le passage de l'acide.

EXPECTORATION. Nous ne l'avons trouvée influencée en aucune manière. Dans quelques cas où les propriétés hyposthénisantes de l'acide se sont manifestées, les malades débilités ont vu la fréquence et l'abondance de leurs crachats diminuer : une augmentation momentanée de la dyspnée en fut la conséquence. Hâtons-nous de dire que de tels faits sont rares.

INFLUENCE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR LES SYMPTÔMES FOURNIS PAR L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

BATTEMENS DE COEUR; PALPITATIONS. Nous avons déjà démontré qu'un des effets physiologiques de l'acide cyanhydrique, administré à une dose un peu élevée, était des battemens de cœur; on pouvait donc concevoir tout d'abord que ces symptômes, étant le plus souvent le résultat d'une affection du cœur, on ne puisse les guérir ou les calmer par l'action de ce médicament. L'observation des faits a confirmé cette idée. Chez aucun des malades affectés de maladies du cœur l'acide cyanhydrique n'a calmé les palpitations.

ETAT FÉBRILE. Nous devons le décomposer en deux symptômes :

1° *La chaleur de la peau.* Nous l'avons longuement étudiée, et nous avons démontré que, locale ou générale, elle était un des résultats les plus fréquens et les plus constans de l'administration de l'acide prussique. Nous n'avons rien à ajouter.

2° *Pouls.* J'ai pris chaque jour, matin et soir, le nombre des pulsations de chaque malade soumis à nos expériences; j'ai constaté ses qualités, sa force, sa résistance, etc., et je n'ai trouvé aucun autre changement dans ses qualités que ceux qui sont dus aux variations quotidiennes et irrégulières, qu'il peut présenter sous l'influence d'une foule de causes.

SUEURS. Elles n'ont été influencées en rien : les phthisiques ont présenté des sueurs nocturnes comme à l'ordinaire.

SYSTÈME NERVEUX. La céphalalgie, les étourdissemens, les mouvemens convulsifs, d'après les effets physiologiques que nous avons décrits, devraient, loin d'améliorer tous ces accidens, les augmenter, puisque l'acide cyanhydrique les développe souvent chez ceux chez lesquels ils n'existaient pas. Cependant il est une remarque que nous avons faite, c'est que, dans certains cas d'hystérie ou de névroses hystériformes, les accès se sont éloignés sous l'influence de ce médicament, lorsqu'il commençait à agir d'une manière continue. Nous citerons plus bas un exemple remarquable de ce fait, qu'il faut peut-être attribuer à une sorte d'effet homœopathique, à ce que la production d'accidens nerveux nouveaux a fait disparaître ou seulement éloigné ceux qui étaient le résultat de l'hystérie ou des névroses.

Les forces des malades sont plutôt affaiblies, plutôt diminuées, qu'elles ne sont relevées et augmentées par l'action de l'acide cyanhydrique.

Il est à peine utile d'ajouter que les signes physiques annonçant des lésions des systèmes respiratoire et circulatoire, et les divers bruits et phénomènes morbides perçus par l'auscultation et la percussion n'ont subi aucun changement, aucune amélioration : la maladie suivit sa marche régulière pendant son administration.

INFLUENCE EXERCÉE PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR LA MARCHE DES MALADIES.

On peut établir comme principe général le fait suivant : dans toutes les maladies constituées par des lésions organiques aiguës et chroniques, ou des troubles nerveux quelconques, curables ou non, l'influence de cet agent thérapeutique a été complètement et absolument nulle. La maladie a continué de faire des progrès.

Dans le petit nombre de cas où il a paru déterminer une amélioration toujours légère, on devait plutôt attribuer ce changement au repos, à la diète et aux conditions hygiéniques meilleures. Dans les maladies avec simple trouble des fonctions nerveuses, on n'obtient pas non plus la guérison, mais on observe quelquefois des changemens fort importans, qui portent spécialement sur la nature des symptômes, leur marche et leurs rapports entre eux. Nous développerons plus loin ce sujet.

INFLUENCE DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR LES MALADIES EN PARTICULIER.

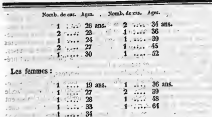
PHTHISIE PULMONAIRE. — La phthisie pulmonaire est une des maladies dans lesquelles M. Andral a essayé, le plus fréquemment, l'acide cyanhydrique, dans toutes ses phases, dans toutes ses conditions, à tous ses degrés, et cela chez des individus de sexe et de constitution différente. Nous donnons ici le résumé de son emploi chez 24 malades.

Sur ces 24 cas, il y eut 14 hommes et 10 femmes.

---

n'existe point en germe au milieu de nous, de transformer, par la seule vertu de ses dispositions, les conditions antérieures de la carrière? Si l'unité manque parmi les élémens de notre corps, une loi, deux lois et autant de réglemens secondaires réussiront-ils à la forger? Les lois qui précèdent les mœurs risquent la désuétude ou font naître l'opposition et la lutte. Personne ne sent plus vivement que nous la nécessité d'une décisive répression de l'industrie qui désole les différentes branches de notre art; mais les moyens de l'opérer ne sont ni aisés ni exempts d'inconvéniens; la loi nouvelle tranchera la difficulté; elle porte dans ses flancs tout un arsenal judiciaire, destiné à foudroyer les artisans de fraude et les félons de l'honneur médical; mais est-ce donc une mesure si simple que l'institution immédiate, improvisée d'une magistrature spéciale, chargée de faire main basse sur les abus et sur ceux qui les commettent? Attendez-vous à une guerre artificieuse ou insolente, aux calomnies, à des collisions sans nombre; attendez-vous surtout au scandale: on appellera des arrêts de ce tribunal à l'erreur protectrice des masses, si faciles à la surprise, si ardentes à leur propre mystification; la publicité prêtera aux parties lésées son dangereux instrument de représailles, et élevera à la hauteur du tribunal les tréteaux de la réclame; on fera douter des mobiles qui auront conduit les juges spéciaux; on laissera entrevoir dans les plis de leur toge des intérêts cachés; le découragement et la crainte affaibliront le ressort de l'institution, et votre loi finira par s'endormir dans l'inertie de ceux qui auront reçu mission de l'appliquer.

Pouvons-nous exiger que le législateur fasse tout pour nous? Cela ne nous semble pas plus rationnel qu'il ne serait vrai d'avancer que la législation actuelle a fait tout le mal de notre situation. Il faut bien le confesser, nous sommes pour beaucoup dans les maux qui nous contristent... *quorum pars maxima.* Comment voulez-vous que le législateur ravive en nous le sens de la dignité, s'il défaille au contact de la vie sociale de ces temps-ci? Comment s'obligerait-il, Don Quichotte de nos impérieux intérêts, de commander partout sur nos pas, estime, admiration, reconnaissance? Il est une foule de détails qu'une loi ne peut régler, que les ordonnances et décisions du pouvoir ne peuvent atteindre. Nos rapports avec le monde ne sont point susceptibles d'une organisation fixe, rigoureuse, uniforme; nos intérêts ne comportent point, de la part de l'autorité, une minutieuse prévision. Les accompagnemens de l'exercice médical, les résultats de notre art, les circonstances dans lesquelles ils s'obtiennent, tout cela varie à l'infini; là où tout rentre et vacille dans les mobiles limites de l'individualité, la loi ne peut formuler de stipulations collectives; là où se rencontrent et se mêlent sous les mêmes enseignes l'ignorance et le talent, l'industrie et le dévoûment, le dol et la probité, le législateur n'a souci d'étendre l'égide d'une égale et commune protection. Des garanties générales sont exigibles, qui le nie? De larges modifications sont nécessaires dans l'assiette de notre profession qui succombe sans le bénéfice de cette réforme; mais, de grâce, ne remplacez point les illusions que vous venez de détruire sous les coups d'une impitoyable statistique de nos misères, par les illusions fondées sur l'universelle efficacité d'une panacée législative. Soyez assuré, fâcheuse certitude! que deux ou trois lustres révolus après la promulgation de la Charte médicale qui nous est promise, les choses n'auront pas grandement changé, si vous n'avez préparé les effets de la législation nouvelle par des mutations profondes dans les esprits, si vous n'avez réalisé, parallèlement à l'œuvre du dehors, une œuvre de réforme intrinsèque.



Nomb. de cas.	Ages.	Nomb. de cas.	Ages.
1	26 ans.	2	34 ans.
2	23	1	36
1	24	1	39
2	27	1	45
1	30	1	52

Les femmes :

1	19 ans.	1	36 ans.
1	27	2	39
1	28	1	48
1	33	1	61
1	34		

DEGRÉ DE LA MALADIE. — Les 24 malades furent ainsi répartis :

Hommes. Trois étaient affectés de tubercules au premier degré; deux de tubercules passant du premier au second degré, et commençant à se ramollir; un au deuxième degré; deux passant de tubercules au deuxième degré au troisième (petites cavernes); six cas de tubercules au troisième degré.

Femmes. Une fois tubercules passant du premier au deuxième degré; deux fois tubercules au deuxième degré; sept fois tubercules au troisième degré.

DOSES DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE. — Nous donnerons ici les doses qu'on n'a pas cru devoir dépasser, soit parce que les malades ne pouvaient plus les supporter, soit parce que l'effet général était établi, soit enfin parce qu'on n'aurait pu aller plus loin sans déterminer de graves accidens.

Chez les hommes, la dose la plus faible à laquelle on s'est arrêté a été 10 gouttes, et cela dans un seul cas. Tous les autres ont pu prendre jusqu'à 16 à 22 ou 24 gouttes dans une potion. Un seul est arrivé à 24, comme un seul n'était arrivé qu'à 10.

A 28 gouttes se sont déclarés les accidens que nous avons décrits plus haut.

La dose moyenne, que l'on n'a pu dépasser chez les hommes, a été de 20 gouttes, ou de 19, en ne comptant pas les deux derniers dont je parlais (28 gouttes).

L'âge ne nous paraît avoir exercé aucune influence sur la dose à laquelle on a pu parvenir.

Chez les femmes, le minimum a été de 6 gouttes, le maximum de 18 gouttes.

Les doses les plus ordinaires se sont trouvées entre douze et 18 gouttes. La dose moyenne calculée a été de 13 goutte et demies. Nous entendons toujours que ces gouttes, quel qu'en soit le nombre, sont étendues dans quatre onces d'eau pure.

Ces derniers résultats, en les comparant à ceux que nous avons trouvés chez les hommes, confirment ce que nous avons dit plus haut, savoir, que chez ces derniers on peut porter l'acide cyanhydrique à des doses plus élevées.

En résumé, la dose moyenne est de 0,38 de grain par chaque cuillerée chez les hommes, et 0,27 de grain chez les femmes.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES. — Nous ne reviendrons pas ici sur tout ce que nous avons dit; une seule question nous occupera, c'est la fréquence de la production de l'action générale et continue de l'acide cyanhydrique. Elle s'est établie chez huit malades : quatre hommes âgés de 23-27, 19 et 34 ans. Il fallut arriver et continuer un certain temps les doses suivantes : 20, 16, 18, 24 gouttes. Chez l'un, âgé de 23 ans, les tubercules étaient au premier degré; chez les trois autres ils étaient au troisième degré.

Chez l'un de ces derniers, âgé de 27 ans, l'action générale et continue s'établit sans qu'on ait observé avant d'effets locaux. Chez les trois autres au contraire l'action locale, les bouffées de chaleur, les étourdissemens la précédèrent.

Les quatre femmes, chez lesquelles l'acide exerça une action continue, étaient âgées de 39, 34, 33 et 28 ans; il fallut arriver aux doses de 16, 12, 13 et 18 gouttes. La moyenne a été 13 gouttes 1/2, la même que lorsqu'il n'y eut que simple effet local.

Chez une de ces femmes, âgée de 28 ans, les tubercules étaient au deuxième degré. Chez les trois autres, ils étaient au troisième (cavernes).

EFFETS DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE SUR LES SYMPTÔMES.

Cette influence a été à peu près nulle dans la plupart des cas, et dans quelques-uns même ils ont augmenté d'intensité. Ainsi chez une femme, âgée de 33 ans, elle exaspéra les vomissemens. Chez un homme (27 ans) la diarrhée et les coliques devinrent plus fréquentes. Chez une femme enfin, âgée de 64 ans et qui était en outre affectée de gastrite chronique, les douleurs épigastriques furent exaspérées fortement.

Chez quelques malades l'ingestion de chaque cuillerée déterminait le retour de quintes de toux; chez d'autres c'était la dyspnée, ce dernier effet étant dû à la débilité des malades, qui s'opposait à la facilité de l'expectoration.

Trois malades virent leur état s'améliorer sous l'influence de l'acide cyanhydrique : voici l'exposé rapide de ces trois cas.

OBS. III. — Un homme, de 52 ans, affecté de tubercules au deuxième degré, fut soumis à l'usage de ce médicament au bout de deux mois de séjour à l'hôpital, et on alla jusqu'à la dose de 18 gouttes. Il y eut de la chaleur épigastrique et un peu de faiblesse générale; sa toux, d'après ce qu'il nous dit, se calma et il se trouva si bien qu'il se décida à sortir; d'après mon observation, cette amélioration n'existait pas, et fut due plutôt à l'imagination du malade, car déjà il se promenait toute la journée dans les salles ou le jardin avant d'être soumis à l'action de l'acide.

OBS. IV. — Une jeune fille, de 19 ans était affectée de tubercules au premier degré, commençant à se ramollir; elle en présentait les signes physiques (inspiration rude; expiration prolongée). La fièvre était violente (120 pulsations; peau à trente-neuf degrés centigrades). La toux et la dyspnée n'étaient pas très fortes; on alla jusqu'à 16 gouttes qui furent continuées pendant un mois : il n'y eut qu'une action locale, chaleur générale, étourdissemens, bouffées de chaleur, puis sueurs. La fièvre diminua peu à peu et elle sortit certainement améliorée, mais présentant toutefois des sueurs nocturnes. La cessation de la fièvre ne dut pas être attribuée, selon M. Andral, à l'emploi de l'acide cyanhydrique, mais à ce que le travail de ramollissement des tubercules avait eu le temps de s'opérer et s'était arrêté. Je constatai en effet à l'époque de sa sortie l'existence de petites cavernes au sommet du poumon gauche.

OBS. V. — Un jeune homme, de 20 ans, affecté de tubercules au premier degré, entra à l'hôpital de la Charité, fatigué d'un long voyage qu'il venait de ter-

---

A Dieu ne plaise que je veuille attiédir vos aspirations à un nouvel ordre de choses légales en médecine, ni amoindrir les obligations contractées par le pouvoir envers notre profession ! Il y a longtemps que l'on nous berce de promesses; il y a longtemps que le mal est flagrant : nous leurrer à nouveaux frais d'un vain espoir d'amélioration n'est plus possible; la question d'opportunité a fait place à la question d'urgence. Il y a quelques mois à peine que le garde-des-sceaux a jugé convenable d'ébaucher les bases d'une réforme dans l'épineux domaine des offices dévolus à la vénalité; une commission a été nommée, et déjà le travail touche à son terme, et la session prochaine la verra surgir sous forme de projet de loi : huissiers, notaires, avoués, ont poussé à l'unisson une dolente clameur; ils ont rédigé des adresses, envoyé des députations, institué des délégués; ils ont déployé, en un mot, la plus pressante, la plus fine, la plus insinuante, la plus savante opposition que des gens experts dans la chicane et frottés de ruse et de malice légale peuvent imaginer; inutiles efforts! l'enquête a marché, et déjà la loi future apparaît par un bout à l'horizon. Admirez le contraste! Depuis vingt ans la médecine est en labeur de réforme; elle trébuche sur les bases légales qu'on lui a faites; les hommes qui la pratiquent, loin de repousser l'investigation préparatrice d'une loi nouvelle, l'ont appelée, sollicitée durant ce laps de temps; la réorganisation est désirée par eux, commandée par l'intérêt de la société, et leur attente se prolonge encore. Il faut donc que la session qui s'approche y mette un terme. Il faut que le pouvoir nous solde en bonne monnaie parlementaire le prix de nos souffrances et de nos dégoûts. Mais que la préoccupation impatiente de ce qui nous est dû par le gouvernement ne nous empêche point de reconnaître ce que nous nous devons à nous-mêmes; en attendant que la tribune du Palais-Bourbon sonne de nos intérets, et fasse place, entre le budget de Messieurs les membres du corps des ballets de l'Opéra et une discussion sur les haras, à la cause d'une discussion importante de l'élite intellectuelle du pays, essayons quelque peu de réforme en nous-mêmes et par notre action personnelle.

Et d'abord, ne pensez-vous pas que l'infériorité sociale et politique où gît la médecine est en partie le résultat de notre insouciance? Je sais bien que les honneurs officiels nous échappent; que dans les fonctions publiques la moindre part nous échoit; que dans les institutions même où la médecine figure sur le premier plan, comme les hospices et les hôpitaux, nous nous morfondons dans les coulisses supplantées sur la scène par une milice de fonctionnaires et d'administrateurs qui s'y pavanent sous le reflet des lumières que nous allumons, et dans la perspective flatteuse des décors que nous dressons de nos mains laborieuses; ce résultat, nous y concourons par notre incurie, par notre façon de comprendre certains devoirs, de remplir certaines obligations; il nous manque précisément ce que toutes les classes de fonctionnaires et d'agens publics possèdent au plus haut degré, l'art de faire valoir leur titre et de justifier leurs prétentions à force de zèle et d'exactitude dans l'accomplissement de leurs charges; joignez-y le maintien des traditions de carrière, la dévotion passive aux statuts règlementaires, l'esprit de subordination et de hiérarchie, le besoin de l'ordre et de la régularité, une tenue égale et mesurée, la persévérance dans les desseins, et vous n'aurez pas encore complété la somme des qualités qui distinguent toutes les branches de l'administration en France. M'accuserez-vous de manquer d'appréciation envers les médecins en leur refusant la plupart de ces attributs dont l'absence frappe de nullité radicale leurs prétentions à la suprématie, à l'action dirigeante, et dont la réu-

miner et qui avait développé de la toux et de la dyspnée. Il sortit soulagé et son état amélioré au bout de quelques jours. Ne doit-on pas attribuer ce soulagement au repos plutôt qu'à l'acide qui ne fut porté qu'à la dose de 10 gouttes et qui ne détermina d'autres effets qu'un peu de chaleur épigastrique?

De cet ensemble de faits, nous pouvons conclure que l'acide cyanhydrique fut sans aucune action pour calmer les symptômes ou combattre les progrès de la phthisie pulmonaire chez les vingt-quatre malades qui y furent soumis. Trois furent légèrement améliorés; nous venons d'en exposer l'histoire. Quatorze moururent au bout d'un certain temps de séjour à l'hôpital; les sept derniers sortirent dans le même état, soit parce qu'ils n'ont pu supporter l'acide, soit parce qu'ils ont refusé de le continuer, soit enfin parce que ne trouvant aucun soulagement, ils sont sortis pour aller dans un autre établissement ou regagner leur pays.

Emphysème pulmonaire. Nous avons vu que l'influence physiologique exercée par l'acide cyanhydrique sur le système pulmonaire était à peu près nulle; on ne doit pas toutefois en conclure de prime-abord que les affections, dont ce système est le siége, ne puissent recevoir quelque amélioration de son emploi; il faut examiner les faits.

Ce médicament a été administré à six malades affectés d'emphysème pulmonaire simple ou compliqué seulement d'une affection du cœur encore peu avancée; voici le résumé de ces six faits :

Obs. VI. — Chez deux hommes, l'un âgé de 27 ans, l'autre de 21, la maladie se présentait avec des caractères absolument semblables, mêmes accès de dyspnée, mêmes phénomènes à l'auscultation. Chez les deux, il existait aussi une hypertrophie du cœur commençante. On employa l'acide cyanhydrique. Chez celui âgé de 27 ans on arriva à 16 gouttes; il y eut d'abord des nausées, puis de la fatigue, de la faiblesse, une légère courbature et un peu de somnolence. Chez celui de 21 ans, on ne put dépasser 14 gouttes; à chaque cuillerée, il se plaignait d'étouffemens, d'une dyspnée beaucoup plus forte, de battemens de cœur; on revint à 10 gouttes dans la potion : les mêmes accidens reparurent, mais avec moins d'intensité; on fut obligé de cesser.

Chez ces deux malades l'amélioration fut complètement nulle et ils sortirent tels qu'ils étaient entrés.

Obs. VII. — Une femme, âgée de 37 ans, était affectée d'un emphysème pulmonaire intense; la dyspnée revenait par accès fréquens, et la nuit surtout ils étaient tels qu'ils privaient la malade de sommeil. Cette affection était ancienne, car elle remontait à cinq ans. Il n'existait pas de complication. Cette femme d'un tempérament nerveux et impressionnable avait été avertie qu'on devait employer chez elle un médicament nouveau, aussi à la dose de 8 gouttes dans la potion. Elle se plaignit que ses accès de dyspnée augmentaient de fréquence et d'intensité; bientôt il se développa des accidens nerveux, quelquefois des mouvemens convulsifs, de la somnolence et un grand accablement; on fut obligé de cesser.

Obs. VIII. — Une femme, âgée de 38 ans, d'un tempérament sanguin et sujette à des congestions cérébrales assez fréquentes, d'une constitution éminemment nerveuse, est devenue folle il y a plusieurs années. Elle a pu être guérie en quelques mois, et elle est maintenant affectée d'un emphysème pulmonaire compliqué d'un léger degré d'hypertrophie du cœur. Elle fut mise à l'usage de l'acide cyanhydrique à 10 gouttes. Des accidens intenses se développèrent : elle accusait de la chaleur épigastrique, des bouffées de chaleur, des vertiges; les palpitations augmentaient; elle se plaignait d'un sentiment d'anéantissement général et semblait à chaque instant sur le point de tomber en syncope; plusieurs fois même elle perdit connaissance. Cet état durait dix minutes, un quart d'heure et se terminait par une sueur assez abondante; il lui restait toutefois une légère somnolence et un peu de faiblesse générale. On fut obligé de cesser, et elle sortit de l'hôpital sans avoir éprouvé de soulagement.

Obs. IX. — Un homme, âgé de 43 ans, treillageur, était affecté d'un emphysème peu avancé; sa maladie revenait par accès qui se montraient de temps en temps, surtout quand il travaillait beaucoup; plusieurs fois, dit-il, il se reposa chez lui pendant quelques jours, et ces accidens disparurent. Cette fois les trouvant plus intenses, il entra à l'hôpital et fut mis immédiatement à l'usage de l'acide cyanhydrique. On alla jusqu'à 20 gouttes; les seuls effets observés furent un peu de chaleur et une céphalalgie peu intense. Il sortit très soulagé quelques jours après. Ne faut-il pas attribuer une partie de cette amélioration au repos?

En définitive, nous pouvons conclure ici, comme pour la phthisie pulmonaire, que l'acide cyanhydrique n'a été d'aucune utilité pour combattre les symptômes de l'emphysème du poumon, et qu'il a même été plutôt nuisible.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE CLINIQUE.

REVUE RÉTROSPECTIVE DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS. — OBSERVATIONS DE CALCULS VÉSICAUX, recueillies en 1838 par M. Gustave Letenneur, ancien interne des hôpitaux, etc., D. M. à Challans (Vendée).

Depuis que le domaine de la chirurgie s'est agrandi par la découverte de la lithotritie, l'opération de la taille n'est plus pratiquée que dans des cas rares, je dirai presque exceptionnels. En effet, un certain nombre d'hommes de talent dont les noms resteront attachés à l'histoire de la lithotritie cultivent d'une manière toute spéciale cette partie de la chirurgie, et attirent à eux la plupart des calculeux qui ne viennent plus qu'en petit nombre s'adresser aux chirurgiens des hôpitaux. Il ne faut donc pas s'étonner s'il est aujourd'hui possible de suivre pendant toute une année un service de clinique chirurgicale sans être à même d'observer un seul cas de calcul vésical. Aussi ai-je recueilli avec empressement les observations de sept calculeux qui sont venus, pendant l'année 1838, réclamer les secours de M. Roux, dont j'étais alors interne.

Chez deux de ces malades seulement, on a employé la lithotritie; chez les cinq autres, on a dû recourir à l'opération de la taille. Sur ces cinq derniers, trois sont morts quelques jours après l'opération, les deux autres ont été parfaitement guéris. Enfin, des deux malades opérés par la lithotritie, l'un a obtenu une guérison très rapide, l'autre est obligé de se soumettre fréquemment à de nouvelles pratiques de lithotritie, son calcul se reproduisant avec la plus grande facilité.

La lithotomie sera désormais suivie proportionnellement de moins de succès que la lithotritie, puisque la lithotomie est presque exclusivement réservée pour des cas insolites et souvent extrêmement graves dans lesquels la lithotritie est impuissante ou dangereuse. C'est précisément en considérant cette gravité et les difficultés toujours nouvelles qui accompagnent les opérations de taille pratiquées aujourd'hui, que j'ai cru devoir publier avec quelques détails quatre des observations de taille qui ont présenté des circonstances vraiment remarquables, et ne donner qu'en abrégé l'histoire de mes trois premiers malades.

---

nion communique à une phalange de comptables une force morale incontestable, une aptitude multiple, un crédit mérité? Les hautes positions des hôpitaux et des hospices et en général tous les les titres publics de la médecine en France sont plutôt exploités que remplis dans le sens de leur création et dans l'intérêt collectif de notre profession. Nous appelons le progrès, nous nous excitons à courir et nous nous savons boiteux; l'administration le sait aussi, et elle nous tient en respect par les griefs que nous fournissons contre nous-mêmes.

Les réunions académiques sont un autre terrain où nous suit, lanière en main, la clairvoyante critique des esprits judicieux qui ne manquent point dans les régions élevées de la société; vous savez si la science préside seule aux discussions qui s'y succèdent; si l'artifice des intérêts ne remplace pas quelquefois le zèle de l'équité; si le véritable talent n'a point à lutter, là comme ailleurs, contre la ligue indissoluble des médiocrités, contre les ombrages de l'amour-propre. Le charlatanisme est l'ulcère rongeur de la profession, et l'Académie ne se lasse point de desservir ses desseins, de faciliter ses conquêtes par l'imprudente libéralité de ses rapports officiels. Académiciens ou non, que fait-on pour abattre les cent têtes de l'hydre industrielle? On sollicite des lois, on jacule contre elle les foudres du mépris en belles phrases de style ou de conversation; puis, on se rencontre avec les plus insignes représentans du trafic médical, on fraternise avec eux dans l'ombre, voire même aux lumières des salons, et le sentiment conservateur de notre dignité collective cède aux entraînemens de la sociabilité parisienne.

Si des fonctions publiques, des Académies et des salons vous portez les yeux vers nos écoles, autre oubli des moyens que nous possédons dès aujourd'hui pour remédier en partie aux souffrances de notre carrière. La superfétation des guérisseurs de tous les degrés, l'insuffisance scientifique du grand nombre d'entre eux, voilà, du commun aveu, la grande origine de l'abaissement de notre profession. Pour faire cesser ces deux causes premières de déchéance sociale, que faut-il? une plus grande sévérité dans les épreuves qui conduisent au doctorat, une plus parcimonieuse dispensation des titres académiques. Quelque progrès s'est opéré dans cette direction, grâce aux intelligens efforts du doyen de Paris; c'est à ceux qui dirigent les examens à comprendre ses vues, à se rendre compte des effets d'une indulgence fatale à l'humanité, fatale à la dignité de notre art. Il s'en faut que le mode actuel de réception soit entouré de toutes les garanties; le complément d'efficacité ne lui peut venir que de la fermeté des examinateurs, en attendant d'autres mesures que le temps fera prévaloir : il en est deux dont nous aimons à nous accorder l'attente : l'établissement d'un stage pratique, étape intermédiaire entre la scholarité et l'exercice définitif de l'art, est une idée qui n'a plus rien de hardi; elle se remue dans plus d'un esprit qui a médité sur les réformes à introduire dans l'enseignement; une autre mesure dont la portée serait immense serait de conférer exclusivement à la Faculté de Paris le pouvoir de créer les docteurs, tout en maintenant les facultés départementales comme des foyers d'activité scientifique, comme les régulateurs du mouvement médical en province et aussi comme les satellites universitaires de l'école de Paris. Les changemens qui résulteraient de cette organisation, les modifications à réaliser dans le système des examens, les rapports à fonder entre les professeurs et les élèves qui sont aujourd'hui si délaissés de leurs maîtres, si dépourvus de direction et d'accord, tout cela mérite quelque développement dont nous faisons réserve. Notre objet est seu-

Le peu de ressemblance qui existe entre ces différens cas ne me permet pas de les considérer d'une manière générale; mais chaque observation en particulier me paraît digne d'intérêt.

CALCUL MURAL; GUÉRISON PAR LA LITHOTRITIE.

OBS. I. — Delavigne, âgé de 20 ans, jardinier, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, il commença à éprouver vers la vessie un ensemble de symptômes qui s'accrurent graduellement pendant trois ans.

Au mois de décembre 1837, un des chirurgiens les plus distingués de la province, soupçonnant la présence d'un calcul dans la vessie, pratiqua le cathétérisme, mais ne reconnut pas la maladie.

A la fin du même mois, Delavigne vint à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux constata l'existence d'un calcul mural, de six lignes de diamètre. Il était libre dans la cavité de la vessie; l'état satisfaisant de cet organe permit d'employer la lithotritie, et le calcul, malgré sa dureté, fut broyé en trois séances, au moyen du brise-pierre de M. Heurteloup. Les débris de la pierre furent chassés par les urines; mais deux fragmens plus volumineux que les autres se sont successivement arrêtés dans le canal de l'urètre, et ont été extraits avec une petite curette brisée.

Delavigne sortit de l'hôpital le 20 février. Nous l'avons revu trois mois après, et un examen très attentif a montré que la guérison s'était parfaitement maintenue.

CALCUL EXISTANT DEPUIS DEUX ANS; GUÉRISON MOMENTANÉE PAR LA LITHOTRITIE; RÉCIDIVES.

OBS. II. — Le nommé Pers, surveillant à la Conciergerie, âgé de 59 ans, ressentait depuis deux ans les symptômes de la pierre lorsque, le 25 octobre 1838, il entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta jusqu'au 27 novembre. Durant ce temps, cinq séances de lithotritie avaient suffi pour le délivrer de son calcul. Les débris qu'on put recueillir réunis et desséchés pesaient plus de quatre gros. Pers reprit ses occupations et paraissait entièrement guéri. Mais dans le courant du mois de janvier 1839, il éprouva dans les reins des douleurs très vives, à la suite desquelles reparurent tous les symptômes qui caractérisent la présence d'un calcul dans la vessie. Pers revint passer quatre jours à l'hôpital, et le nouveau calcul qui avait environ le volume d'une noisette fut broyé complètement en deux séances.

On recommanda au malade l'usage des bicarbonates alcalins; mais, malgré leur usage, de légères douleurs dans les reins se font fréquemment sentir; et le malade revient presque tous les mois, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, se faire débarrasser des petits calculs qui se reproduisent si rapidement. Du reste, il supporte l'opération avec la plus grande facilité puisque sitôt qu'elle est terminée, il retourne chez lui à pied.

En jetant un coup d'œil sur les deux observations précédentes, on peut s'étonner au premier abord, qu'un calcul mural d'un assez gros volume ait cédé aussi facilement à la lithotritie, tandis que pour un calcul d'une densité moins considérable, on n'a pas obtenu de résultats aussi satisfaisans; mais on sait (et l'observation première en est un exemple remarquable) que les calculs d'oxalate de chaux, malgré les aspérités dont ils sont hérissés, peuvent séjourner très longtemps dans la vessie, sans avoir d'influence fâcheuse sur l'état de cet organe; ces calculs sont d'ailleurs presque toujours solitaires, et une fois détruits ils ne se reproduisent que très rarement. Il n'en est pas de même des calculs d'acide urique, qui souvent sont multiples et se reproduisent avec la plus grande facilité. C'est précisément cette dernière circonstance qui rend la lithotritie en partie infructueuse chez notre deuxième malade.

On ne doit pas cependant regretter d'avoir eu recours à ce moyen, surtout en considérant combien le malade supporte aisément l'opération, et, d'un autre côté, sans avoir l'avantage de prévenir la récidive de la maladie, la lithotomie, surtout lorsqu'elle doit être pratiquée plusieurs fois, est toujours plus grave que la lithotritie.

CALCUL VOLUMINEUX; SYMPTÔME DE L'AFFECTION EXISTANT DEPUIS 27 ANS; TAILLE LATÉRALISÉE AVEC LE GORGERET DE HAWKINS; GUÉRISON.

OBS. III. — Le nommé Woëts, cordonnier, âgé de 31 ans, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1838. Cet homme nous raconta que lorsqu'il était enfant sa mère le réveillait habituellement la nuit pour le faire uriner, mais qu'abandonné à l'âge de 4 ans aux soins d'une domestique qui le maltraitait, il fut obligé de retenir ses urines. Depuis ce temps là, il éprouva dans la verge des douleurs vives qui provoquaient des tiraillemens de cet organe. Le jet de l'urine était souvent interrompu, et les efforts considérables que Woëts était obligé de faire pour uriner causèrent une chute du rectum. Cette dernière maladie dura huit ans et disparut spontanément. L'urine contenait souvent du sang, surtout après un exercice un peu prolongé. Malgré ces accidens, la santé générale de Woëts se maintint assez bonne jusqu'à l'âge de 29 ans. C'est à partir de cette époque que la douleur devint continue et beaucoup plus intense qu'auparavant, et que les forces et l'embonpoint disparurent; enfin, lorsqu'il vint à l'Hôtel-Dieu, il y avait un mois que Woëts éprouvait régulièrement tous les soirs un peu de fièvre.

L'urine était claire et limpide, et la vessie très peu sensible au contact des instrumens; mais le calcul était trop volumineux pour qu'on pût espérer en triompher par la lithotritie.

On mit pendant quelque temps le malade à l'usage de boissons mucilagineuses, de lavemens émolliens, de bains généraux; et le 31 janvier, M. Roux lui pratiqua la taille latéralisée avec le gorgeret de Hawkins. Aucun incident imprévu ne vint entraver les manœuvres de l'opération qui fut terminée avec une rapidité extraordinaire, le calcul ayant été saisi convenablement dès la première tentative.

Les suites de l'opération furent très heureuses, puisque vingt-deux jours après l'urine ne sortait plus par la plaie du périnée dont la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Woëts avait déjà repris de la fraîcheur et de l'embonpoint lorsqu'il quitta l'hôpital, deux mois après son entrée, six semaines après l'opération.

Le calcul avait deux pouces et quelques lignes dans son plus grand diamètre, et un pouce dans son plus petit; sa surface était très unie.

Quoique la maladie existât depuis vingt-sept ans, et que le calcul fût volumineux, Woëts se trouvait dans des conditions très favorables. Aussi sa guérison a-t-elle été prompte et complète.

CALCUL MURAL ADHÉRENT; TAILLE BILATÉRALE; TENTATIVES INUTILES D'EXTRACTION PAR LE PÉRINÉE; TAILLE HYPOGASTRIQUE; OPÉRATION TRÈS LABORIEUSE; MORT LE QUATRIÈME JOUR.

Le nommé Lhéritier (Etienne), âgé de 40 ans, cultivateur, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1838. Il éprouva il y a six ans, sans causes appréciables, les premiers symptômes d'un calcul vésical: douleurs dans la vessie se prolongeant le long du canal de l'urètre jusqu'au gland, et devenant très vives lorsque le malade essayait de chasser les dernières gouttes d'urine; écoulement d'une petite quantité de sang par l'urètre. Ces symptômes ne s'accrurent que très lentement pendant deux ans; mais en 1836 les douleurs devinrent plus fortes et se prolongèrent vers les reins. Le jet de l'urine était souvent interrompu; ce liquide, qui jusqu'alors avait été clair et limpide, prit une teinte blanchâtre et opaque; les efforts que nécessitait son excrétion déterminèrent la formation de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses. Enfin lorsque le malade fut soumis à notre observation, il avait depuis quelque temps une incontinence complète d'urine.

Pendant le mois de décembre 1837, un chirurgien essaya deux fois d'introduire

---

lement de mettre en lumière les moyens d'action réformatrice qui sommeillent entre nos mains, sous prétexte d'attente d'une loi nouvelle.

Que les fonctionnaires de la médecine, sur quelque échelon qu'ils soient posés, se pénètrent de l'étendue de leur mission et se créent l'autorité du caractère public, que l'esprit académique grandisse parmi nous au niveau des sincères intérêts de la science, que les dispensateurs des titres universitaires aient présente à la pensée cette vérité que dans l'urne où leur main laisse tomber la boule blanche ou noire sont les destinées de notre profession, et celle-ci aura fait, sans le secours du législateur, un grand pas vers sa restauration.

Ce qui manque au milieu de nous, ce sont les mœurs médicales; elles sont toutes à créer. Quand vous les aurez obtenues, développées, affermies, vienne l'expression légale, vienne l'économie complexe d'une législation nouvelle: elle aura force et vie; elle s'imposera avec autorité aux générations dont se recrute la carrière et d'avance elle imprimera à l'avenir de la profession une physionomie correcte.

Mais les mœurs spéciales d'une carrière ne se développent point dans l'isolement; elles naissent au contact de tous les esprits qu'elle réunit; elles n'adviennent qu'à la suite d'un commerce habituel, d'un échange continu d'idées et de sentimens, d'une incessante réaction des individualités mêlées, confondues, agitées dans les mêmes circonstances, dans les mêmes intérêts, dans les mêmes inspirations. En un mot, l'unité est le fondement des mœurs. Or, vous l'avez dit, l'isolement semble être la loi de la médecine contemporaine, des associations partielles n'ont rien fait pour la détruire; elles n'ont réussi qu'à le mettre en évidence. Nous n'espérons pas davantage de l'action d'une loi nouvelle; elle établira une unité factice, des centres officiels, des relations fugitives; mais la corporation médicale ne renaîtra point; disons plus, malgré les avantages qu'elle pourrait offrir encore, elle ne doit point renaître; débris du passé, qu'elle demeure ensevelie au milieu de tant d'autres ruines qui sont les jalons indicateurs du chemin parcouru. L'unité que nous désirons et qui nous paraît une suffisante garantie, n'exige point l'étroite solidarité d'une corporation; elle devra reposer, non sur un pacte d'intérêts, sur une sorte d'alliance commerciale, une carrière scientifique ne saurait s'appuyer en si basse région; mais sur la communauté des études, sur l'accord des tendances et des habitudes premières sur la fraternité des bases scholastiques. C'est au seuil de la carrière qu'il faut instituer les garanties qu'elle sollicite; c'est dans l'arène des jeunes générations qu'il convient de fonder l'unité de la profession; c'est dans les écoles qu'il faut jeter le germe des mœurs médicales. Peu nous importe le fractionnement actuel des hommes de la science et de l'art, qui vivent disséminés sur le sol de la France; mais que l'esprit d'isolement et de jaloux égoïsme qui les anime ne soit point aux générations qui s'élèvent un legs fatal, un legs inévitable! Il importe d'introduire dans leurs âmes les élémens de la moralité médicale qui marque d'un sceau commun leur avenir, leur évolution dans la société; c'est en eux qu'il faut jeter les fondemens de l'unité professionnelle, destinée à remplacer la corporation ancienne, dont la destruction n'est pas encore compensée.

Agréez, etc.

M. L.

les instrumens de lithotritie dans la vessie; mais il trouva cet organe trop rétréci et ne put saisir le calcul; néanmoins il s'en détacha après ces tentatives deux petits fragmens noirâtres, arrondis et très durs.

Depuis ce temps, il est survenu de la fièvre, du dévoiement et un amaigrissement rapide. Ces accidens qui causèrent l'insomnie et plongèrent le malade dans un découragement fâcheux existaient encore lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu; ils furent combattus par des bains tièdes, des préparations opiacées en potions et en lavemens; et, enfin, par des tisanes mucilagineuses. En quelques jours, ces symptômes disparurent, et le 31 janvier, l'état du malade permit d'entreprendre l'opération de la taille bilatérale. Cette méthode fut préférée à la taille latéralisée, non parce que le calcul avait un volume considérable, mais parce qu'à plusieurs reprises, en explorant la vessie, M. Roux avait inutilement essayé de le circonscrire avec la sonde, ce qui lui permit de constater des adhérences nombreuses; et que par la taille bilatérale, il espérait pouvoir faire manœuvrer les tenettes avec plus de facilité dans la vessie.

Les premiers temps de l'opération furent exécutés rapidement; mais lorsqu'on introduisit le lithotôme double, cet instrument glissa entre le calcul et le côté gauche de la vessie, la lame gauche se développa seule, de sorte que la prostate ne fut incisée que d'un côté. Pour faire l'incision du côté droit, on se servit d'un lithotome simple *renversé*, qu'on introduisit entre le calcul et la paroi droite du col de la vessie. De cette manière, on obtint une ouverture assez grande; mais on ne put donner aux tenettes un écartement suffisant pour saisir le calcul, à cause des adhérences qui l'unissaient dans toute sa surface à la membrane muqueuse. On essaya successivement des tenettes de différentes formes et de différentes grosseurs.

Des pressions sur l'hypogastre, l'introduction du doigt dans le rectum et dans la plaie ne facilitèrent pas l'opération.

Après trente minutes de tentatives infructueuses, il fallut choisir entre les deux partis qui restaient à prendre : laisser le calcul dans la vessie et abandonner le malade à une mort certaine, ou bien chercher à l'extraire par l'hypogastre. Dans la cruelle alternative où se trouvait le chirurgien, ce dernier parti était évidemment le plus sage; mais cette nouvelle opération ne pouvait pas être pratiquée suivant les règles ordinaires ; il était impossible, en effet, de distendre la vessie par une injection d'eau tiède, et il était impossible aussi de se servir d'une sonde à dard. Voici comment M. Roux procéda dans cette circonstance difficile :

Après avoir incisé la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane et décollé le péritoine, il fit sur le calcul, avec un bistouri droit dont le tranchant était tourné en avant, une ponction à la vessie le plus près possible de la symphyse des pubis : un bistouri boutonné fut alors introduit dans l'ouverture, et l'incision fut prolongée d'avant en arrière, le doigt indicateur de la main gauche étant toujours placé entre le tranchant de l'instrument et le péritoine, qui put ainsi être évité. Mais ici de nouvelles difficultés se présentèrent pour l'extraction du calcul ; et ce n'est que lorsqu'un aide, en introduisant son doigt dans la plaie du périnée, eût fortement soulevé le calcul, que M. Roux put le saisir. Il le souleva doucement, et par des tractions prudemment ménagées, il détruisit les adhérences sans déchirer la vessie.

Le calcul était sphérique et avait quinze lignes de diamètre. Toute sa surface était couverte de granulations saillantes et arrondies; il était composé d'oxalate de chaux.

Le soir de l'opération, le malade avait un léger mouvement fébrile; aucune douleur n'existait dans le ventre; l'urine s'écoulait par les deux plaies.

Le 1er et le 2 février, le malade souffrait un peu au périnée, mais le ventre n'était ni ballonné ni douloureux à la pressien. Il n'y avait pas de douleurs dans les fosses iliaques; le pouls était petit et fréquent.

La double opération à laquelle le malade a été soumis a considérablement augmenté l'état d'affaissement moral dans lequel il était depuis quelque temps; il répète sans cesse qu'il n'a plus d'espoir.

Le 3 février, à la visite, on trouve le pouls plus faible, très dépressible, et les traits de la face notablement altérés.

A 6 heures du soir, anxiété extrême sans douleur bien localisée; gêne de la respiration qui devint stertoreuse à 7 heures. Mort à 9 heures.

AUTOPSIE. Le péritoine et les viscères abdominaux, à l'exception de la vessie, ne présentent aucune trace d'inflammation. La vessie est revenue sur elle-même et forme derrière le pubis une tumeur solide du volume d'une petite orange; il y a du pus entre sa face antérieure et le pubis; et de chaque côté on trouve le tissu cellulaire du bassin infiltré d'urine.

La tunique musculeuse de la vessie est blanche et à quatre lignes d'épaisseur; la membrane muqueuse est considérablement épaissie et a une coloration noirâtre; elle est couverte d'une foule de végétations de formes diverses, qui s'enfonçaient entre les rugosités du calcul.

La cavité de la vessie est très petite; elle était complètement remplie par le calcul. Les ouvertures faites à sa paroi antérieure et à son col sont régulières; cette dernière se termine de chaque côté à une ligne en dedans de la circonférence de la prostate. Cette glande avait son volume ordinaire.

Les veines du bassin ne contenaient pas de pus.

Les viscères thoraciques et les centres nerveux ne présentaient rien d'anormal.

C'est immédiatement après avoir délivré de son calcul, d'une manière si brillante et si rapide le sujet de notre troisième observation que M. Roux pratiqua cette double opération, qui présente un des cas les plus graves qu'il soit possible de rencontrer.

On sait que c'est dans une circonstance analogue que Franco, en 1560, eut l'heureuse idée de retirer un calcul par l'hypogastre et inventa ainsi une opération qui a été depuis si féconde en heureux résultats.

La conduite de Franco a été citée par tous les auteurs comme un exemple à suivre. Boyer a donné des préceptes à cet égard; qu'il me suffise ici de rapporter l'opinion que Dupuytren et M. Begin ont émise dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES :

« Lorsque la taille bilatérale est insuffisante, le chirurgien doit immédiatement se décider à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. Le malade se trouve à peu près placé dans les conditions où étaient ceux qu'opérait frère Côme, et il a encore en sa faveur des chances de salut assez nombreuses pour qu'on ne doive pas désespérer du succès; mais pour cela, il faut que la plaie du périnée ait été respectée, qu'on n'y ait produit ni froissement, ni contusions, ni déchirures qui auraient pour résultat de déterminer la violente et presque toujours mortelle inflammation de toutes les parties qui la composent, et même de la totalité de la vessie, ainsi que de l'intérieur du bassin et du péritoine. Il faut donc, et ce point de pratique est de la plus haute importance, il faut se garder de ces efforts violens, de ces tentatives prolongées outre mesure, que conseille l'amour-propre, que soutient l'entêtement, et qui ont pour résultat de sacrifier la vie des sujets à la vaine gloire d'avoir terminé l'opération, et extrait sans désemparer un calcul qu'on aurait pu retirer avec moins de danger et plus de facilité par une autre voie. »

Certes, il est difficile de tracer un plan de conduite plus sage; et c'est celui qui a été suivi pour notre malade. Mais Boyer, Dupuytren, Bégin n'avaient prévu l'impossibilité d'extraire le calcul par le périnée que lorsqu'il avait un volume trop considérable. Ils n'ont point parlé des adhérences, parce qu'en effet le plus souvent il est possible de les détruire. Aussi, je ne connais pas dans la science de cas entièrement semblable à celui que je rapporte.

Il est à regretter que ce double résultat de cette double opération n'ait pas été semblable à celui qu'obtint Franco. Mais ce dernier agissait sur un enfant dont la vessie était en bon état, tandis que le malade de M. Roux avait 40 ans, était dans de mauvaises conditions morales, et avait la vessie profondément altérée.

CALCULS MULTIPLES DANS L'URÈTRE, LA VESSIE ET DANS UNE POCHE ACCIDENTELLE SITUÉE AU COL DE LA VESSIE; TAILLE LATÉRALISÉE; MORT.

OBS. V. — Liedet (Jean-Baptiste), âgé de 71 ans, cordonnier, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 juin 1838.

L'intelligence de ce malade est très obtuse, et il ne répond que très difficilement aux questions qui lui sont adressées. Voici, du reste, les renseignemens que nous avons obtenus sur ses antécédens :

Depuis l'âge de 24 ans il éprouvait des douleurs vers la région des reins et de la vessie; il rendait habituellement des glaires avec les urines; plusieurs fois il avait eu des rétentions d'urine pour lesquelles on l'avait sondé.

En 1830, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Breschet; ce chirurgien constata la présence d'un calcul dans l'urètre, et le retira par une opération. Une cicatrice linéaire d'un pouce de longueur, située sur la ligne médiane du périnée indique le lieu où elle fut pratiquée.

Le calcul qui fut retiré à cette époque avait le volume d'une noix. Dans les jours qui suivirent l'opération, plusieurs petits fragmens de pierre et d'autres petits calculs sortirent par la plaie.

La guérison se fit longtemps attendre, car huit mois mois après l'opération il restait enore une fistule, qui disparut enfin au moyen d'une sonde à demeure placée dans le canal de l'urètre; mais le malade conserva toujours depuis de la difficulté à uriner.

Lorsqu'il fut soumis à notre observation, les douleurs étaient très vives au périnée; la vessie ne se vidait qu'incomplètement, malgré des efforts considérables. Enfin quinze jours avant son entrée à l'hôpital, Liedet avait rendu par l'urètre une assez grande quantité de sang presque pur. Les urines étaient épaisses, opaques et glaireuses. Point d'hémorrhoïdes; point de hernies.

Lorsqu'on voulut explorer la vessie à l'aide du cathétérisme, l'instrument fut arrêté un peu au-devant du pubis par un obstacle dont le choc produisit un son clair. M. Roux en appliquant la main sur le périné reconnut un calcul. Alors par des manœuvres lentes et répétées, il amena dans la portion libre du canal, non pas un seul, mais deux calculs qui étaient appliqués l'un contre l'autre, et dont il fit l'extraction au moyen d'une boutonnière pratiquée à la paroi inférieure de l'urètre.

Ces calculs, du volume de l'extrémité du petit doigt, avaient une forme pyramidale et étaient accolés par leur base.

Alors la sonde introduite de nouveau rencontra d'autres calculs placés au col de la vessie dont ils ne fermaient pas complètement l'ouverture. Enfin, dans l'intérieur même de la vessie, le bec de la sonde heurta encore un calcul.

Après quelques jours d'un traitement préparatoire, on pratiqua à ce malade la taille latéralisée.

Le cathéter ne put être introduit qu'avec peine; et après l'incision des parties extérieures, lorsqu'on voulut faire pénétrer le lithotome, cet instrument fut arrêté au niveau de la prostate par les calculs qui existaient dans ce point; on l'ouvrit néanmoins, le cathéter étant en place, et on retira les deux instrumens à la fois. Le bouton arriva facilement et promptement sur un calcul volumineux qui fut aussitôt retiré avec tenettes: ce calcul avait à peu près la forme et le volume de l'os cuboïde du pied, et les facettes qui existaient sur un des côtés furent un indice qu'il n'était pas seul; en effet, deux autres calculs du volume d'une petite noix furent retirés ensuite. Pendant toute l'opération, il ne s'était pas écoulé d'urine, ce qui confirma le chirurgien dans l'opinion qu'il avait émise à l'avance

qu'il existait au devant de la vessie une poche accidentelle; le doigt introduit dans la plaie put parcourir en effet une cavité assez grande, à la partie supérieure de laquelle était l'entrée de la vessie.

On retira, au moyen de petites tenettes, le calcul qui était dans la cavité de la vessie. Son volume était peu considérable, et il s'écrasait facilement sous la pression du doigt. Au moment de son extraction un flot d'urine s'échappa de la vessie.

Presc. Lin émulsionne et nitré, 2 pots; diète.

Dans la soirée le malade reposa; le pouls donnait 80 puls; la peau était un peu chaude, et le ventre indolent. L'urine s'écoulait par la plaie.

Le lendemain la chaleur de la peau augmenta; la langue devint sèche; le malade était plongé dans un assoupissement continuel, d'où on avait peine à le faire sortir.

Le 10, même état.

Le 11, la langue est fuligineuse; la face amaigrie et pâle; le malade, interrogé avec soin, dit qu'il ne souffre pas. Dans la soirée un peu de délire.

Le 12 à huit heures du matin, mort, 92 heures après l'opération.

Autopsie. Aucune altération en dehors des voies urinaires, si ce n'est une grande quantité de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules du cerveau,

Les reins sont enflammés; celui du côté droit présente deux petites poches communiquant avec les calyces, et contenant deux calculs. La surface de l'organe est couverte de petites granulations d'un jaune pâle; cette coloration se retrouve dans l'epaisseur de la substance corticale.

Le rein gauche est petit, flasque, plus profondément altéré que le droit; on trouve dans son tissu quelques points purulens.

Le bassinet gauche est considérablement distendu, et contient un mélange d'urine et de pus. Les deux uretères ont deux lignes de diamètre dans leur extrémité inférieure; celui du côté gauche est oblitéré à son entrée dans la vessie, par des fausses membranes.

Le faisceau transversal des fibres charnues qui s'étend entre les 2 orifices des uretères, est très saillant. Au-dessus et en arrière de ce faisceau, la membrane muqueuse forme une hernie qui communique avec la cavité de la vessie par une ouverture très étroite, et dans laquelle on trouve plusieurs calculs. L'hypertrophie de la couche musculeuse de la vessie donne à l'intérieur de cet organe l'aspect aréolaire; dans quelques points cette couche à cinq lignes d'épaisseur.

La membrane muqueuse, à une épaisseur normale, est noirâtre et hérissée de petites éminences qui ressemblent beaucoup aux papilles de la langue.

La prostate est intacte vers sa partie vésicale; mais vers sa partie antérieure elle est ulcerée, detruite; de sorte que le col de la vessie est béant. Dans ce point existe une poche capable de contenir une petite orange, et formée aux dépens de la partie antérieure et inférieure de la prostate, et de toute la portion membraneuse de l'urètre; le bulbe même est effacé. C'est dans cette cavité qu'existaient les trois calculs qui furent d'abord retirés.

Il est impossible, au milieu du désordre dont ces parties sont le siége, de retrouver le *veru-montanum*, et les conduits éjaculateurs. La prostate est parsemée d'une centaine au moins de petits graviers jaunes, transparens, plus petits que des grains de millet, et très durs.

A la partie postérieure de la portion spongieuse de l'urètre existent trois fausses routes très anciennes. Une d'elles a un pouce de longueur.

Ce cas est curieux par la marche qu'a suivie la maladie, il semble en effet qu'il soit possible de prendre le mal à sa source, et de le suivre pas à pas dans ses différentes périodes.

On est porté à croire que les premières douleurs ressenties par Liedet étaient causées par des calculs; mais il paraît probable qu'il existait en même temps un rétrécissement de l'urètre, ainsi que l'indiquent les fausses routes trouvées à l'autopsie. De petites pierres venant du rein ou de la vessie, et arrêtées derrière le rétrécissement, auraient ulcéré la membrane muqueuse dans ce point, se seraient creusé une cavité aux dépens des parois de l'urètre, et auraient pris alors un accroissement rapide.

On sait, en effet, que les calculs se forment très facilement dans les kystes annexés à la vessie, parce que dans ces point, l'urine peut séjourner longtemps sans être renouvelée, qu'elle perd par l'absorption ses parties aqueuses, et que les molécules d'acide urique et des différens sels contenus dans l'urine, perdant leur dissolvant naturel, se précipitent, se groupent et forment un noyau plus ou moins solide, ou bien viennent se déposer autour d'un noyau formé primitivement dans le rein ou la vessie. Telle est la manière dont je pense que les choses se sont passées dans le cas qui nous occupe. Le premier calcul extrait par M. Breschet avait son siége dans la portion bulbeuse de l'urètre, et, depuis cette époque, l'inflammation chronique causée par la présence de nouveaux calculs a usé peu à peu les tissus d'avant en arrière, de manière à détruire bientôt une partie de la prostate.

DESTRUCTION DU CANAL DE L'URÈTRE DANS UNE GRANDE ÉTENDUE; FISTULE URÉTRALE; CORPS ÉTRANGER DANS LA VESSIE; TAILLE LATÉRALISÉE POUR LA SECONDE FOIS; MORT.

Obs. VI. — Au numéro 14 de la salle Sainte-Marthe, fut couché, le 2 mai 1838, le nommé Legrain (Pierre), âgé de 55 ans, berger, de taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une santé généralement bonne, d'une intelligence ordinaire, *marié pour la troisième fois, et père de quatre enfans.*

L'observation de cet homme ressemble beaucoup à celle du berger dont Chopart nous a laissé l'histoire. Non-seulement il avait un corps étranger dans la vessie, mais aussi son canal de l'urètre était détruit dans une grande étendue, et le malade n'a pu nous donner une explication satisfaisante de la manière dont était survenue une si remarquable difformité.

Le canal de l'urètre était réduit à sa paroi supérieure dans toute la partie qui est situé au-devant du scrotum. Dans toute cette étendue, la membrane muqueuse était sèche, d'un rouge un peu foncé, et ressemblait beaucoup à celle qui recouvre le gland. Cet état existait depuis douze ans.

En 1830, il se forma en arrière des bourses une fistule qui ne laissait d'abord passer qu'une petite quantité d'urine, mais par laquelle tout ce liquide s'écoulait lorsque nous vîmes le malade.

Un peu au-devant de l'anus, sur le côté gauche de la ligne médiane, on observa une cicatrice linéaire, qui résultait évidemment d'une opération de taille à laquelle le malade aurait été soumis quelques années auparavant. Il nous avoua, en effet, qu'il s'était déjà vu forcé, en 1833, de réclamer les soins de M. Dupuytren, parce qu'il avait laissé glisser dans sa vessie un morceau de racine de guimauve. Il avait coutume d'introduire ce corps étranger dans sa fistule pour adoucir la cuisson qu'il éprouvait lors de l'émission de l'urine. Un témoin de la première opération a bien voulu nous donner une note à ce sujet. En voici un extrait :

« L'opération fut pratiquée suivant le procédé du frère Côme. Le périnée malgré la maigreur du malade, présentait une épaisseur considérable qui permettait à peine au doigt de l'opérateur d'atteindre la vessie. On put cependant, avec des tenettes, retirer le morceau de guimauve qui était recouvert de granulations calcaires. Le doigt, porté de nouveau dans la plaie, sentit un corps piquant engagé dans l'épaisseur du périnée; lorsqu'on retira ce corps, on vit que c'était une épingle de fer autour de laquelle s'étaient déposées des incrustations. Dupuytren attribua l'épaisseur anormale du périnée, à l'engorgement que ce corps étranger a dû déterminer. Le malade a refusé de donner des renseignemens sur la manière dont ce corps se trouvait là.

Nous avons nous-mêmes interrogé le malade sans plus de succès.

Le corps étranger qu'il avait dans la vessie, lorsqu'il revint à l'Hôtel-Dieu, était un os de mouton dont il se serrait habituellement pour faciliter l'écoulement de l'urine, en remplaçant ainsi le canal de l'uretre par un conduit artificiel. Cet os était dans la vessie depuis trois mois environ.

Le malade accuse de la difficulté à uriner, des douleurs horribles dans le rectum et le périnée quand il va à la selle. Il éprouve des picotemens vers le col de la vessie lors de l'émission des dernieres gouttes d'urine.

Les flancs et les aines sont douloureux; la marche et les mouvemens du tronc sont pénibles.

Les urines ne contiennent pas de sang, mais elles laissent déposer d'abondantes mucosités mélangées d'un peu de pus.

L'exploration de la vessie avec la sonde y fait reconnaître le corps étranger, et cinq jours après son entrée à l'hôpital, Legrain fut soumis à l'opération de la taille. Cette opération fut faite très facilement. Une seule circonstance mérite d'être notée; c'est que, désirant saisir l'os par une de ses extrémités, et craignant de ne pouvoir y parvenir avec les tenettes ordinaires, M. Roux se servit d'une pince à polypes, ce qui lui réussit parfaitement.

Cet os était long de deux pouces et quart, un peu plus volumineux à une de ses extrémités qu'à l'autre, creusé d'un canal dans toute sa longueur, bien poli à ses deux extremités. Une couche calcaire déposée sur la face extérieure de ce corps lui donnait l'aspect fusiforme.

Le soir de l'opération, le malade ne souffrait pas dans le ventre, mais il était faible et abattu. L'urine sortait bien par la plaie; le pouls, peu développé, donnait 80 puls.

Toutes les autres fonctions, interrogées avec soin, ne présentent aucune altération.

Cet état fut le même le lendemain; cependant, deux jours après l'opération, sans qu'il soit survenu d'autres symptômes qu'un affaiblissement qui s'accrut graduellement; le malade mourut après une courte agonie.

Autopsie 30 heures après la mort.

Les trois cavités viscérales ont été ouvertes, et les organes quelles contiennent, examinés avec soin; mais la vessie seule a présenté des altérations. La membrane muqueuse, chroniquement enflammée, était noirâtre dans quelques points. Vers la partie posterieure de la vessie, les membranes muqueuse et musculeuse étaient perforces. Les bords de cette ouverture, noirs, gonflés et tailles à pic, indiquaient qu'elle n'etait pas très ancienne. Son diamètre était de six lignes environ; le péritoine qui en formait le fond était intact, mais autour de la perforation, il etait décollé dans une assez grande étendue, et dans l'espace qui le séparait de la tunique musculeuse existait une cuillerée de pus.

Les veines du bassin étaient saines. Il n'y avait pas de pus dans le tissu cellulaire environnant. La prostate était un peu plus volumineuse qu'à l'état normal; il a ete impossible de retrouver dans cet organe la cicatrice qui avait succédé à la première opération. La membrane muqueuse de l'urètre était épaissie dans la portion prostatique et membraneuse.

Le canal de l'urètre était considérablement rétréci dans l'intervalle des deux fistules.

Le berger de Narbonne, obligé d'avoir recours à un chirurgien pour faire extraire de sa vessie la baguette de bois dont il se servait comme moyen d'excitation, a, par ses aveux, laissé d'une manière complète son histoire aussi curieuse qu'effrayante.

Le berger dont je viens de rapporter l'histoire a moins de franchise. Il a cherché à expliquer la destruction de l'urètre par la formation successive d'abcès dans cette partie; mais il n'a jamais voulu dire comment s'était introduite cette épingle retirée par Dupuytren.

Il paraît probable que la fistule postérieure a été le résultat d'un abcès causé peut-être par l'introduction de ce corps étranger. Mais la destruction de la partie antérieure de l'urètre ne peut être expliquée de la même manière.

Les deux cicatrices qui unissent la peau des parties latérales de la verge à la membrane muqueuse de l'urètre sont droites et régulières. L'existence de ces cicatrices indique bien que la disposition observée chez Legrain n'est point un vice de conformation.

Cet homme, avant l'époque à laquelle remonte sa difformité, avait en quatre enfans, sa troisième femme existe encore, et on concevrait difficilement qu'il ait pu malgré cela se livrer à la masturbation avec autant de fureur que le berger de Narbonne.

Contentons-nous donc de constater le fait sans chercher à l'expliquer, puisque nous manquons des renseignemens donnés par le malade lui-même, et qui seraient les seuls élémens d'une véritable solution.

Lorsque le malade fut soumis pour la première fois à l'opération de la taille, le corps étranger contenu dans la vessie était un morceau de racine de guimauve, corps peu irritant par lui-même; aussi la vessie n'était pas malade, et l'opération fut suivie de succès.

Une première opération de taille pratiquée chez un individu atteint de nouveau d'un calcul doit être considérée comme une condition favorable au succès d'une nouvelle opération. En effet, par suite de la première opération les veines incisées se sont en partie oblitérées; le tissu cellulaire s'est condensé autour de la cicatrice, ce qui rend moins probable l'infiltration urineuse et l'inflammation des veines du bassin. J'ajouterai que le malade qui a déjà été soumis une fois à la taille la redontera moins, et se trouvera enfin dans des conditions morales et physiques plus favorables que la première fois.

Mais chez notre malade, la cause de la mort qui n'aurait pu être soupçonnée que par la présence d'un peu de pus dans l'urine existait avant l'opération. Une des extrémités de l'os avait ulcéré la paroi postérieure de la vessie; le péritoine lui-même aurait été infailliblement perforé si ce corps étranger fût resté quelques jours de plus dans la vessie.

Il est donc probable que si le malade fût venu plus tôt réclamer les secours de la chirurgie, il eût subi une seconde fois avec succès l'opération de la taille.

CALCUL VÉSICAL CHEZ UNE JEUNE FILLE; TAILLE URÉTRALE; PÉRITONITE; GUÉRISON (1).

OBS. VII. — Marie-Geneviève Domange, âgée de 15 ans, bien réglée, sans profession, fut admise à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 10, le 25 octobre 1838.

Elle a une stature peu élevée pour son âge, mais sa constitution est bonne, ses cheveux châtains, sa peau brune, son embonpoint assez marqué. Elle a toujours joui d'un bon appétit, mais elle préfère les légumes à la viande; elle mange très fréquemment de l'oseille, ne boit jamais de vin.

Elle n'avait jamais souffert dans les reins ou dans la vessie jusqu'au mois de janvier 1838, époque à laquelle commença sa maladie.

Elle nous raconte qu'alors elle avait de fréquentes envies d'uriner, qu'elle souffrait pendant et après l'émission de l'urine, mais surtout après. Le jet de l'urine était souvent interrompu tout-à-coup; les douleurs augmentaient par les efforts de la défécation.

Dès cette époque, il lui est arrivé souvent de rendre, avec les dernières gouttes d'urine, un peu de sang liquide.

Dans le début de la maladie, il y a eu quelques douleurs dans les reins, mais les douleurs de la vessie les avaient précédées.

Depuis quelques mois il lui était arrivé plusieurs fois de rendre en urinant de petits graviers qui déterminaient de la douleur pendant leur passage dans l'urètre. Les urines étaient glaireuses, la marche pénible; et si la malade faisait une course assez longue, elle urinait du sang.

Le cathétérisme fit reconnaître dans la vessie la présence d'une pierre rugueuse d'un demi-pouce environ de diamètre, rendant par la percussion un son très clair, ce qui, joint aux rugosités dont elle paraissait couverte fit présumer qu'elle avait une densité considérable. Telle fut du moins l'opinion de M. Roux et de plusieurs chirurgiens qui examinèrent la malade.

La dureté présumée du calcul, la difficulté qu'on éprouve chez la femme à maintenir dans la vessie une quantité suffisante d'eau tiède pour en distendre les parois; enfin, le peu de danger qui accompagne le plus souvent les opérations de taille chez la femme, firent préférer ce dernier moyen à la lithotritie.

La présence de la membrane hymen chez cette jeune fille dut faire rejeter la taille par le vagin,

Le procédé de Dubois fut préféré, et on le pratiqua, le 7 novembre, de la manière suivante :

Après avoir donné à la malade la position ordinaire pour la taille, on introduisit dans l'urètre un cathéter dont la cannelure fut dirigée vers la symphyse des pubis. Puis, avec un bistouri droit boutonné conduit sur le premier instrument jusque dans la vessie, on incisa le col de cet organe et le canal de l'urètre directement en haut dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

(1) Cette observation a été en partie recueillie par mon collègue et ami Bouillon-Lagrange, alors interne de la salle des femmes.

Les deux instrumens furent retirés en même temps. On dirigea alors le bouton en suivant la paroi inférieure de l'urètre, pour éviter de le faire glisser entre le pubis et la vessie. Ce temps de l'opération fut un peu plus long que les autres. L'introduction des tenettes se fit facilement. La pierre fut chargée dès la première tentative; mais elle se brisa en partie, de sorte qu'on fut obligé de réintroduire les tenettes pour retirer les fragmens.

La pierre était formée de grumeaux noirâtres très durs, teints de sang, entre lesquels on observa un grand nombre de petits cristaux transparens.

D'après les antécédens de la malade, on serait porté à croire que ces cristaux pourraient bien être de l'acide oxalique. Malheureusement, le calcul qu'on avait donné pour le faire analyser a été égaré avant qu'on eût commencé les expériences.

La malade supporta très bien l'opération. Jusqu'à trois heures de l'après-midi elle se sentit très bien et dormit un peu. Mais à cette heure elle éprouva de la douleur à l'hypogastre et de la cuisson dans la plaie. Ces douleurs augmentèrent beaucoup pendant la nuit.

Le lendemain, 8 novembre, à la visite du matin : face grippée, pâle, exprimant la douleur; sensibilité très vive à l'hypogastre; vive cuisson dans la plaie.

Pouls concentré, filiforme (120 puls); soif vive; pas de nausées; pas de vomissement. Constipation. (Saignée du bras de 12 onces; 25 sangsues à l'hypogastre; limonade sucrée; julep diacodé; diète.)

Le 9, le pouls est à 110, un peu plus développé. Le faciès est un peu coloré; l'hypogastre et la plaie sont moins douloureux; l'écoulement de l'urine n'est pas continue, mais les émissions sont fréquentes et le plus souvent involontaires.

Le 10, pouls à 100 pulsations, plus développé; 25 inspirations; les ailes du nez se dilatent fortement; les mouvemens de la respiration causent de la douleur.

Ventre souple; point de météorisme, mais douleur très vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. L'urine s'écoule continuellement. (15 sangsues sur le ventre.)

Le soir, la douleur du ventre est beaucoup moins forte. Le pouls est large, plein (120 pulsations); la malade a dormi dans la journée et a eu des sueurs abondantes.

Le 11, la fièvre est moins forte. Le ventre n'est plus douloureux. La malade demande à manger. (2 bouillons.)

Cet état s'améliora peu à peu; la figure reprit un peu de fraîcheur; l'appétit augmenta; et, le 15 novembre, la malade mangeait déjà le quart.

L'urine s'écoulait souvent sans la volonté de la malade, et cette incontinence, qui persista quelque temps, lors même que la santé paraissait parfaitement rétablie, avait complètement disparu dans le courant du moins de janvier 1839, époque à laquelle la malade quitta l'hôpital.

Les accidens qui sont survenus après l'opération, et qui paraissaient bien dépendre de l'existence d'une péritonite, auraient pu faire regretter que la lithotritie n'ait pas été préférée à la taille. Mais j'ai exposé plus haut les raisons qui avaient guidé le chirurgien dans le choix de la méthode opératoire; et d'ailleurs, une saignée et deux applications de sangsues ont heureusement triomphé de ces accidens.

L'incontinence d'urine, qui persiste si souvent chez les femmes après l'opération de la taille, n'a pas été de longue durée chez notre malade, dont la guérison a été complète.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JANVIER.

INFLUENCE DES DIFFÉRENTES HEURES DE LA JOURNÉE SUR LA POSITION DU MAXIMUM DE TEMPÉRATURE DES RAYONS OBSCURS DU SPECTRE.

En rendant compte des belles recherches sur la lumière qu'avait faites M. Daguerre en poursuivant ses essais, dont le but principal était la photographie, nous avons dit qu'il avait reconnu que la lumière n'a pas, aux différentes heures de la journée, une égale action chimique, c'est-à-dire que par un ciel également serein, et pour des hauteurs du soleil égales, mais prises l'une avant, et l'autre après le passage au méridien, les effets chimiques produits n'étaient pas les mêmes. M. Melloni vient de découvrir quelque chose d'analogue pour les rayons calorifiques qui, dans la décomposition de la lumière par le prisme, se trouvent, comme on le sait, au-delà de la partie colorée. Ainsi, il a vu que le maximum de température n'est pas toujours à la même place, dans l'espace obscur qui se prolonge au-delà de la limite rouge du spectre, mais tantôt plus, tantôt moins éloigné des couleurs, et cela en des circonstances parfaitement semblables, quant à la force du rayonnement, à la sérénité du ciel et à la transparence de l'air.

TEMPÉRATURE PROPRE DES PLANTES.

M. Van Beck écrit d'Utrecht, qu'ayant répété les observations de M. Dutroche sur ce sujet, et avec des appareils semblables, il a obtenu les mêmes résultats relativement aux paroxismes de chaleur. Mais M. Dutrochet a trouvé que dans l'air atmosphérique, non saturé d'humidité, une feuille morte était plus faible qu'une feuille semblable vivante, et M. Van Beck a observé le contraire.

On sait que M. Dutrochet, pour se mettre à l'abri des refroidissemens dus à l'évaporation, maintient la plante soumise à l'expérience dans une atmosphère complètement saturée d'humidité; M. Van Beck agit de la même manière; mais

il a remarqué que lorsqu'on enlevait subitement la cloche de verre qui intercepte toute communication entre l'air de l'appartement et celui qui entoure la plante, la température de celle-ci monte tout à coup de quelques dixièmes de degrés. Ce phénomène, d'ailleurs, ne dure que quelques instans, et paraît dû à une stimulation des fonctions vitales déprimées par le séjour prolongé de la plante dans un air moins pur.

ESSAI POUR OBTENIR DES IMAGES PHOTOGRAPHIQUES DANS LESQUELLES LES OBJETS SONT REPRÉSENTÉS AVEC LEURS COULEURS PROPRES.

M. Bianchi adresse de Toulouse une image photographique qu'il considère comme offrant l'exemple d'un premier pas fait vers ce but. En effet, dans cette image, qui représente un paysage avec quelques maisons sur le devant, les toits offrent une couleur de rouille qui n'est pas très éloignée de la teinte rouge des briques dont sont couverts les toits des maisons représentées. M. Bianchi, d'ailleurs, avoue de bonne foi que toutes les parties teintes en rouge sur l'image ne sont pas rouges dans la nature. Ainsi, des contrevens de fenêtre peints en vert se montrent dans l'image avec la même teinte rouillée que présentent les toits.

SUR L'IODAGE DES PLANCHES DESTINÉES A RECEVOIR LES IMAGES PHOTOGRAPHIQUES.

M. Séguier présente un petit appareil qu'il a disposé à cet effet.

Voulant m'assurer, dit-il, par des expériences, du rôle que jouent les petites bandes de plaque d'argent dont M. Daguerre conseille avec raison d'environner les planches de métal au moment où on les soumet à l'action de l'iode, j'ai reconnu que ces petites bandes agissent en préservant les bords de la planche du rayonnement de l'iode accumulé dans les parois des boîtes où l'opération est faite. Il importe donc, pour que les bandes produisent leur effet, qu'elles soient nettoyées à chaque opération, car lorsqu'elles sont couvertes d'iode, elles n'arrêtent plus à son passage l'iode rayonnant de la paroi vers la planche de métal.

Deux moyens se présentaient pour éviter l'inconvénient de l'excès d'iode sur les bords de la planche. Il fallait ou soustraire la planche au rayonnement des parois, ou empêcher les parois de se charger d'iode; je me suis arrêté à la méthode suivante :

Une boîte en bois dur, vernie intérieurement à la gomme laque, renferme un petit caisson de bois tendre, garni d'une carde de coton saupoudrée d'iode; sur ce caisson est placée une planchette recouverte de carton sur ses deux faces. L'un de ces cartons fournit par rayonnement à la planche de métal la vapeur d'iode, tandis que l'autre reprend sur le coton celle qu'elle a perdue. Il suffit de retourner de temps en temps la planchette pour que l'opération puisse se continuer avec la même rapidité.

Une plaque de verre est posée sur le carton supérieur lorsque l'on n'opère pas. Deux petits cadres de bois dur vernis à la gomme, l'un de 1 centimètre, l'autre de 2 centimètres de hauteur, servent à soutenir la planche. En employant un seul de ces cadres, on tous les deux à la fois, on peut ainsi choisir celle qui convient le mieux à l'état de chaleur de l'atmosphère. L'été, l'opération marcherait trop vite à la distance de 1 centimètre; les deux cadres superposés donnent une distance de 3 centimètres, très convenable pour cette saison; l'hiver, au contraire, le cadre de 2 centimètres, ou même celui de 1, permettra d'opérer avec facilité et promptitude.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris dans les sections des sciences physiques.

Le nombre des membres ayant droit de voter est de 54. Le nombre des bulletins à un premier tour de scrutin est 52. Majorité absolue, 27.

MM. Serres obtient.	23 suffrages.
Thénard.	22
Beudant.	1
De Mirbel, Magendie, Dumas, chacun.	1

Aucun membre n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, on procède à un second tour de scrutin :

MM. Serres obtient.	26 suffrages.
Thénard.	25
Dumas.	1

A un troisième tour, enfin, le nombre des bulletins étant 51 :

MM. Serres obtient.	28 suffrages.
Thénard	23

M. Serres, ayant ainsi réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président, et vient prendre place au bureau. M. Poisson, vice-président pendant 1839, et qui doit ainsi remplir les fonctions de président pendant l'année 1840, n'est point présent à la séance. On annonce qu'une indisposition grave l'empêche d'y assister.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JANVIER (1).

M. Bally, nommé président pour l'année 1840, après avoir remercié l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à diriger ses travaux, donne lecture du discours fait au roi à l'occasion du premier janvier, et de la réponse de Sa Majesté.

ANÉVRISME DE L'AORTE.

M. L. Boyer lit l'observation d'anévrisme de l'aorte, dont la pièce anatomique a été présentée à l'Académie. (Séance du 5 novembre; commissaires : MM. Amussat et E. Méry.)

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA PNEUMONIE.

M. Rayer lit au nom de MM. Husson, Baron, et au sien, un rapport sur un travail de M. J. Pelletan, ayant pour titre : Recherches statistiques sur la pneumonie et sur son traitement par les saignées coup sur coup. Les observations qui font la base de ce travail, au nombre de 75, ont été recueillies, par l'auteur, à l'hôpital de la Charité, pendant les années 1834, 1835 et 1836.

De ces faits classés en catégories, et rapprochés suivant leurs analogies, M. Pelletan a tiré les conclusions suivantes, placées sous forme de propositions à la fin de son mémoire.

1° La pneumonie d'un seul côté est plus fréquente que la pneumonie double dans le rapport de 7 à 2;

2° Dans ces 75 observations, le poumon droit a été plus souvent affecté que le gauche dans le rapport de 21/2 à 1; fait déjà noté par tous les auteurs, seulement avec des variations dans le chiffre de rapport;

3° La base du poumon a été plus souvent affectée que le sommet dans le rapport de 1 1/2 à 1;

4° L'âge de la pneumonie étant le même, le degré a varié; ce n'est que dans des limites extrêmes qu'il a été possible d'établir un rapport entre l'ancienneté de l'inflammation et son développement;

5° La maladie a été deux fois plus fréquente de 17 à 37 ans, qu'à toute autre époque de la vie;

6° Relativement au sexe, M. Pelletan a trouvé que les hommes en étaient beaucoup plus souvent affectés que les femmes, dans le rapport de 10 à 1;

7° L'influence d'un refroidissement comme cause a été remarquable dans les 7/9 des cas;

8° Le nombre des pulsations artérielles n'a donné aucune mesure exacte du degré de la maladie et du point auquel elle était arrivée. M. le rapporteur pense que cette accélération a néanmoins de la valeur, surtout quand elle persiste ou augmente après la saignée;

9° La fréquence des inspirations a paru mesurer exactement le degré de la maladie, et indiquer sa gravité;

10° La prostration et le délire ont existé en général en même temps que la phlegmasie occupait le sommet du poumon; cette coïncidence était beaucoup plus fréquente qu'avec les pneumonies de la base;

11° Le quart des pneumonies nerveuses appartenait aux pneumonies bilieuses; elles s'étaient développées spécialement sur des individus sanguins bilieux; 7 fois sur 20 l'inflammation occupait alors la base du poumon droit. Dans un cas il y eut des selles et des vomissemens bilieux; l'autopsie ne révéla, lorsque les malades succombèrent, aucune inflammation du foie; on se trouva bien des saignées;

12° Quant au traitement de la pneumonie franchement inflammatoire, les saignées répétées, suivant la formule de M. Bouillaud, en firent la base. Il n'y eut que deux morts sur 55 malades; et la durée de la maladie fut incontestablement diminuée;

13° Les vésicatoires furent rarement utiles chez les adultes; quelquefois chez les enfans; toujours chez les vieillards.

M. Rayer, après avoir rapproché les conclusions de M. Pelletan des opinions émises par les auteurs anciens et modernes, des faits qu'il a lui-même observés, fait voir jusqu'à quel point cette question, si simple en apparence, renferme d'élémens divers, dont il faut tenir compte avec grand soin. En effet, la pneumonie n'est pas chez les enfans, ce qu'elle est chez les adultes, ni chez les vieillards; lorsqu'elle se présente sous la forme épidémique, on ne saurait l'envisager de la même manière qu'à l'état simple développé chez un adulte sanguin, à la suite d'un refroidissement. On doit tenir compte aussi des pneumonies secondaires; des complications bilieuses; d'une foule de circonstances, enfin, que M. Rayer analyse avec soin. Toutes choses qui deviennent d'une importance majeure, lors sur tout qu'il s'agit de se prononcer et sur la gravité de la maladie, et plus spécialement sur la valeur des traitemens qui lui sont applicables.

M. Rayer termine cet intéressant rapport, en proposant à l'Académie : 1° de remercier l'auteur de ce travail, remarquable à plus d'un titre; 2° de le renvoyer au comité de publication. Adopté.

Sur la proposition de M. Moreau et de plusieurs autres membres, le rapport de M. Rayer sera imprimé à la suite et comme complément nécessaire du mémoire de M. Pelletan.

MORVE DE L'HOMME INOCULÉE AU CHIEN.

M. Leblanc met sous les yeux de l'Académie un chien auquel il a inoculé, avec succès, la morve aiguë de l'homme; la maladie s'est développée, a parcouru ses périodes, et semblait se terminer favorablement, lorsque l'animal a été sacrifié.

COMMISSION POUR L'ÉLECTION DES MEMBRES CORRESPONDANS.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination, par voie de scrutin, des membres qui doivent former les listes sur lesquelles devront être choisis ses correspondans nationaux. Ont été élus :

MM. Gasc, Orfila, Bousquet, Keraudren, Velpeau, Soubeiran, Roux.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

(1) Errata. Dans le compte-rendu de la dernière séance il s'est glissé deux erreurs typographiques :

1° *Au lieu de* : nitrate de fer, *lisez* : citrate de fer;

2° Le travail qui a fait le sujet du rapport de M. Bérard est de M. Despierris de Toulon, et non de M. Dupierris de la Nouvelle-Orléans.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

3e ÉPREUVE. — LEÇON IMPROVISÉE APRÈS VINGT-QUATRE HEURES DE PRÉPARATION.

(SUITE ET FIN. — Voir le numéro précédent.)

Les thèses sont distribuées; les solennités de l'improvisation sont closes; maintenant le tour est à la plume; les ambitions rivales fermentent dans l'ombre des bibliothèques; douze dissertations se préparent; en estimant à cinquante pages le contenu de chacune d'elles, on obtiendra par leur réunion un volume de six cents pages in-quarto, conçu, redigé, imprimé dans un délai de dix jours : quelle effrayante fécondité de l'esprit humain, et combien l'on doit craindre, en matière de publication médicale, les effets de l'association! En attendant qu'il plaise aux candidats de nous convier, par l'envoi de leurs productions, à l'œuvre de bibliographie promise, voici les dernières leçons entendues après trois heures de méditation.

Un coup-d'œil jeté sur l'ensemble de cette dernière épreuve suscite la critique des questions successivement sorties de l'urne. A côté d'un sujet débattu comme l'hémoptysie, une épineuse question de pathologie humorale, telle que l'étude des urines; après les obstructions intestinales, question circonscrite, celle de la gangrène, chapitre indéterminé qui flotte entre la chirurgie et la médecine. Sous le rapport de la forme, aucun talent d'un ordre relevé n'a fait vibrer la chaire en litige; l'un a balancé par la monotonie du débit l'élégance contenue du geste et de l'attitude oratoire; l'autre a gâté, par l'abus des artifices de tribune, une exposition d'ailleurs nette et didactique. Il est enfin des candidats qui semblent n'avoir d'autre but que d'accumuler les matériaux de leur sujet, sans se donner la peine de la coordination et qui suppléent au temps par la vitesse de la parole.

Une appréciation équitable et complète des leçons improvisées exigerait des développemens et de l'espace; nous préférons nous en tenir à un compte-rendu assez détaillé pour laisser chacun juge du mérite relatif des épreuves. Les impressions produites par la forme, par le talent oratoire, par les qualités extérieures des candidats, sont presque aussi diverses que les goûts particuliers de chaque auditeur: en nous abandonnant à nos sympathies propres, nous craindrions trop de les substituer au mérite tout individuel de ceux qui ne sentent pas comme nous. Peut-être même ces penchans du goût, qui sont souvent unis à ceux d'une nature plus profonde, donneraient à nos jugemens une apparence de partialité, là où il n'y aurait que communauté de manière de sentir. Cette réserve laisse d'ailleurs les qualités solides se montrer d'elles-mêmes ce qu'elles sont; les idées, la science, l'ordre, la méthode, peuvent être pressentis, sinon complètement appréciés par des comptes-rendus fidèles : ajoutons que l'expérience de nos premiers essais nous a démontré ce que nous savions de reste : que ceux qu'on loue ne le sont presque jamais comme et autant qu'ils le désirent; et ceux qu'on critique le sont toujours autrement et plus qu'il ne leur paraît équitable. Une neutralité bienveillante nous donnera peut-être l'avantage de ne mécontenter personne.

M. COMBETT.

DES RÉTRÉCISSEMENS ET DES OBSTRUCTIONS DE L'INTESTIN.

Le candidat commence par limiter le tube digestif et définit les rétrécissemens et les obstructions qui, dit-il, succèdent au premier ordre de lésions. Il établit quatre genres de causes qui les déterminent : 1° une sorte de coarctation sans altération de tissus; telle qu'on l'observe, suivant le candidat, dans la colique de plomb; Desbois, de Rochefort, faisait consister, dans ce caractère, toute la maladie saturnine; à cette cause M. Combett rapporte encore le resserrement intestinal qui accompagne l'hystérie et d'autres névroses, celui qui résulte de l'empoisonnement par l'acide nitrique, et qui réduit quelquefois le calibre de l'intestin à celui d'un tuyau de plume; enfin, le resserrement dû à l'effet de brûlures étendues; 2° un autre ordre de causes est fourni par la présence de matières étrangères dans le tube digestif; celles-ci sont des concrétions stercorales, plus fréquemment observées chez les animaux que chez l'homme, les calculs biliaires très volumineux, dont le passage dans les voies digestives prête à des explications multiples, des hydatites, des vers lombrics accumulés en grande quantité; 3° les dégénérescences, les tumeurs de nature diverse, surtout les squirrheuses; le candidat entre dans des détails suivant que ces tumeurs se développent sur la portion fixe ou sur la portion flottante de l'intestin; à cette classe de causes se rattachent les cicatrices, suites d'ulcération; chez un jeune médecin, on a vu un rétrécissement de cette origine, dont l'orifice permettait à peine le passage d'une plume de corbeau; l'invagination, les tumeurs hémorrhoïdaires, les kystes, etc., se placent ici sous le rapport étiologique; 4° comme circonstances ou causes externes du rétrécissement et de l'obstruction des intestins, M. Combett cite les hernies étranglées, le simple entortillement de l'intestin, les tumeurs provenant de l'hypertrophie ou de la dégénération des organes contenus dans l'abdomen (foie, rate, utérus et annexes, etc.).

Le candidat étudie ensuite la symptomatologie en suivant le cadre dans lequel il a réparti, sous le rapport étiologique, les faits de rétrécissement et d'obstruction des voies digestives. Il répète, à l'encontre de M. Gendrin, que, dans la colique saturnine, la rétraction intestinale est un fait pathognomonique constant auquel se rattachent tous les autres phénomènes morbides de cette affection; il décrit les variations des symptômes suivant les causes précitées, et les terminaisons qui, hormis les cas de resserrement spasmodique, ne sont guère favorables. Le diagnostic repose sur deux conditions : 1° reconnaître s'il y a rétrécissement ou obstruction; 2° rechercher la cause qui produit l'un ou l'autre. Le candidat mentionne un cas intéressant d'obstruction intestinale méconnue; un chirurgien distingué avait refusé d'opérer, alléguant l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus : l'autopsie montra une accumulation de matières fécales. M. Combett termine par quelques mots sur le pronostic et sur le traitement.

M. REQUIN.

DE L'ASTHME.

VUE GÉNÉRALE DU SUJET. Asthme (ἆσθμα), à ne considérer que l'étymologie, serait synonyme de dyspnée. Mais, de par l'usage, on ne doit qualifier ainsi qu'une dyspnée habituelle soit continue, soit intermittente. C'est dans ce cercle que M. Requin place sa leçon. Il mentionne seulement pour mémoire l'affection qu'on a décrite dans ces derniers temps sous le nom impropre d'*asthme aigu des enfans*, et la fièvre intermittente dite asthmatique ou, plus exactement, dyspnéique; mais il relègue hors de son sujet ces deux maladies avec toutes les autres maladies aiguës, dans lesquelles la dyspnée peut se montrer comme symptômes prédominans. — Les anciens, presque étrangers à l'anatomie pathologique et préoccupés surtout par l'observation des formes symptomatiques, distinguaient l'asthme en asthme sec et en asthme humide, selon qu'avec la dyspnée coïncidait ou non une supersécrétion catarrhale plus ou moins abondante : distinction d'une importance très secondaire, aujourd'hui qu'on sait que la complication catarrhale peut indifféremment se rencontrer chez les asthmatiques de toute sorte, quelle que soit la cause anatomique et la nature de leur asthme. Quand l'anatomie pathologique vint à régner dans l'école, et surtout après les beaux travaux de Corvisart sur les maladies du cœur, on fut généralement porté à n'admettre que des asthmes symptomatiques; on niait l'asthme essentiel: on le traitait de chimère. Cependant Laennec lui-même, assurément peu disposé à restreindre le domaine de l'anatomie pathologique, lui qui a nié les toux nerveuses en certain endroit de son livre, décrivit deux espèces d'asthme sans lésion anatomique. Aujourd'hui, entre les asthmes symptomatiques, on s'accorde assez bien à reconnaître qu'il y a des cas où l'asthme est essentiel, où il doit être qualifié de maladie, et non de symptôme. Mais quels sont, quels peuvent être ces asthmes-maladies, ou asthmes proprement dits? C'est ce qu'il s'agira d'examiner : c'est là sans doute le point capital de la leçon. Mais enfin la question posée est une formule générale : *De l'asthme.* Voilà pourquoi le candidat, avant d'aborder spécialement les problèmes de l'asthme-maladie, se croit obligé d'esquisser le mécanisme physiologique des phénomènes asthmatiques ou dyspnéiques et de passer en revue les catégories nosologiques, dans lesquelles la dyspnée habituelle, ou, si l'on veut, l'asthme ne peut figurer qu'à titre de symptôme.

I. THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE L'ASTHME. Deux sensations commandent les mouvemens respiratoires : besoin d'inspiration, besoin d'expiration. Au fond, c'est peut-être une seule et même sensation, le besoin d'air et, pour ainsi dire, la soif ou la faim du gaz nécessaire à l'hématose. Cette sensation est sous l'influence de la plus ou moins grande quantité de sang qui arrive aux poumons, tout aussi bien qu'elle dépend des circonstances qui modifient le libre jeu de l'air dans les voies bronchiques. Dyspnée, lorsque les poumons reçoivent trop ou trop peu de sang à revivifier, ou lorsque l'air ne s'y renouvelle pas librement. Phénomènes sympathiques qui se produisent sous l'empire de cette dyspnée. En cas de suffocation asthmatique, le sang veineux passe-t-il dans les artères, suivant la théorie de Bichat sur l'asphyxie? Question encore en litige.

II. DE L'ASTHME SYMPTOMATIQUE. Une dyspnée habituelle, quelquefois même avec accès intermittens de suffocation, caractérise bon nombre de maladies chroniques, que l'on peut distribuer dans les catégories suivantes : 1° Lésions de l'appareil respiratoire, notamment la tuberculisation pulmonaire, qui, surtout à son premier degré, pourrait presque passer pour un asthme pur et simple, les tubercules étant, comme on dit, latens et se trahissant à peine à l'examen stéthoscopique par le phénomène d'expiration prolongée; le catarrhe muqueux chronique et le catarrhe pituiteux, ces deux variétés, selon Laennec, de l'asthme humide des anciens; la compression des voies aériennes et du poumon lui-même par des tumeurs de tous genres (anévrismes, goître, ganglions cervicaux ou bronchiques, etc.); le candidat mentionne même, mais avec réserve, l'hypertrophie du typhus, dernièrement accusée en Allemagne comme cause d'asthme chez les nouveau-nés. 2° Affections du cœur, surtout celles des cavités droites. 3° Affections du foie; c'est là un point moins connu que les précédens, un point intéressant que le candidat a eu grande raison de signaler vivement et où il a fait preuve de praticien expérimenté. Souvent le malade ne présente pas d'autre dérangement notable dans ses fonctions qu'une dyspnée chronique; on le répute asthmatique lorsque le foie a déjà acquis un volume considérable, et très aisément sensible au palper. Est-ce par le poids insolite dont le diaphragme se trouve chargé que la dyspnée est produite en pareil cas? 4° La théorie indique qu'une lésion organique de la moelle épinière, au niveau du point d'où les nerfs phréniques tirent leur origine (intervalle de la troisième et quatrième vertèbres cervicales), si elle survenait graduellement et qu'elle n'interrompît pas tout à coup le flux nerveux, peut produire un asthme symptomatique; et, à ce sujet, la mémoire du candidat retrace un fait observé par Portal (paralysie graduelle des extrémités inférieures et supérieures, avec une dyspnée de plus en plus croissante : à l'autopsie, induration cartilagineuse de la portion cervicale de la moelle). 5° Enfin, quelques maladies générales, telles que la chlorose et le scorbut, s'accompagnent d'une dyspnée habituelle. Serait-ce par défaut de sang?

III. ASTHMES-MALADIES. Quels asthmes reste-t-il donc à considérer comme affections spéciales et *sui generis?* Quels asthmes faudrait-il inscrire, à titre de maladies, dans le cadre nosologique? Problème non encore résolu : problème épineux, dont M. Requin se borne modestement à discuter les données actuelles plutôt que de s'aventurer à en résoudre toutes les inconnues. Dans cette discussion

apparaissent successivement le *catarrhe sec* de Laennec, l'emphysème pulmonaire, l'*asthme spasmodique* de Laennec, l'*asthme avec respiration puérile* du même auteur, l'asthme nerveux, enfin l'asthme arthritique ou goutteux.

Catarrhe sec (expression impropre, alliance de mots contradictoires). Caractères anatomiques, signes stéthoscopiques et symptômes caractéristiques de cette maladie, telle qu'elle a été décrite par Laennec. C'est une bronchite sans toux, ou avec toux sèche: elle ne peut se prolonger à l'état chronique sans entraîner l'emphysème.

Emphysème pulmonaire vésiculaire: quelquefois même interlobulaire, quand les vésicules trop distendues viennent à crever. Pent-être entrevu par Floyer et par Stahl, érigé en maladie distincte par Laennec. Le candidat en trace avec une exactitude parfaite l'anatomie pathologique, ainsi que le tableau des signes fournis par la percussion et l'auscultation. Avec Laennec, il regarde l'emphysème comme une conséquence mécanique de l'obstruction produite dans les ramuscules bronchiques par le catarrhe sec.

Asthme spasmodique, Laennec. Les bronches n'ont-elles pas des fibres musculaires, comme l'a prétendu Reissessen? Le poumon n'est-il pas, en conséquence, doué d'un mouvement propre d'expansion et de resserrement, indépendamment du jeu des parois thoraciques, ainsi que cela résulterait de vivisections instituées par M. Roux? Ce point d'anatomie et de physiologie une fois résolu par l'affirmation, il s'ensuivrait qu'on dût admettre un spasme bronchique, un véritable resserrement qui obstruait le passage de l'air à l'instar de la tuméfaction de la membrane muqueuse dans le catarrhe sec: mais, en ce cas, l'emphysème pulmonaire n'en deviendrait-il pas, à la longue, l'effet consécutif?

Asthme avec une respiration fébrile, Laennec. Il n'y aurait là pas autre chose que l'exagération du besoin de respirer, ce serait, pour employer l'expression du candidat, une sorte de boulimie aérienne. Il regarde cette théorie comme ingénieuse, mais non pas comme hors de contestation.

Asthme nerveux. De toute nécessité, on doit l'admettre de quelque façon d'ailleurs qu'on veuille l'expliquer, par spasme bronchique, par exagération du besoin de respirer, ou par toute autre hypothèse. L'influence des pneumo-gastriques sur la respiration, influence prouvée par les expériences de Dupuytren et de M. Dupuy, établit la possibilité physiologique de l'asthme nerveux. La réalité en est mise hors de doute, en pathologie, par le seul fait de ces dyspnées brusques et subites qui, chez des individus névropathiques, constituent quelquefois à elles seules l'unique phénomène d'une attaque de nerfs. Qu'une dyspnée nerveuse aille se prolongeant ou se répétant à intervalles plus ou moins longs: voilà l'asthme nerveux.

Asthme goutteux. Sans aucun doute le principe inconnu de la goutte peut se porter sur les bronches, et donner lieu à un ensemble de phénomènes dyspnéiques. Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que les différentes variétés d'affections asthmatiques peuvent se compliquer entre elles, ce qui augmente singulièrement les difficultés de l'observation clinique et de l'analyse nosographique.

Après cette exacte revue de l'asthme-symptôme et de l'asthme-maladie, c'est surtout à ce dernier que M. Requin consacre le reste de sa leçon, sous le quadruple point de vue de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Le candidat trace d'une la peinture d'un accès d'asthme. Dyspnée, orthopnée, face vultueuse, l'asphyxie imminente, etc.; et cependant la mort dans un accès est un fait rare: l'on n'en a guère d'autre exemple authentique dans les fastes de la science que dans les cas d'un flux bronchique abondant et non expectoré (Andral). Marche générale de la maladie: infiniment variable. Dans l'intervalle des accès, respiration parfaite ou dyspnée continue. Apparition des accès sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses, souvent même les plus bizarres (faits curieux à ce sujet). Retour des accès, tantôt très fréquens, tantôt très éloignés. Si les accès sont fréquens, ils peuvent suffire à épuiser à la longue les forces de la vie. Mais, le plus souvent, la mort arrive par suite d'une maladie aiguë intercurrente ou d'une maladie chronique nouvelle; le danger est grand, surtout si la maladie survenue est encore une cause nouvelle de dyspnée. A l'autopsie, on constate le plus souvent l'existence de l'emphysème pulmonaire; d'où l'on n'a pas cependant droit de conclure que ce soit le désordre essentiel et primitif. Fût-il constamment consécutif et secondaire, le résultat nécroscopique ne serait-il pas le même?

L'heure s'avançant, le candidat se hâte. Relativement au diagnostic et au pronostic, il émet quelques propositions vraies sans aucun doute et nécessaires à énoncer, mais généralement consacrées et pour ainsi dire dans le domaine de la science banale. Inutile de les répéter.

Principes du traitement. 1° Combattre directement la maladie dont l'asthme est le symptôme. 2° Si l'asthme est d'origine goutteuse, rappeler la goutte à son siége naturel à l'aide des applications révulsives. 3° Traiter la dyspnée en elle-même, surtout quand elle constitue un asthme essentiel, et quelquefois même quand elle n'est que symptomatique, mais portée à un haut degré. M. Requin préconise la médication narcotique, et en particulier l'opium, comme le plus sûr moyen de soulager la dyspnée; mais il veut une administration sage et prudente du médicament: il signale d'importantes contre-indications, la pléthore, la difficulté de l'expectoration. Dans cette dernière circonstance, il ajoute foi à l'oxymel scillitique. Il apprécie en praticien l'opportunité des émissions sanguines. Au moment où il commence à signaler les révulsifs (pédiluves, sinapismes, vésicatoires volans, purgatifs), il est interrompu par le président.

M. DALMAS.

MÊME SUJET.

La dyspnée est un symptôme passager, l'asthme est une maladie qui persiste et qui est appelée *pousse* chez les animaux. Jusqu'à Morgagni on n'en a donné que des descriptions symptomatiques; parmi ceux qui ont contribué à compléter l'histoire le candidat cite Vesale, Lancisi, Morgagni (17e et 18e lettres, DE RESPIRATIONE LÆSA), Laennec, Rostan, Louis, Voillez.

1. *Causes*. L'asthme est le plus souvent compliqué d'autres maladies, telles que bronchites, hœpatisation pulmonaire, maladie du cœur, altération de la huitième paire, etc. Les auteurs ont encore rattaché symptomatiquement l'asthme au croup, à l'angine œdémateuse, à celle de poitrine, à l'asthme thymique, de Miller, à l'atrophie senile des vésicules pulmonaires, etc. Mais M. Dalmas ne voit là que des dyspnées. Comment l'asthme est-il produit dans ces maladies? M. Dalmas n'admet point qu'elles en soient la cause. La bronchite, dit-il, ne détermine point l'asthme; elle existe souvent sans asthme; le même raisonnement est applicable aux autres maladies. — L'asthme idiopathique est fort rare, mais il existe; on lui a assigné des causes variées, l'influence des localités, certaines dispositions nerveuses, des accidens de terrains marqués par la raréfaction de l'air, etc. Mais le candidat veut que l'on soit sobre à l'endroit de l'essentialité, et, dit-il judicieusement, mieux vaut nier l'existence de l'asthme essentiel, que de négliger les recherches des causes organiques qui peuvent le produire.

2. *Symptômes*. Un homme atteint de catharre pulmonaire ancien, quoique léger, se réveille en sursaut, demande de l'air, ouvre la fenêtre, crie, met en jeu tous les muscles de la poitrine et de la face, et s'appuie pour mieux dilater la poitrine. Cet état violent, après avoir atteint son summum, décroît, les battemens du cœur cessent et tout rentre dans l'ordre; l'intermittence toutefois peut n'être pas complète; au bout de certains intervalles entachés de dyspnée, l'accès revient; plus tard l'asthme est continu, augmente de plus en plus, et finit par amener la mort.

3. *Lésions*. L'altération provenant des complications, étant rangées à part, en existe-t-il qui soient propres à l'asthme? Une seule d'après Laennec, c'est l'emphysème pulmonaire. Le candidat décrit avec beaucoup d'exactitude et de netteté les caractères anatomiques des poumons emphysémateux, dans les degrés successifs de la dilatation des vésicules avec hypertrophie de leurs parois, de leur déchirure et de l'infiltration aérienne qui lui succède (emphysème interlobulaire). M. Dalmas ne nie pas que l'opinion qui fait de l'emphysème pulmonaire le caractère constant de l'asthme ne soit contestée; mais, ajoute-t-il, dans tous les cas d'asthme bien constaté, on a vérifié l'existence de l'emphysème pulmonaire. Et quant aux observations contradictoires que l'on invoque, elles manquent de garanties suffisantes.

Comment s'expliquer la production de l'emphysème? Les quintes de toux ont pour résultat la dilatation des vésicules, et presque toujours un catharrhe pulmonaire préexiste; un lien moins direct existe entre l'asthme et les affections du cœur; mais encore se peut-on en rendre compte? Autre difficulté: comment des accès, c'est-à-dire des troubles fonctionnels intermittens sont-ils liés à une lésion persistante? Ici l'on ne peut s'appuyer que sur des analogies; une migraine intermittente est parfois le seul symptôme d'une lésion cérébrale constante, etc.

4. *Dans le traitement*, l'auteur comprend, nous ne savons pourquoi, le diagnostic et le pronostic. Il signale tous les signes fournis par l'auscultation, la percussion et l'inspection du thorax (voussure, sonoreité exagérée avec absence du bruit respiratoire, etc.). Quant au pronostic, il dément le proverbe que l'asthme est un brevet de longue vie, et rappelle que chez les vieillards les moindres lésions prennent un caractère de fatale gravité.

Le traitement proprement dit, se divise en traitement:

1° De la cause;

2° De la lésion existante;

3° Des accidens qui peuvent se montrer;

1° Si l'asthme est idiopathique, c'est-à-dire inconnu dans sa cause, le traitement est nul. Symptomatique, il veut être attaqué dans la lésion qui le produit; le candidat rappelle ici l'inefficacité des anti-phlogistiques et des débilitans contre le catarrhe chronique avec asthme; il s'accommode mieux des dérivatifs, des purgatifs, des vésicatoires locaux, des boissons légèrement stimulantes de l'appareil respiratoire, etc.

2° Peut-on remédier à l'emphysème? Tout est à faire ici, la raison conseille une compression modérée de la poitrine, la position verticale, l'habitation dans les plaines, etc.

3° Quant aux accidens résultant de chaque accès, on les modère par l'usage des calmans, des narcotiques, de l'ipécacuanha (fumigations de belladone par le moyen de la pipe), par les revulsifs cutanés, etc. — La saignée est le dernier moyen auquel il faille recourir, et seulement chez les jeunes gens.

M. GIBERT.

DE L'URINE DANS LES MALADIES.

On sait quelle importance les anciens attachaient à l'inspection de l'urine dans les maladies. Suivant Hippocrate, le corps humain est pénétré d'une chaleur qu'il appelle innée, qui éprouve les mêmes phases que le soleil pendant l'année, diminue avec les progrès de l'âge et l'épuise dans sa vieillesse, après avoir passé par des modifications comparables à celles qu'on observe dans les saisons successives de l'année. C'est cette chaleur qui préside (par continuation de la mélaphore) à la *coction* des humeurs dans l'état de maladie. Cette doctrine de la coction était basée sur l'observation des phénomènes physiques, savoir la température propre du corps et les altérations humorales qui s'observent dans le cours des maladies, altérations qui concordent avec les phases diverses que présentent les maladies aiguës. Sous ce rapport, l'inspection de l'urine offrait à considérer, dans la première période, l'état de crudité, à un état plus avancé, celui de coction, et enfin, ces dépôts, ces nuages, ces sédimens, d'où l'on lirait des signes indicateurs

du mouvement intérieur qui s'opérait dans l'économie, et de l'issue probable de la maladie. Hippocrate, d'ailleurs, connaissait les principales maladies des reins et les changemens que ces maladies apportent dans la sécrétion et dans les qualités de l'urine. Galien a singulièrement développé les doctrines de l'uroscopie, et pour citer un fait entre mille, il ne manquait pas de prédire l'invasion du délire, lorsqu'il voyait, dans une fièvre ardente, l'urine rester ténue et limpide. Il est à remarquer que Galien rattachait déjà toutes les altérations des reins à la néphrite, à l'exception peut-être de l'affection calculeuse.

Les doctrines humorales se perpétuèrent jusqu'au dix-huitième siècles, où le perfectionnement des connaissances chimiques vint leur prêter un nouvel appui. Boerrhaave se distingua par l'importance qu'il donna à ces doctrines chimico-vitales. Relativement au sujet de cette leçon, nous devons signaler la découverte faite par Rouelle, dans le même siècle, du principe spécial et caractéristique qui se trouve dans l'urine, l'urée. Toutefois, à la fin du dix-huitième siècle, le système de Brown, et plus tard ceux de Pinel et de Broussais vinrent porter un coup fatal à l'humorisme, en instituant le solidisme comme fondement du nouvel édifice médical; en sorte que dans les premières années du dix-neuvième siècle, l'inspection même superficielle des humeurs excrétées, et notamment de l'urine, était presque entièrement tombée en désuétude. Aujourd'hui, au contraire, l'humorisme, appuyé désormais sur des connaissances chimiques précises, tend à reprendre vigueur, et les travaux remarquables sur l'urine, de Rouelle, Wollaston, Braconnot, Proust, et d'un grand nombre de nos contemporains, ont complètement réhabilité l'uroscopie.

Après ces préliminaires, M. Gibert examine sommairement les qualités physiques et chimiques de l'urine dans l'état normal, les nombreuses altérations et variations que ces qualités peuvent subir sous l'influence de diverses circonstances bien connues; il note les vices de sécrétion et d'excrétion du liquide urinaire; mentionne les urines bleues, jaunes, noires, sanguinolentes, muqueuses, purulentes, etc.; et insiste sur la dissertation soutenue par le docteur Wœlher, à la Faculté de Heidelberg, en 1827, où sont résumées les principales expériences faites sur le passage de diverses substances dans l'urine. M. Gibert arrive ainsi à considérer l'urine dans l'état pathologique. Il expose d'abord rapidement les caractères qu'elle offre dans deux maladies où elle constitue le phénomène culminant (le diabète et l'albumine, ou néphrite albumineuse), développe la théorie nouvelle de M. Bouchardat sur le diabète, insiste sur l'historique de l'hydropisie, considérée comme se rattachant à l'histoire de l'albuminurie. Erasistrate, ce célèbre anatomiste de l'école d'Alexandrie, attribuait toutes les hydropisies à une lésion du foie. La plupart des anciens les regardaient comme liées à des obstacles à la circulation veineuse, opinion confirmée dans le dix-septième siècle par les expériences curieuses de Lower, consignées dans son livre De Corde, publié en 1669. Pourtant, Van Helmont s'opiniâtra à regarder les reins comme la source constante des hydropisies. La découverte du système lymphatique vint singulièrement modifier les opinions regnantes; puis après être revenu aux veines, on tend aujourd'hui à se rapprocher de la théorie de Van Helmont. Dès 1825, M. Andral, dans sa clinique médicale, soupçonna la liaison de certaines hydropisies à une affection spéciale des reins. En 1827, Richard Bright décrivit cette lésion, confirmée depuis par les travaux de Gregory et Christison, en Angleterre; et surtout par ceux de M. Rayer, en France. Déjà, avant Richard Bright, Wels avait reconnu que sur 130 ascitiques, l'urine s'était montrée 48 fois albumineuse; cette proportion a été trouvée bien plus forte encore par les observateurs plus modernes. M. Gibert indique les caractères de l'urine dans l'albuminurie, et décrit la lésion rénale. Après l'albuminurie et le diabète, on trouve encore deux autres maladies où l'altération de l'urine est un fait d'autant plus capital qu'il conduit à des indications thérapeutiques; ce sont l'affection calculeuse, la gravelle, en particulier, et la goutte. M. Gibert entre à cet égard dans des détails que le défaut d'espace nous force à retrancher. Il parcourt ensuite rapidement le cadre nosologique tout entier, indiquant les signes que l'on peut tirer de l'inspection de l'urine dans les maladies principales, et d'abord dans les lésions des reins et de leurs dépendances; puis dans les maladies aiguës fébriles. Ceci le conduit à l'examen critique des urines sanguinolentes, muqueuses et purulentes; après quoi, il s'occupe en particulier des urines critiques. Ayant ainsi parcouru tous les points capitaux du sujet, M. Gibert revient sur l'humorisme moderne comparé et rattaché à l'humorisme des anciens, et termine par une citation empruntée à l'introduction du nouvel ouvrage de M. Rayer sur les maladies des reins: « Toute la pathologie bien interprétée montre, dit M. Rayer, qu'il n'y a pas, à proprement parler, de maladies locales, et que la plupart se ramifient et se généralisent plus ou moins; n'ayant rien pu voir d'isolé dans la nature, je n'ai rien pu décrire isolément. » « 2,300 ans avant M. Rayer, s'écrie M. Gibert, le père de la médecine avait dit : « Dans le corps humain, tout est également commencement et fin, car un cercle étant décrit, le commencement n'en peut être trouvé. » N'est-il pas beau de voir proclamer le même résultat, à un si grand intervalle de temps, par l'observateur antique qui, livré à l'étude de la marche générale des maladies, en négligeait forcément les détails, et l'anatomo-pathologiste moderne qui a creusé avec le plus de zèle et d'assiduité les filons les plus obscurs et les plus reculés de la mine pathologique? Félicitons-nous de cet accord qui ouvre pour nous une ère de progrès véritable, et clôt enfin le champ de la polémique, en rattachant les acquisitions laborieuses de la science moderne aux grandes et belles vues de la science antique! Félicitons-nous de voir s'éteindre chaque jour ces dissentimens suscités par des hommes doués sans doute d'un rare mérite, mais qui, désertant les voies hippocratiques, et voulant se frayer une route nouvelle, *« se trompaient eux-mêmes et trompaient les autres avec eux ! »*

M. GUILLOT.

DE L'URINE DANS LES MALADIES.

Il est absolument impossible de connaître les changemens variés de l'urine dans les différentes maladies, sans avoir auparavant apprécié la composition ordinaire de ce liquide dans l'état sain; cette connaissance des qualités ordinaires du liquide secrété par les reins est aussi indispensable au médecin dans certains cas, que l'appréciation des constitutions normales de la respiration ou de la circulation, peuvent l'être dans d'autres circonstances.

C'est par l'examen des urines de l'homme sain que doivent être précédées les études de l'urine dans les différens états pathologiques.

L'urine de l'homme en santé est, à sa sortie de l'urètre, composée, suivant Berzelius, de matières organiques et de matières inorganiques.

Les matières organiques sont :	Les matières inorganiques sont :
L'eau;	Le sulfate de potasse;
L'urée;	Sulfate de soude;
L'acide urique;	Phosphate de soude;
L'acide lactique;	Biphosphate d'ammoniaque;
Le lactate d'ammoniaque;	Chlorure de soude;
L'extrait de viande soluble dans l'alcool;	Hydrochlorate d'ammoniaque;
Des mat. extractives solubles dans l'eau;	Phosphate de chaux;
Du mucus;	Phosphate de magnésie;
Lamelles d'épithelium.	Silice.

L'urine saine est acide et rougit le papier de tournesol.

Sa température, peu variable chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, est de 28° $\frac{1}{2}$ R. à 30° $\frac{1}{2}$ R.— Cette température doit être examinée à la sortie du liquide hors de l'urètre; sa pesanteur spécifique moyenne varie entre 1012° et 1018° chez beaucoup d'individus; sa pesanteur spécifique est plus élevée; toutes les variations que l'on peut observer de la densité dans l'état sain, doivent tenir en grande partie aux variétés de l'alimentation individuelle.

La quantité d'eau dans l'urine saine est de 900 millièmes sur mille parties d'urine. Cependant on conçoit que le régime, les alimens, les boissons, la température, l'exercice du corps, doivent faire continuellement varier cette proportion chez tous les hommes en général, et chez tous les individus en particulier.

La quantité d'urine sécrétée ordinairement toutes les vingt quatre heures doit donc également varier incessamment d'après les mêmes raisons, et il est difficile de l'apprécier d'une manière exacte.

Si l'on examine l'urine à sa sortie chez des individus malades, on voit qu'elle peut subir des changemens qui sont de deux ordres différens.

1° Ce liquide peut être modifié par la quantité ou la proportion diverse de ses principes naturels;

2° Il peut être changé par la présence de matières qui n'existent pas dans sa composition normale.

La quantité d'eau que contient l'urine peut être augmentée sans que ses autres élémens aient été modifiés. C'est ce qui arrive dans la polydipsie; on voit aussi cette augmentation de la quantité d'eau dans l'urine, dans certaines affections nerveuses, dans l'hystérie, par exemple, à la suite de certains accès d'asthme nerveux. Cette augmentation de l'eau s'accroît aussi par l'usage des médicamens diurétiques; lorsque cet excès de l'eau s'accroît seul, sans augmentation des autres élémens de l'urine, la densité du liquide examiné à l'aréomètre de Beaumé, diminue évidemment, puisque l'urine se rapproche davantage du terme auquel on la compare aréométriquement, c'est-à-dire de l'eau privée de sels.

La quantité de l'urine peut être diminuée; tous les observateurs ont remarqué cette diminution dans le choléra. On peut la constater dans les accès de fièvre intermittente pernicieuse algide. Hayward (Arch. de médecine) cite un exemple de suppression mortelle de la sécrétion urinaire.

L'urine peut contenir plus d'urée qu'elle n'en contient normalement.

Mac-Grégor estime que la quantité d'urée rendue dans les vingt-quatre heures est de 4 à 500 grains.

Bortock cite, dans le troisème volume des London med. chirurg transactions un cas dans lequel la quantité de cette substance s'élevait à sept onces et une demie.

L'urine peut contenir moins d'urée. Cette circonstance a été admise par beaucoup d'observateurs; la pesanteur spécifique de l'urine serait alors moins considérable que dans l'état ordinaire.

Il peut y avoir dans l'urine plus d'acide urique. L'urine est alors ordinairement très acide, rougit fortement le papier de tournesol, et par le refroidissement laisse déposer sur les parois du vase qui la renferme, de nombreux cristaux rougeâtres de cette substance. Cet excès d'acide urique a été remarqué dans certaines maladies, chez certains individus, soumis à une alimentation particulière, et des observateurs ont cru voir un rapport exact entre ces maladies, entre ces alimentations particulières, et l'excès d'acide urique dans les urines.

Les uns ont pensé que le dépôt d'acide urique dans les urines pendant le cours, et à des époques généralement régulières de quelques maladies, surtout des maladies goutteuses, était le résultat d'un mouvement particulier, qu'ils ont nommé crise, et qui pouvait heureusement améliorer ou terminer l'affection qui la précédait.

D'autres ont vu dans ce dépôt, augmenté d'acide urique, matière très azotée, le résultat d'une alimentation animale, de boissons alcooliques, et surtout du régime animal qui fait pénétrer dans le corps une grande quantité de matériaux azotés.

La quantité d'acide urique contenue dans l'urine peut diminuer; cette diminution peut arriver dans la polydipsie, dans les urines abondantes et claires de la fin des attaques d'hystérie, dans le choléra, suivant Hermann. (Bulletin des sciences.)

Il peut y avoir plus de mucus que d'ordinaire dans les urines; tous les observateurs ont fait cette remarque dans les inflammations aiguës du bassinet; alors la présence du mucus en plus grande quantité peut indiquer l'irritation de la membrane muqueuse de ces parties. On l'a faite également dans les affections catar-

chales aiguës ou chroniques de la vessie; le mucus se présente alors à la vue simple, tantôt sous la présence de masses filantes, tenaces, visqueuses, résultat de ces amas de globules dissous dans une urine alcaline. Cet état du mucus indique donc l'alcalinité de l'urine; tantôt au fond des vases sous l'aspect d'une masse blanchâtre, grisâtre, composée au microscope de globules irréguliers à leur contour de 1/100 de millimètre de diamètre. Cet état est celui du mucus dans les urines acides. Les alcalis rendent à cette masse l'aspect filant.

Les urines, au lieu d'être acides, peuvent être alcalines; elles sont alors en général pâles. Cette alcalinité de l'urine peut être produite, soit hors de la vessie, dans le vase qui contient le liquide, soit dans la vessie, dans l'intérieur de laquelle le liquide se comporte comme dans un vase inerte. Les urines peuvent aussi être neutres.

Cette neutralité ou cette alcalinité de l'urine dans ces circonstances dépend de l'action des divers élémens de l'urine les uns sur les autres.

Il y a alors plus ou moins excès de potasse d'ammoniaque ou de soude dans le liquide.

L'urine peut aussi être sécrétée, alcaline, ce qui s'observe dans plusieurs formes de néphrite.

Les urines peuvent être modifiées par la présence de matières qui n'existent pas dans la composition normale :

1° Par l'albumine. Cotugno, dans son Traité de ISCHIADE NERVOSA, est le premier qui a indiqué la présence de l'albumine dans l'urine des hydropiques. Pour reconnaître sa présence, il faut absolument employer l'ébullition et l'acide nitrique. Ces deux procédés se servent de contrôle mutuel.

L'ébullition seule, employée pour une urine non albumineuse, contenant beaucoup d'urée, décomposerait cette matière; il se formerait alors de l'ammoniaque qui précipiterait les phosphates sous une forme que l'on pourrait confondre avec l'albumine. L'acide nitrique redissout ce précipité.

L'acide nitrique, pour une urine non albumineuse, précipite l'acide urique et les urates; si ces matières sont en excès, l'ébullition les fait dissoudre.

2° Par du sang, dont la quantité peut être très variable, et qui, dans certaines circonstances, ne se reconnaît qu'à l'examen microscopique, à l'aide duquel on constate la présence de globules lenticulaires d'un cent vingtième de millimètre, pourvus d'un noyau central, globules solubles dans l'acide acétique.

3° Par du pus, dont la quantité peut varier infiniment, que l'on peut reconnaître à la vue simple, lorsqu'il est abondant et qu'il forme une couche d'un blanc mat, ou à l'examen microscopique lorsqu'il est en faible quantité.

Il se présente alors sous l'aspect de globules sphériques ponctués, nageant librement, irréguliers à leur contour et solubles dans l'ammoniaque.

Il est souvent très difficile de distinguer le pus du mucus; ces deux matières paraissent se confondre par une insensible transition.

4° Par des matières grasses, signalées par Frank, variables, graves, et qui ont fait l'objet des études de M. Rayer.

5° Par la bile, que l'on peut reconnaître soit à la couleur de l'urine, soit à l'aide de l'imbibition d'un linge, soit en traitant l'urine par l'acide nitrique, suivant le procédé de Berzelius.

7° Par le ferment, globules réguliers, variables en grosseur, entre 1/100 et 1/500 de millimètre.

8° Par les animalcules spermatiques, que l'on trouve à la partie la plus déclive du vase qui renferme l'urine et que l'on reconnaît à leur forme.

9° Par du sucre, que l'on trouve dans les urines de diabétiques, identique au sucre d'amidon ou de raisin, sapide ou insapide; dans ce dernier cas, bouilli avec un dixième d'acide sulfurique, il reprend sa sapidité.

Après avoir ainsi passé en revue les principales altérations ou modifications de l'urine, le candidat passe en revue les maladies les plus importantes dans lesquelles ces altérations offrent quelque intérêt.

Il passe successivement en revue l'ictère, la gravelle, la goutte, les affections organiques du cœur, le diabètes, les suppurations des voies urinaires, les inflammations des reins, la néphrite albumineuse, aiguë et chronique, etc.; il s'efforce de montrer que ces études de l'état de l'urine, faites avec précision, sont indispensables pour le diagnostic des maladies des reins; qu'elles sont utiles pour compléter l'étude des changemens des sécrétions dans beaucoup d'autres affections; enfin, qu'elles sont d'un haut intérêt pour leur pronostic, et que, sans elles, le traitement de beaucoup de maladies méconnues ou mal étudiées jusqu'à ce jour ne saurait reposer que sur des bases incertaines.

M. CASIMIR BROUSSAIS.

DE LA GANGRÈNE.

La gangrène est la mort locale des tissus, au sein de l'organisme vivant.

DESCRIPTION GÉNÉRALE. Pour se faire une idée exacte de la gangrène, il faut l'observer à l'extérieur. Elle est en général précédée de douleur et de gonflement dans la partie où elle doit apparaître; dans quelques cas la gangrène débute d'emblée. Elle s'annonce par une tache brune, noirâtre, quelquefois grise blanchâtre, par une tache jaune (acide nitrique) ou de couleur variable suivant le caustique qui la détermine. Cette tache s'agrandit plus ou moins, puis se limite, se circonscrit par une ligne rouge qui se prononce de plus en plus; bientôt il se trace un sillon entre la tache noire et le cercle rouge; ce sillon se creuse; une sérosité l'humecte, puis du pus. Alors la tache noire, le lambeau de peau se soulève par ses bords; bientôt il ne tient plus que par un pédicule; enfin il se détache tout à fait, tombe et laisse à découvert une plaie qui, en général, est d'un beau rouge et se cicatrise facilement, à moins de complications étrangères.

Un phénomène caractéristique de la gangrène, c'est une odeur qu'on peut appeler spécifique, phénomène nécessaire en même temps. S'il existe, il y a gangrène; s'il ne se montre pas, il n'y a pas gangrène.

Caractères particuliers de la gangrène suivant son siège. — 1° A l'extérieur: on la trouve dans la peau, le tissu cellulaire, les muscles et les os. Les brûlures nous offrent des exemples fréquens de gangrène par cause externe, comme les caustiques, dont le résultat varie suivant l'espèce de poison ou de médicament; on voit souvent encore la gangrène succéder à l'application des vésicatoires; mais il ne faudrait pas prendre pour de la gangrène la couche blanchâtre, plastique, albumineuse qui revêt souvent la plaie d'un vésicatoire. Cette gangrène des vésicatoires se montre surtout dans les cas de maladies graves d'entérite typhoïde. L'application de la pommade stibiée amène quelquefois, à la suite des pustules, de la gangrène, comme aussi l'application de tous les irritans. La compression entraîne souvent la gangrène, surtout si elle est poussée trop loin; témoin les gangrènes déterminées par l'application d'un bandage trop serré, soit dans le traitement des fractures par l'appareil inamovible, soit dans celui du phlegmon, de la phlébite par la compression. La pourriture d'hôpital est une sorte de gangrène que caractérise l'apparition d'une couche blanchâtre, grise, noirâtre, à la surface d'une plaie, toujours avec l'odeur spécifique.

La gangrène, dite sénile, est encore une gangrène assez fréquente à l'extérieur; elle se manifeste aux membres, surtout aux membres inférieurs; elle est précédée ou accompagnée de douleurs si violentes qu'elles arrachent des cris aux malades, on l'a vue cependant sans douleur. Une teinte brunâtre s'étend sur le membre, d'ailleurs gonflé et œdémateux, et si l'on incise, on voit le tissu cellulaire distendu par une sérosité sanguinolente; bientôt des stries, puis des plaques noires se développent; alors la gangrène est complète, et l'incision des parties montre les vaisseaux sanguins, mais surtout les artères obstrués par des caillots, plus ou moins épaissis ou altérés. Il y a cependant des exemples de gangrène sénile sans artérite. D'ailleurs cette affection se montre, non seulement chez des vieillards, mais aussi chez des adultes et même chez des jeunes gens. Au sein, nous voyons fréquemment la gangrène compliquer les cancers, et alors le tissu cellulaire et glanduleux tombe par morceaux blanchâtres.

Le bourbillon du furoncle est du tissu cellulaire gangrené et l'anthrax nous offre la gangrène de ce même tissu cellulaire et de la peau dans toute son épaisseur, quelquefois encore celle des tissus sous-jacens. Si vous incisez un anthrax, vous apercevez un tissu d'un rouge noirâtre, gorgé de sang, parsemé de points blancs; il existe en effet un engorgement sanguin et des portions de tissu cellulaire ou cutané mort et gangrené.

La pustule maligne est une gangrène par cause spéciale que décèle une tache noire subitement apparue, sans symptômes inflammatoires préalables avec gonflement œdémateux, quelques vésicules, des bulles, dont la marche est très rapide qui s'accompagne de symptômes généraux des plus graves, et entraîne souvent la mort.

La nécrose ou gangrène des os est tout à fait du ressort de la chirurgie.

2° *Appareil cérébro-spinal.* Le cerveau ne présente que bien rarement la gangrène: dans le cas où elle existe, elle est sous forme de bouillie verdâtre; mais il faut se garder de confondre avec elle le ramollissement jaunâtre, comme scorbutique que M. Rostan signale comme très fréquent chez les vieillards, et qui s'en distingue par une consistance beaucoup moindre et par l'absence d'odeur spécifique. On en a vu des exemples dans les foyers suite d'hémorragie.

La gangrène est très rare dans la moelle épinière, de même que dans les méninges.

3° *Appareil respiratoire.* Au larynx, elle est rare; il y aura tout à l'heure à la distinguer de la diphthérite; encore plus rare dans la trachée et les bronches. C'est dans les poumons, dans le parenchyme pulmonaire qu'on l'a vue le plus souvent. Laennec nous a donné ses caractères. Elle est sous forme de fragmens verdâtres, grisâtres, noirâtres, libres ou tenant encore au parenchyme, flottans dans une caverne sanieuse et portant avec eux leur odeur spéciale. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en général, au milieu de ces lambeaux gangréneux, le tissu vasculaire est respecté, comme aussi au milieu des cavernes tuberculeuses. D'ailleurs cette destruction gangréneuse se forme dans l'intérieur d'un parenchyme sain ou simplement congesté; et d'autres fois au milieu d'un parenchyme tuberculeux.

Ici s'élève une question intéressante. Quand la plèvre se perfore et qu'il s'en soit un pneumo-thorax, cette perforation est-elle la suite d'une désorganisation tuberculeuse, d'un ramollissement ou de la gangrène? Le plus souvent, sinon toujours, on aperçoit des tubercules sur le point perforé; mais si l'on fait attention que la perforation est en général extrêmement petite, tandis que l'altération tuberculeuse est étendue, et que la solution de continuité se fait par un sillon qui sépare la plèvre saine de la plèvre tuberculeuse, on sera d'avis qu'il y a ici mort locale du tissu, et non pas seulement ramollissement ou dégénération tuberculeuse.

4° *Appareil digestif.* A la bouche et dans la gorge et l'arrière-gorge, la gangrène est assez fréquente; et la stomacace, certaines gengivites par scorbut ou mercurialisation, certaines angines nous en offrent des exemples. M. Bretonneau a rendu un service éminent à la science, en démontrant que les prétendues angines gangréneuses des anciens, si fréquentes, suivant eux, n'étaient que des inflammations pseudo-membraneuses auxquelles il a donné le nom de diphthérites. Mais il a été trop loin, en niant tout-à-fait la gangrène de ces parties: le candidat a vu une véritable angine gangréneuse qui présenta à l'autopsie un aspect gris noirâtre de toute l'arrière gorge, avec des lambeaux de même couleur qui se détachaient plus ou moins facilement, et une odeur tout-à-fait caractéristique.

Les angines pelliculeuses et pseudo-membraneuses se distinguent par de petites taches blanches, légères dans le premier cas, par des couches grisâtres, épaisses, consistantes dans le second, fausses membranes, dont l'enlèvement laisse voir la membrane muqueuse rouge et saine et sans odeur spéciale.

Dans l'estomac, la gangrène est rare et ne se présente guère que sous forme de petites taches noires, disséminées. On aurait pris, autrefois, pour de la gangrène, un cas de variole, dont j'ai été témoin à Strasbourg, et dans lequel une large couche pseudo-membraneuse couvrait toute la membrane muqueuse de l'estomac et s'en détachait par énormes lambeaux. Les perforations, dites spontanées, sont plutôt le résultat d'un ramollissement que de la gangrène.

Si l'on parcourt les anciens auteurs et les principaux anatomo-pathologistes des siècles précédens, on y voit mentionnés une foule de cas de gangrènes des viscères, et surtout des intestins. Lisez Bonnet, Morgagni; lisez même Chirac, Baglivi et jusqu'à Roederer et Wagler, vous y trouverez mentionnées des gangrènes intestinales presque à chaque page. L'anatomie pathologique moderne, plus sévère, a fait justice de ces prétendues gangrènes, et a reconnu qu'il ne s'agissait le plus souvent que de taches noires inflammatoires sans désorganisation, ou de fausses membranes. Il y a longtemps que ce fait a été reconnu pour la fièvre jaune, par un des juges de ce concours, et par plusieurs autres ensuite; les mêmes observations viennent d'être faites récemment à l'Académie pour la peste. Elles se sont aussi vérifiées pour le choléra. Mais la gangrène n'est pas impossible dans les intestins; elle doit seulement se distinguer et des taches noires sans odeur caractéristique des entérites aiguës et des fausses membranes que l'on rend dans les entérites chroniques, et dont l'expulsion est souvent accompagnée de douleurs, de défaillances, de syncope. Cependant on a vu, et l'un des juges de ce concours est dans ce cas, des portions d'intestin rendues dans la dysenterie, sans doute par suite d'un volvulus. Les cas d'étranglement aux anneaux inguinal, crural, etc., ou d'étranglement interne, par brides péritonéales, nous offrent encore des exemples de gangrènes intestinales. Est-ce, ici encore, par gangrène, tuberculisation ou ramollissement qu'ont lieu les perforations qui font communiquer la cavité du péritoine avec celle de l'intestin? Le candidat pense, et pour les mêmes raisons que ci-dessus, que la gangrène est le plus souvent pour quelque chose dans ces perforations.

Le prolapsus du rectum, les hémorrhoïdes, le cancer du rectum entraînent quelquefois la gangrène de cet intestin.

Elle est très rare dans le foie.

5° *Appareil circulatoire.* On croyait voir autrefois, mais on ne constate plus aujourd'hui de gangrène du cœur. Dans le système circulatoire, au contraire, on en rencontre, mais surtout dans les dernières divisions; car, en général, le tissu des veines et surtout celui des artères se conservent intacts au milieu des désorganisations gangréneuses.

Il ne faut pas confondre avec la gangrène de la rate son ramollissement qui est très fréquent.

6. *Appareil génito-urinaire.* 1° Chez l'homme la gangrène se montre souvent au scrotum et dénude les testicules dans les cas de maladies graves et surtout de variole confluente de scarlatine, etc. 2° Chez la femme, la gangrène peut exister aux grandes lèvres, au col, ou au corps de la matrice et dans les ovaires, rarement dans ces derniers organes, de même que dans le corps de la matrice. Toutefois le cancer du col bien plus fréquent que celui du corps, entraîne souvent la gangrène de ces parties. Mais on a pris, ou plutôt on prenait à tort autrefois pour de la gangrène les cas de prolapsus de la matrice, de polypes utérins, etc. Les grandes lèvres se gangrènent dans les mêmes circonstances que le scrotum chez l'homme, mais beaucoup plus rarement.

Les travaux des pathologistes modernes ont rapporté à la phlébite utérine beaucoup de prétendues gangrènes suites de couches.

Symptômes. 1° Si la gangrène est *extérieure*, nous renvoyons, dit M. C. Broussais, aux caractères que nous avons établis pour la reconnaître; 2° si elle est *intérieure*, ou bien des lambeaux gangréneux sont expulsés au dehors, et on les reconnaît à leurs caractères propres, ou bien aucune portion gangrenée n'est rendue, et alors, quel que soit son siège, voici en général les phénomènes qui se manifestent et signalent presqu'à coup sûr la gangrène interne; ce sont: la chute subite du pouls qui devient faible et insensible en même temps qu'irrégulier; le froid glacial de tout le corps et surtout des extrémités; une sueur froide et visqueuse; la décomposition des traits; enfin la mort. Presque toujours il s'exhale de la surface du corps, ou plutôt de la bouche une odeur gangréneuse qui laisse peu de doute. On a vu cependant, surtout chez des vieillards, la gangrène se développer et marcher à l'intérieur, dans les intestins et même dans les poumons, jusqu'à la mort, sans aucun signe qui l'eût annoncée, de sorte qu'elle n'a été connue qu'à l'autopsie.

Causes. Les causes peuvent être divisées en trois catégories:

1° Causes qui ralentissent la circulation. En tête de ces causes est le froid, et pour se convaincre de cette influence du froid, il suffit de répéter les expériences de M. Poiseuille; on voit alors le sang s'arrêter, engorger les tissus, et si cette action continue, la gangrène ne tarde pas à arriver. Nous en avons eu de déplorables exemples dans la campagne de Russie et plus récemment encore dans la première campagne de Constantine. On a vu aussi l'emploi de l'eau fraîche poussé trop loin, dans des cas de blessures, de fractures des membres, amener encore la gangrène. La paralysie, la débilité, les hydropisies disposent singulièrement à la gangrène. Quoi de plus fréquent que les escarres chez les paralytiques, les hydropiques et les personnes extrêmement affaiblies. Les blessés dont les membres supportent une très forte compression en offrent aussi des exemples. C'est encore dans le même sens qu'agit la pression exercée par le poids du corps chez les malades alités depuis longtemps; mais ici se joint souvent une autre cause, par exemple l'altération du sang chez les typhoïdes.

Enfin, c'est dans cette catégorie que le candidat range les causes morales, celles du moins qui sont dépressives, telles que les chagrins profonds. Ainsi, on a des exemples de personnes dont les plaies, sous l'influence de ces causes, prenaient tout à coup un mauvais aspect et devenaient gangréneuses.

2° *Causes qui accélèrent la circulation outre mesure.* Une fièvre violente, l'excès d'inflammation, une excitation nerveuse extrême une douleur très-violente, très vive, toutes ces causes peuvent amener la gangrène.

3° *Causes qui altèrent le sang.* Ici se rangent un grand nombre de causes différentes, et d'abord l'empoisonnement miasmatique, tel que celui qui résulte du rassemblement d'un grand nombre d'hommes, et surtout de malades graves, l'empoisonnement qui suit la résorption de matières putrides ou purulentes, comme dans les cas de vastes foyers purulens, de variole, d'affection typhoïde. A côté de ces causes il faut placer l'usage d'une mauvaise nourriture, les affections scorbutiques, les venins, les virus, la mercurialisation, le seigle ergoté, bien que les dernières observations établissent que cet ergotifère est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois.

C'est par l'empoisonnement miasmatique qu'il faut expliquer ces gangrènes épidémiques qui désolent quelquefois les hôpitaux; et ces gangrènes endémiques qui dévastent certaines salles où l'on ne peut pratiquer une opération sans voir survenir la pourriture d'hôpital.

Les causes des deux premiers ordres, bien que leurs résultats premiers soient entièrement opposés, puisque les unes accélèrent et que les autres ralentissent la circulation, aboutissent cependant au même résultat, la stase du sang; première condition qui entraîne l'altération des tissus engorgés, et celle du sang lui-même; de sorte qu'en dernière analyse l'action des causes précitées introduit dans l'organisme deux conditions indispensables pour la gangrène: 1° l'altération des tissus 2° celle du sang. Ces deux faits fondamentaux seront repris plus tard.

Traitement. Le traitement prophylactique consiste à écarter les causes ou les conditions qui viennent d'être mentionnées; ainsi, à désencombrer les hôpitaux dans les cas de gangrène épidémique, etc.

Il faut encore éviter certaines causes de gangrène, ou du moins en modérer l'action, comme celle de la cautérisation du larynx et des bronches dans le croup et la diphthérite; il faut combattre la disposition gangréneuse des plaies par le feu, par l'application du charbon, du camphre et du quinquina. Il faut diminuer la pression du corps sur les mêmes parties, en faisant changer de position au malade dans les maladies longues; s'abstenir de constrictions trop fortes dans le traitement des fractures, des œdèmes, des phlegmons, etc., par la compression; ne pas pousser trop loin l'emploi du froid dans les mêmes cas.

Si l'on a affaire à une inflammation violente, le point capital, c'est de la faire avorter le plus promptement possible par les antiphlogistiques, et s'il s'agit d'un gonflement extérieur par le débridement, au moyen d'incisions profondes. Chirac se moquait beaucoup des médecins de son temps, qui criaient à la putridité, à la malignité des maladies qu'ils aggravaient par un traitement stimulant, et qu'ils rendaient gangréneuses par leurs moyens incendiaires.

Lorsque la faiblesse est grande et fait craindre une disposition à la gangrène, il faut stimuler et relever les forces. On trouvera l'indication de ce traitement, lorsque le pouls aura perdu sa force, sa dureté, sa vivacité, et qu'en même temps il y aura un abaissement de la calorification; une bonne nourriture sera, dans certains cas, le meilleur moyen à employer, etc. Mais si la gangrène existe déjà, il faudra la combattre par des antiseptiques, locaux et généraux, localement par l'application du camphre, du charbon, du quinquina, des chlorures. Mais si la gangrène est intérieure, c'est aux stimulans intérieurs qu'il ne faudra pas hésiter d'avoir recours, surtout aux chlorures, dont on pourra donner 10 à 25 gouttes par pot de tisane, sans que les organes enflammés s'en irritent, comme dans les cas d'entérite typhoïde. Les mêmes chlorures seront aussi employés en lavemens, en aspersions, etc. Le candidat rappelle un cas de disposition générale à la gangrène, à la suite d'une entérite typhoïde déjà en voie de guérison, où les chlorures lui ont merveilleusement servi.

Nature de la gangrène. La nature de la gangrène est difficile à déterminer; tantôt, en effet, elle est le dernier terme d'une violente inflammation; tantôt elle semble s'établir d'emblée et sans inflammation préalable. Rappelons, dit M. C. Broussais, les conditions que nous avons reconnues nécessaires: 1° l'altération des tissus; 2° celle du sang. L'une ou l'autre ne suffit pas, il faut les deux. La première peut produire le ramollissement; la seconde des hémorragies. Mais toute altération des tissus et du sang n'amène pas la gangrène; c'est une altération particulière, ou quelque chose qui nous échappe; et nous trouvons ici, comme dans tant d'autres cas, le *quid ignotum*. Remarquons qu'un engorgement sanguin précède en général la gangrène. Cependant, l'obstacle de la circulation veineuse fait naître, non pas la gangrène, mais l'hydropisie; tandis que l'obstacle à la circulation artérielle, comme l'ont prouvé les expériences d'un des juges, entraîne la gangrène. C'est ce qui arrive le plus ordinairement dans la gangrène sénile, et les cas mêmes où l'on a cru devoir rapporter cette gangrène à une lésion de nerfs rentrent encore dans ceux d'obstacle à la circulation. La circulation s'arrête, le tissu s'engorge, il meurt, il se gangrène, et alors la partie gangrénée s'isole au milieu des autres, mais elle reste cohérente, plus ou moins consistante et tenace, quelquefois fort peu; mais elle ne s'en va pas, en général, en détritus, comme dans le ramollissement. Cette dernière altération, en effet, se distingue de la gangrène en ce que la partie ramollie n'a plus de consistance, ses molécules sont tout à fait dissociées et entraînées ou résorbées à mesure de leur destruction, tandis que dans la gangrène les molécules tiennent encore les unes aux autres.

M. HOURMANN.

MÊME SUJET.

La gangrène est la mort partielle du corps. De tout temps les accidens spéciaux et si graves qu'elle provoque ont frappé l'attention des observateurs; toutefois l'histoire de la gangrène, liée intimement dans ses progrès à ceux de l'anatomie pathologique, appartient surtout à notre époque; aussi M. Hourmann croit-il devoir négliger tout préambule historique, et se hâter d'aborder les détails qui se multiplient dans le développement de la question.

Caractères de la gangrène. La gangrène a subi plusieurs divisions; mais avant tout, il importe de fixer ses caractères. M. Hourmann passe successivement en revue la perte de la sensibilité, celle de la motilité, celle de la chaleur, l'arrêt du cours du sang, les modifications de couleur, de consistance, de volume dans les parties atteintes, l'odeur *sui generis* qui s'en dégage, etc. Après avoir pesé la valeur séméiologique de chacun de ces phénomènes de la gangrène, M. Hourmann arrive à cette conclusion: qu'il n'en est qu'un, l'odeur, qu'on pourrait considérer comme pathognomonique; encore cette odeur est-elle *mentie* dans plus d'un

cas par diverses sécrétions morbides, comme cela arrive, par exemple, dans la diphthérite; il faut donc ici encore, le plus souvent, la collection de tous les symptômes pour établir la certitude du diagnostic.

Etiologie. A propos de l'étiologie de la gangrène, la chirurgie peut revendiquer une large part, si l'on a égard aux causes occasionnelles. De là une première division de la gangrène, en celle produite par causes externes, et celle produite par causes internes. Mais en définitive, la cause prochaine *saisissable* est toujours la même, à savoir la suspension ou l'altération profonde des deux grandes fonctions générales qui président partout dans l'organisme à l'entretien de la vie, l'"*influx nerveux* et l'*abord du sang*. Les causes occasionnelles qui toutes viennent se ranger sous ces deux chefs, et la division qu'elles fournissent ne méritent donc, théoriquement du moins, qu'une considération secondaire.

De ce point de vue, M. Hourmann examine d'abord toutes les conditions pathologiques qui peuvent amener la gangrène par trouble de la circulation. Ici se placent les lésions des canaux que traverse le sang, celles du cœur et celles du sang lui-même. Dans la première catégorie, en remontant des capillaillaires jusqu'au centre, on trouve, comme cause la plus générale, l'inflammation franche de la trame des organes qui produit la gangrène par son excès et d'après un mécanisme sur lequel les recherches des micrographes ne laissent plus de notions à désirer. Viennent ensuite les lesions des artères et des veines. Pour les artères, on doit compter en première ligne l'inflammation de la tunique interne, qui coagule le sang à son niveau, et de plus les nombreuses altérations organiques dont leurs parois sont susceptibles, et qui toutes peuvent entraîner les mêmes suites, c'est-à-dire l'arrêt du cours du sang dans les parties ou elles se distribuent; telle est la source de beaucoup de ces gangrènes, dites spontanées, notamment de celle appelée si improprement *senile*, comme l'expérience l'a tant de fois constaté depuis Dupuytren. Diverses altérations traumatiques, compression, ligature, plaies atteignant les artères, produisent de même la gangrène en suspendant le cours du sang. Les lesions analogues des veines ont moins souvent ce résultat funeste.

Les maladies du cœur peuvent-elles amener la gangrène des extrémités, ainsi que Fabrice de Hilden, Van Swieten, Giraud, l'ont admis? M. Hourmann ne voit rien d'irrationnel à l'admettre aussi, surtout dans les cas où la lesion du cœur rétrécit ses orifices, mais il en doute, et pense que dans les observations relatées on a sans doute negligé l'examen des artères qu'on eût peut-être trouvées malades.

Gangrène par altération du sang. — 1° *Par pléthore.* Pott et Janroy ont décrit une gangrène qu'ils ont appelée *des gens riches*, et qu'ils attribuent à l'activité de l'hématose, entretenue par un régime trop substantiel. Elle rentre peut-être dans les gangrènes par artérite. — 2° *Par anémie.* Plusieurs cas de gangrène spontanée semblent reconnaître cette cause quand elle est due surtout à une mauvaise alimentation (Marjolin). Chez les vieillard cachectiques, l'anemie se joint à l'asthénie, et alors la gangrène des extrémités peut se declarer par simple atonie de la circulation capillaire. M. Hourmann a recueilli, dans son service à la Salpêtrière des faits qui paraissent le démontrer; en effet, des injections faites sur les cadavres ont pénétré abondamment et facilement toutes les parties gangrénées; aucune lésion n'existait dans les vaisseaux des membres, et souvent le cœur était intact. — 3° *Par intoxication.* A cette cause sout dues les gangrènes dites par *inflammation spécifique*, qui se déclarent après l'entrée dans le sang de certains virus, ou venins, de quelques poisons septiques, après l'ingestion de l'ergot de seigle, etc.

M. Hourmann rapproche ici les gangrènes qui se produisent dans le cours des fièvres graves, typhus, peste, etc.

Gangrène par trouble de l'inervation. Le premier fait contesté, c'est que la gangrène par trouble primitif de l'inervation est rare. Souvent il y a trouble simultané de la circulation, et il est difficile de saisir le point de départ des accidens. Telle est la gangrène par congélation. Quoi qu'il en soit, la gangrène n'est presque jamais due à la sur-stimulation de l'influx nerveux. Le plus ordinairement, au contraire, elle est la conséquence de sa diminution, ou même de son défaut. Dans la paralysie due à une lésion des centres nerveux (hémiplégie, paraplegie), la gangrène peut succéder à des pressions prolongées, à des contusions, à des plaies, etc. Mais elle n'eclate guère spontanément. Cela arrive plus communément dans les paralysies ou stupeurs locales dues à la commotion violente d'un membre, comme dans les blessures par armes à feu, ou bien encore dans le cas de contusion, de déchirure, ou de section complète d'un tronc nerveux, etc.

Marche de la gangrène. Après cet examen étiologique de la gangrène, M. Hourmann passe en revue la marche, le developpement et la succession des phénomènes locaux et généraux qui marquent le début et le terme de la gangrène jusqu'au moment où apparaît cette inflammation *éliminatoire*, si bien decrite par Dupuytren, et déjà si nettement signalée par Hunter. C'est là que se place la division de la gangrène, suivant son étendue, en escarrbe et sphacèle; suivant l'état humoral des parties, en sèche ou humide, etc. Ces variétés comportent quelques différences dans leur évolution et leur circonscription. M. Hourmann les indique avec soin, et insiste toutefois sur cette proposition que la nature du mal n'en reste pas moins toujours identique. Il professe aussi que la distinction qu'on a voulu faire entre la mortification et la gangrène ne peut être admise, les limites qui séparent ces deux etats étant insaisissables.

Diagnostic. Le diagnostic ressort de tout ce qui a été dit, notamment de l'appréciation des caractères de la gangrène au commencement de la leçon. Mais M. Hourmann rappelle ici ce qu'il n'a pu placer ailleurs, c'est l'importance en médecine légale de ne pas confondre la putréfaction avec la gangrène. L'odeur spécifique qui se conserve jusque sur le cadavre, le cercle isolant les parties gangrénées seront d'un grand secours dans ce cas.

Pronostic. Le pronostic à porter sur la gangrène étant subordonné en grande partie à l'importance des organes atteints, M. Hourmann examine successivement sous ce rapport les divers tissus et parenchymes. C'est dans cette partie de sa leçon qu'il a trouvé l'occasion d'étudier la fréquence relative de la gangrène, et qu'il s'est appliqué à faire saillir les erreurs des anciens sur les lésions qu'ils qualifiaient de *gangrènes* dans les muqueuses, le cerveau, les poumons, etc.

L'heure est venue interrompre M. Hourmann, au moment ou il abordait le traitement.

SUJETS DE THÈSES.

Dans la séance du 8 janvier, le sort a réparti de la manière suivante les sujets de thèses :

M. C. Broussais : De la Statistique appliquée à la pathologie et à la thérapeutique.

M. Dalmas : Des Métastases.
M. Hourmann : De la périodicité dans les maladie.
M. Combett : De l'Hydropisie.
M. Requin : Des Prodrômes dans les maladies.
M. Legroux : De la Spécificité dans les maladies.
M. Gendrin : De l'Influence des âges dans les maladies.
M. Piorry : De l'Hérédité dans les maladies.
M. Gibert : Des Altérations du sang.
M. Dubois (d'Amiens) : De la Fluxion et de la Congestion.
M. N. Guillot : De l'Influence de l'Anatomie pathologique sur la thérapeutique.
M. Cazenave : De la Révolution et de la Dérivation.

Ces thèses devront être remises imprimées le 21 janvier à quatre heures en séance publique.

VARIÉTÉS.

— Nous recevons une nouvelle lettre de M. le pharmacien en chef du Val-de-Grâce, ayant pour objet de démontrer la justice de l'assimilation des pharmaciens militaires avec les autres officiers du service sanitaire de l'armée. M. Brault rappelle que le personnel des ambulances de l'empire comprenait des pharmaciens, et que, dans toutes les circonstances, ceux-ci ont secondé avec intelligence et courage leurs confrères de la médecine ou de la chirurgie. Les pharmaciens, dit M. Brault, faisaient des pansemens, relevaient les blessès; ils ont compté dans leurs rangs d'honorables victimes des hasards de la guerre; partout où se sont portées les armes victorieuses de la France, la pharmacie militaire les a suivies, dans le sillon du péril et du dévoûment; elle a payé sa dette aux épidémies meurtrières, et naguère le choléra d'Alger a grossi son martyrologe dans les mêmes proportions que celui de la medecine. Les ambulances établies en Afrique, et qui suivent nos troupes dans leurs expéditions, possèdent, comme celles de l'empire, des pharmaciens en nombre variable; le caractère militaire des pharmaciens de l'armée a donc les mêmes fondemens que celui des médecins et chirurgiens; à savoir : la communauté du danger et de toutes les souffrances inséparables de la guerre ou de la vie nomade du soldat.

Justifiant ensuite le rôle scientifique de la pharmacie militaire, M. Brault entre dans quelques détails sur les prescriptions qui ont lieu dans les hôpitaux de l'armée; le nouveau *Codex* qui vient d'y être introduit a élargi la sphère d'action médicamenteuse et multiplié les préparations extemporanées; sans doute la comptabilité pèse d'un poids trop lourd sur les pharmaciens; mais elle ne s'est point substituée à la science; elle n'a fait qu'ajouter aux obligations des pharmaciens et aggraver leur besogne règlementaire.

Enfin, M. Brault invoque un article de l'ordonnance organique du corps médico-militaire, article qui admet, dans certaines conditions, les pharmaciens aides-majors au concours pour le grade de médecin-adjoint. Ainsi se mêlent, par plus d'un rapport de service et d'intérêt, la profession médicale et la profession pharmaceutique dans les hôpitaux militaires.

Les observations de M. Brault nous ont paru justes; elles doivent trouver place ici après celles que nous avons publiées dans notre dernier numéro.

— TRAITÉ DES ALTÉRATIONS DU SANG; par P.-A. PIORRY, docteur en médecine, professseur, agrége à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, et D. LHÉRITIER, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8. Paris 1840. Prix : 7 fr.

A Paris, chez Bury, libraire, rue de l'Observance, 1, et J.-B. Baillère, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 18 JANVIER 1840.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Extrait d'un mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses.— Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques de l'acide cyanhydrique, acide prussique. (Fin.) — II. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Observation d'une maladie cérébrale très compliquée.—Quelques observations d'autoplastie. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séance du 13 janvier. — Académie de médecine: séance du 14 janvier. — Société de médecine de Bordeaux: séance publique annuelle du 30 novembre 1839. — IV. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière, considérée dans ses rapports avec l'organisme. — Des pertes séminales. — Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique. — V. VARIÉTÉS. — VI. FEUILLETON: Lettres sur l'hydrothérapie, ou le traitement par l'eau froide.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES; lu à l'Académie des sciences, le 13 janvier 1840, par M. le docteur JULES GUÉRIN.

Ce mémoire est destiné à établir que la pression atmosphérique jone un rôle actif dans le mécanisme des exhalations séreuses du corps humain. L'existence de ce fait repose à la fois sur les dispositions et les rapports anatomiques des parties, sur l'expérience directe, et sur l'observation physiologique et pathologique.

PREMIÈRE PARTIE. — DISPOSITIONS ET RAPPORTS ANATOMIQUES.

Les parties qui sont le siége des exhalations séreuses, les cavités articulaires, les cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine, des méninges cérébro-spinales, offrent des dispositions communes, en vertu desquelles ces cavités, fermées de toutes parts, présentent périodiquement des espaces nouveaux ou des ampliations des espaces existans. Ces dispositions, quoique identiques dans leur résultat final, sont le produit de conditions spéciales qui varient dans les articulations du squelette et dans les séreuses viscérales.

Dans les cavités articulaires, cette production d'espaces nouveaux ou cette ampliation des espaces existans est étroitement liée aux mouvemens des articulations; elle résulte de deux ordres de conditions: 1° des changemens de rapport des surfaces articulaires qui cessent de se correspondre suivant les mêmes plans, et perdent ainsi leurs conditions respectives de contact et de parfaite coaptation; 2° de la tension des muscles et des ligamens entourant l'articulation, lesquels, en vertu d'un plus grand écartement de leurs points d'insertion, se soulèvent, se tendent entre ces points, et forment les parois résistantes des cavités improvisées ou agrandies. Ces conditions sont communes à toutes les articulations du squelette. On en trouve des applications diverses dans les articulations du genou, de la hanche, de la jambe avec le pied, du coude, et dans celles des phalanges entre elles.

Les conditions qui produisent l'ampliation périodique des cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine, de l'arachnoïde cérébro-spinale, sont analogues et également de deux ordres: ou bien le feuillet pariétal de ces séreuses est soulevé et entraîné par les parties auxquelles il adhère, pendant que le feuillet viscéral reste en place avec le viscère sur lequel il se réfléchit, ou bien le feuillet pariétal restant fixe et résistant avec les parties qu'il tapisse, le viscère éprouve des déplacemens ou des changemens de volume qui entraînent d'autant le feuillet viscéral. Quelquefois,

Feuilleton.

LETTRES SUR L'HYDROTHÉRAPIE, OU LE TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE;

Par MM. les Drs ENGEL, de Vienne, et BEHREND, de Berlin.

Depuis longtemps bon nombre de nos lecteurs désiraient avoir des renseignemens précis sur une nouvelle méthode thérapeutique, qui fait grand bruit en Allemagne. Nous en avons parlé d'abord comme d'une de ces choses qui méritent plus l'observation du moraliste, que l'attention du médecin. L'hydrothérapie ou l'hydropathie, ou enfin l'hydriatrie, s'annonçait avec le fracas et le cortège de vogue et d'enthousiasme qui accompagnent rarement ce qui est raisonnable et vrai. Au dire de beaucoup de gens honnêtes et sensés, il en serait autrement cette fois. Nous avons reçu de tant de côtés differens l'histoire des merveilles opérées par le paysan de Graëfenberg, que nous nous permettons de faire part à nos lecteurs de quelques-unes de ces communications. Ils nous savent assez prudens pour ne pas avoir accepté du premier touriste venu les détails qu'ils vont lire. Ces details nous sont fournis par deux médecins distingués, dont l'un, aussi savant que modeste, nous est personnellement connu, et l'autre, un des plus habiles écrivains médicaux de l'Allemagne, jouit dans sa patrie d'une estime méritée.

Voici donc des extraits de deux lettres qui nous ont été communiquées par MM. les docteurs Engel, de Vienne, et Behrend, de Berlin, sur l'hydrothérapie.

Monsieur le rédacteur,

En visitant votre capitale, véritable centre de la civilisation, il est impossible qu'un étranger, animé du désir de s'instruire, ne fasse pas des efforts pour profiter de la perfection qu'y ont atteinte les sciences et les arts. Quelle que soit la partie à laquelle il consacre ses études, il est certain de pouvoir ajouter largement à ses lumières et à ses connaissances. Dans son admiration, il sera cependant saisi d'un juste étonnement en voyant totalement inconnue dans ce pays du progrès une branche de la médecine qui obtient en Allemagne le plus éclatant succès. Excité par un orgueil national légitime, et par le devoir qu'il a à remplir comme médecin, il sent le besoin de faire connaître une nouvelle méthode médicale, vraiment utile à l'humanite, et dont de nombreuses expériences ne permettent plus de contester l'efficacité. Ces motifs, Monsieur, sont ceux qui m'ont porté à vous présenter ces quelques pages, et à vous prier, si vous le jugez convenable, de vouloir bien les insérer dans votre journal, si justement estimé. Sans doute les limites étroites dans lesquelles je suis obligé de me renfermer ne me permettront pas de traiter à fond un sujet si important, et de faire connaître tout à fait l'*hydrothérapie*, ou le *traitement par l'eau froide*. Je ne veux, pour le moment, qu'en esquisser les traits principaux, dire quelques mots de son origine, de ses progrès, et le signaler à l'attention des médecins français. Si, comme j'ose l'espérer, ces quelques lignes sont favorablement accueillies, je me propose ensuite d'en parler plus longuement, et de publier un petit ouvrage,

ces deux ordres de conditions sont mis simultanément en jeu; c'est-à-dire que le feuillet pariétal et le feuillet viscéral s'écartent en même temps l'un de l'autre. Les cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale, offrent, sous l'influence des mouvemens d'expansion du thorax, de contraction du cœur, de déplacement des viscères abdominaux et d'élévation et d'abaissement du cerveau, des exemples de cette disposition.

La signification spéciale de ces faits me paraît ressortir directement des expériences suivantes :

SECONDE PARTIE. — EXPÉRIENCES.

A. EXPÉRIENCES SUR LES CAVITÉS ARTICULAIRES. — J'ai introduit dans l'intérieur des cavités articulaires de la hanche et du genou l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué, de deux lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré. Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube. A chaque mouvement de flexion pour l'articulation du genou, et de flexion et d'abduction pour l'articulation de la cuisse avec la hanche, le liquide montait du côté correspondant à l'articulation, et sous l'influence de mouvemens un peu brusques, il se précipitait dans l'intérieur de la cavité articulaire.

B. EXPÉRIENCES SUR LES CAVITÉS DES SÉREUSES VISCÉRALES. — J'ai fait pénétrer successivement dans les cavités des plèvres, du péricarde, de l'arachnoïde spinale et cérébrale, l'extrémité du même tube. J'ai vu très distinctement le liquide monter et descendre périodiquement comme dans les expériences précédentes. Les mouvemens du liquide se sont montrés constamment isochrones aux mouvemens du thorax, du cœur et du cerveau.

Ces diverses expériences ont été répétées un grand nombre de fois sur des cadavres humains pour les cavités articulaires, et sur des animaux vivans pour les cavités des séreuses; toujours le résultat a été le même. J'ai cru pouvoir en conclure, comme j'aurais pu le faire déjà des dispositions anatomiques des parties, que, pendant les mouvemens du cœur, des poumons, des viscères abdominaux, du cerveau et de la moelle, comme pendant les mouvements alternatifs de flexion et d'extension des articulations du squelette, il s'établit des espaces nouveaux dans les cavités correspondantes ou des accroissemens des espaces existans, en vertu desquels la pression exercée à l'intérieur de ces cavités est sensiblement moindre que celle exercée à l'extérieur par la pression atmosphérique, d'où il suit que cette dernière pèse de toute la différence de ces deux actions, et tend à refouler à l'intérieur des cavités des séreuses les fluides qui doivent rétablir par leur exhalation l'équilibre des deux pressions.

TROISIÈME PARTIE. — CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

Beaucoup d'observations physiologiques et pathologiques tendent à compléter la démonstration du même fait, en même temps qu'elles en tirent une signification nouvelle.

On connaît l'influence des lieux élevés sur la difficulté des mouvemens des articulations; cette difficulté ne s'explique-t-elle pas très bien maintenant par une diminution de la sécrétion de la synovie, sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique. On sait encore que les membres maintenus longtemps dans l'immobilité éprouvent une grande difficulté à se mouvoir; les articulations éprouvent des frottemens plus sensibles, leurs mouvemens produisent des bruits de crépitation douloureuse. Enfin l'on sait que la parfaite immobilité des articulations arthrodiales suffit quelquefois pour produire l'ankylose; ces faits ne trouvent-ils pas leur raison dans les expériences qui précèdent?

M. Jobert a montré par ses belles expériences que les adhérences entre les feuillets adossés du péritoine sont faciles à obtenir; le contraire a toujours lieu de la part des muqueuses. On connaît encore la merveilleuse facilité avec laquelle les feuillets des diverses séreuses contractent des adhérences à la suite des maladies dont elles sont le siége. Les plaies pénétrantes des articulations, du péritoine, des plèvres, du péricarde qui restent en communication avec l'air sont accompagnées d'accidens tout spéciaux. Enfin, le rhumatisme articulaire, les hydarthroses qui en sont la suite, se répètent successivement ou simultanément dans les diverses articulations. La raison de tous ces faits et de beaucoup d'autres analogues que je m'abstiens de citer, ne se trouve-t-elle pas dans l'influence que la pression atmosphérique exerce sur le mécanisme des sécrétions séreuses?

Je me suis borné dans ce premier mémoire à établir que la pression atmosphérique intervient activement dans le mécanisme des exhalations séreuses, et à indiquer les conséquences les plus générales de ce fait. Il me reste à déterminer la véritable portée de cet élément fonctionnel nouveau : j'ai fait des expériences dans ce but, je les exposerai dans un prochain mémoire.

Des faits anatomiques, des expériences physiologiques et des observations pathologiques exposés dans ce travail, je me crois fondé à tirer les conclusions suivantes :

1° Les articulations du squelette présentent, pendant la plupart des mouvemens dont elles sont le siége, une ampliation extemporanée des cavités qu'elles forment, ou donnent lieu à la formation d'espaces nouveaux qui n'existent pas au repos des articulations. Ces accroissemens des espaces existans ou ces développemens d'espaces nouveaux, sont le résultat de deux ordres de conditions, à savoir : les changemens de rapports des plans des surfaces articulaires, et la tension des parois ligamenteuses et musculaires des articulations, par suite de l'écartement de leurs points d'insertion;

2° Toutes les cavités des séreuses du corps humain, les cavités des plèvres, du péricarde, du péritoine, des méninges rachidiennes et cérébrales présentent, comme les cavités articulaires, des ampliations périodiques des espaces qu'elles circonscrivent. Ces ampliations résultent du soulèvement du feuillet pariétal de la séreuse, entraîné par le développement des parties qu'elle tapisse, et de l'abaissement du feuillet viscéral, par suite de la contraction ou du déplacement des viscères qu'elle enveloppe;

3° Les ampliations des cavités articulaires et des diverses séreuses du corps humain, réalisent extemporanément des espaces fermés de toute part, sous l'influence desquels l'équilibre des pressions intérieure et extérieure se trouve détruit au profit de la pression extérieure, d'où un refoulement des fluides vers l'intérieur des cavités, et un effort de succion périodiquement exercé sur les surfaces et les orifices des vaisseaux ouverts à l'intérieur de ces mêmes cavités;

4° L'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif

---

dont le but sera de développer la théorie et la pratique d'un traitement dont je prouverai l'étonnante efficacité par l'énumération des faits caractéristiques choisis au milieu d'un grand nombre, que j'ai eu occasion d'observer moi-même.

De tous les temps l'emploi de l'eau était connu et appliqué dans de nombreuses circonstances. Je crois cependant que notre siècle est destiné à voir l'application s'en répandre encore, et à nous montrer de quelle manière eurent lieu les commencemens de la science médicale, aujourd'hui si compliquée. En effet, ce n'est point par de profondes recherches; ce n'est point par des savans mettant à profit l'héritage de leurs devanciers, qu'a été trouvée une méthode curative aussi simple que puissante; c'est à un simple habitant de la campagne, guidé par l'observation de la nature, que l'humanité en est redevable. Priesnitz, dont le nom est aujourd'hui célèbre en Allemagne, habite Graëfenberg, hameau jusqu'à ces derniers temps aussi inconnu qu'isolé, sur une montagne de la chaîne des Sudètes, aux frontières de la monarchie autrichienne. Eloigné, dans sa demeure reculée, de tous les secours de la médecine, il essaya de traiter seul les maux dont lui-même et ses parens furent affligés. Encouragé par le succes, il tenta de guerir des personnes attaquées d'une maladie rebelle à tous les efforts de l'art, la *goutte*, endémique dans ces contrées. Il réussit encore. Alors les observations augmentèrent; son jugement, son coup-d'œil acquirent plus d'assurance. Le bruit de ses cures se répandit; sa renommée, augmentant de proche en proche, lui amena bientot des malades, non seulement de tous les côtés de l'Autriche, mais aussi des pays les plus éloignés. Presque tous retournèrent guéris, ou soulagés d'une manière inespérée. Mais un triomphe plus grand attendait ce médecin formé par la nature. Après avoir été en but à la calomnie, à l'envie, au mépris de l'orgueil scientifique, il voit ses effets appréciés aujourd'hui. On lui rend justice; on le suit dans sa marche, en analysant des succès incontestés désormais, et en hasant une théorie sur l'observation de sa pratique. Enfin, plusieurs établissemens considérables ont été créés sur le modèle de celui qu'il a fondé, et l'hydrothérapie est en honneur dans toute l'Allemagne.

Comme je l'ai déjà dit, c'est sur une montagne élevée que Priesnitz a fait ses premiers essais, et c'est là que sont venus le chercher des centaines de malades. C'est au milieu d'une sombre forêt qu'il les a reçus, et qu'il a entrepris de les guérir sans autre auxiliaire qu'un air pur, l'eau jaillissante des rochers, et un talent merveilleux, qui sait modifier et adapter à chaque individu, d'une manière variée jusqu'à l'infini, un traitement en apparence si simple, si uniforme.

Mais en vain on lui demanderait la théorie, les principes de son traitement. Quelles que soient l'activité et l'énergie de ses idées, il ne saurait les exprimer; ce n'est qu'en l'observant de près qu'on les peut abstraire de ses actions, qu'on peut le voir suivre les lois de la physique et de la physiologie, sciences dont les noms mêmes lui sont inconnus.

Dans son site sauvage, on voit éparses quelques chaumières de paysans, dont la maison de Priesnitz ne se distingue en rien. Parmi elles s'élèvent deux bâtimens plus grands, construits en grande partie en bois, et destinés à loger ceux qui ont recours à lui. Ils y sont fort à l'étroit et manquent de beaucoup de conforts; mais loin d'en être rebutés, tous sont soutenus par l'espoir de recouvrer la santé. Beaucoup y passent même l'hiver, extrêmement rigoureux dans ces montagnes, où, au mois d'août, je n'ai trouvé, avant le lever du soleil, que six degrés de chaleur. Mais Priesnitz pense que plus la température de l'eau est

dans le mécanisme des sécrétions séreuses, établie par les dispositions anatomiques des parties, par l'expérience directe, l'est encore par les faits pathologiques. L'adhésion facile des séreuses juxta-posées; la diminution, la suspension de l'exhalation de la synovie, et finalement l'ankylose liée à l'immobilité plus ou moins complète des articulations, leur rigidité sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique, pendant le séjour sur les montagnes élevées; et les accidens spéciaux des plaies pénétrantes de toutes les cavités séreuses, tirent leur signification réelle de l'action de la pression atmosphérique sur les sécrétions séreuses, et sont autant de témoignages à l'appui de cette doctrine.

Dans un prochain mémoire je chercherai à fixer le degré d'action de la pression atmosphérique dans la production des sécrétions séreuses, et à déterminer l'influence relative de ce nouvel élément, par rapport à ceux qui peuvent concourir à l'exécution de cet ordre de fonctions.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE CYANHYDRIQUE (ACIDE PRUSSIQUE); par ALFRED BECQUEREL, interne à l'hôpital de la Charité.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 4 et 11 janvier.)

MALADIES DU COEUR. — Si on se rappelle les effets physiologiques que nous avons décrits, et l'excitation du système circulatoire, qui suit fréquemment l'introduction de l'acide cyanhydrique dans l'économie animale (battemens de cœur; chaleur de la peau, etc.), on ne sera pas surpris de voir que son influence thérapeutique a été à peu près nulle dans ces affections, où il est surtout besoin de médicamens qui agissent comme des sédatifs du système sanguin; voici, du reste, les cas dans lesquels le médicament dont nous nous occupons a été administré.

OBS. X. — Une jeune femme de 21 ans, couturière, est affectée depuis quatre ans d'une maladie du cœur, avec bruit de souffle au premier temps, forte augmentation de l'impulsion; palpitations, etc. Cette affection se montre par accès; alors elle se met au lit et se trouve quelquefois soulagée au bout de huit à dix jours, soit par l'influence du seul repos, soit par une saignée, médication qui, chez elle, a été souvent employée. Soumise à l'emploi de l'acide cyanhydrique, on le donna jusqu'à la dose de 14 gouttes; on put observer des étourdissemens, des bouffées de chaleur, mais sans effets généraux. Au bout de douze jours de séjour à l'hôpital, elle sortit très soulagée.

Ne faut-il pas se demander encore ici si l'amélioration doit être attribuée au médicament, ou au séjour au lit? Je penche pour ce dernier avis.

OBS. XI. — Une femme de 32 ans, d'une forte constitution, était atteinte depuis longtemps de palpitations probablement nerveuses, car aucun bruit morbide ne s'était montré au cœur. On lui donna l'acide prussique à la dose de 10 gouttes; elle ne put le supporter et sortit au bout de cinq jours. Les douleurs d'estomac et le dégoût que lui inspirait ce médicament en furent la cause.

OBS. XII. — Un homme âgé de 51 ans, entra à l'hôpital de la Charité, à la dernière période d'une maladie du cœur compliquée d'emphysème pulmonaire. L'anxiété et la dyspnée étaient portées au dernier point; on lui donna de suite 10 gouttes. Il avala la potion d'un coup le deuxième jour de son entrée, pensant qu'il n'en serait que mieux et plus tôt soulagé. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les seuls accidens furent de violens étourdissemens. Le troisième jour, il succomba aux progrès de sa maladie.

OBS. XIII. — Un ouvrier imprimeur, âgé de 29 ans, était affecté d'hypertrophie du cœur, avec rétrécissement de l'orifice aortique et un peu d'emphysème; les symptômes se montraient sous forme d'accès. A la dose de 12 gouttes, on observa des bouffées de chaleur, des étourdissemens, de la somnolence; chaque cuillerée augmentait ses palpitations. On fut obligé d'y renoncer, et il sortit dans le même état.

OBS. XIV. — Un homme de 42 ans était affecté d'une maladie du cœur, compliquée d'un état anémique profond. Cet état, annoncé par la teinte de cire de la peau, le bruit de souffle aux carotides, la faiblesse du malade, etc., etc., paraît s'être développé à la suite d'une hémoptysie et de cinq ou six saignées qui lui furent pratiquées pour combattre la maladie du cœur et l'hémorragie pulmonaire; le diagnostic était fort difficile, car on ne pouvait décider d'une manière absolue si les symptômes du côté du cœur n'étaient pas dus à la même cause que le bruit de souffle des carotides; la matité étendue et la légère voussure de la région précordiale furent les seuls signes qui firent admettre l'affection de cet organe. Quoi qu'il en soit, cet homme fut d'abord soumis à l'emploi de l'acide cyanhydrique. Il se manifesta d'abord des effets locaux : chaleur épigastrique, étourdissemens. A 18 gouttes, il y eut de la faiblesse, de la courbature, de la somnolence; les vertiges devinrent très forts; on cessa; le malade resta à l'hôpital; trois mois après il en sortit, à peu près dans le même état, quoiqu'il eût été longtemps soumis à la digitale et aux préparations ferrugineuses.

OBS. XV. — Un homme de 63 ans était atteint d'un anévrisme de l'aorte, qui ne fut pas diagnostiqué pendant la vie; on n'avait reconnu qu'une légère hypertrophie du cœur dont il était également affecté; soumis à l'emploi cyanhydrique, il n'en éprouva aucun soulagement. Un mois après il succomba.

CONCLUSION. — L'acide cyanhydrique chez les individus affectés de maladies du cœur a été plutôt nuisible qu'utile, en exagérant quelques-uns des symptômes que présentent les malades.

AFFECTIONS NERVEUSES. — Les faits que nous allons exposer diffèrent trop entre eux pour que nous puissions établir quelques généralités à cet égard; dans les maladies de ce genre, nous avions espéré réussir par une espèce de médication homœopathique. Nous pensions, en déterminant des accidens nouveaux, changer peut-être la manière d'être des individus affectés, et faire ainsi disparaître les symptômes caractéristiques de la maladie; les faits suivans montreront si l'on a réussi dans une pareille tentative.

HYSTÉRIE.

OBS. XVI. — Une femme, âgée de 39 ans, cuisinière, était en proie à des accidens hystériques développés assez rapidement, sans causes connues; cette femme était sujette, du reste, à des congestions cérébrales assez fréquentes et à des céphalalgies qu'elle nommait migraines; elle fut soumise à l'emploi de l'acide cyanhydrique qui fut porté de 6 gouttes à 16. On observa d'abord quelques phénomènes locaux, et ensuite des effets généraux; après l'ingestion de chaque cuillerée il y avait chaleur épigastrique, avec sentiment de brûlure; puis chaleur générale; céphalalgie, étourdissemens durant une demi-heure et se terminant par un peu de sueur. L'action continue s'est manifestée par de la faiblesse générale, des douleurs contuses dans les bras et les jambes, un léger sentiment d'engourdissement et de la somnolence. La malade ne reçut aucune amélioration. Les accès hystériques se montrèrent aussi fréquens, et elle sortit dans le même état.

---

basse, plus elle est efficace; et, d'ailleurs, la cure, une fois commencée, ne peut être interrompue sans préjudice pour le malade.

J'entrerai à présent dans quelques détails sur la manière dont le temps est employé par un malade à Graefenberg, et ce sera en même temps donner une idée générale du traitement. Je dis une idée, parce que Priesnitz sait le varier jusqu'à l'infini, suivant les sujets auxquels il est appliqué. Il faut en avoir été témoin pour juger de ses nuances et de ses variations. Ce qui le distingue de tout autre, c'est l'absence de tout agent pharmaceutique; ce sont les transpirations particulières et les crises caractéristiques, qui viennent résoudre tous les maux soumis à l'action de l'eau froide.

Le malade est réveillé à 4-5 heures le matin; on l'enveloppe presque hermétiquement dans une couverture de laine épaisse et grossière; on ne laisse libre que la tête, et tout autre contact avec l'air extérieur est soigneusement empêché. Bientôt la chaleur s'accumule autour du malade, en quantité différente, suivant ses dispositions ou les circonstances atmosphériques. On le laisse transpirer abondamment pour mouiller ses couvertures, pendant que sa tête est couverte des fomentations froides, et qu'il boit autant d'eau froide qu'il désire (1). Dès que le médecin, qui l'observe, juge la perte des humeurs assez grande, il le fait plonger dans un bain froid, préparé d'avance près du lit. La première impression est désagréable sans doute, mais une fois vaincue, une sensation de bien-être ne tarde pas à succéder, et la surface de l'eau se couvre de matières visqueuses et gluantes, produit de la transpiration. Les pores dilatés par la chaleur absorbent fortement le liquide, et, d'après toutes les observations, c'est le moment où s'opère l'échange salutaire qui purifie l'organisme. Cette variation subite de température n'a jamais produit aucun accident fâcheux. Toute irritation préalable à l'aide d'un stimulant quelconque a été soigneusement évitée; les poumons ne sont pas échauffés, en inspirant un air chaud et brûlant, comme, par exemple, dans les bains russes; la peau seule est légèrement stimulée.

Sorti du bain, le malade, essuyé et habillé, fait, s'il le peut, une promenade, pendant laquelle il boit de l'eau avec abondance. Il doit cependant éviter l'excès, qui s'annonce par une pesanteur désagréable à l'estomac. L'habitude a produit des prodiges en ce genre. On voit des personnes, presque hydrophobes au commencement, avaler ensuite vingt ou trente verres d'eau par jour. Vient ensuite le déjeuner. On n'y sert que des alimens froids, du lait froid et des fruits : Priesnitz regarde la chaleur comme débilitante pour l'estomac, et il a fait des expériences sur les animaux pour le prouver. Après le repas, chacun fait une promenade assez longue, ensuite se rend à la douche, en laissant écouler un intervalle suffisant pour éviter les accidens. Les malades, dont la peau est habituellement froide, sèche et âpre, la rendent plus apte à la transpiration par des lotions froides. Ceux qui souffrent de maux locaux les soulagent par des fomentations plus ou moins fréquentes. Ceux qui sont atteints de maux chroniques plus opiniâtres se soumettent à l'influence de l'eau froide, employée en pluie, en poussière, ou, comme nous en avons fait mention, en douche. Il est très intéressant d'observer l'efficacité de cette dernière manière

(1) On ouvre les portes et les fenêtres pour favoriser la transpiration par le courant d'air qu'on établit de cette manière.

Obs. XVII. — Une jeune fille de 18 ans, polisseuse en metal, était affectée d'hystérie ; aux accès convulsifs qui caractérisent cette maladie, elle joignait des symptômes nerveux particuliers, tels que douleurs abdominales vives, et crampes dans les membres inferieurs; il n'y avait pas de troubles fonctionnels du côté des organes contenus dans l'abdomen; elle presentait aussi des palpitations nerveuses; on lui administra de l'acide cyanhydrique, qui fut donné jusqu'à la dose de 14 gouttes; quelques effets locaux seuls se développèrent; une fois, l'ingestion d'une cuillerée de ce medicament determina le retour d'un accès d'hystérie; enfin, elle sortit sans avoir éprouvé aucune amélioration.

Obs. XVIII. — Une jeune femme, âgée de 24 ans, était sujette à des attaques hystériques, compliquées de gastralgie; l'acide cyanhydrique fut administré et porté à la dose de 16 gouttes; on observa d'abord une sensation de chaleur épigastrique après chaque cuillerée; ensuite les douleurs d'estomac augmentèrent: elle se plaignit d'étourdissemens, de palpitations nerveuses peu intenses; plusieurs fois elle perdit connaissance; sous l'influence de cette médication et de ces accidens, les accès d'hystérie cessèrent de se montrer pendant huit jours, mais ils reparurent ensuite, et la malade sortit dans le même état.

Obs. XIX. — Une fille, de 25 ans, était sujette à des attaques hystériques, compliquées de dyspnée nerveuse, de toux, de douleurs thoraciques; ces symptômes divers s'étaient développés à la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle avait eue trois mois avant à l'hôpital de la Charité; elle fut soumise à l'emploi de l'acide cyanhydrique qui fut porté à la dose de 22 gouttes; les effets restèrent constamment locaux et peu intenses; il y eut d'abord de la chaleur épigastrique, puis des bouffées de chaleur, quelques étourdissemens qui devinrent plus intenses ensuite.

Au bout d'un mois elle sortit pour aller à la campagne, son etat était absolument le même qu'à son entree.

AFFECTIONS NERVEUSES INDÉTERMINÉES.

Obs. XX. — Une jeune fille, de 21 ans, très délicate et d'un tempérament nerveux très prononce, presentait une maladie fort compliquée. Affectee de chlorose depuis quelque temps, elle fut prise dans le magasin dans lequel elle travaillait d'un rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle entra à la Charité; malgré les signes caractéristiques de la chlorose, on lui fit deux saignées indiquées par la fièvre intense qu'elle presentait; l'affection rhumatismale céda peu à peu et la chlorose fut bientôt la seule maladie, mais compliquée de douleurs nerveuses occupant successivement la tête, l'épigastre, l'abdomen, les membres, et changeant souvent de siége On parvint à la guérir de sa chlorose, le souffle carotidien disparut, la peau reprit des couleurs, mais les douleurs nerveuses persisterent. On lui prescrivit alors l'acide cyanhydrique, mais on eut le tort de la prevenir qu'on allait employer un médicament nouveau; aussi à la dose de 6 gouttes, on observa des nausées, des coliques après chaque cuilleree, une sensation de chaleur épigastrique, puis des douleurs d'estomac et des étourdissemens. Ces accidens l'incommodèrent tellement qu'on fut obligé de suspendre son administration sans qu'il y eût de soulagement.

TREMBLEMENT NERVEUX.

Obs. XXI. — Un homme, de 48 ans, laboureur, n'ayant jamais manié de métaux, était exposé depuis quelques années à un tremblement musculaire général qui finit enfin par lui interdire tout travail. Il entra alors à l'hôpital de la Charité, et fut traité par l'acide cyanhydrique; on alla jusqu'à la dose de 22 gouttes: les seuls phénomènes qu'on observa furent des étourdissemens, de la céphalalgie, un peu de chaleur générale; aucune amélioration ne s'étant manifestée on cessa son emploi.

On voit donc que dans tous ces cas d'affections nerveuses il n'y eut presque aucun changement; le cas suivant est plus curieux.

NÉVROSE HYSTÉRIFORME.

Obs. XXII. — Coken, âgé de 24 ans, domestique, entre le 31 mai. Cet homme a quitté le service il y a un an, réformé pour la maladie pour laquelle il entre maintenant. Le début remonte à deux ans. Voici ce qui lui arriva :

Il servait en Afrique; dans une petite expédition, il se trouva saisi par deux Bédouins qui voulurent lui couper la tête; il parvint à s'échapper de leurs mains après avoir assommé l'un d'eux, et il regagna, par une course rapide (une demi-heure pour une lieue), le camp français; arrivé, il fut atteint presque immédiatement d'une attaque que l'on nomma épilepsie. Elles se répétèrent trois fois en vingt-quatre heures, puis il resta huit jours sans rien éprouver. Mais bientôt atteint d'une fièvre intermittente et transporté à l'hôpital de Bone, il vit ses attaques revenir et se montrer avec une grande fréquence.

Au bout de six mois, il fut réformé et revint en France; voici ce qu'il lui arriva:

Il reste deux mois dans un état parfaitement normal.

Le troisième, il est pris d'attaques qui se montrent quelquefois tous les jours, ou tous les deux jours. Assez souvent il en présente une ou deux dans les vingt-quatre heures. Dans les intervalles il se plaint d'une céphalalgie s'étendant au sinciput et d'un peu de faiblesse.

Ses attaques, nous dit-il, se montrent tantôt sans prodromes, tantôt il sent un *aura* qui paraît partir de l'extrémité des pieds, monter le long de la partie antérieure de la jambe, de la cuisse et de l'abdomen jusqu'à la gorge. Alors il se sent suffoqué et comme étranglé, et l'attaque commence. C'est une sensation de tiraillemens douloureux, de crampes qui, selon lui, caractérisait cet aura; parfois il s'accompagne de violentes palpitations. D'autres fois, l'attaque arrive sans prodromes. Il ne connaît pas la durée de l'attaque, mais il se rappelle parfaitement ensuite avoir vu les Bedouins voulant le tuer. Après l'attaque, il reste une demi-heure à peu près immobile, privé de sentiment, puis il revient peu à peu à lui-même, mais plongé d'abord dans un état de faiblesse.

Depuis son arrivée à Paris, il a subi deux médications; on essaya d'abord de prévenir les attaques avec le sulfate de quinine à la dose de 50 g. jusqu'à 80 grains. Ensuite, on employa la belladone; il n'en résulta aucune amélioration. La première attaque de ce trimestre s'est montree le 31 mai. Il entre le 2 juin, et je suis témoin le même soir d'une nouvelle (la quatrième). Elle est ainsi caractérisée; d'abord mouvemens convulsifs violens, avec secousses des bras et des jambes; agitation extrême; parfois il lève la tête et la frappe violemment contre son oreiller comme un marteau. Dans d'autres instans, il se courbe en arc; puis ensuite son corps se détend comme si on le débandait. Parfois ses mouvemens ressemblent à ceux d'un homme qui voudrait se battre ou se défendre contre des ennemis; cela, du reste, est en rapport avec les paroles entrecoupées qu'il fait entendre de temps en temps; parfois ses yeux sont tournés en haut; parfois il fixe opiniâtrement des objets qu'on ne voit pas et qui paraissent être le résultat de ses hallucinations. Aucune écume à la bouche; il veut mordre sa chemise, son épaule, et même ceux qui l'entourent. Au milieu de cet état, la sensibilité est obtuse; nulle émission involontaire des fèces et des urines. Les mots qu'il prononce sont ceux de *bédouins. Ah! je vais t'attraper, sâ... mât...!* etc., etc. Les pouces sont fortement contractés et fixés. Cette attaque dura un quart d'heure: on fut obligé de le tenir, et il resta ensuite pendant une demi-heure à peu près immobile et comme privé de raison. Ensuite il revient à l'état normal; seulement il est un peu faible.

Le lendemain, on commence à administrer 8 gouttes d'acide cyanhydrique, que l'on augmente successivement jusqu'à ce qu'on fût arrivé à 20 gouttes.

Le 14 juin, à cette dose, chaque cuillerée déterminait les accidens suivans, qui se reproduisirent avec la même constance et les mêmes caractères, tant que l'acide fut continué à la même dose : chaleur épigastrique; bouffées de chaleur; étourdissemens; battemens de cœur durant cinq à six minutes, s'accompagnant de crampes, de rétraction des muscles de la jambe; puis une sueur d'un quart d'heure terminait cet ensemble de symptômes. L'action continue ne s'établit pas; jamais le malade ne se plaignit de courbature ni de somnolence. Sous l'influence de cette médication, les attaques s'éloignèrent peu à peu, et à la fin du mois de juin, elles ne se montraient plus que tous les quatre ou cinq jours. Une fois le

d'appliquer l'eau froide. Un goutteux, par exemple, qui soumet ses pieds, ses mains, ses articulations souffrantes, gouflées, à l'action d'une chute d'eau assez considérable, éprouve les phénomènes suivans : une vive rougeur les couvre, bientôt une démangeaison intolérable s'y fait sentir, mais aussi la résolution des tumeurs ne tarde pas à commencer, soit par la résorption ou le plus souvent par une suppuration topique.

Tous les malades en général doivent se donner le plus de mouvement possible, et boire une aussi grande quantité d'eau qu'ils peuvent supporter sans se fatiguer. Le dîner a lieu à une heure après midi. Je crois qu'il serait difficile de voir un appétit plus merveilleux que celui que deploient les pensionnaires de Priesnitz réunis tous à la même table. Des individus affligés de maux chroniques, dont en outre la digestion a été dérangée par une foule de remèdes, ne tardent pas à y trouver le rétablissement de leurs fonctions, le retour de leur force vitale. La nourriture est simple et abondante: je ne lui reprocherai que les mets quelquefois trop grossiers pour des estomacs delicats. Chacun en use à discrétion, et suivant ses besoins.

Si la faiblesse des malades ou les crises déjà commencées ne s'y opposent pas, on recommence quelques heures après le dîner le traitement du matin. La douche est cependant defendue comme trop irritante. Après un léger souper, chacun se couche, pour recommencer le lendemain. L'emploi de la journée est un garant du repos de la nuit.

Les sensations, que le traitement hydrothérapeutique fait naître chez les malades, diffèrent essentiellement de celles que leur donnent les autres méthodes.

Au commencement, le retour des forces et le réveil des facultés torpides se font agréablement sentir. Mais l'excitation ne se borne pas à l'organe affecté; elle devient générale et produit une salutaire révolution de toutes les activités vitales. De véritables symptômes fébriles se developpent; les douleurs déjà existantes deviennent plus intenses; des maux anciens, et en apparence guéris depuis longtemps reparaissent de nouveau, ce qui arrive principalement dans les maladies qui ont pour cause une discrasie quelconque (les maladies vénériennes, scrofuleuses, arthritiques, etc.) et ses effets ne sont que les avant-coureurs de crises plus caractéristiques.

Presque tous les malades, après un traitement de quelque temps, sentent une démangeaison, une douleur cuisante à la peau, qui se couvre quelquefois de petites taches ou papulles rougeâtres, de formes diverses. Les maladies qui sont causées par l'irrégularité des fonctions nerveuses se bornent ordinairement à cette sorte de phénomènes critiques. S'agit-il au contraire de la guérison des maladies dites matérielles, les phénomènes qui se manifestent suffisent à convaincre l'esprit le plus incrédule de l'efficacité de ce traitement. La sueur, plus abondante de jour en jour, renferme des matières morbides, dont la nature varie selon les diverses maladies. Les différentes nuances de la viscosité et de l'odeur le prouvent incontestablement. Des abcès nombreux, qui crèvent plus tôt ou plus tard, sous la seule influence de l'eau froide, purifient l'organisme des humeurs corrompues. Pendant que les malades sont ainsi couverts d'abcès, ou qu'une sécrétion abondante s'effectue par les différentes voies de la transpiration, de l'urine, des déjections alvines, ils se sentent revivre au physique comme au moral; l'appétit se fait sentir, la nutrition augmente, les souffrances diminuent, la santé ne tarde pas à revenir.

mois de juin terminé, le malade s'attendait à les voir cesser complètement; mais il n'en fut rien; la nature de la maladie était changée; il était sujet presque tous les jours à un accès ainsi caractérisé, dont la durée était de trois quarts d'heure à une heure. Immobilité dans son lit; diminution légère de la sensibilité cutanée; air de stupeur de la face; yeux hagards; nulles paroles; nulle réponse aux questions qu'on lui adresse; il me regarde d'un air hébété; du reste, il ne présente aucun mouvement convulsif. Cet état cesse peu à peu, et il revient à l'état normal. Au bout de huit jours, il sortit, et je n'en ai pas entendu parler depuis.

Est-ce à l'action de l'acide cyanhydrique qu'il faut attribuer ce changement dans la nature des symptômes; je le pense, mais il est impossible de l'affirmer positivement.

Avant de tirer quelques conclusions générales des faits nombreux que nous avons exposés, je crois utile de donner une analyse rapide de l'histoire de 17 malades soumis en 1835, par M. Andral, à l'administration de l'acide prussique; ces faits sont sans doute moins concluans que ceux que nous avons rapportés dans ce mémoire; mais j'ai cru utile de les exposer, parce qu'ils conduisent à des résultats absolument identiques; je dois cette analyse à l'obligeance de M. le docteur Vernois, alors interne de M. Andral à l'hôpital de la Pitié.

L'acide employé était celui de M. Magendie; on l'administrait dans une potion gommeuse; aussi, présentait-il tous les inconvéniens que nous avons signalés; se décomposant facilement, donnant naissance à des effets différens, bien qu'il fût administré à la même dose, il occasionna quelques accidens lorsqu'on changeait d'acide et qu'on le remplaçait par de l'acide récemment préparé.

PHTHISIE PULMONAIRE. — L'acide cyanhydrique médicinal de M. Magendie a été prescrit à 13 individus affectés de cette maladie; il y avait 7 hommes et 6 femmes.

Age des hommes....	21	22	32	35	37	40	47 ans.
Age des femmes.....	22	24	28	34	35	64	»

La maladie était parvenue aux degrés suivans :

Chez les hommes....	5 fois les tubercules étaient au 1er degré.
	2 fois au 3e.
Chez les femmes....	2 fois au 1er.
	2 fois au 2e.
	2 fois au 3e.

La dose la plus forte à laquelle on soit parvenu a été de 16 à 20 gouttes. La moyenne, chez les hommes comme chez les femmes a été de 13 gouttes.

Les effets les plus ordinaires, bien que très irréguliers, qui ont été notés, sont les suivans : bouffées de chaleur; étourdissemens; céphalalgie; symptômes de l'ivresse.

Dans 3 cas, les accidens ont été plus intenses, et ils étaient dus au changement d'acide et à l'usage d'un acide récemment préparé. Voici ces trois faits :

OBS. XXIII. — Un homme; on alla d'abord à 16 gouttes; puis ensuite à 20 dans une potion; on observe des vertiges, des étourdissemens, des douleurs dans les membres, de vives coliques et plusieurs lypothymies.

OBS. XXIV. — Un homme, à 16 gouttes, eut de violens étourdissemens, qui firent cesser chez lui l'emploi de l'acide.

OBS. XXV. — Une femme. L'acide médicinal fut porté à la dose de 18 gouttes; elle se plaignit d'une chaleur sternale, de faiblesse générale, d'une espèce d'aura qui de l'épigastre se répandait dans tout le corps. Elle accusait en même temps des douleurs contuses dans les membres, des nausées, et elle eut plusieurs lipothymies.

Chez les treize phthisiques, on n'observa aucune amélioration dans les symptômes, sauf dans quelques cas un soulagement léger qui dut être attribué au repos des malades.

Quatre autres malades furent soumis à l'administration de l'acide cyanhydrique; ce sont les suivans:

OBS. XXVI. — Une femme, de 32 ans, affectée d'une hypertrophie du cœur, fut traitée par l'acide prussique médicinal porté à la dose de 10 gouttes. Elle eut des étourdissemens, des défaillances, mais elle n'éprouva aucun soulagement.

OBS. XXVII. — Un homme, de 19 ans, atteint d'une hypertrophie du cœur, prit jusqu'à 12 gouttes du même acide. Il y eut de la chaleur épigastrique, des vertiges et de vives coliques; les palpitations augmentèrent, et le malade fut loin, par conséquent, d'éprouver du soulagement.

OBS. XXVIII. — Un homme, de 69 ans, affecté d'un emphysème pulmonaire, compliqué d'une affection du cœur, prit jusqu'à 12 gouttes d'acide prussique. On n'observa que des bouffées de chaleur et des étourdissemens sans aucune amélioration des symptômes.

OBS. XXIX. — Une femme, de 73 ans, atteinte d'un emphysème pulmonaire, but d'un seul coup une potion gommeuse, contenant 6 gouttes d'acide médicinal. Elle eut des vomissemens, un tremblement général, des crampes violentes et une forte céphalalgie; ces accidens étaient deux jours à se dissiper, et on cessa de lui administrer ce médicament.

Cette analyse, toute rapide qu'elle est, nous conduit, comme on le voit, à des résultats absolument semblables à ceux qui ont été donnés par l'observation d'un nombre de faits plus considérables et plus détaillés.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° L'acide cyanhydrique préparé d'après le procédé de Gea-Pessina se conserve longtemps sans s'altérer; ainsi administré aux mêmes doses chez les mêmes individus, il détermine les mêmes effets.

2° On doit l'administrer dans une potion de quatre onces d'eau pure, non édulcorée, et par cuillerées; c'est la seule manière de le voir conserver aux dernières cuillerées une force égale à celle qu'il avait aux premières.

3° En prenant ces précautions, l'acide cyanhydrique peut être administré et manié avec facilité, pourvu que l'on prenne la précaution de commencer par des doses assez faibles et de s'élever peu à peu par 1 ou 2 gouttes à la fois.

4° L'acide cyanhydrique à la dose de 8 à 12 gouttes détermine en général des effets physiologiques locaux qui deviennent de plus en plus intenses et agissent avec d'autant plus d'énergie qu'on porte cette dose plus haut. Ces effets sont intermittens et suivent chaque cuillerée d'acide.

5° Ce même médicament donné à la dose de 16 à 20 gouttes et continué sans interruption pendant un certain temps peut chez quelques individus agir d'une manière continue; c'est une action essentiellement hyposthénisante.

6° Porté à une dose plus élevée l'acide prussique peut donner nais-

---

Je terminerai cette notice en énumérant les maladies qui ont surtout été guéries ou soulagées par le traitement à l'eau froide. Ceux qu'elles affligent se rencontrent aussi en très grand nombre dans les établissemens hydrothérapeutiques. On peut espérer avec assurance qu'à mesure que cette méthode sera plus connue, plus exercée dans des circonstances différentes, sous des climats différens, son influence salutaire gagnera en étendue. Mes observations m'ont démontré que ce traitement est efficace, principalement contre les maladies chroniques, accompagnées d'atonie; contre la foule des maladies nerveuses, des différens spasmes, des douleurs dont la médecine ne parvient pas à trouver toujours la cause, contre les fonctions troublées, sans qu'on puisse découvrir un dérangement matériel dans les organes correspondans; les différentes espèces d'engorgement du bas-ventre et tous les maux symptomatiques qui en dérivent, comme les indigestions, l'amaigrissement, l'hypochondrie, les hémorroïdes, l'ictère; les maladies nommées discrasiques, comme la goutte, le rhumatisme, les scrofules; les maladies cutanées, les maladies secrètes, et les maladies affectant le sexe féminin : l'hystérie, la chlorose. L'hydrothérapie a remporté des succès nombreux et parfaits contre toutes ces maladies si souvent le désespoir de la médecine.

J'ai eu encore occasion d'admirer le résultat de l'application de l'eau froide contre les maladies aiguës, accompagnées de symptômes fébriles, comme la fièvre nerveuse, typhoïde, putride, contre celles accompagnées de l'apparition d'un exanthème, comme la scarlatine. Mais un de ses triomphes les plus signalés est celui qu'il a remporté contre les désordres si graves de l'organisme, produits par l'abus de médicamens héroïques, tels que les engorgemens produits par le quinquina, les consomptions dues à l'usage de l'iode, de l'arsenic; les suites du mercure, du tartre émétique, et d'autres altérations profondes des tissus qu'on pourrait appeler cacochimie médicale.

Je crois qu'il ne sera pas inutile en terminant d'entrer dans quelques détails sur des faits caractéristiques que j'ai observés moi-même (1).

Dr ENGEL.

EXTRAIT DE LA LETTRE DE M. le docteur BEHREND, de Berlin.

Vous connaissez déjà sans doute, monsieur, par la voix publique et par la presse la méthode entièrement nouvelle d'appliquer l'eau froide à la plupart des maladies internes et externes, méthode découverte par un simple paysan, nommé *Priesnitz*, homme doué d'une intelligence supérieure et d'un esprit observateur éminent, qui l'exerce depuis plus de huit ans, avec l'autorisation expresse du gouvernement autrichien, à *Graefenberg* (village de la Silésie autrichienne). Le nombre des guérisons obtenues par ce paysan est si grand, ces guérisons ellesmêmes sont si étonnantes, que la multitude des malades qui accourent chez lui, non seulement de l'Allemagne, mais aussi d'autres pays, et des médecins, qui aiment mieux s'instruire que de s'opposer aveuglement à une nouveauté si éclatante, devient de jour en jour plus grande. Le nombre des malades de tous les rangs de la société étant cette année de plus de quinze cents (cinquante médecins

(1) Nous publierons dans un prochain numéro les observations thérapeutiques qui accompagnent la lettre de M. Engel.

sance à des accidens graves dont les symptômes principaux sont constitués par une violente surexcitation des systèmes circulatoire et nerveux.

7° Les effets physiologiques ne donnent aucune indication qui puisse conduire à employer ce médicament contre tel ou tel symptôme, telle ou telle maladie.

8° L'acide cyanhydrique, sans aucune influence contre la plupart des symptômes des maladies dans lesquelles on l'emploie, en exagère au contraire quelques autres.

9° Il est sans aucune influence sur la marche de la plupart des maladies, et il peut être considéré comme plutôt nuisible qu'utile.

10° Dans quelques affections nerveuses, l'acide cyanhydrique par les effets auxquels il donne lieu peut changer la nature des symptômes, leur marche et leur intensité; nous n'avons pas observé de guérisons.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE MALADIE CÉRÉBRALE TRÈS COMPLIQUÉE; par MAX. DURAND-FARDEL, interne de la Salpêtrière.

PERTE SUBITE DE CONNAISSANCE; UNE DEMI-HEURE APRÈS, RETOUR DES FACULTÉS; POINT DE PARALYSIE; PERTE GRADUELLE DE LA CONNAISSANCE, DE LA PAROLE, DU MOUVEMENT ET DU SENTIMENT; MORT AU BOUT DE DIX-SEPT HEURES, DANS UN ÉTAT D'ASPHYXIE COMPLÈTE; ANTÉCÉDENS A PEU PRÈS NÉGATIFS, A PART DE LA CÉPHALALGIE ET DES ÉTOURDISSEMENS; ÉPANCHEMENT ÉNORME SÉRO-SANGUINOLENT DANS LES VENTRICULES DU CERVEAU; RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DE LEURS PAROIS; PETITE PRODUCTION ANORMALE DANS LE VENTRICULE DROIT; HÉMORRAGIE CONSIDÉRABLE DANS LE LOBE GAUCHE DU CERVELET; CICATRICE HÉMORRAGIQUE DANS LE LOBE DROIT.

OBS. — La nommée Leblanc, âgée de 75 ans, reposante à la Salpêtrière, ancienne fille de service, fut prise tout à coup, dans la soirée du 12 avril 1839, de symptômes apoplectiformes.

Voici les renseignemens que l'on a pu se procurer sur les antécédens. Ils ont été fournis par les personnes qui vivaient habituellement autour d'elle, à l'hospice.

Cette femme, à la Salpêtrière depuis longtemps, s'était cassé la jambe il y a cinq ans; et depuis lors n'était pas allée une seule fois à l'infirmerie. Depuis cette époque, elle boitait et ne pouvait marcher sans s'appuyer sur un bâton. Depuis quelque temps elle avait été obligée de cesser de s'occuper à tricoter, comme elle faisait autrefois; cependant toujours agissante; le matin de son attaque, elle avait préparé elle-même son déjeuner et avait aidé à balayer son dortoir. Au dire des surveillantes de la division, elle parlait sans aucune difficulté; elle aimait à plaisanter, et avait des prétentions à faire de l'esprit.

Assez généralement souffrante, surtout dans les derniers temps, elle toussait beaucoup, se plaignait d'oppression, de frissons, de maux de tête, d'étourdissemens; quand ceux-ci lui prenaient, elle ne voyait plus clair; cependant ils n'étaient jamais assez forts pour qu'elle tombât, ni perdît connaissance.

Elle n'avait jamais parlé d'ancienne attaque d'apoplexie, et personne n'avait remarqué chez elle aucune trace de paralysie. Depuis plusieurs mois elle baissait beaucoup, et ses compagnes l'engageaient à aller à l'infirmerie. Elle avait l'habitude de boire et s'enivrait de temps en temps.

Le 12 avril (temps froid et sec depuis quelques jours, vent du nord), elle n'avait fait aucun excès dans la journée, et n'avait rien présenté d'extraordinaire. A cinq heures du soir, étant assise sur sa chaise, elle perdit tout à coup connaissance. On la porta aussitôt sur son lit: on la déshabilla; ses membres ne présentaient aucune raideur; elle ne tarda pas beaucoup à recouvrer ses sens.

La langue semblait très embarrassée, et elle s'exprimait avec peine; mais il paraît qu'on ne remarqua du côté des membres aucun signe de paralysie. Elle fit quelques efforts de vomissemens.

Je la vis près de deux heures après son attaque. Elle était très pâle, couchée sur le dos, la figure hébétée; la bouche paraissait un peu relevée du côté gauche. Les pupilles se contractaient bien à l'approche d'une lumière; la gauche était un peu plus large que la droite. La langue se tirait droite et sans peine. La parole était très embarrassée, et l'on avait beaucoup de peine à comprendre ce qu'elle disait. Elle raconta qu'elle avait éprouvé un violent étourdissement à la suite duquel elle avait perdu connaissance. Elle ressentait encore de la céphalalgie. Ses bras se mouvaient aussi facilement l'un que l'autre, et ses deux mains serraient avec une force égale. Les membres ne présentaient aucune raideur. Le pouls était un peu lent, irrégulier, un peu intermittent. La chaleur de la peau était normale.

Elle fut portée à l'infirmerie (au n° 17 de la salle Saint-Jacques, service de M. Prus). Une saignée du bras fut pratiquée. Pendant tous ces apprêts elle demeurait comme indifférente à tout ce qui l'entourait, l'air hébété; cependant elle répondait aussitôt qu'on lui adressait la parole.

Une palette de sang seulement put être tirée. Quarante sangsues furent appliquées à l'anus, et plus tard on lui donna un demi lavement avec une once de séné, et des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures.

A dix heures du soir, elle était plongée dans un engourdissement profond; cependant quand on lui parlait, elle répondait quelquefois, mais d'une manière presque inintelligible. La face, toujours très pâle, avait le même caractère, si ce n'est qu'elle exprimait un affaissement encore plus profond. Les bras paraissaient assez mobiles, mais le gauche présentait une raideur assez remarquable dans l'articulation du coude. Cette raideur existait à un moindre degré du côté droit où elle paraissait sous l'influence de la volonté; elle n'était pas tellement prononcée à gauche, qu'on ne pût l'attribuer à la même cause. Lorsqu'on la prenait sur les bras, elle exprimait de l'impatience et cherchait à se défendre. La face s'animait peu cependant, et les yeux toujours fermés s'entr'ouvraient à peine.

Les jambes se retiraient quand on chatouillait la plante des pieds. Elles n'offraient aucune raideur.

La respiration était peu fréquente, paisible, régulière; le pouls était le même.

Bruits du cœur sourds, réguliers; impulsion assez forte.

Les sangsues n'avaient pas donné beaucoup de sang. Le lavement de séné ne fut pris qu'incomplètement et produisit peu de résultats. Des sinapismes furent appliqués de nouveau.

La malade ne bougea plus de la nuit, ne donna aucun signe de connaissance. Il paraît que la respiration était assez bruyante par instans. Elle urina sous elle.

Dans la matinée, la respiration redevint silencieuse.

A six heures du matin, elle était plongée dans un coma profond, la face sans déviation, sauf un affaissement notable de la narine gauche. Les yeux étaient fermés; les pupilles égales, médiocrement contractées, paralysées. La joue gauche paraissait se laisser distendre par l'air, dans l'expiration, un peu plus que la droite. La respiration était peu fréquente, régulière.

Les membres étaient dans un état complet de résolution. Cependant, quand on pinçait fortement la peau des bras, ou qu'on chatouillait la plante des pieds, ils se retiraient un peu. La chaleur de la peau était normale, le pouls un peu plus fréquent qu'hier, assez développé.

A huit heures, je trouve cette femme dans un état d'asphyxie. Il y a une cyanose générale, prononcée surtout à la tête et aux extrémités. La face est bouffie; il s'écoule de la bouche un mucus écumeux, épais et blanchâtre; la respiration est fréquente et bruyante, le pouls petit et fréquent; rien de nouveau du côté des membres.

L'asphyxie fait incessamment des progrès. Les traits deviennent méconnaissables par la tuméfaction et la teinte noire du visage. La peau se couvre

---

non compris), le village de Graefenberg s'est déjà changé en une petite ville, et comme un examen scrupuleux ordonné par le gouvernement prussien a confirmé le résultat heureux et brillant de cette nouvelle méthode d'appliquer l'eau froide, méthode qui est nommée *hydriatrique* (ὕδωρ, eau, et ἰατρεύω, guérir); elle a fixé l'attention de tous les autres gouvernemens de l'Allemagne. Les succès admirables que le paysan *Priesnitz* a obtenus et qu'il obtient tous les jours, ne dépendant pas de la qualité ou de la composition de l'eau, qui est une eau pure de fontaine, mais seulement de la manière nouvelle de l'administrer, on a déjà formé des *établissemens hydriatriques* dans plusieurs endroits; il y en a à Breslau, à Brunswick, à Drèsde, à Gotha, près de Munich, à Cassel, etc., etc., et deux à Berlin, et un de mes amis est sur le point d'en établir un dans quelque ville ou quelque village de la Belgique.

Après avoir vu tant de succès étonnans obtenus par cette méthode *hydriatrique*, après avoir examiné sans préventions les personnes revenues de Graefenberg, et qui y ont été guéries, dont plusieurs appartiennent à ma clientelle, j'ai été avec deux de mes confrères à Graefenberg, pour y voir les choses de nos propres yeux, et nous y sommes restés six semaines pour observer la méthode du paysan *Priesnitz* et pour le voir agir.

Praticien depuis quinze ans, et rédacteur en chef d'un ancien journal médical critique pendant six ans, je m'étais d'abord un peu méfié de cette nouveauté; je la comparais à beaucoup d'autres, dont les auteurs et les partisans ont eu la prétention de réformer l'art médical, et qui se sont enfin entièrement évanouies; mais, monsieur, ce que j'ai vu de mes propres yeux à Graefenberg et dans quelques autres établissemens *hydriatriques* m'a frappé et vous frapperait aussi d'étonnement.

J'ai vu des pneumonies et des pleurésies décidées guéries dans trois ou quatre jours par l'eau froide seule sans aucune saignée; j'ai vu une fièvre intermittente prolongée, guérie par l'eau froide seule, sans quinine ou quinquina, ni aucun autre remède; j'ai vu des rougeoles, des scarlatines, des varioles, des fièvres continues et nerveuses, des maladies croupales et trachéitiques, rhumatismales, scrofuleuses, arthritiques, dartreuses, syphilitiques et mercurielles de toute espèce; des affections nerveuses, hystériques, névralgiques, hypocondriaques, des engorgemens et physconies abdominales, des désordres menstruels et hémorrhoïdaux, des indurations et hypertrophies internes et externes, des tumeurs blanches, etc., etc.; et toutes ces maladies guéries par l'eau froide sans l'intervention d'aucun remède et dans un temps relativement plus court et moins défavorable à la constitution que cela ne se fait par nos autres moyens. L'eau froide est administrée dans toutes ces maladies à l'intérieur et à l'extérieur, mais le mode d'application est varié et individualisé selon la forme de la maladie et selon le cas; et l'eau froide sert tantôt comme révulsif, tantôt comme stimulant, tantôt comme dépressif, et dans tous ces cas l'efficacité de l'eau est si manifeste et si déterminée, que le moindre doute est impossible. Si vous aviez vu, monsieur, ce que j'ai vu moi-même, vous n'en douteriez pas non plus.

d'une sueur froide et visqueuse, le pouls devient presque imperceptible; la respiration se ralentit et se suspend par instans pendant près d'une minute. Enfin la mort arrive à dix heures, dix-sept heures après le début des accidens.

AUTOPSIE 24 heures après la mort.

Raideur cadavérique très développée. Plus de traces de cyanose. Point de déviation des traits de la face; dilatation égale et moyenne des pupilles; embonpoint; point d'infiltration.

Epaisseur normale et injection vive des os du crâne; peu d'adhérences de la dure-mère; sang liquide en assez grande quantité dans les vaisseaux et dans les sinus; cette membrane est fortement tendue.

L'arachnoïde est sèche, et présente peu d'opacité.

La pie-mère est sèche, collante à la surface du cerveau, assez injectée de sang, et également des deux côtés. Les parois des vaisseaux artériels sont jaunes et épaissies. Les circonvolutions sont aplaties, fortement pressées les unes contre les autres; les espaces qui les séparent ont disparu pour la plupart; on trouve cependant du côté gauche deux ou trois anfractuosités écartées par un peu de sérosité limpide, un plus grand nombre du côté droit.

La surface des hémisphères est fluctuante.

Le cerveau est retiré du crâne; en séparant la protubérance à sa partie moyenne, il s'écoule par une déchirure du tuber cinereum et par un jet continu semblable à celui d'une saignée, une énorme quantité de sérosité sanguinolente. La surface des hémisphères s'affaisse.

Sur la convexité de l'hémisphère droit, à la réunion du tiers antérieur avec le tiers moyen, une des circonvolutions qui longent la scissure médiane est tuméfiée, violacée dans toute l'épaisseur de la couche corticale, avce un pointillé rouge très fin qui s'étend à la substance blanche sous-jacente. La consistance de cette circonvolution est un peu moindre que celle des circonvolutions voisines. La pie-mère ne paraît pas plus adhérente à sa surface qu'ailleurs.

Le reste de la superficie du cerveau ne présente rien à noter; les circonvolutions ont repris leur forme arrondie.

Rien de remarquable dans l'intérieur des hémisphères cérébraux. Consistance normale; légère injection de la substance médullaire.

La voûte à trois piliers et le *septum lucidum* sont complètement ramollis et convertis en une substance rosée, ou plutôt parsemée d'un grand nombre de taches rouges, sans aucune consistance, et se laissant délayer par un courant d'eau. La surface inférieure du corps calleux présente sur toute sur la ligne médiane un ramollissement tout semblable.

Les quatre ventricules et l'aqueduc de Sylvius ont des dimensions énormes dues à la distension opérée par la sérosité sanguinolente qui les remplissait et qui s'est écoulée. On n'y trouve pas un caillot de sang.

Les parois des ventricules latéraux sont en grande partie ramollies, surtout à leurs extrémités antérieure et postérieure.

A l'extrémité antérieure du ventricule droit, la membrane interne est comme disséquée, légèrement soulevée et séparée du tissu sous-jacent par de la sérosité; celui-ci est, dans une partie de son étendue, rougeâtre, et superficiellement ramolli; dans une autre, il forme des faisceaux blancs, striés longitudinalement, entrecroisés, assez semblables aux colonnes charnues de second ordre qui tapissent les ventricules du cœur.

Lorsqu'on pratique une couche sur ce point, on voit la couche médullaire sous-jacente, dans l'épaisseur de près d'une ligne, comme raréfiée et perforée d'un grand nombre de petits espaces qui semblent le résultat d'une sorte d'atrophie interstitielle. Toute la partie postérieure du ventricule est aussi ramollie superficiellement; la membrane interne est détruite; une couche très mince de sang coagulé recouvre une partie du tissu ramolli; le reste est soulevé par un courant d'eau, en forme de chevelu blanchâtre, taché d'un grand nombre de points rouges. Cette altération ressemble beaucoup, comme on le voit, à celle qui forme les parois des foyers hémorragiques récens.

Au milieu de ce tissu ramolli, du plancher inférieur du ventricule on voit naître deux ou trois petites végétations arrondies, du volume de petits pois, formées d'un tissu grisâtre, ayant la teinte de la substance corticale, mais un peu plus de consistance.

Les parois du ventricule gauche présentent un ramollissement du genre de celui que nous venons de décrire, mais beaucoup moindre.

La surface ainsi que l'intérieur des corps striés et des couches optiques sont parfaitement sains. Rien à noter à la protubérance ni à la moelle allongée.

Le lobe gauche du cervelet est converti en une poche très vaste, remplie de sang noir liquide et à demi coagulé; les parois de cette poche n'ont dans tous les sens qu'une épaisseur de quelques lignes; elles sont rompues à leur partie externe, mais le sang ne s'est point écoulé au-dehors. La face interne de ce foyer est mollasse, rougeâtre, violacée, contenant de petits caillots de sang isolés du foyer lui-même. Celui-ci excave profondément le cervelet jusqu'à la ligne médiane.

Au centre du lobe droit du cervelet, dans la substance blanche, on trouve une cavité du volume d'une amande, dont les parois rapprochées sans adhérences sont tapissées d'une membrane épaisse, dense, vasculaire, d'une couleur d'ocre très foncée. La substance médullaire environnante est un peu jaunâtre, sans altération de consistance.

La moelle épinière paraît tout à fait saine, ainsi que ses enveloppes.

Adhérences générales des poumons. Coloration violacée de leur superficie. Ils sont à l'intérieur d'un rouge assez vif, marbré de plaques noires qui ressemblent parfaitement à des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Cependant, cette portion du tissu du poumon ne présente ni friabilité ni état granuleux, et ne va pas au fond de l'eau. Le bord de ces plaques est nettement circonscrit. Elles sont nombreuses et larges, surtout dans les deux lobes inférieurs; cependant, on en rencontre aussi dans le supérieur. Lorsque l'on racle la surface d'une coupe avec la lame d'un scalpel, on en exprime du sang pur à peine spumeux, qui ne paraît pas sortir des vaisseaux, mais semblait infiltré dans le tissu du poumon. Le poumon gauche présente la même altération, mais à un moindre degré.

Froncemens et épaississement cartilagineux de la plèvre au sommet des deux poumons. Au-dessous, couche très mince de tissu grisâtre, dur, dans lequel quelques rameaux bronchiques, d'un certain diamètre, paraissent venir se rendre et s'obturer assez brusquement.

Les bronches sont remplies d'un mucus spumeux sanguinolent. La muqueuse est rougeâtre et couverte de petites taches rouges, arrondies, nombreuses, que l'on ne peut faire disparaître ni par un courant d'eau, ni par un frottement léger; elle ne présente du reste aucune altération dans son épaisseur ni dans sa consistance.

Le péricarde renferme un peu de sérosité. Cœur volumineux; deux plaques blanches pseudo-membraneuses assez épaisses; à peu près quadrilatères sur sa face antérieure.

Le ventricule gauche a ses parois épaisses, très fermes; sa cavité, un peu rétrécie, vide de sang. Le ventricule droit et les deux oreillettes sont remplis par une grande quantité de sang noir tout à fait liquide. Orifices sains, ainsi que les valvules. Seulement, au niveau des glandes d'Arantius, sur le bord libre des valvules aortiques, il y a comme une petite végétation d'un très petit volume, flottante, blanchâtre.

Plaques cartilagineuses nombreuses à la face interne de l'aorte, qui contient une certaine quantité de sang noir liquide.

Le foie et les reins sont très rouges et contiennent une assez grande quantité de sang. Rien aux voies biliaires. La rate est enveloppée d'une coque cartilagineuse de près d'une ligne d'épaisseur. Son tissu est livide et très friable. L'estomac présente de légères rougeurs, sans altération de la muqueuse. Les intestins ne sont pas ouverts. Rien à noter dans l'utérus. La vessie est pleine d'urine et ses parois distendues. Sa muqueuse est parsemée d'un grand nombre de petites taches rouges superficielles

Ce fait me paraît curieux par la multiplicité des lésions qui se sont rencontrées sur le cadavre, et par la forme des accidens qui ont précédé la mort. Je ne crois pas qu'il soit sans intérêt et sans utilité de soumettre les uns et les autres à une analyse détaillée qui nous permette de les apprécier à leur juste valeur, et de débrouiller l'assemblage un peu confus des faits que nous présentait cette observation.

L'instantanéité de l'attaque et la promptitude avec laquelle les premiers accidens s'étaient presque complètement dissipés semblaient, au début, annoncer une simple congestion sanguine, un coup de sang. En effet, un des caractères de cette altération, chez les vieillards en particulier, est que les symptômes apoplectiformes disparaissent, en général, au bout de peu de temps, et avant l'emploi de tout moyen thérapeutique, laissant seulement de l'hébétude, de la céphalalgie, de l'embarras dans la parole, et quelquefois une paralysie plus ou moins incomplète.

Mais lorsque dans les heures suivantes on vit augmenter l'hébétude, l'incertitude des mouvemens, et survenir une tendance sans cesse croissante à l'assoupissement, sans délire cependant, comme sans paralysie, ces nouveaux accidens parurent se développer sous l'influence d'un épanchement séreux, soit dans les ventricules du cerveau, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Ils avaient précisément la marche progressive et, si je puis ainsi dire, symétrique, qui caractérise cette maladie. Une des pupilles, il est vrai, était un peu plus dilatée que l'autre, mais cela pouvait exister auparavant; la face ne présentait aucune déviation. Les mouvemens étaient évidemment libres, bien que lourds et incertains. La raideur que présentaient les membres supérieurs n'était pas assez prononcée pour que l'on pût y attacher une très grande importance. Il faut craindre, quand ce symptôme n'existe qu'à ce degré, de le confondre avec des contractions musculaires simplement automatiques ou même volontaires.

Malgré le traitement employé, la maladie marcha avec une grande rapidité, et le lendemain matin, deux heures après le début, la femme Leblanc se trouva plongée dans le coma; cependant, encore quelques signes de sensibilité.

J'avoue qu'alors, à tort ou à raison, je crus devoir à peu près abandonner le diagnostic que j'avais porté la veille; car les épanchemens simples de sérosité chez les vieillards ne suivent pas ordinairement un cours aussi rapide; la seule impression du cerveau ne tue pas en général aussi promptement. La marche de la maladie semblait annoncer une altération du tissu cérébral lui-même. Je fus dès-lors convaincu qu'il s'agissait ou d'une apoplexie (hémorragie cérébrale), ou d'un ramollissement, surtout lorsque, bientôt après, je vis la vie se terminer dans un état complet d'asphyxie; car je n'ai encore vu ce dernier accident se montrer ainsi que dans des cas de lésions organiques du cerveau lui-même, et jamais dans de simples congestions sanguines ou séreuses.

Mais à laquelle de ces deux altérarions avions-nous affaire?

Il était peu probable que ce fût une apoplexie, non pas à cause de la rémission que les accidens avaient éprouvée au début. En effet, l'hémorragie cérébrale se fait souvent en plusieurs temps. Quand l'épanchement est d'abord peu considérable, j'ai vu plus d'une fois les malades, peu de temps après l'attaque, recouvrer leur connaissance, ne montrer même aucun signe de paralysie; mais bientôt ils retombaient, et de nouveaux

accidens annonçaient les progrès successifs du foyer. Mais il faut remarquer que l'hémorragie cérébrale, si elle se fait en plusieurs temps, ne suit jamais cette marche graduelle que nous avions observée, et que nous avions d'abord attribuée à une congestion séreuse. Elle se fait par secousses, en quelque sorte, et c'est toujours brusquement qu'un nouvel appareil de symptômes vient montrer les changemens qui se sont opérés dans le foyer.

Il faut noter encore que l'hémorragie cérébrale, à moins d'être foudroyante, c'est-à-dire à moins de se faire dans le bulbe rachidien, dans le centre de la protubérance, ou de remplir instantanément la totalité des ventricules, est toujours précédée d'hémiplégie avant de revêtir des caractères semblables à ceux que nous présentait la femme Leblanc, quelques heures avant sa mort. Or, tel n'était point le cas, puisqu'au contraire les accidens étaient survenus progressivement.

Je croyais donc pouvoir affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une hémorragie cérébrale. Je ne m'arrêtai qu'un instant à l'idée d'une hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde; car celle-ci, dont la marche progressive se rapproche parfois en quelque chose des accidens que nous avions observés, est habituellement caractérisée par de la contracture et des mouvemens convulsifs dont nous avions pu constater l'absence.

Je me trouvais donc conduit, par voie d'exclusion, à attribuer à un ramollissement cérébral les accidens qui avaient terminé les jours de notre malade. Je sais que le ramollissement ne suit pas habituellement une marche précisément semblable à celle que nous avions observée. Mais les formes qu'il revêt sont si diverses, que je doute qu'il soit une combinaison des symptômes cérébraux qui ne puisse lui appartenir.

Mais était-ce un ramollissement aigu, c'est-à-dire, contemporain des accidens observés, ou un ramollissement chronique, c'est-à-dire existant déjà depuis un temps plus ou moins long, avant l'époque où il avait donné lieu à des accidens mortels?

Un ramollissement aigu détermine rarement une mort aussi prompte, à moins qu'il ne se forme sur quelque point essentiel, comme le bulbe, par exemple. En outre, il a ordinairement un aspect plus franchement apoplectique, et la plupart des cas de ramollissement aigu du cerveau que j'ai eu occasion d'observer ont suivi de tous points la marche de l'hémorragie cérébrale.

Si nous supposions l'existence d'un ramollissement chronique, nous ne trouvions pas dans les renseignemens qui nous avaient été fournis de circonstances qui parussent justifier ce diagnostic. De la céphalalgie, des étourdissemens peu prononcés, de l'affaissement depuis quelque temps, ne suffisaient pas pour caractériser un ramollissement du cerveau (1). Mais je savais déjà qu'il n'est pas rare de voir le ramollissement cérébral, après avoir fait sourdement des progrès lents, et que rien de caractéristique ne révèle à l'extérieur, s'annoncer tout à coup par des symptômes graves, et qui souvent amènent bientôt une terminaison funeste. Je pensai que ce pouvait être un de ces cas, et que la femme Leblanc avait succombé probablement à un ramollissement chronique.

Du reste, dans un cas aussi difficile, le diagnostic ne pouvait être affirmatif; il ne pouvait se fonder que sur des probabilités; et, pour le dire en passant, bien que l'on ne rencontre pas souvent des faits aussi compliqués que celui que nous cherchons à analyser, il arrive cependant bien fréquemment que l'on soit obligé, dans les maladies du cerveau, de suspendre ainsi son diagnostic, et d'attendre pour le porter avec certitude les résultats de l'autopsie.

Passons maintenant à l'étude des altérations multiples qui se rencontrèrent sur le cadavre, assez nombreuses pour satisfaire à la fois et pour démentir tous les diagnostics.

Les principales sont au nombre de trois : l'épanchement séro-sanguinolent des ventricules; l'hémorragie du cervelet et le ramollissement des parois ventriculaires.

A. Cet épanchement séreux me paraît être sans aucun doute la cause des accidens que présenta la femme Leblanc la veille de sa mort. Je me fonde, pour admettre ce fait : sur la forme des symptômes consécutifs à la première attaque, et qui, en effet, en avaient fait soupçonner l'existence; sur une disposition particulière de la surface du cerveau; et sur les renseignemens qui nous ont été fournis sur l'état antérieur de la malade.

On n'a pas oublié, peut-être, que tandis que la première était partout sèche et collante à la surface du cerveau, on avait trouvé un peu de sérosité limpide réfugiée dans l'intervalle de quelques anfractuosités. Cette circonstance, quoique d'apparence peu importante, me paraît propre à démontrer la formation aiguë de l'épanchement; car si la compression du cerveau se fût produite lentement, assurément on eût trouvé ce peu de sérosité légalement répandue à la surface de cet organe. La date récente de cet épanchement me paraît encore démontrée par l'état antérieur de la malade. En effet, si les fonctions cérébrales peuvent conserver leur intégrité malgré l'existence d'une altération, même étendue, du cerveau, la première condition de celle-ci est d'être toute locale et de n'agir en aucune façon sur le reste de l'organe. Or, une semblable distension entraîne un état de compression de l'encéphale, indiqué par l'aplatissement, les circonvolutions et la sécheresse des membranes, trop général pour qu'on puisse supposer qu'il existât à l'époque où la femme Leblanc paraissait jouir de toutes ses facultés, et ne présentait du côté de son intelligence et de ses membres aucune altération appréciable. Ajoutez encore qu'il était trop considérable pour que l'on pût se rendre compte de l'absence des symptômes, par la lenteur de son développement.

La teinte rouge de la sérosité épanchée, la couche mince de sang coagulé qui recouvrait et colorait en partie les parois des ventricules, annonçaient bien un épanchement actif et développé sous l'influence d'une congestion sanguine. Il semble qu'une hémorragie était là sur le point de se faire, et qu'elle s'est arrêtée tout à coup pour se reproduire ensuite dans le cervelet, mais plus tard, comme nous le verrons tout-à-l'heure, et à une autre période de la maladie.

Il faut remarquer encore la rougeur, la tuméfaction, le pointillé rouge d'une des circonvolutions de la convexité. Cette altération, qui semble précisément sur la limite de l'hémorragie (apoplexie capillaire), et de l'inflammation, me paraît le résultat d'une congestion vive. Si la vie se fût prolongée quelque temps encore, sans doute on eût constaté des adhérences de la pie-mère à la surface de cette circonvolution.

B. L'hémorragie du cervelet ne s'est assurément pas faite dès le début des accidens. La rémission qu'avaient si promptement éprouvée les premiers symptômes, la marche progressive qu'ils avaient ensuite suivie, doit faire complètement rejeter cette supposition. La forme du foyer annonce, en effet, qu'il s'est fait en une seule fois, et d'ailleurs l'hémorragie du cervelet est toujours très grave dès son début, ce que M. Rochoux (Recherches sur l'apoplexie) a cherché à expliquer, en disant que les hémorragies de cet organe occupent toujours une étendue considérable, relativement à son petit volume.

Cette hémorragie s'est donc faite, on n'en saurait douter, pendant la nuit qui a suivi les premiers accidens, consécutivement à l'épanchement séreux des ventricules, et les symptômes qu'elle a pu produire ont dû nécessairement se confondre avec ceux de cet épanchement.

Voilà pourquoi, d'une part, la mort est arrivée si promptement, bien que les premiers symptômes fussent réellement sous l'influence d'un simple épanchement de sérosité (1), et pourquoi, d'un autre côté, on a trouvé une hémorragie, bien qu'il n'y ait pas eu d'hémiplégie, et que la marche de la maladie au début, n'ait pas paru d'accord avec une telle altération.

Quant au ramollissement que présentaient les parois des ventricules, bien différent des altérations précédentes, il n'a joué ici qu'un rôle tout à fait accessoire; car, évidemment c'est un ramollissement chronique, évidemment il préexistait de long-temps aux accidens que nous avons observés et aux lésions qui les ont occasionnés.

Qui aurait pu produire ce ramollissement, dans les derniers temps de la vie? La distension des ventricules par la sérosité épanchée, ou un travail inflammatoire?

Lorsque du sang vient à s'épancher en grande quantité dans les ventricules cérébraux, il peut très bien en érailler la membrane et en ramollir les parois; car dans le cerveau les éraillemens et les déchirures s'expriment par des ramollissemens. Mais le même effet ne se produit jamais, que je sache au moins, par un simple épanchement de sérosité. On dit que l'imbibition de ce liquide infiltre et ramollit les parois des ventricules; cela est possible; mais toujours au moins leur membrane interne demeure intacte; et d'ailleurs si cette altération se fût produite mécaniquement par suite de la distension opérée par l'épanchement, elle

(1) Il est vrai que l'accident qui était arrivé, il y a cinq ans, à cette femme, et des suites duquel elle se ressentait encore, pouvait empêcher d'étudier bien exactement l'état de ses membres. Je crois cependant que les détails qui nous ont été fournis nous autorisent à affirmer qu'elle ne présentait de ce côté aucune altération fonctionnelle qui put donner l'idée d'une lésion organique du cerveau.

(1) Les cas bien caractérisés de ce que les auteurs ont appelé si improprement apoplexie séreuse sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement. Chez les vieillards, en particulier, les épanchemens les plus rapides de sérosité soit dans les ventricules, soit dans l'arachnoïde, donnent lieu à des accidens dont la succession est assez caractéristique de cette altération, et presque jamais aux symptômes foudroyans de l'apoplexie. Pour expliquer les cas de soi-disant apoplexie séreuse des auteurs, bien tranchée, Abercrombie, dans un langage dont on regrette le défaut de clarté a cru devoir supposer la coexistence d'une apoplexie séreuse.

se fût montrée à peu près également sur toute la surface interne des ventricules, ce qui n'était pas.

Ce n'est pas davantage un travail inflammatoire qui a déterminé ce ramollissement. D'abord jamais un ramollissement inflammatoire ne s'est produit à ce degré en dix-sept heures. Ensuite il présente toujours à son début de l'injection, ou au moins une coloration rose qui annonce le travail qui se fait dans le système circulatoire du point malade. Or ici une partie des tissus ramollis étaient tout à fait blancs; une couche mince de sang recouvrait, il est vrai; sur quelques points leur surface ventriculaire; mais c'était une simple exsudation qui avait son siége, non dans le tissu ramolli lui-même, mais en dehors de lui.

J'aurais pu du reste me dispenser d'entrer dans ces détails, car l'inspection seule de ce ramollissement suffisait pour attester son ancienneté. Si l'on se rappelle en effet le soulèvement de la membrane ventriculaire à l'extrémité antérieure du ventricule droit, la disposition curieuse en faisceaux blancs du tissu sous-jacent, l'aspect aréolaire des couches plus profondes, on ne doutera pas que cette altération ne fût le résultat d'un travail lent et essentiellement chronique.

Voici donc encore un de ces cas où un ramollissement cérébral étendu, bien caractérisé, n'a déterminé pendant la vie aucun symptôme, ou n'a produit que des troubles fonctionnels, tellement légers, que loin d'être en rapport avec l'étendue de l'altération anatomique, ils n'étaient même pas de nature à en faire soupçonner l'existence. Il y a encore une foule de nuances entre ces cas et ceux où se développe un appareil de symptômes propre à caractériser les altérations diverses désignées sous le nom de ramollissement cérébral. Remarquez encore cette cicatrice étendue du lobe droit du cervelet : qui se fût attendu à la rencontrer chez un sujet qui ne présentait aucun trouble appréciable du mouvement, du sentiment, ni de l'intelligence?

C'est sur des faits de ce genre, que l'on a dit n'être qu'exceptionnels, en me reprochant d'y avoir attaché trop d'importance (1), que je m'appuyais, lorsque dans la GAZETTE MÉDICALE du 2 février 1839, je m'efforçais de démontrer l'incertitude des signes du ramollissement cérébral, l'ignorance dans laquelle nous sommes sur les relations qui existent entre l'altération qui le constitue, et les symptômes qui paraissent s'y rapporter; et la nécessité d'étudier cette question sous un point de vue nouveau, pour arriver à une solution difficile, éloignée peut-être, mais non pas impossible.

Pour résumer le fait dont nous venons de nous occuper, je crois pouvoir établir ce qui suit :

La femme Leblanc, bien qu'elle ne présentât aucun trouble fonctionnel bien notable du côté du système nerveux, et qu'elle ne se plaignît que de céphalalgie et d'étourdissemens, était affectée d'un ramollissement chronique des parois des ventricules latéraux, dont la date était sans doute fort ancienne, car ce n'est qu'ainsi que l'on peut s'expliquer le silence dans lequel s'est fait son développement. Il y avait en outre sur la paroi inférieure du ventricule droit une petite production, une végétation dont la nature est difficile à déterminer; et enfin une cicatrice hémorragique assez considérable dans le lobe droit du cervelet.

Sans cause connue, mais peut-être sous l'influence de cette altération ancienne, il s'est fait tout à coup dans le cerveau une congestion sanguine qui a donné lieu aux symptômes du coup de sang, et qui a laissé pour traces, après la mort, une légère exsudation sanguine à la surface des parois ventriculaires malades. A ce coup de sang dont l'effet a été subit et passager, a succédé un épanchement de sérosité dans les ventricules, qui a révélé sa présence par les signes qui sont propres à cette lésion. Puis à un instant que l'on n'a pu saisir, une hémorragie s'est faite dans un des lobes du cervelet, qui est venue brusquement mettre un terme aux accidens dont on suivait la marche, et qui ne s'est, à proprement parler, révélée que par des signes d'asphyxie.

On excusera sans doute la longueur de ces réflexions, en songeant à la difficulté et à l'importance du sujet, qui, sans doute, est loin d'être épuisé. Ce serait un travail utile pour toute la pathologie en général, et pour celle du cerveau en particulier, toutes les fois qu'un fait sort de la ligne commune, de le soumettre à une analyse détaillée, qui, curieuse d'explications (mais sous forme de doute plus souvent que d'affirmation), prodigue de rapprochemens, saurait se servir, sans en abuser, des ressources que fournit l'analogie, et des moyens que prête le raisonnement. La principale étude de la pathologie, au temps où nous sommes, doit être la recherche des relations qui unissent les symptômes aux altérations anatomiques; n'est-ce pas là même toute la pathologie? Quelque médiates que soient ces relations, quelles que soient les inconnues qui se mêlent à leur histoire, nous n'en devons pas moins tendre à ce but, qui seul nous donnera la clef de la pathologie.

(1) ARCHIVES, Avril 1837.

QUELQUES OBSERVATIONS D'AUTOPLASTIE; recueillies et communiquées par le docteur ED. LABORIE, ancien interne des hôpitaux.

An commencement de ce siècle, c'est à peine si les hommes sérieux osaient admettre l'autoplastie au rang des sciences médicales. Quelques lignes éparses dans les auteurs anciens, quelques faits peut-être vrais, mais tellement invraisemblables, qu'ils n'étaient pas considérés comme dignes de foi, tels étaient à peu près les seuls élémens avec lesquels on eût pu commencer l'histoire de l'autoplastie.

Cependant, dans le milieu du quinzième siècle, l'art de refaire des nez, déjà depuis longtemps en usage en Orient, passa en Sicile. Les histoires merveilleuses de ce temps auraient dû déterminer les chirurgiens à régulariser positivement l'opération de la rhinoplastie; il n'en fut rien. Au seizième siècle, un Italien, Tagliacozzi obtint aussi des résultats remarquables; mais la vanité incroyable de ce chirurgien fut probablement cause du peu de prosélytes qu'il rencontra parmi les savans. Tous ces essais tentés avec plus ou moins de succès n'avaient donc pu donner encore à l'autoplastie la place qu'elle méritait. Au dix-neuvième siècle était réservée la gloire de démontrer l'immensité des ressources que la chirurgie pouvait rencontrer dans cette nouvelle branche de l'art de guérir; nous n'avons pas l'intention de mentionner ici tous les travaux distingués publiés sur cette matière. Notre but est seulement de faire connaître quelques faits nouveaux encore, et qui méritent à tous égards de fixer l'attention des chirurgiens.

Le premier que nous allons rapporter avec détail a été recueilli dans le service de M. Jobert, qui, comme on le sait, a contribué à augmenter l'éclat de l'autoplastie en l'appliquant à la cure d'une infirmité contre laquelle la plupart des traitemens ont presque constamment échoué.

CANCER DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE; EXTIRPATION DE LA PAUPIÈRE; BLÉPHAROPLASTIE.

OBS. I. — Taillot (Pierre), âgé de 51 ans, garde-champêtre, demeurant à St-Aubin (Maine-et-Loire), né à Vezins (même département), est entré le 14 octobre 1839, à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Jobert.

Cet homme, d'une constitution éminemment sanguine, n'ayant jamais été malade, dit-il, s'aperçut, il y a dix-neuf mois, qu'il se développait sur la paupière inférieure de l'œil droit un petit bouton gros comme un grain de froment, qui lui causait des démangeaisons fréquentes; le malade, peu endurant, écorcha souvent ce bouton. Trois ou quatre fois la petite plaie fut touchée avec le nitrate d'argent, mais le mal faisait des progrès. — Voulant profiter d'une bonne occasion qui se présentait, Caillot se mit entre les mains d'un charlatan nomade qui lui enleva, avec l'instrument tranchant, une partie de la petite tumeur. La maladie, loin de s'arrêter, s'accrut d'une manière plus sensible après cette opération. La surface de la tumeur devint humide, elle laissait écouler un liquide tantôt séro-sanguinolent, tantôt purulent. Du reste, à part la démangeaison dont nous avons parlé, le malade n'éprouvait aucune incommodité. La vision, jusqu'au jour de l'entrée du malade, s'est conservée sans altération aucune. La santé générale est parfaite.

ASPECT DE LA TUMEUR. La paupière inférieure est renversée sur la joue, et la face muqueuse est occupée par la tumeur, qui est ovoïde; sa petite extrémité est dirigée vers la racine du nez, tandis que sa plus grosse répond au bord libre de la paupière, qu'elle ne dépasse pas. Elle s'étend depuis le grand angle de l'œil jusqu'à trois lignes environ de la commissure des paupières. Elle est rougeâtre, sans fongosité, recouverte d'une croûte légère. Depuis quelque temps, elle augmente assez sensiblement de volume.

Le diagnostic n'était pas douteux; il s'agissait d'une tumeur de mauvaise nature. Il fallait faire l'ablation; mais il était nécessaire de songer à réparer la perte de substance qui devait laisser l'œil à découvert, et, par suite entraîner sa perte.

M. Jobert se décida à enlever le mal et à réparer ensuite la perte de la paupière, en en formant une autre de toute pièce, ou à peu près, avec un lambeau pris dans le voisinage de la plaie.

L'opération fut pratiquée le 26 octobre; j'en dois les détails à l'obligeance de M. Laures, interne dans le service de M. Jobert.

La tumeur fut limitée en haut par une incision semi-elliptique commençant à l'angle externe de l'œil, et venant aboutir à 2 ou 3 lignes du point lacrymal inférieur qui resta donc intact. Puis passant le bistouri entre la partie adhérente de la tumeur et la face externe du muscle orbiculaire sur lequel elle était appuyée, l'opérateur la sépara entièrement, enlevant en même temps quelques fibres du muscle orbiculaire, dont une partie fut conservée; une seule ligature fut pratiquée.

De cette façon, toute la partie de la paupière occupée par la tumeur fut enlevée. Quelques fibres inférieures du muscle orbiculaire restèrent seules en ce point; il s'agissait dès-lors de remplacer tout ce qui avait été enlevé dans l'opération. Voici le procédé que suivit M. Jobert.

Il tailla à la partie supérieure de la région malaire un lambeau représentant un triangle allongé, dont la base, légèrement arrondie, était en dehors, tandis que le sommet tronqué devant servir de pédicule au lambeau était situé à 4 lignes, un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil. L'incision supérieure, un peu plus

prolongée, permit de faire exécuter avec plus de facilité la rotation du lambeau, rotation qui se fit de bas en haut et de dehors en dedans.

Le lambeau ayant été disséqué avec soin présentait un pouce et demi de longueur et un demi-pouce de largeur vers son extrémité externe.

On l'appliqua sur la plaie qu'on venait de faire; il la recouvrait complètement; on le maintint dans cette position au moyen de trois points de suture, un interne, deux inférieurs.

M. Jobert rapprocha ensuite les bords de la plaie faite à la région malaire. Cette réunion fut facile à obtenir; on la maintint aussi avec quelques points de suture. On fit sur la paupière un pansement simple rendu légèrement compressif avec quelques morceaux d'agaric. Cette précaution fut nécessaire pour empêcher le lambeau de se renverser sur la joue.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, le lambeau resta tuméfié et augmenta de volume au point de couvrir l'œil presque complètement, sans cependant provoquer la moindre douleur. La conjonctive qu'on apercevait difficilement était vivement injectée.

Cette tuméfaction diminua peu à peu, pour enfin disparaître complètement. La vitalité de la nouvelle paupière fut promptement assurée par des adhérences parfaites qui s'établirent sur tous les points et les quelques fibres de l'orbiculaire qui, comme nous l'avons dit, avaient été conservées, permirent à la paupière artificielle de jouir des mêmes mouvemens que la paupière inférieure de l'œil gauche.

On ne doit pas croire cependant que cette belle opération ait réussi sans quelques accidens qui, s'ils n'avaient été combattus avec énergie, auraient pu compromettre la vie du malade.

Deux fois il se développa sur la face un érysipèle qui gagna le cuir chevelu.

Le premier qui survint peu de temps après l'opération offrit ceci de remarquable, que l'inflammation érysipélateuse s'arrêta autour du lambeau l'épargnant complètement, comme si sa vitalité n'eût pas encore été assez forte pour qu'il s'y organisât une inflammation.

Le second qui s'est déclaré un mois après l'opération, à la suite d'imprudences commises par le malade, prenait dès le début un caractère fort grave. La première nuit, il y eut un peu de délire, et le lendemain au matin la face entière y compris le lambeau était rouge et tuméfiée; la langue était sèche et rouge à la pointe.

Des cataplasmes sinapisés aux pieds, des manuluves salés, des tisanes rafraîchissantes et purgatives furent prescrites par M. Jobert, et cette médication fut suivie d'un plein succès.

Aujourd'hui Taillot, à la veille de son départ, se trouve dans un état parfait. Le point lacrymal conservé empêche le larmoiement; c'est à peine si l'on peut s'apercevoir de l'opération que le malade a subie; la conjonctive oculaire qui était rouge et dans un état d'inflammation chronique a repris sa couleur naturelle. La vision est parfaite de ce côté.

Ce malade a été présenté à l'Académie de médecine.

ECTROPION DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE GAUCHE; BLÉPHAROPLASTIE; ULCÉRATION DE LA RÉGION SOURCILIÈRE; RÉPARATION DE LA PERTE DE SUBSTANCE.

OBS. II. — Le 28 avril 1835, fut admise dans la salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, la nommée Lambert (Annette), âgée de 23 ans, blanchisseuse, née à Langres.

Cette femme, d'une constitution débilitée par une affection syphylitique, présente tous les caractères d'une diathèse scrofuleuse.

Huit mois avant son entrée la malade eut une ulcération qui envahit toute la paupière supérieure gauche. On y appliqua un emplâtre qui produisit une forte cautérisation à la suite de laquelle l'ulcère fut cicatrisé; mais la cicatrice en se formant tira et renversa en haut la paupière.

Deux mois après, cette femme entra à la Charité; M. Roux lui excisa un bourrelet muqueux formé par la conjonctive; mais l'ectropion persista.

Elle quitta donc la Charité, et ce ne fut que le 28 mars 1835 qu'elle vint à Saint-Louis. Elle fut d'abord placée dans le service de M. Emery. Ce médecin cautérisa plusieurs fois la conjonctive palpébrale, et fit en outre une incision aux tégumens parallèlement et au-dessus de la paupière malade; mais cette opération n'ayant pas amené d'amélioration, la malade vint se mettre entre les mains de M. Jobert.

ÉTAT DE LA MALADE LORS DE SON ENTRÉE. On remarquait sur la paupière supérieure du côté gauche une cicatrice froncée très irrégulière, fortement adhérente qui renversait en haut cette paupière. La muqueuse qui revêt sa face interne était ainsi à découvert, et par suite vivement irritée et comme fongueuse. La conjonctive oculaire elle-même était rouge et boursoufflée. Outre cette affection, la malade avait une autre ulcération siégeant sur la région sourcilière, qui avait détruit les tégumens, de telle sorte qu'il ne restait du sourcil que la partie interne dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

Les divers traitemens dirigés contre l'ectropion ayant échoués il devenait important de prendre un parti, car l'œil était menacé, une vive inflammation envahissait déjà la conjonctive oculaire. M. Jobert opéra de la manière suivante :

Il commença par faire une incision horizontale d'un pouce et demi de longueur sur la paupière affectée; ensuite, il tailla sur la joue un lambeau allongé ovalaire, ayant la même dimension que l'incision de la paupière. Ce lambeau avait son pédicule au niveau de la partie supérieure et externe de l'os malaire; il fut limité par deux incisions latérales qui descendaient suivant la direction du muscle masseter et par une incision inférieure légèrement légèrement arrondie à convexité inférieure; la largeur du lambeau était d'un demi-pouce; le chirurgien le disséqua et lui faisant exécuter un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans représentant environ un quart de cercle; il l'appliqua entre les deux lèvres de l'incision faite à la paupière supérieure. Il fut maintenu dans cette position par trois points de suture seulement. Un pansement simple comprimant légèrement le lambeau fut appliqué sur l'œil. On réunit avec facilité la plaie de la joue.

Cette première opération réussit parfaitement. L'œil fut recouvert et les accidens inflammatoires consécutifs au renversement de la paupière furent guéris. Ce qui restait du muscle orbiculaire permit à la totalité de la nouvelle paupière de se mouvoir comme celle du côté opposé. Ce résultat était obtenu quinze jours après l'opération.

Il restait encore une déperdition de substance à la région sourcilière; M. Jobert entreprit pour compléter son œuvre de réparer cette partie; ce qui du reste était nécessaire, car il était à craindre que cette plaie en se cicatrisant ne vînt à tirailler la nouvelle paupière. Cette fois l'opérateur tailla son lambeau aux dépens de la tempe, en rasant préalablement les cheveux, car l'extrémité externe du lambeau fut empruntée au cuir chevelu. La direction des incisions fut légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors. L'étendue de ces incisions fut à peu près la même que dans la précédente opération. Le lambeau pour occuper la nouvelle place qu'on lui destinait décrivit un demi-cercle; le pédicule était donc plus tordu que dans l'autre cas; on le maintint au moyen de points de suture sur la plaie du sourcil qu'on avait avivée; on réunit de même la plaie de la tempe.

Comme la première opération, celle-ci réussit sans accidens, et trois semaines après la cicatrisation, la réunion était obtenue.

Ce dernier cas offrit un fait très remarquable; le cuir chevelu qui entrait pour une partie dans la composition du lambeau se trouvait naturellement situé à la partie interne dans la nouvelle position qu'on lui avait donnée, et continuait les sourcils qui manquaient. Les cheveux ne sont pas tombés, et la malade, en ayant soin de les couper lorsqu'ils deviennent trop longs, se trouve pourvue de sourcils artificiels qui remplacent fort bien ceux qu'elle a perdus. J'ai eu occasion, il y a peu de jours, de revoir la malade; ces poils, au nombre d'une soixantaine environ, ont conservé toute leur force, et de temps en temps leur longueur devenant trop grande, la malade est forcée de les diminuer.

Cette malade intéressante doit rentrer dans le service de M. Jobert; il est probable qu'on sera obligé de retoucher un peu à sa nouvelle paupière, qui, à la suite d'un érysipèle récent (en novembre 1839), paraît avoir quelque tendance à se renverser de nouveau. Cependant, constatons malgré ce renversement nouveau que l'œil peut se fermer complètement, et que la conjonctive oculaire ne présente aucune trace d'inflammation.

Du reste, la constitution de cette femme continue à être mauvaise; elle présente une nouvelle ulcération sur le milieu du front, ulcération entretenue par une altération de l'os.

Dans cette observation, nous voyons que les cheveux ne sont pas tombés à la suite de la transplantation de la peau qui les portait; ce fait n'est pas extraordinaire, mais nous attirons sur lui l'attention des chirurgiens, parce qu'il est en opposition avec les idées de M. Dieffenbach. Du reste, nous citons brièvement une autre observation dans laquelle les poils, loin de tomber, semblent avoir puisé une nouvelle force à la suite de cette transplantation du lambeau sur lequel ils existaient primitivement à l'état rudimentaire.

OBS. III. — Désiré Picard, âgé de 20 ans, affecté d'ectropion de la paupière inférieure droite depuis l'âge de 3 ans, par suite de brûlure, fut opéré par M. Jobert à l'hôpital St-Louis. Un lambeau pris dans la région malaire transporté sur la région de la paupière inférieure qu'il devait suppléer, y prit des adhérences sans accident. La difformité fut guérie; mais par une singularité inexplicable, le duvet léger qui existait sur ce lambeau avant l'opération se développa, et on put constater la présence de 50 à 60 poils, de trois ou quatre lignes de longueur, soyeux, châtains, dirigés en haut et en avant, et légèrement arqués.

Ce malade quitta l'hôpital le 25 juillet 1835.

DESTRUCTION DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE; BLÉPHAROPLASTIE.

OBS. IV. — Le 9 mars 1838, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n. 30, service de M. Blandin, une jeune femme, Simat (Amélie-Caroline), âgée de 20 ans, journalière, née à Montebire (Seine-et-Marne).

Cette femme d'une constitution robuste, jouissant constamment d'une bonne santé, nous raconte qu'il y a un mois environ, s'étant endormie sous un arbre, elle sentit à la paupière supérieure gauche une vive démangeaison, qu'elle crut devoir attribuer à la piqûre de quelque insecte. Quoi qu'il en soit, il ne tarda pas à se développer au point indiqué une vive inflammation, qui, consécutivement, amena une gangrène de la paupière. Lorsque la malade vint se soumettre à notre examen, voici quel était son état :

Toute la paupière supérieure était détruite, moins son bord libre, comprenant le cartilage tarse et les cils; les petites glandes de Meibomius, dans un état d'irritation marquée, laissaient écouler un liquide plastique qui avait collé ce débris de la paupière au bord libre de la paupière inférieure. Rien ne pouvait lutter contre cette adhérence, comme on le conçoit fort bien, puisque la tunique musculaire avait été détruite entièrement avec les autres tuniques qui entrent dans la composition de la paupière.

Le globe de l'œil ainsi mis à nu, exposé à toutes les irritations venant de l'extérieur, avait dû subir aussi de grandes modifications. La conjonctive qui le recouvrait était rouge, tuméfiée, fongueuse, douloureuse, et la cornée avait en grande partie perdu sa transparence; cependant la vision n'était pas complètement abolie.

Le traitement à suivre n'était pas douteux; il fallait, pour conserver à cette malade son œil, qui était déjà presque perdu, et pour remédier à une infirmité qui rendait sa physionomie repoussante, avoir recours à l'autoplastie. C'est ce que fit M. Blandin.

Il adopta le procédé suivant :

Ce fut au front qu'il emprunta la peau qui devait reformer la paupière. Son lambeau était ovalaire; son grand diamètre dirigé verticalement avait un pouce et demi d'étendue. Le pédicule fut conservé à la racine du nez; sa largeur pouvait être de neuf lignes environ. L'opérateur après l'avoir disséqué lui fit exécuter une rotation d'un quart de cercle d'étendue, de manière à le venir appliquer sur la plaie de la paupière. Avec un bistouri, M. Blandin aviva la partie supérieure de ce qui restait du bord libre de la paupière, et au moyen de quelques points de suture il le fixa à la partie inférieure du lambeau. Par le même procédé, il réunit les bords supérieurs et externes du lambeau avec les parties auxquelles ils devaient adhérer, et un pansement simple fut appliqué sur le tout. On ne réunit pas la plaie du front.

Peu de jours après l'opération, il se développa un érysipèle qui envahit toute la face, y compris le lambeau qui devint rouge et tuméfié. Cet érysipèle fut accompagné d'un cortége terrible de symptômes généraux qui pendant quelque temps inspirèrent de vives inquiétudes; mais grace au traitement la malade put guérir.

Je ne suivrai pas tous les détails de la maladie qui survint, je me contenterai d'exposer les résultats de l'opération.

Le bord libre de la paupière primitive qui avait été fixé à la partie inférieure du lambeau y vécut parfaitement, si bien que l'illusion était complète; la nouvelle paupière avait des cils, et chose bien remarquable, elle jouissait de la propriété de se mouvoir, très peu il est vrai, et voici comment : l'orbiculaire avait été entièrement détruit; mais il fut remplacé par une partie du muscle frontal qui disséquée avec le lambeau, tout en changeant de place, ne perdit pas la faculté de se contracter, et on conçoit que dans la nouvelle direction transversale que ses fibres avaient acquise, elles pouvaient en se contractant soulever la nouvelle paupière.

L'œil, retrouvant une nouvelle protection, put reprendre en partie ses usages; la conjonctive oculaire perdit sa rougeur et sa tuméfaction. Et lorsque le 22 juillet 1835 la malade sortit, elle commençait à y voir assez bien de l'œil qui paraissait devoir être complètement perdu.

Quant à la plaie du front, elle guérit facilement, et quoiqu'on n'eût pas aidé la réunion, la cicatrice devint presque linéaire.

ECTROPION DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE DROITE ; BLÉPHAROPLASTIE.

Obs. V (communiquée par M. Gosselin, interne de M. Blandin). — Le 15 septembre 1839, M. Blandin a fait une opération de blépharoplastie sur un homme, âgé de 25 ans, qui portait un ectropion de la paupière inférieure droite.

Cette maladie paraît avoir été le résultat d'une pustule maligne, dont le malade aurait été atteint à l'âge de 1 ans; c'est du moins de cette époque que date l'infirmité.

Vers la partie moyenne et antérieure de la joue droite existe une cicatrice considérable, qui tire en dehors l'aile du nez correspondante d'une part; d'autre part, la commissure labiale du même côté en haut, et enfin la paupière inférieure en bas. Celle-ci a été détruite presque complètement; il n'en reste que le bord libre avec les cils, mais placés à dix lignes environ au-dessous du diamètre transverse du globe oculaire. Le cartilage tarse est renversé complètement, de manière à laisser à nu la conjonctive palpébrale rouge et légèrement boursoufflée. L'œil ne peut être complètement recouvert; il reste donc exposé continuellement au contact de l'air et des corps extérieurs; circonstance qui, jointe à la difformité résultant de cette maladie détermine M. Blandin à pratiquer l'opération suivante:

Une incision est faite au-dessous du bord libre de la paupière inférieure transversalement; puis l'opérateur dissèque de manière à porter le bord libre de la paupière le plus haut possible et à remettre le cartilage tarse dans sa position normale.

De cette façon, un écartement de huit lignes peut être obtenu entre les lèvres de la plaie. Un lambeau est ensuite taillé verticalement dans la région temporale; ce lambeau présente une étendue longitudinale et transversale telle qu'il peut occuper l'espace laissé entre les bords de la plaie dont nous venons de parler. M. Blandin s'attache à donner à son lambeau une forme quadrilatère et non ovalaire, afin d'éviter la gangrène de son extrémité. Il le fait ensuite basculer et le fixe à la partie interne de la plaie au moyen de deux points de suture placés à chacun de ses angles. Plusieurs ligatures sont faites sur la région temporale qui donne beaucoup de sang (pansement simple, en ayant soin de comprimer légèrement sur le lambeau).

Les trois jours qui suivent l'opération il ne survient aucun accident.

Le quatrième jour, on enlève les deux points de suture, et l'on reconnaît que le lambeau est bien adhérent. La conjonctive oculaire est injectée et enflammée.

On continue les pansemens simples; mais comme M. Blandin a remarqué que dans ces sortes d'opérations le lambeau a souvent de la tendance à revenir sur lui-même et à reproduire ainsi l'ectropion, il prend la précaution de comprimer le lambeau avec une compresse pliée en plusieurs doubles qu'il maintient à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Ce pansement est continué jusqu'au 10 novembre. L'inflammation de la conjonctive oculaire s'est promptement dissipée; aucun accident n'est survenu, et le malade quitte l'hôpital.

L'œil est recouvert lorsque la paupière supérieure s'abaisse, à part cependant une très petite étendue; mais on pourra facilement remédier à ce faible reste de la maladie. Pour le moment on peut être assuré que le globe oculaire se trouve assez protégé et en outre la difformité est bien moindre.

Pour terminer, nous faisons connaître une méthode adoptée par M. Jobert, et pratiquée plusieurs fois avec succès par ce chirurgien.

Dans les cas où, comme cela arrive fréquemment, le lambeau vient à se boursouffler, et constitue une véritable difformité, M. Jobert en coupe une partie, suivant l'épaisseur; il ébarbe pour ainsi dire le lambeau, et jamais il n'a vu survenir d'accidens à la suite de cette opération, qui peut être utile dans bien des circonstances, et quelquefois entre autres, lorsque le lambeau présente des poils qu'on ne doit pas conserver.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADEMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JANVIER.

CIRCONSTANCES QUI INFLUENT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MORVE.

M. le ministre de la guerre écrit qu'une commission a été nommée par son prédécesseur, à l'effet de rechercher les causes de la plus grave fréquence de la morve parmi les chevaux de nos armées que parmi ceux des armées étrangères, et que cette commission l'a attribuée principalement au mauvais état dans lequel se trouvent beaucoup de quartiers de cavalerie, à l'insalubrité de la majeure partie des écuries, au défaut d'espace laissé à chaque cheval, et au manque de barrage pour séparer les chevaux.

La commission, dit M. le ministre, a eu dès-lors à s'occuper de présenter le projet d'une écurie modèle et d'indiquer les conditions de hauteur, de longueur, de largeur, d'espacement, de barrage, de pavage, etc., que devait réunir une écurie pour que les chevaux y fussent dans la meilleure situation physique. La commission a proposé d'espacer et de barrer les chevaux à 1 mètre 50 centimètres; de les placer sur deux rangs dans une écurie de 13 mètres de largeur sur 6 mètres de hauteur. Ces dimensions sont à peu près celles qui ont été adoptées dans les établissemens militaires des puissances voisines qui ont vu ainsi la morve disparaître entièrement de leurs régimens. L'espacement à 1 mètre 50 centimètres a eu pour but de permettre au cheval de se reposer, de faciliter le pansage, l'action de seller et de brider à l'écurie. La largeur de 13 mètres a eu pour objet de laisser entre la croupe des deux rangs de chevaux l'espace suffisant pour le placement des auges d'abreuvoir le long des grands côtés de l'écurie, et pour rendre prompte, facile et sans danger la circulation des cavaliers derrière les rangs des chevaux. Quant à la hauteur de 6 mètres, elle a été déterminée d'après l'opinion émise par la commission, qu'une quantité de 50 mètres cubes d'air devait être assurée à chaque cheval pour qu'il fût placé dans une bonne condition de santé et de conservation. La commission s'est appuyée dans cette circonstance sur l'avis de plusieurs auteurs, qui, après avoir comparé la capacité des poumons d'un cheval à celle des poumons de l'homme, ont adopté ce chiffre de 50 mètres cubes d'air.

Avant de prendre une décision sur cette proposition, je désire, dit M. le ministre, m'éclairer de l'avis de l'Académie. Elle appréciera ce que cette comparaison de la capacité des poumons d'un cheval à celle des poumons de l'homme peut avoir de décisif, et aura à tenir compte : 1° de la masse d'air vicié dans une écurie par les déjections et par les exhalaisons de la litière des chevaux; 2° de la nécessité, dans certaines circonstances, de tenir les chevaux à l'écurie pendant vingt-quatre heures consécutives; 3° des moyens de ventilation par lesquels on pourrait renouveler une partie de cette masse d'air à des heures déterminées.

SOURCES SALÉES CONTENANT DE L'IODE.

M. Paravey écrit à l'Académie pour appeler son attention sur un passage d'un livre très connu, le *Voyage de Stevenson*, passage dans lequel il est question d'une source salée située sur la route de Guyaquil au Pérou, source dont le sel est transporté au loin, parce qu'on a remarqué qu'employé comme condiment dans les alimens, il a une action contre le goitre. M. Paravey voudrait que l'Académie donnât de la publicité à ce fait afin d'engager quelques voyageurs à apporter en France des échantilons de ce sel dans lequel il soupçonne l'existence de l'iode.

Ce fait n'a pas tout l'intérêt que M. Paravey semble y attacher. La présence de l'iode dans l'eau de beaucoup de sources salées de l'Amérique du Sud est depuis longtemps bien constatée et il en est de même de l'action du sel qu'on en retire sur les personnes affectées de goitre.

Nous nous contenterons d'indiquer ici le tome xxx des Annales de chimie et de physique, page 91, et le tome v du Journal de physiologie, page 266, qui contiennent un mémoire de M. Boussingault et un de M. Roulin sur ce sujet. Les deux mémoires sont relatifs à la Nouvelle-Grenade ; mais la source indiquée par celle de M. Stevenson a été depuis visitée par M. Boussingault, qui en a analysé les eaux, lesquelles contiennent en effet de l'iode.

CAS RARE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

M. Larrey fait en son nom et celui de MM. Roux et Breschet un rapport sur un mémoire adressé par M. Bailleul, chirurgien à l'hospice de Bolbec.

Le cas qui fait l'objet de ce mémoire a rapport à un enfant de douze ans, employé dans une fabrique d'indienne, lequel eut la jambe droite prise dans l'engrenage d'une machine de la force de douze chevaux. La jambe, prise dans un intervalle de six centimètres environ, tomba entièrement détachée du reste du corps en laissant à quatre travers de doigt du genou une plaie irrégulière, formée par le déchirement des muscles jumeaux, dépourvus de la peau. Le tibia, entièrement dénudé et fracturé en pointe, faisant une saillie de plusieurs centimètres ; le péroné avait été rompu plus haut à trois ou quatre travers de doigt de son articulation avec ce premier os ; la cuisse du même côté présentait deux fractures au fémur, simples et sans solution de continuité aux parties molles, l'une à son quart supérieur et l'autre au quart inférieur.

Le côté gauche de la tête était encore le siége d'une plaie très irrégulière, de la largeur de la main. Plusieurs portions du cuir chevelu étaient roulées en différens sens, et une partie de l'os pariétal était dénudé de son péricrâne, mais exempt de fracture.

Le bras gauche, le dos et différentes parties du corps présentaient çà et là des traces de contusion et plusieurs excoriations à la peau; car à chaque mouvement de l'arbre tournant, l'enfant frappait contre les murailles ou contre le sol.

Le blessé, quand le docteur Bailleul le vit, un quart d'heure environ après l'accident, avait le corps tout froid, le pouls et la respiration à peine sensibles; la plaie ne fournissait plus de sang, mais dans les premiers instans l'hémorragie avait dû être considérable.

M. Bailleul, étant allé chercher les instrumens et les médicamens dont il avait besoin pour remédier à ces graves accidens, trouva à son retour que le malade avait repris l'usage de ses sens, et dès ce moment il eut l'espérance de le sauver. Il pratiqua, peu de momens après, l'amputation de la jambe, au-dessous du genou, et procéda ensuite au pansement de la plaie de la tête. Les bords de cette large déchirure furent réunis au moyen de bandelettes agglutinatives, et le pansement fut terminé par l'application d'un appareil convenable. L'enfant, mis au lit, fut pris d'un profond sommeil, suivi d'une respiration abondante, et bientôt on eut les espérances les mieux fondées d'une guérison qui, en effet, arriva assez rapidement, bien que la cicatrice de la plaie de la tête fût retardée par des escarres gangréneuses. On aurait sans doute, dit le rapporteur, évité cette affection gangréneuse, si l'on avait excisé les lambeaux desorganisés et débridé les angles de cette plaie contuse. Une autre remarque du rapporteur est relative à l'ordre dans lequel ont été administrés les secours. M. Larrey pense que, dans ce cas, comme dans tous ceux où il y a plusieurs blessures inégalement graves, le pansement doit se terminer par celle qui exige l'opération la plus grave.

TEMPÉRATURE DES VÉGÉTAUX.

Nous avons parlé récemment des expériences faites par M. Van Beck sur la chaleur propre des plantes, et dit qu'elles confirmaient parfaitement celles de M. Dutrochet; dont elles n'étaient guère, au reste, que la reproduction. Toutefois nous avons fait remarquer que, sur un point de peu d'importance, il semblait y avoir désaccord. M. Dutrochet, en effet, avait annoncé qu'en mettant en expérience comparative à l'air une partie végétale vivante et une partie végétale semblable, mais morte, cette dernière paraissait toujours plus froide que la première.

M. Van Beck a obtenu un résultat opposé. Cette opposition, remarque M Dutrochet, dans une note lue aujourd'hui à l'Académie, tient peut-être à une différence dans le mode de préparation de l'expérience. M. Van Beck a, comme moi, plongé dans l'eau très chaude la partie végétale qu'il voulait priver de vie. Peut-être l'a-t-il ensuite laissée refroidir à l'air libre et perdre ainsi par l'évaporation une partie de l'eau qui humectait la partie superficielle. Quant à moi, je la refroidissais par l'immersion dans l'eau froide, et c'était ainsi complétement imbibée d'eau que je la mettais en expérience. On conçoit qu'il devait y avoir chez elle plus d'évaporation que dans la partie végétale vivante moins humide, et que par conséquent elle devait être plus froide, tandis qu'un résultat opposé pouvait être obtenu lorsque la partie végétale, tuée par l'eau chaude, avait pu évaporer l'excès d'eau qu'elle avait acquis en séjournant pendant quelque temps à l'air libre; peut-être aussi la nature particulière des parties végétales peut-elle influer sur la différence des résultats dont il est question.

MÉMOIRE SUR L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur ce sujet. Voir un extrait de ce mémoire au commencement de ce numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JANVIER.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Marc.

M. Gérardin lit, au nom de M. Larrey, un rapport favorable sur un travail de M. Roux, chirurgien de marine.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. Dupré lit un mémoire sur les fonctions de la moelle épinière chez les grenouilles.

Voici les questions principales dont il s'est proposé la solution:

1° Déterminer le rapport d'action des cordons de la moelle épinière.

2° Etudier le mode d'épuisement de l'influx nerveux dans cet organe et les nerfs émergens chez une grenouille succombant à une lésion traumatique ou à l'action d'un agent toxique, tel que, par exemple, la strychnine.

Les expériences qu'il a faites pour déterminer le rapport d'action des cordons médullaires entre eux lui ont montré:

Que les supérieurs (postérieurs chez l'homme), exclusivement sensibles, ne transmettraient point directement aux inférieurs leur influx excitateur.

Que les seuls conducteurs de cette action étaient les filets de sensibilité émanés de la portion supérieure de la moelle, se réfléchissant en partie sur les nerfs moteurs, et regagnant la face inférieure de cet organe par un trajet rétrograde.

Ce fait anatomique, en harmonie avec l'observation physiologique, a été surtout bien indiqué par Tiedemann.

Si on examine ensuite, dit M. Dupré, quelle influence exerce chaque cordon de la moelle considéré isolément sur son congénère, on voit que cette influence est directe. Ainsi, l'irritation produite sur un point quelconque d'un cordon gauche se propage non seulement dans tous les autres points de son étendue, mais encore dans tous ceux de son congénère. Seulement, dans ce dernier, la stimulation éprouvée est moindre que dans le précédent.

On obtient les mêmes résultats, mais en sens inverse, si on opère sur le faisceau droit, au lieu d'agir sur le gauche.

Après ces considérations, M. Dupré, examine comment s'opère l'influx nerveux dans la moelle et les nerfs émergens chez une grenouille qui périt sous l'influence des expériences traumatiques, ou sous celle de la strychnine.

Quand la mort est l'effet d'une cause traumatique, dit-il, le fluide nerveux s'épuise dans la moelle de l'extrémité céphalique vers l'extrémité pelvienne, et disparaît des cordons supérieurs plutôt que des inférieurs. Dans les nerfs, l'épuisement du fluide excitateur se propage du centre à la périphérie.

L'animal succombe-t-il à l'action toxique de la strychnine? L'excitabilité de la moelle disparaît en sens inverse. Elle s'éteint alors graduellement de l'extrémité pelvienne vers l'extrémité céphalique, les nerfs des membres abdominaux ne sont plus susceptibles de stimulation, lorsque les nerfs des membres thoraciques peuvent encore être excités.

Enfin, M. Dupré termine son mémoire en avertissant qu'il n'a point la prétention de faire aux animaux supérieurs l'application des résultats qu'il a obtenus chez les grenouilles. Il faut que l'expérience directe confirme ce que l'analogie permet de supposer.

DE L'ENTÉRITE PSEUDO-MEMBRANEUSE DES ANIMAUX DE L'ESPÈCE BOVINE.

M. Delafond, vétérinaire, lit un mémoire sur ce sujet. En voici les conclusions:

1° L'entérite pseudo-membraneuse est assez fréquente chez les ruminans à grosses cornes.

2° Elle affecte surtout les individus pléthoriques bien nourris.

3° Elle se révèle par les symptômes communs aux phlegmasies intestinales, et par l'expulsion des fausses membranes qui en forment le caractère pathognomonique.

4° Elle est de nature spécifique.

5° Les fausses membranes sont analogues à celles qui se développent dans les phlegmasies de la muqueuse des voies respiratoires chez l'homme et chez les animaux.

6° Les antiphlogistiques énergiques au début, les purgatifs doux plus tard paraissent constituer le meilleur traitement à opposer à cette phlegmasie.

7° Toutefois, lorsque des débris de fausse membrane d'un aspect gangréneux, répandant une odeur putride, sont rejetés par l'anus, et qu'il y a lieu de supposer par les symptômes (fétidité de l'haleine, pétéchies des muqueuses, etc.); que la maladie a pris un caractère sceptique, on donnera avec succès la teinture de quinquina, l'eau de Rabel, etc.

(Commissaires: MM. Bouley jeune, Dupuys, Barthélemy et Nacquart.)

LITHOTRITIE URÉTRALE, PRÉCÉDÉE DE LA PONCTION DE LA VESSIE PAR LE RECTUM.

M. Ségalas fait un rapport sur une opération de lithotritie urétrale, pratiquée par M. Levrat aîné, médecin à Lyon, sur un enfant âgé de 6 ans, atteint de rétention d'urine; comme les accidens étaient urgens, on commença par ponctionner la vessie par le rectum, on dilata ensuite l'urètre avec une corde à boyau, et le calcul fut brisé dans le canal; les morceaux furent extraits en partie, ou sortirent seuls. L'enfant a recouvré toute sa santé.

M. Levrat dit avoir plusieurs fois pratiqué avec succès l'opération de la ponction vésicale.

M. Ségalas, qui ne l'a faite qu'une fois, pense qu'il ne faut pas se presser de ponctionner; que, dans ce cas, par exemple, il aurait fallu peut-être commencer par se débarrasser du calcul. Il conclut en demandant à l'Académie 1° qu'on adresse des remercîmens à l'auteur; 2° qu'on l'inscrive sur la liste qui devra fournir les membres correspondans.

M. Gerdy regarde la ponction de la vessie comme une opération très innocente; il l'a pratiquée plusieurs fois avec succès, et cite entre autres faits l'observation d'un individu qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'une chute sur le périnée; survinrent des symptômes inflammatoires, des abcès urineux; on fit la ponction; il guérit.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

BLÉPHAROPLASTIE.

M. Blandin présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué avec succès la restauration de la paupière inférieure du côté droit, au moyen d'un lambeau pris sur la tempe.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU SAMEDI 30 NOVEMBRE 1839.

PROGRAMME DES PRIX.

§ 1. — La société avait proposé un prix de la valeur 300 fr. sur la question suivante:

« *Déterminer quels sont les progrès positifs que l'auscultation soit médiate, soit immédiate, a fait faire au diagnostic et au traitement des maladies, et en particulier des affections des poumons, du cœur et des gros vaisseaux.* »

La société a reçu quatre mémoires sur cette question.

Celui de ces mémoires, enregistré sous le n° 1, porte pour épigraphe cette sentence : *Magna est veritas, prævalebit.*

L'auteur de ce mémoire débute d'une manière bien rationelle : il prend le diagnostic de chacune des maladies de poitrine qu'il examine, là où l'avaient laissé les médecins qui avaient précédé immédiatement Laennec ; il montre les erreurs très graves qu'ils ont commises, et partant de ce point, si avantageux pour l'opinion qu'il énonce dès les premières lignes, il relève l'utilité de l'auscultation par la certitude qu'elle donne dans des cas analogues. Il accorde une valeur beaucoup trop absolue à l'auscultation ; son enthousiasme est tel qu'il ne s'est pas donné la peine de réfuter, par l'analyse et le raisonnement, les faits qui pourraient infirmer une confiance aussi entière.

Il admet comme positifs, surtout les signes stéthoscopiques des maladies du cœur.

Ce mémoire annonce un esprit imbu d'une grande conviction, un observateur laborieux ; mais il a manqué à ce point essentiel de la question, c'est l'appréciation logique de l'auscultation.

Le mémoire n° 2 se distingue par cette épigraphe : *Quæ fundata sunt in naturâ crescunt et perficiuntur : quæ vero in opinione, variantur, non augentur.*

L'auteur, en rendant hommage aux médecins qui, avant le 19e siècle, ont étudié les maladies de poitrine, considère l'auscultation comme un complément des méthodes de diagnostic dont ils s'étaient servis. Il fait une large part aux signes stéthoscopiques ; il prouve combien ils sont utiles pour distinguer la pleurésie de la pneumonie, le pneumothorax ; mais cependant il ressort de ce qu'il dit que ces signes ne sont pas tellement certains qu'ils ne puissent faire tomber dans des erreurs qu'on peut redresser à l'aide des autres méthodes d'exploration. L'auteur reconnaît que si l'auscultation n'a pas fait faire des progrès positifs au traitement des maladies de poitrine, elle a du moins puissamment servi la thérapeutique, en isolant certaines maladies qui étaient confondues à cause de l'incertitude du diagnostic.

L'auteur n'accorde pas à l'auscultation autant de crédit pour le diagnostic des maladies du cœur qu'il lui en a reconnu pour celui des maladies de la poitrine. Il argumente contre ce qu'on a dit à ce sujet, en démontrant le peu de solidité de toutes les théories qui ont été présentées sur les signes stéthoscopiques du cœur et des gros vaisseaux ; toutes ces théories, selon lui, sont fausses, parce qu'il règne la plus complète obscurité sur les bruits normaux des organes de la circulation.

Quelques taches légères déparent ce mémoire, d'ailleurs si remarquable par l'appréciation judicieuse de tous les points de la question, et par la force logique du raisonnement. On peut reprocher à l'auteur de ne pas avoir établi le choix à faire entre l'auscultation médiate et immédiate. D'une autre part, si l'auscultation a peu avancé le diagnostic des maladies du cœur, il aurait dû dire si déjà ce diagnostic n'était pas très avancé par les méthodes déjà connues depuis longtemps.

L'auteur du mémoire n° 3 a choisi cette épigraphe : *On ne dit plus, je crois, je pense ; mais, j'ai vu.*

(Réveillé Parise.)

Le mérite de ce mémoire est de présenter une nomenclature exacte des signes fournis par l'auscultation, et considérés comme élémens essentiels du diagnostic des maladies du poumon, du cœur et des gros vaisseaux. Mais après cet énoncé et l'exposition de quelques faits, on ne trouve plus qu'un assentiment absolu aux assertions les plus hasardées ; l'auteur ne discute nullement plusieurs des points de la question proposée ; il semble que pour lui, la solution du problème était tout entière dans le resumé de ses propres convictions.

Néanmoins, cette œuvre est loin d'être sans mérite ; il est probable que l'auteur l'eût faite plus complète, s'il avait mis plus de temps à mûrir son sujet.

Le mémoire n° 4 porte pour épigraphe : *Si la médecine est la plus belle des sciences, l'auscultation est la plus belle découverte des temps modernes.*

Ce mémoire présente de nombreuses analogies avec le n° 1. Il est conçu sur le même plan ; on y retrouve mêmes idées comparatives sur le diagnostic des maladies de poitrine avant l'auscultation, et ce qu'il est devenu depuis l'application de cette méthode. Mais l'auteur est tombé aussi dans les mêmes défauts que nous avons reconnus au premier. Il admet sans aucune réserve tous les signes stéthoscopiques, il leur accorde toute valeur ; et cela le plus souvent sans examen, sans critique. Il n'accorde presque, pour ainsi dire, aucune confiance aux signes rationnels, tandis que les signes physiques, ceux surtout que fournit l'auscultation, lui paraissent positifs, même dans les maladies du cœur.

Les mêmes reproches que nous avons adressés au mémoire n° 1 sont donc applicables à celui-ci. Cependant il est juste de dire que l'auteur est entré plus profondément dans le sujet, qu'il en a mieux étudié toutes les parties. Il a mieux déduit les avantages que la thérapeutique a retirés de l'auscultation, et sous ce rapport il a fait preuve de connaissances pratiques plus étendues.

La société juge qu'aucun des mémoires n'a résolu complètement la question. Mais reconnaissant une supériorité incontestable au n° 2, elle accorde une médaille de 200 fr. et le titre de membre correspondant à l'auteur, M. G. Peyraux, docteur-médecin à Lyon.

Elle accorde :

Une première mention honorable et le titre de membres correspondans ;

A MM. J.-B. Barthe, docteur-medecin, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Henry Roger, docteur-médecin, auteur du mémoire n° 4.

Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant ;

A M. A. Raciborski, docteur médecin, chef de clinique médicale à l'Hôpital de la Charité, à Paris, auteur du mémoire n. 1.

§ II.—La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur cette question :

« *Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins, décrite dans ces derniers temps sous le nom de* maladie de Bright ; *déterminer, d'après des faits cliniques et d'anatomie pathologique, les caractères essentiels et traitement de cette maladie.* »

La Société a reçu trois mémoires sur cette question.

Celui qui porte le n. 1 a pour épigraphe :

« *Non tantum invenire, uti inventa probare.* »

L'auteur de ce mémoire considère la maladie de Bright comme une phlegmasie chronique des reins, dont les caractères essentiels sont l'albuminurie permanente et l'œdème. L'auteur appuie cette opinion de l'exposé *in extenso* de nombreuses observations empruntées à divers écrits. Il analyse ces observations qu'il groupe en divisions et sous-divisions, que ne justifient pas des différences assez importantes. D'ailleurs, dans l'opinion qu'il présente sur la nature essentielle de cette maladie et sur les autres points de la question proposée, l'auteur n'apporte pas une sévérité de critique qui l'aurait peut-être amené à voir dans cette maladie autre chose qu'une simple affection des reins. Il n'insiste pas assez sur l'examen des faits que l'on a présentés comme contradictoires aux caractères essentiels qu'il a reconnus à cette maladie. Les faits qu'il a observés lui-même sont en trop petit nombre, pour qu'il puisse baser le traitement sur l'opinion qu'il a adoptée quant au caractère phlegmasique qu'il accorde à la maladie de Bright.

Ce mémoire est un travail consciencieux ; il dénote un médecin laborieux ; mais, on peut ne le considérer que comme l'exposé assez complet des travaux de Bright, et de ceux qui les ont continués.

Le mémoire n. 2 porte pour épigraphe : « *Si quid novi invenis, certis circumscribas finibus.* »

Ce mémoire, écrit en latin, résume en très peu de pages l'histoire, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, et le traitement de la maladie de Bright. Il reconnaît que cette maladie n'est pas nouvelle, et il prouve que les médecins anciens avaient reconnu la présence de l'albumine dans les urines de quelques hydropiques ; quant à la nature de la maladie, il jette en passant une idée qui aurait pu être heureusement fécondée : il prétend qu'il existe une maladie primitive du sang, et que l'affection granuleuse des reins, comme l'œdème, comme la présence de l'albumine est un fait secondaire.

Ce mémoire est fort incomplet, mais on voit facilement que l'auteur est un homme de mérite qui n'a voulu qu'effleurer la question.

Le mémoire inscrit sous le n. 3, se distingue par cette pensée de F. Hoffmann : « *Ars medica tota in observationibus.* »

L'auteur, en s'appuyant sur une érudition bien choisie, prouve que les anciens connaissaient cet état pathologique que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de maladie de Briggt, d'albuminurie. Il présente un assez bon nombre de faits qu'il a observés, et il les analyse, en général, dans un esprit qu'on ne peut que louer. Il expose avec quelque étendue ses recherches sur l'anatomie pathologique des reins, des urines, du sang, etc. Il entre surtout dans de longs détails sur la thérapeutique de cette affection, détails qui annoncent qu'il a beaucoup vu et qu'il a bien observé.

Cependant, ce qu'on peut reprocher à l'auteur, c'est de ne pas s'être expliqué sur la nature spéciale de l'affection ; il ne la définit pas ; il ne s'explique pas sur le dépôt de matière granuleuse ; et tout cependant porte à croire, d'après même ses hésitations, qu'il ne peut l'attribuer seulement à la maladie des reins. Il est fâcheux que son esprit ne se soit pas dégagé de ces réticences.

La Société ne juge pas que la question ait reçu une solution satisfaisante. Cependant, voulant récompenser les efforts, quelquefois heureux qu'ont faits les auteurs des mémoires n. 1 et 3, elle accorde à chacun d'eux un jeton d'or.

L'auteur du mémoire n. 1 est M. Lalesque fils, docteur-médecin à la Teste.

Celui du n. 3 est M. Ed. Dumesnil, élève interne des hôpitaux de Paris.

§ III.—La Société avait remis au concours cette question :

« *Quelle est la meilleure méthode de reconnaître dans l'air atmosphérique les principes étrangers à sa composition intime, ceux principalement qui proviennent des corps organisés ? Faire l'application de cette méthode, en particulier, à l'analyse de l'air des marais, des prisons, des hôpitaux et des salles de spectacle.* »

La Société n'ayant reçu aucun mémoire pendant deux ans, retire cette question du concours.

§ IV. — L'écorce de la racine de grenadier sauvage est reconnue aujourd'hui comme un précieux médicament par les applications qu'on en a faites avec succès depuis bien des années pour l'expulsion du tœnia. Cependant il arrive trop souvent que ses vertus diffèrent par des circonstances qu'il n'est pas toujours permis au médecin d'apprécier. Ce n'est qu'en reprenant les recherches chimiques que l'on a faites sur cette racine, que l'on peut obtenir plus de certitude et d'identité d'effet thérapeutique.

La Société, reconnaissant l'utilité d'un semblable travail, propose un prix auquel un de ses membres lui a demandé l'agrément de s'associer, en gardant toutefois l'anonyme. Ce prix sera décerné en 1840 ; il est de 200 fr., et a pour sujet la question suivante :

« *Rechercher, par l'analyse chimique, les principes actifs de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, et confirmer par des faits cliniques leurs vertus thérapeutiques.* »

§ V. — L'apparition fréquente de la varioloïde depuis une quinzaine d'années, et l'importance que lui ont donnée des alarmes, probablement mal fondées, en ont fait une maladie qui a appelé l'attention du public tout autant que celle des médecins. Elle a mis en question, aux yeux de bien des gens, ce qui semblait avoir pour lui l'autorité du temps et d'un nombre incommensurable de faits. A cela, néanmoins, se rattache l'une des questions les plus graves de l'hygiène publique. La Société de médecine pense qu'il est de la plus grande utilité d'éclairer certains points de ce sujet qui peuvent être encore controversés. En conséquence, elle propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1840, les questions suivantes :

« *La varioloïde est-elle une maladie nouvelle ?* »

« *La varioloïde est-elle une maladie distincte, ou une simple modification de la variole?* »

« *Eclairer par des faits ces questions.* »

§ VI.—Les eaux distillées éprouvent des altérations sensibles, quelquefois en très peu de temps; elles déposent des filamens confervoïdes, elles deviennent de consistance oléagineuse, etc., etc. Il règne la plus grande incertitude dans les procédés que les pharmacopées elles-mêmes conseillent pour prévenir ces altérations. Cependant, la Société est convaincue qu'elles ne causent pas seulement un grand dommage au commerce de la pharmacie, mais encore, et sur toute chose, qu'elles transforment un remède utile et dont l'usage est très répandu, en un liquide sans vertu s'il n'est dangereux. Reconnaissant par conséquent qu'il y a utilité pour la médecine pratique d'avoir toujours des eaux distillées pures et inaltérables, la Société propose pour sujet d'un prix (1) de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« *Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier celles de fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles?* »

§ VII.—Il existe sur les maladies des os des travaux très importans, sans doute, et il semble qu'il y ait peu de chose à ajouter sous le rapport thérapeutique, surtout à ce qu'ont dit les plus grands chirurgiens du siècle dernier, et ceux de notre époque. Cependant, on ne peut s'empêcher de s'apercevoir, en lisant les traités qu'ils ont donnés à la science, qu'il règne encore beaucoup de difficultés, de confusion dans le diagnostic différentiel des diverses affections du système osseux. La chirurgie réclame un travail spécial sur ce sujet si important. La Société de médecine l'a compris, et c'est pourquoi elle propose, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« *Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.* »

§ VIII. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens, en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs, soit sur la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin sur tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitans de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ IX. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point intéressant de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans et à récompenser leurs efforts.

La compagnie a reçu cette année des mémoires du plus grand intérêt. Elle a distingué particulièrement ceux de M. le docteur Dubourg et de M. Levieux, étudiant en médecine.

Le mémoire de M. Dubourg donne la relation d'une épidémie de fièvres intermittentes pernicieuses qui a régné l'année dernière dans l'arrondissement de Marmande. Le travail de M. Dubourg est remarquable par les aperçus sur la topographie de cette localité, par les faits cliniques et surtout par les hautes vues de pratique médicale qui s'y trouvent partout répandues. La société attache un très grand prix à ce genre de travail qu'elle n'a cessé de recommander aux médecins de ce département. Elle saisit avec plaisir cette occasion de donner à M. Dubourg une preuve de sa haute estime, en même temps qu'elle couronne son mémoire :

Elle lui décerne une médaille d'encouragement.

M. Levieux a présenté à la société un mémoire sur la phlébite qui a atteint plusieurs malades à l'hôpital-Saint-André, où il est chirurgien interne-adjoint.

Ce travail décèle de l'aptitude et de l'application. La société, non moins empressée d'encourager les efforts de celui qui entre dans la carrière, que de couronner un médecin mûri par l'expérience et par des études approfondies, accorde une mention honorable à M. Levieux.

§ IX. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la société s'empressa d'en proclamer les avantages et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfans de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques, les plus complets, des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

« *Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfans vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.* »

La société accorde une médaille d'argent à M. Barbe, officier de santé à Bonnetan (Gironde), pour les tableaux de vaccinations qu'il a pratiquées cette année. Elle désire avoir encore à récompenser son zèle pour des travaux aussi philantropiques.

(1) Ce prix a été fondé par M. Loze père.

§ X. — Les mémoires écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, francs de port, chez M. Burguet, secrétaire-général de la société, rue Fondaudège, 41, avant le 15 juin, de l'année où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidans de la société ne peuvent point concourir. Les concurrens des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses, ou celles de leurs correspondans. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 30 novembre 1839.

E. Dégranges, président.
Burguet, secrétaire-général.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ESSAI SUR QUELQUES POINTS DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ORGANISME; par M. Henri Girard, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon, chef de clinique médicale à l'école de médecine de la même ville.

Le travail de M. Girard se compose de deux parties, l'une historique ou critique, l'autre clinique ou d'observation.

Dans la première section, l'auteur a rappelé les faits, les expériences et les opinions qui peuvent jeter quelque jour sur les fonctions de l'axe rachidien, sur son influence dans la vie animale et dans la vie organique. C'est sous ce dernier rapport qu'il se propose surtout de l'envisager, au point de vue pathologique.

M. Girard a cherché la solution du problème dans les faits cliniques, et les conclusions auxquelles il est arrivé sont appuyées sur un ensemble de dix observations. Elles peuvent se diviser en deux catégories : 1° affections de la moelle épinière, constatée par l'autopsie; 2° maladies de la moelle simplement diagnostiquées et guéries.

A la première catégorie se rapporte l'histoire d'une carie des trois premières vertèbres cervicales, avec compression de la moelle, causant un trouble général des fonctions; dans un autre cas, c'est une carie semblable, se terminant par une mort subite. Un troisième fait est relatif à une méningo-myélite, traitée sans succès par les moyens ordinaires, et qui fit voir à l'autopsie un ramollissement étendu de la moelle épinière. Le quatrième a pour sujet une hydropisie rachidienne consécutive à une affection granuleuse des reins.

Dans la seconde catégorie se placent 1° l'histoire d'une toux nerveuse avec gastralgie existant depuis six mois, guérie au moyen d'une application de sangsues à la colonne vertébrale. 2° Le fait d'une toux nerveuse, soulagée par l'application d'un emplâtre stibié à la région cervico-occipitale; 3° L'observation d'une femme, affectée, dans la région lombaire de la colonne épinière, d'une douleur, augmentant par la pression sur les apophyses épineuses, et accompagnée de fourmillement dans les membres inférieurs et de dysmenorrhée. La malade fut guérie par une saignée. 4° L'histoire d'une congestion rachidienne, avec troubles viscéraux (sensibilité épigastrique, toux, constipation, etc.). 5° Dans un autre cas, il y eut douleur épigastrique, dysurie, vomissemens, hématémèse, palpitations, dyspnée, constipation, altération des sens, diplopie. (On donna des bains de vapeur.) Il y eut une notable amélioration. 6° Enfin, il s'agit, dans une dernière observation, d'un enfant âgé de huit ans, affecté d'ascite, consécutivement à la disparition brusque de la rougeole. L'hydropisie se dissipa pendant une espèce de crise nerveuse, durant laquelle il se fit une abondante sécrétion urinaire.

De ces faits M. Girard tire les conclusions suivantes :

1° La moelle a une action sur les viscères ;

2° L'appréciation exacte de son état rend souvent compte de leur trouble fonctionnel; d'où il suit comme conclusion pratique qu'en combattant par des moyens appropriés, indiqués par l'expérience, la modification de vitalité du système nerveux spinal, on fait disparaître ces états morbides si voilés, qui excitent au dernier degré la sollicitude du médecin.

Bien que ces conclusions soient un peu générales et que les faits ne soient pas analysés toujours avec une rigoureuse exactitude, les observations recueillies par M. Girard ont été judicieusement choisies; elles dé-

notent dans l'auteur de la perspicacité et un bon coup-d'œil clinique. Il ne raconte pas avec trop de détails; il sait dire les choses importantes et les dit bien. Son opuscule mérite donc à tous ces titres d'être consulté par les praticiens.

DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES; par M. LALLEMAND, professeur à la Faculté de Montpellier. — Un vol. in-8°. (Suite.) 1833. A Paris, chez Béchet jeune, place de l'École-de-Médecine.

Lorsque nous rendîmes compte de la première partie de cet ouvrage (GAZ. MED. 1836, p. 517), nous exprimions le désir que l'auteur ne fît point attendre trop longtemps la suite de cette publication importante, ainsi qu'il en prenait lui-même l'engagement. Ce nouveau volume est pour nous la preuve que M. Lallemand ne néglige rien pour remplir cet engagement, et doit nous faire espérer que la science ne tardera pas à avoir, sur ce sujet, auquel se rattachent les intérêts les plus graves de la société, un ouvrage complet, et réellement au niveau de l'état actuel de la science.

Cette *suite*, qui comprend près de 400 pages, ne renferme cependant que deux chapitres, l'un sur les *abus*, l'autre sur les *excès* vénériens. Il y a sans doute bien des liaisons entre ces deux sujets, mais M. Lallemand a pensé devoir les examiner séparément. Nous ne croyons pas nécessaire d'insister sur la différence qu'il y a entre ces deux maux presqu'également funestes; les développemens dans lesquels nous allons suivre l'auteur doivent nous en dispenser. Quatorze observations rapportées avec tous les détails qu'elles comportent, forment la base du premier chapitre, et fournissent à M. Lallemand l'occasion d'étudier l'une des causes les plus fréquentes et les plus énergiques des pertes séminales involontaires. Cependant il ne se contente pas d'examiner la manière dont ces abus agissent pour produire la spermatorrée, mais il les considère sous le plus grand nombre de points de vue qu'il lui est possible, et spécialement sous celui des circonstances qui les amènent. L'attention du professeur de Montpellier s'est portée avec raison sur l'étude de ces circonstances; car c'est surtout en constatant les causes de ces abus qu'on préviendra le développement de la spermatorrée, qui en est si souvent le résultat.

Ces causes sont, les unes inhérentes à l'homme, ou intérieures; les autres extérieures; les premières ne lui sont pas particulières, bien que chez lui elles soient bien plus développées que chez aucun animal; elles se lient à son organisation même. A ces causes internes appartiennent la sécrétion continuelle du fluide spermatique, la conformation des membres supérieurs et les causes pathologiques, comme les ascarides, les affections dartreuses, certaines sécrétions anormales, et, si nous en croyons M. Lallemand, l'irritation du cervelet.

Les causes extérieures des abus vénériens sont bien plus nombreuses; elles assiègent l'homme même dès le berceau, et l'accompagnent pendant l'enfance, au collège, et quelque fois même ne le quittent pas pendant tout le cours de sa carrière. Dans l'énumération de ces différentes causes, M. Lallemand examine quelques questions qui n'intéressent pas moins l'histoire philosophique de la race humaine que la médecine; ainsi, il se demande quelle a été l'influence des progrès de la civilisation sur les abus relatifs aux organes de la génération, il examine si nos mœurs sont plus dépravées que celles des anciens, que celles des peuples modernes dont la civilisation est moins avancée, et après avoir invoqué le témoignage des livres anciens, et des faits qui se passent chaque jour sous nos yeux, il arrive à une conclusion qui n'est pas d'accord avec celle des dépréciateurs de l'époque actuelle; si la chiromancie paraît n'avoir jamais produit dans l'antiquité des ravages semblables à ceux qui ont été signalés dans ces derniers temps, si elle est réellement, comme le pense M. Lallemand, un vice propre aux sociétés modernes, les peuples anciens avaient des vices plus honteux encore et dont leurs poètes parlent sans dégoût, sans colère, et comme d'une chose connue. L'auteur tient compte dans cette discussion de la vie active des anciens et de la fréquence des exercices gymnastiques auxquels ils se livraient surtout dans leur jeunesse, comparée à la vie recluse de la jeunesse de nos jours; de l'influence qu'exerça le christianisme sur les mœurs publiques, de la direction donnée à l'instruction, de la continence volontaire des athlètes, et d'une foule d'autres conditions qui compliquent singulièrement le problème en question, et qui, si elles permettent de croire que sous le rapport de la moralité les peuples modernes sont supérieurs aux anciens, ne permettent cependant pas de douter que les anciens nous étaient supérieurs sous quelques points de vue, et surtout par les soins qu'ils donnaient à la culture du corps, si négligée de nos jours où l'on s'occupe trop exclusivement du développement des facultés intellectuelles.

Le deuxième chapitre, consacré aux *excès vénériens* contient vingt observations qui retracent les différentes formes sous lesquelles ces excès peuvent être commis, et surtout les effets funestes qu'ils exercent sur la santé de ceux qui en sont les victimes. Mais avant de s'occuper des excès, il est indispensable de savoir jusqu'où s'étend l'usage de l'acte vénérien qu'on peut regarder comme modéré, comme utile ou du moins sans inconvénient; et où commence l'excès, c'est-à-dire le danger? Ces questions importantes n'ont pas été résolues d'une manière claire; elles n'ont même jamais été bien posées, si nous en croyons M. Lallemand, et nous ne pensons pas qu'elles soient susceptibles d'une solution absolue. Nous ne savons même pas jusqu'à quel point on peut admettre la règle établie ici par M. Lallemand, qui pense qu'il y a excès toutes les fois que *post coïtum animal triste*. Mais, depuis cet état de tristesse et de regret, qui peut, en effet, indiquer qu'il y a eu excès ou inopportunité jusqu'à celui où l'on peut redouter des accidens graves, il y a assez de distance encore pour qu'avec quelque attention il soit possible de prévoir le danger et de l'éviter. M. Lallemand ne range pas, il est vrai, parmi les effets de l'*excès* les accidens qui arrivent quelquefois pendant l'acte vénérien, tels que mort subite, apoplexie, épilepsie, perte de la vue, etc., parce que ces accidens auraient pu également être amenés par toute émotion propre à augmenter les contractions du cœur, par tout effort violent prolongé qui exige la suspension plus ou moins complète de la respiration.

De l'étude des causes des excès vénériens qui sont trop connues pour que nous nous y arrêtions, M. Lallemand passe à celle de leurs effets, qu'il distingue en généraux et spéciaux, et range parmi les premiers le contraste frappant qui existe entre les peuples d'Orient et ceux d'Occident. D'un côté la polygamie, le désir presqu'exclusif des plaisirs physiques, et l'affaiblissement physique et moral qui en est le résultat presque nécessaire; de l'autre, au contraire, une tendance prononcée à mettre des bornes aux rapports sexuels, la continence honorée comme une vertu; ce besoin d'une activité continuelle, sont l'indice d'une division tranchée entre les peuples d'une même race, et paraissent à l'auteur dépendre d'excès dont il retrace l'histoire; il entre, à cette occasion, dans des développemens, qui, bien que l'écartant bien loin de son sujet, offrent cependant un vif intérêt. « Si je touche, dit-il, aux plus graves questions sociales à l'occasion des pertes séminales, c'est que la fonction de la génération est celle qui a l'influence la plus puissante, la plus directe sur l'état de la société, sur la force publique et morale de ceux qui doivent la perpétuer. »

La courte analyse que nous venons de présenter de cette seconde partie des recherches de M. Lallemand sur les pertes séminales suffit pour faire connaître la marche qu'il a adoptée et les différens points de vue sous lesquels il considère son sujet. Nous appelons de tous nos vœux l'époque où ce travail sera complet, et où il nous sera possible de le considérer d'une manière générale.

MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, FONDÉE SUR L'ANATOMIE NORMALE ET L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE; par J.-F. MALGAIGNE. — Grand in-18 de près de 800 pages. — Paris 1839, chez G. Baillière. — Troisième édition, revue et augmentée.

Le livre de M. Malgaigne est suffisamment connu, et assez bien apprécié, pour que nous soyons presque dispensé d'en donner l'analyse, et d'en faire l'éloge. Trois éditions successives en moins de quatre ans, des traductions en plusieurs langues, sont par elles-mêmes déjà d'assez bonnes recommandations.

Cette nouvelle édition s'est enrichie d'une préface où l'auteur expose d'une manière rapide la marche qu'a suivie la médecine opératoire proprement dite, pour se constituer comme science, comme branche distincte du grand tout médical. M. Malgaigne esquisse à grands traits les différentes phases par lesquelles elle a dû passer; il ne se dissimule pas l'importance de la chirurgie anglaise, l'influence des travaux de Hunter et de son école.

Mais il se hâte de relever justement le mérite des travaux publiés en France, surtout au dix-neuvième siècle; il rend pleine justice à ses contemporains, à ceux qui comme lui et avant lui ont essayé de systématiser cette partie de l'art qui réclame exclusivement l'intervention de la main.

Rien n'est changé dans cette édition au mode d'exposition; les considérations historiques y tiennent toujours aussi peu de place, à moins que cela ne soit indispensable pour l'indication d'une méthode ou d'un procédé; et en effet ce manuel devait être un livre d'amphithéâtre, un *vade mecum* du praticien qui n'a pas le loisir de remonter aux sources, ni même le temps de consulter des traités spéciaux plus étendus; le plus souvent ce n'est ni l'indication, ni le choix de la méthode qui manque,

mais plutôt certains détails minutieux que le défaut d'exercice fait si promptement oublier.

Comme chapitres nouveaux, ou traités avec plus de détails, nous citerons ceux relatifs aux opérations que réclament les plaies simples, celles par morsures d'animaux enragés, par armes à feu, etc.; l'histoire des opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances; de celles que réclament les maladies du système nerveux, et par exemple, la ponction de l'hydrocéphale, de l'hydrorachis, la section des nerfs, etc. Nous signalerons un long et important chapitre, renfermant les opérations qui se pratiquent sur les os et leurs dépendances; 1° sur les articulations; pour les hydropisies articulaires, les corps étrangers, les ankyloses, les luxations, les caries; 2° sur la continuité des os; ici M. Malgaigne traite avec quelques détails des instrumens et de leur manière d'agir; de la trépanation; des opérations qu'indiquent les exostoses, les kystes séreux et hydatiques développés dans les os, la carie, les fractures compliquées.

L'histoire du traitement des fractures non consolidées ou des articulations contre nature, a été faite avec le plus grand soin; enfin, avant d'arriver aux résections, l'auteur parle des moyens à opposer au cal vicieux ou difforme; ces moyens sont l'extension permanente, la compression, la rupture du cal; enfin sa section.

Nous avons rapporté dernièrement, d'après les journaux américains, l'histoire intéressante d'une fracture de jambe vicieusement consolidée, où la section d'un cal difforme a été suivie de succès; tontefois on a fait plus que la section, on a réellement exécuté une résection, et ce serait une cinquième méthode de traitement à ajouter; au reste, elle se trouve forcément décrite au chapitre des résections dans la continuité.

Aux opérations qui se pratiquent sur l'abdomen, M. Malgaigne a rattaché celles qui s'exécutent dans les cas d'abcès du foie, de tumeur de la vésicule biliaire, de corps étrangers dans l'estomac, les intestins; pour le volvulus, et pour les kystes de l'ovaire. Les plaies de l'abdomen, des intestins dont la thérapeutique a donné lieu dans ces dernières années à de nouveaux travaux, ont été étudiée au point de vue opératoire.

L'histoire des opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme a été complètement traitée, sans un luxe de détails inutiles. Le toucher, l'application du spéculum sont décrits avant qu'il soit question d'autres opérations plus graves et plus compliquées, qui peuvent s'exécuter sur les organes génito-urinaires de la femme.

M. Malgaigne a parlé plus longuement cette fois de la déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale, et surtout des fistules vésico-vaginales, qui tout récemment ont fourni de nouvelles et ingénieuses applications de l'autoplastie.

Enfin, pour ne rien omettre, l'auteur indique rapidement les préceptes relatifs aux opérations tocologiques les plus simples, comme aux plus compliquées, c'est-à-dire la symphyséotomie, la section du pubis, et l'opération césarienne.

Et nous aussi, pour être complet, disons quel est le mérite de ce livre; l'auteur a eu le talent d'y renfermer tout ce qu'il était nécessaire ou utile de placer dans un manuel de médecine opératoire; il fait un choix judicieux des méthodes et des procédés opératoires; il les expose et les décrit bien, sans surcharger ses descriptions de détails inutiles; beaucoup de clarté et d'exactitude. Telles sont les principales qualités que nous lui avons expérimentalement reconnues.

VARIÉTÉS.

— Par suite de l'admission à la retraite de M. le docteur Ferrus, le service médical des aliénés de Bicêtre a été divisé en deux parties : l'une confiée à M. le docteur Leuret, déjà médecin de cet hospice; l'autre à M. le docteur Voisin, médecin de la Salpêtrière. Nous ferons connaître prochainement, avec plus de détail, les modifications apportées dans les différens services des hôpitaux, par suite de la retraite de MM. Pariset, Ferrus, Bally, Manry, et autres médecins.

— Il est question de transférer la clinique de M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu. Le service de la clinique d'accouchemens subirait ainsi une augmentation considérable. Avant que ce projet reçoive son exécution, il est prudent et humain de s'enquérir des conditions hygiéniques que présente l'hôpital St-Côme, où des épidémies cruelles ont suspendu plusieurs fois l'enseignement de la clinique des accouchemens.

— M. le docteur Gibert remplace, à l'hôpital St-Louis, M. Manry, admis à la retraite.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance des médecins de Paris aura lieu dimanche 19 janvier, à trois heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

Cette réunion aura pour objet :

1° La collecte des souscriptions.

Un bureau destiné à recevoir les cotisations et les dons sera ouvert des deux heures et demie.

Désormais, par suite d'une sage économie opérée par la commission (la suppression des 600 fr. d'indemnité alloués au trésorier pour la collecte des fonds), c'est dans l'assemblée générale annuelle que seront reçues les souscriptions. Les membres de la commission se chargeront des recouvremens à opérer dans le cours de l'année.

2° Le tirage au sort du tiers entrant de la commission générale et des suppléans.

Vu l'importance nouvelle qu'acquièrent les fonctions de membre de la commission, on n'admettra que ceux des sociétaires présens à l'assemblée qui déclareront accepter ces fonctions. Un membre suppléant sera adjoint dans chaque arrondissement aux titulaires, afin que le nombre des membres corresponde au nombre des quartiers de Paris (48).

3° L'élection d'un président et d'un vice-président.

4° Le compte-rendu de la gestion de la commission pendant l'année 1839. M. le trésorier fera connaître à l'assemblée les noms des donateurs.

— Les obsèques de M. le docteur Marc, premier médecin du roi, ont eu lieu aujourd'hui en l'église de l'Assomption. Les voitures de deuil étaient nombreuses, des voitures de la cour s'étaient jointes au cortége, et plusieurs pelotons de la ligne ont rendu au défunt, officier de plusieurs ordres, les honneurs militaires. Au service funèbre, où assistait un nombreux clergé, et où l'évangile a été lu par un prêtre anglais, on remarquait une députation de l'Académie royale de médecine, et plusieurs membres du conseil de salubrité, ses collègues. Les restes mortels de M. Marc ont été inhumés au cimetière de Montmartre, où différens discours ont été prononcés, par M. de Saint-Albin, gendre du défunt; par M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine, et enfin par M. Ollivier (d'Angers), interprète du conseil de salubrité.

Le discours de M. Pariset a vivement intéressé les nombreux assistans. Mais une oraison funèbre encore plus attendrissante, ce sont les larmes qu'ont répandues sur la tombe de Marc, et son fils et d'autres proches et quelques amis sincères. Le roi lui-même a rendu un dernier hommage à sa mémoire, en lui donnant pour successeur M. le docteur Fouquier, médecin de la Charité, professeur de la Faculté, et l'un de nos praticiens les plus éclairés de la capitale.

— La troisième édition du FORMULAIRE, du docteur FOY, vient de paraître. Ce livre, qui contient la longue série de toutes les prescriptions thérapeutiques en usage en médecine, est un excellent guide pour le praticien. L'auteur a mis cette édition au niveau des connaissances du moment en donnant en formule des médicamens récemment employés, et en faisant connaître les applications du nouveau système métrique. L'une des parties la mieux traitée de ce FORMULAIRE, c'est un mémorial thérapeutique où les médicamens sont mis en regard des symptômes morbides contre lesquels ils sont dirigés. Les médecins les plus au niveau de la science y pourraient même apprendre quelque chose. Nous ne pouvons donc que recommander au public médical le nouveau FORMULAIRE du docteur Foy.

En vente, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL, avec les poids nouveaux et anciens en regard; précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler; suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles; d'un mémorial thérapeutique; de notions sur l'emploi des contrepoisons, sur les secours à donner aux noyés et aux asphyxiés. Enrichi de l'histoire de plusieurs médicamens nouveaux, tels que : l'iodoforme, le chloroforme, les iodures d'iodhyrotes de strychnine, de morphine, les iodures et chlorures doubles de mercure et de morphine, les iodures doubles de fer et de quinine, de zinc et de strychnine; la phloridzine, le cynisin, etc., etc.; par A. BOUCHARDAT, D. M. P., agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. — Paris, 1840. Un beau vol. in-18 de plus de 700 pages, sur papier fin. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez A. Gardembas, éditeur, 10, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— TRAITÉ SUR LES MALADIES PUERPÉRALES, suivi de recherches sur l'auscultation des femmes enceintes; par THÉODORE HELM, docteur en médecine et en chirurgie, membre de la Faculté de médecine de Vienne, et des sociétés médicales de Vienne et de Leipzig, etc. — In-8, 1840. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Fortin Masson et comp., libraires-éditeurs, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES, et particulièrement sur cette question : « L'air, en s'introduisant spontanément par une veine blessée pendant une opération chirurgicale, peut-il causer subitement la mort? » par J.-Z. AMUSSAT, membre de l'Académie royale de médecine. — 1 vol. in-8, de 264 pages. Prix : 5 fr.

A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 25 JANVIER 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Lettre sur l'étiologie et le traitement chirurgical des luxations et pseudo-luxations congénitales du fémur.—Note sur l'héméralopie épidémique, extraite du rapport fait au conseil de santé du port de Brest. — II. Correspondance médicale. Histoire sanitaire d'un détenu du pénitencier de Genève, mort la douzième année de sa détention. — Observation relative à une fissure à l'anus traitée par la cautérisation, les mèches, et guérie par le monésia. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 20 janvier. — Académie de médecine: séance du 21 janvier. — IV. Revue bibliographique. Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale. — Traité sur la gastralgie et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins.—Nouvelle méthode de lithotomie pubio-rectale et perfectionnement du grand appareil latéralisé. — V. Variétés.—VI. Feuilleton. Association des médecins de Paris.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LUXATIONS ET PSEUDO-LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR; adressée à M. le président de l'Académie des sciences, le 20 janvier 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

Ayant été obligé d'exposer et d'appliquer publiquement dans mes conférences cliniques sur les difformités du système osseux, des idées et une méthode de traitement que je crois nouvelles, relatives à l'origine et à la cure des difformités congénitales de la hanche, j'ai l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie le contenu d'un paquet cacheté dont elle a bien voulu recevoir le dépôt le 28 octobre 1839.

CONTENU DU PAQUET CACHETÉ.

ÉTIOLOGIE ESSENTIELLE, VARIÉTÉS ANATOMIQUES ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LUXATIONS ET PSEUDO-LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

« J'ai établi dans mon HISTOIRE DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, adressé au concours de l'Académie pour le grand prix de chirurgie, que le plus grand nombre des difformités articulaires congénitales sont le produit de la rétraction musculaire primitive: j'avais déjà compris dans cette formule générale les luxations congénitales du fémur, ainsi qu'il résulte du rapport de la commission de l'Académie sur mes travaux. Depuis cette époque, j'ai confirmé et développé cette étiologie des difformités congéniales de la hanche, et j'ai été conduit, par extension analogique, à leur appliquer le traitement chirurgical que j'ai appliqué aux difformités du pied, du genou, du col et de l'épine de même origine. Voici les conclusions du travail développé que je compte présenter à l'Académie sur cet ordre de difformités.

» 1° Les luxations congénitales du fémur sont, comme le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine, le produit de la rétraction musculaire primitive, et les variétés de cette luxation considérées sous le rapport de leur siége, de leur direction et de leur degré, le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée et de ses élémens différemment combinés dans les muscles du bassin et de la cuisse.

» 2° Il existe un ordre de difformités congénitales de la hanche, qui n'avait été indiqué par aucun auteur, difformités que j'ai appelées *pseudo-luxations*, parce qu'elles offrent l'apparence trompeuse des luxations sans sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde; les variétés de ces pseudo-luxations sont elles-même le résultat de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles pelvi-fémoraux.

» 3° Le traitement essentiel, efficace de ces difformités, indépendamment des moyens déjà connus, et qu'il faut conserver dans la limite de

Feuilleton.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — COMPTE-RENDU DE M. GIBERT, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

Cette assemblée a eu lieu le dimanche 19 janvier 1840, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila. M. Gibert, secrétaire, a rendu compte, en ces termes, de la gestion de la commission générale pendant l'exercice 1837:

« Messieurs, désireux de rendre témoins de nos actes ceux de nos honorables confrères de la capitale qui ne font point encore partie de notre association, nous avons, d'après le vœu de la commission générale, adressé une lettre d'invitation à plusieurs médecins étrangers à notre société, dans l'espoir de les voir réunir leurs efforts aux nôtres.

» Le bien que nous avons déjà obtenu, celui que nous espérons obtenir encore ne pourra manquer de faire une impression favorable sur l'esprit de ceux qui nous auront fait l'honneur d'assister à cette réunion de famille. Ici, Messieurs, point d'étiquette académique, point de discours d'apparat, point de lutte d'amour-propre, point de faste scientifique...; ce sont des médecins qu'inspire l'amour de leur profession, ce sont des praticiens qui veillent aux besoins et à la dignité de l'exercice de leur art, ce sont des confrères qui cherchent à renouer des liens depuis trop longtemps rompus, ce sont des hommes charitables qui veulent tendre une main fraternelle à ceux qu'un malheur imprévu et non mérité pourrait faire déchoir de la position qu'ils ont droit de conserver; ce sont, en un mot, les membres d'une famille dissoute par l'esprit d'égoïsme des temps et par la concurrence effrénée que tolère malheureusement l'indifférence des autorités, qui cherchent à se rejoindre sous l'égide et la protection du doyen de la Faculté, et à réparer par de communs efforts quelques-uns des maux qu'ils ont à déplorer en commun.

» Depuis l'institution de notre association qui ne date guère encore que de sept années, et qui n'a pu jusqu'ici recruter que 400 membres environ, nous avons réalisé des avantages matériels et moraux qu'il n'est plus permis à personne de méconnaître.

» Cent soixante-treize demandes ont été examinées par la commission qui n'a délivré de secours qu'après un mûr examen. Des veuves, des enfans, ont été particulièrement secourus; mais rarement (et jamais hors le cas de maladie) des hommes arrivés à l'âge où l'on doit subvenir soi-même à ses besoins. Un seul sociétaire a été forcé par un cas de ce genre de recourir à nous, et il a eu à se louer de notre manière d'agir à son égard. Loin de nous, en effet, la pensée de céder ce débordement de solliciteurs qui se jettent comme sur une proie sur toute société charitable! Nous avons repoussé sans pitié les intrigans qui n'ont pas craint de se présenter à nous sous divers prétextes... Hélas! nous avons même été contraints parfois, tant par la lettre de notre réglement que par le peu d'étendue de

leur utilité relative, doit consister dans la section des muscles rétractés. J'ai déjà fait cette opération trois fois avec succès : la première fois, le 26 novembre 1838, sur une petite fille qui m'a été confiée par M. le docteur Gaulier, de Thoiry (Seine-et-Oise), et dont la difformité avait été constatée par MM. les docteurs J. Cloquet et Mayor, de Lausanne. Les deux autres opérations ont été pratiquées il y a quatre et deux mois. »

Après cette communication, je serai heureux que M. le secrétaire perpétuel veuille bien ajouter les détails suivans :

Les luxations et pseudo-luxations congéniales des articulations du squelette, autres que celles de la hanche, reconnaissent également pour origine, dans le plus grand nombre des cas, la rétraction musculaire primitive, considérée dans ses trois modes particuliers, raccourcissement, paralysie et arrêt de développement consécutif des muscles rétractés, et les différentes variétés de ces difformités sont, comme celles du cou, de l'épine et du pied, le produit de cette rétraction, différemment distribuée dans les muscles de ces parties. J'ai fait il y a trois semaines, à l'hôpital des Enfans, chez une jeune fille de 14 ans, la section des muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, pour deux luxations incomplètes du genou, produites par la rétraction primitive de ces muscles; il y avait des deux côtés sub-luxation des tibias en arrière sur les condyles du fémur, rotation de la jambe d'un quart de cercle en dehors, et inclinaison en dehors de cette dernière sur le fémur, de 60 degrés environ. La rotation en dehors, l'inclinaison latérale, et le glissement en arrière des tibias, ont pu dès le lendemain de l'opération être ramenés à la simple flexion normale de la jambe sur la cuisse, et, depuis cette époque, il ne reste des deux difformités qu'un certain degré de flexion permanente de l'articulation. J'ai en ce moment à l'hôpital un nouvel exemple de luxation congéniale double des fémurs que je me propose de traiter par la section des muscles rétractés: j'aurai l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de cette nouvelle tentative. Je crois devoir faire observer, en terminant, que la section des muscles dans cette difformité n'a pas pour objet de faire disparaître des obstacles *accidentels* à la réduction, comme cela peut avoir lieu dans les luxations traumatiques, mais de s'adresser à la *cause mécanique* de ces lésions, et d'établir pour leur traitement une *règle nouvelle* pareille à celle que je crois avoir concouru à établir pour le *pied-bot*, le *torticolis*, et plus récemment pour les *déviations de l'épine*.

Pour rassurer immédiatement les personnes qui ne seraient pas convaincues de l'innocuité des opérations pratiquées sous la peau, hors du contact de l'air, j'ajouterai que j'ai fait le même jour, et sans désemparer, chez la jeune fille de 14 ans dont il a été question dans cette lettre, la section sous-cutanée de 13 muscles ou tendons, pour remédier à diverses difformités dont elle était atteinte; dès le lendemain, la malade n'éprouvait aucune espèce de douleur, ni de malaise, ni symptôme d'inflammation quelconque dans le siége des muscles divisés. Ces faits ont été constatés publiquement à la clinique des difformités de l'hôpital des Enfans.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR L'HÉMÉRALOPIE ÉPIDÉMIQUE, extraite du rapport fait au conseil de santé du port de Brest; par E. J. FLEURY, D. M., chirurgien-major de la marine, au port de Rochefort.

Déjà dans quelques voyages faits aux Antilles et à la côte d'Afrique, j'avais eu l'occasion de voir des cas isolés d'héméralopie; mais il ne m'était point arrivé encore d'avoir observé cette maladie sous forme épidémique. La campagne que je termine sur la frégate amiral, la *Didon*, vient de m'en offrir un exemple saillant qui, en provoquant de ma part des réflexions et des recherches nombreuses sur ce genre d'affection bizarre, me met à même, sinon de soulever un des coins du voile qui cache l'essence de cette maladie, son siége, sa nature, ses désordres, au moins d'éclairer du flambeau de l'observation sa partie étiologique. Ce point obscur une fois reconnu, il sera aisé alors d'en préserver les marins qui stationnent dans ces parages ou qui naviguent entre les tropiques.

Une circonstance non moins remarquable, disais-je, dans notre traversée de Saint-Domingue à la Martinique fut l'apparition d'une maladie fort commune sous les tropiques, l'héméralopie. Quelques cas isolés et disséminés s'étaient montrés auparavant de loin en loin; mais notre prolongation de séjour à la mer sous un soleil équatorial dardant pendant douze heures consécutives ses rayons de feu sur des surfaces blanches, lisses et douées d'une grande puissance de réflexion dont rien ne venait diminuer ou tempérer la force, donna lieu sans doute à l'augmentation comme subite d'un nombre considérable d'hommes atteins de ce genre d'affection si judicieusement comparé à l'amaurose par Scarpa.

Dans les circonstances où nous nous trouvions, il importait, pour faire cesser l'accroissement incessant de la maladie, d'en trouver la cause, puis, celle-ci connue, de chercher les moyens de guérison; mais au milieu du dédale des causes auxquelles on l'attribue, comment discerner la vraie?

Pourquoi avec quelques auteurs irions-nous la trouver dans l'habitation de lieux marécageux dont les effluves jouissent, selon eux, du funeste privilége de la faire naître, quand nous, qui habitons au milieu de vastes marais, ne l'avons jamais observée dans nos contrées, et que c'est à la mer, loin de toute plage, qu'elle s'est présentée avec le plus d'intensité?

Pourquoi avec d'autres invoquerions-nous le mauvais état de la nourriture; quand notre équipage a eu presque constamment de la viande fraîche, même sous voiles? Pourquoi ferions-nous appel encore à l'état d'humidité de l'atmosphère; quand tant de lieux humides et brumeux ne voient jamais cette affection? Dirons-nous qu'elle est due à l'inclémence de l'air de la nuit à laquelle nos équipages sont exposés? Mais pourquoi alors cette inclémence n'affecterait-elle qu'une portion minime, quand tous sont soumis aux mêmes causes, et pourquoi enfin cette influence atmosphérique nocturne ne produirait-elle exclusivement que l'héméralopie? Nous n'ajouterons pas foi non plus à ce dicton populaire qui attribue la naissance de cette maladie à l'imprudence que commettent les matelots de dormir au clair de lune; car ils y dorment tous quand le service ne les

nos ressources, à fermer l'oreille à des plaintes, trop bien fondées, sans doute, mais trop étrangères aussi à notre institution.

» Aussi grâce à la sagesse de nos statuts, grâce surtout à la sagesse et au zèle éclairé des nombreux membres appelés successivement par le sort à faire partie de la commission, nous avons réussi à fonder un capital qui ne s'élève pas à moins de 34 à 35,000 francs, produisant en ce moment 1,575 francs de rentes. Encore que notre société n'ait pu obtenir l'autorisation du conseil d'état, ces rentes ne constituent pas moins pour elle une propriété inattaquable. Un jugement récent rendu au profit d'une association non autorisée légalement (l'association de Saint-Joseph, M. le baron de Damas, président) ne peut nous laisser aucune inquiétude à cet égard. Nous ne manquerons pas d'ailleurs de reproduire notre demande en un moment plus opportun. N'oublions pas que la *Société philantropique*, si bien établie, si honorablement connue, et existant déjà depuis si longtemps, n'a cependant été légalement autorisée qu'il y a un ou deux ans. L'autorité administrative nous a déjà donné sa sanction, confirmée encore par un fait tout récent que je mentionnerai tout à l'heure.

» Je vous disais l'année dernière, que, grâce au zèle de notre trésorier, M. le docteur Vosseur, grâce au dévoûment des membres de la commission générale, le moment approchait où nos revenus annuels suffisant à nos dépenses ordinaires, nous pourrions placer au profit du capital social le montant de nos recettes. Et, en effet, Messieurs, cette année même nous avons placé la somme de 7,223 francs sur environ 8,000 francs que nous avons reçus.

» Les demandes de secours ont été peu nombreuses, étrangères toutes à notre société, presque toutes reproduites par des personnes déjà secourues plusieurs fois, envers lesquelles, par conséquent, nous avions le droit de nous montrer moins généreux. Car nous n'oublions pas que si le devoir nous est imposé de ne pas négliger le présent, l'esprit de notre institution est surtout un esprit de *prévoyance* et d'avenir!

» Le tableau suivant, dressé par les soins de M. le trésorier et arrêté par MM. les membres de la commission de comptabilité, vous instruira des détails de notre gestion :

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1839.

RECETTES.	F.	DÉPENSES. EMPLOI.	F. C.	BALANCE.	F.
Le 1er janvier 1838, en caisse	359	Secours sur le sixième des cotisations	490 00	Recettes	8,397
Cotisations	4,548	Dépenses pour impressions, distributions d'imprimés, etc.	338 65	Dépenses	8,052
Dons, admissions	2,040	Achat de 325 f. de rentes 5 %	7,223 35	RESTE	345
Rentes : Deux semestres.	1,450				
TOTAL	8,397	TOTAL	8,052 00	Le 1er janv. 1840, il reste en caiss.	345

appelle pas; d'un autre côté, imbus de l'idée que l'influence des rayons lunaires sur la vue est nuisible, les matelots ont le soin de se couvrir les yeux lorsqu'ils dorment sur le pont, et néanmoins ils sont atteints de la maladie; enfin l'affection se montre aussi bien lorsque cet astre nous est caché que quand il vient éclairer de ses pâles et faibles rayons les belles nuits des tropiques. Un de nos anciens camarades, ex-chirurgien de la marine, M. Jobit, aujourd'hui médecin à Bordeaux, dans une thèse soutenue sur ce sujet en 1829 à Montpellier, regarde cette maladie comme étant due le plus ordinairement à l'action prolongée et alternative de l'air frais et du serein des nuits dans le voisinage de la mer. Cette opinion est celle exprimée par M. Robert, dans un mémoire sur la topographie physique et médicale de Malte; c'est celle d'un médecin qui a exercé longtemps l'art de guérir à Cadix. Mais ici comme à Malte, ce n'est pas tant l'état physique des lieux et leur position sur le bord de l'eau qu'il faut interroger, que l'état du ciel toujours pur, que l'obligation où est la vue de se reposer ou sur des sables brûlans ou sur une mer réfléchissant des torrens de lumière. Cela est si vrai que les garaisons de la Martinique et de la Guadeloupe qui, comme celles des villes dont nous venons de parler, se trouvent, quant à leur position au bord de la mer, à leur exposition alternative à l'air frais et humide des nuits, ainsi qu'au serein, dans des circonstances parfaitement identiques, en sont pourtant préservées; cette différence tient indubitablement à ce que Cadix et Lavalette sont bâties sur des plages de sables, que les Antilles sont ombragées d'épaisses forêts, et que la vue se repose là sur des savanes toujours vertes qui tempèrent l'intensité des rayons lumineux.

Il est temps de laisser ces lieux communs en médecine; car évidemment pour nous, ce ne sont pas là les causes réelles qui lui donnent naissance. Si quelques épidémies rares se sont pourtant montrées en Europe, même en France, il faut néanmoins convenir que son berceau est sous l'équateur, et ce sera pour nous encore une preuve nouvelle qu'elle est due à l'intensité de la lumière, car là elle est endémique. Ainsi la vraie cause agit d'une manière directe sur la rétine. L'intensité des rayons solaires sur cette expansion nerveuse est si vive qu'elle perd, par suite de cette excitabilité et lorsqu'elle n'est plus sollicitée par elle, le ressort nécessaire pour l'accomplissement de ses facultés. Pour me servir d'une comparaison, qui pour être triviale n'en rend pas moins par parfaitement ma pensée, c'est un organe qui ne remplit plus ses fonctions, quand l'excitant n'est plus au diapason de son irritabilité; en d'autres termes, c'est l'estomac agréablement titillé d'abord par un verre d'eau-de-vie, qui finit à la longue par ne plus l'être qu'à l'aide de pintes d'alcool, et qui tombe dans un état complet d'inertie, sitôt que la chose ingérée cesse d'être en harmonie avec son mode d'irritabilité permanente. C'est une cause parfaitement semblable qui fit naître cette maladie parmi les malheureux prisonniers de guerre français si inhumainement abandonnés par les Espagnols sur l'île de Cabréra (Baléares); là, mal nourris, sans abri, sans vêtemens, exposés aux intempéries des saisons, et tout le jour à l'ardeur d'un soleil d'Afrique, sur un terrain sablonneux dépouillé d'arbres et de verdure, pas un n'en fut exempt.

Interrogeons actuellement ses causes prochaines; peut-être bien serions-nous plus heureux que pour les causes éloignées. On a prétendu que l'héméralopie était le résultat d'une disposition particulière des humeurs de l'œil; on a dit ensuite qu'elle était due à une diminution de sensibilité de la rétine; à la paralysie des prétendues fibres musculeuses de l'iris, lesquelles deviennent impropres à transmettre les images au fond de l'œil (Ruchard); à la viscosité des fluides destinés à réparer la perte de l'œil (Bridault) (1); à une anomalie particulière de la sensibilité optique modifiée de telle façon que les rayons lumineux, directement émanés du soleil peuvent seuls faire entrer l'organe de la vue dans l'exercice de ses fonctions (Boyer); au trop de consistance des fibres de la choroïde et des nerfs (Gendron); au rapport inverse qui existe entre la sensibilité de la rétine et l'intensité de la lumière (Sauvages), etc., etc. Sans nous arrêter à discuter toutes ces prétendues causes, nous confessons que, pour les cas soumis au moins à notre observation, jamais les liquides du globe oculaire nous ont paru ne pas être clairs, limpides, sans changement de couleur et parfaitement translucides; que d'un autre côté, il nous semble que la diminution de sensibilité de la rétine ne peut produire l'abolition entière de la vision dans une portion du jour notamment, mais bien la diminution de cette fonction; car ce trouble des humeurs de l'œil ou cette diminution de sensibilité existant aussi bien dans tous les instans du jour, il en résulterait que la cécité n'aurait pas seulement lieu la nuit, mais bien durant tout le temps de l'existence de ces causes supposées; ainsi l'examen des unes et des autres ne nous rendant pas un compte fidèle du phénomène en question, nous persistons à croire que la maladie est due, et nous sommes les premiers que nous sachions qui ayons avancé ce fait, à un état d'atonie de la rétine (2) résultant de la vive et trop longue excitabilité qu'elle a éprouvée par suite de la réflexion intense et prolongée des rayons lumineux sur des surfaces blanches, unies et polies, de la même manière que les arts et métiers qui exposent les yeux à l'éclat d'une vive lumière, d'un feu actif, comme les fonderies, les verreries, sont eux-mêmes susceptibles de la produire, etc. L'héméralopie du vieillard n'est-elle pas encore une preuve de notre assertion? Enfin, cette cause nous paraît être tellement la cause vraie, réelle, positive de l'affection qui nous occupe et de l'état de la rétine, sa conséquence immédiate, qu'il suffit, pour s'en guérir ou pour s'en préserver, de se soustraire ou d'habiter un lieu moins directement frappé par l'action du soleil; loin de corps qui réfléchissent trop vivement ses rayons, en face d'un tapis de verdure, par exemple. Nous aurons plus tard la confirmation de ce fait.

Les symptômes de la cécité nocturne sont si peu visibles et si peu nombreux, qu'il est souvent malaisé de la reconnaître. Cependant, dans le plus grand nombre de cas, la pupille est largement dilatée; ses oscillations sont nulles; l'œil est parfois douloureux, le malade y éprouve un sentiment de brûlure; d'autres fois il ne ressent rien, ne se plaint de nulle

(1) Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires.

(2) Dans notre rapport adressé au conseil de santé de Brest, au moment de notre arrivée, nous avions exprimé cette idée comme nous appartenant; mais rendus en France, les recherches que nous fîmes nous ont appris qu'avant nous cette explication avait été donnée par MM. Roche et Sanson, dans leurs NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, édition de 1826. Toutefois, nous nous estimons heureux d'être tombée d'accord avec de tels penseurs, et de venir, par nos observations, corroborer leur manière de voir dans cette maladie, qu'ils ont si judicieusement placée dans les asthénies du système nerveux, seul lien qu'elle doit occuper, en effet, dans un cadre nosographique. Quoique ouvrage élémentaire, nous confessons franchement que cet article nous était inconnu jusqu'à aujourd'hui; mais que, du reste, ne détruisant en rien notre manière de voir, quant à la cause productrice de l'héméralopie, nous laissons le tout dans l'état où c'était lorsque nous l'adressâmes.

» Nous n'avons eu à regretter cette année que deux membres de notre société; l'un jeune encore et frappé, pour ainsi dire, au milieu de sa carrière, le docteur Jules Hatin; l'autre, plus avancé en âge, M. le baron Yvan. Mais l'année 1840 à peine commencée, nous avons encore à déplorer la perte d'un de nos membres fondateurs, le docteur Marc, médecin du roi.

» Nous n'avons eu que *quatre* démissions: deux pour cause de départ, et deux par suite de l'application de l'article 19 de nos statuts, application qui a été faite avec une grande tolérance par votre Commission, puisque ce n'est qu'après deux années écoulées qu'elle a cru devoir aviser à l'exécution du réglement.

» Le nombre des admissions a été toujours croissant; celui des demandes a été plus grand encore; mais, investis du droit de prononcer sans contrôle sur ces demandes d'admission, la Commission a dû se montrer jalouse de conserver soigneusement le dépôt qui lui est confié de la dignité et des intérêts de l'Association.

» 46 sociétaires nouveaux ont été admis; qu'il nous soit permis de citer parmi des noms, tous également honorables, les noms populaires et scientifiques des professeurs Marjolin, Roux et Récamier.

» Une société de médecine qui s'est dissoute, l'Athénée de médecine, n'a pas cru pouvoir faire un meilleur emploi des fonds restés en caisse, que de les appliquer aux besoins de notre association. Un don de 338 fr. nous a été remis au nom de l'Athénée par les soins de M. le docteur Delmas, trésorier de cette société.

» Nous avons reçu aussi de nos confrères des départemens des marques de confiance et d'approbation. Plusieurs villes de France, et en dernier lieu, les médecins de la ville d'Evreux nous ont fait demander nos statuts. L'association de Maine-et-Loire s'est formée à l'instar de l'association parisienne; une lettre de M. le docteur Lachèze, d'Angers, nous a transmis une circulaire publiée au nom de cette association, dans le but de mettre un frein aux pratiques illégales des charlatans et des individus qui exercent la médecine sans titre.

» C'est dans un but analogue que vous-mêmes, dans l'assemblée générale annuelle précédente, avez investi votre Commission de pouvoirs nouveaux qui déjà nous ont valu quelques bons résultats.

» Une ordonnance de M. le préfet de police, dans le but d'assurer l'exécution plus stricte des dispositions de la loi, était venue apporter à la pratique des autopsies en ville des entraves si gênantes et si peu prévues qu'un des membres de notre association, M. le docteur Thierry, en a été atteint. Il croyait avoir scrupuleusement observé toutes les dispositions légales, et cependant il s'est vu poursuivi et condamné (à une simple amende de police, il est vrai) par un tribunal qui n'a pu se refuser à appliquer l'ordonnance de 1838 de M. le préfet.

» La Société s'est empressée de venir en aide au membre condamné, et grâce à l'intervention puissante de M. Orfila, son président, elle a obtenu le retrait d'une ordonnance dont la stricte exécution n'aurait pas manqué d'interdire complétement aux médecins la pratique des autopsies en ville, pratique déjà si difficile à obtenir, et pourtant si intéressante pour les progrès de la science et si utile aux besoins bien entendus de l'humanité! Par cet heureux résultat de ses soins et de ses démarches, l'association, nous ne craignons pas de le dire, a bien mérité du corps médical tout entier!

» Pour donner une nouvelle impulsion à notre association, la Commission générale a décidé que la publicité la plus grande serait donnée dans les journaux quo-

part; la dilatation, lorsqu'elle est entrée, persiste pendant la nuit; le faciès du malade annonce l'étonnement. Toutefois, nous n'avons point remarqué, avec MM. Bampfield, Dupont, Scarpa, etc., que cette maladie fût accompagnée de symptômes primitifs, tels qu'étourdissemens, céphalalgie, rongeur de la face, embarras gastrique et intestinal. Toujours elle s'est présentée dégagée de toute complication, a été primitive, isolée, est née peu à peu, insensiblement, graduellement. D'abord la vue a été troublée aux approches de la nuit par un léger voile qui venait interrompre la vision, notamment après le coucher du soleil; puis ce nuage s'est étendu; l'obscurité s'est accrue de plus en plus; la vue, enfin, a été en partie abolie, et les malades alors ont eu recours à des auxiliaires pour pouvoir se conduire. Dans cet état, la lumière d'une lampe était trop faible; les rayons lunaires eux-mêmes n'avaient plus d'action sur la rétine sur-excitée, et la cécité devenait complète au bout de quelques jours. Une chose m'a frappé dans cette épidémie extraordinaire, c'est que les yeux dont l'iris était bleu ou gris présentaient une pupille beaucoup plus ouverte que ceux d'une teinte différente; que la maladie, qui semble avoir particulièrement sévi sur de jeunes marins naviguant pour la première fois dans les mers équatoriales, a épargné les mousses (1); que toujours, généralement parlant, les rechutes, très fréquentes dans les mêmes circonstances, l'ont été bien plus chez les jeunes matelots que sur ceux qui déjà étaient venus plusieurs fois dans ces parages.

Les praticiens cités plus haut, ainsi que quelques autres qui ont observé cette bizarre affection, soit dans l'Inde, soit en Amérique, se demandent pourquoi les officiers, quoique placés, suivant eux, dans les mêmes conditions que les matelots, y sont moins sujets? Nous répondrons à cela que les raisons sont simples et qu'il n'est pas besoin d'invoquer l'influence des localités pour expliquer ce fait, attendu que cette influence, pour me servir de l'expression de l'un d'eux, est bien la même; mais qu'elle est modifiée par une infinité de causes qu'il importe que nous fassions connaître. En effet, qu'on rejette la plupart des causes supposées, un peu trop superficiellement, je crains, par les auteurs, donner naissance à cette affection, et qu'on réfléchisse à l'unique à laquelle nous l'attribuons, et l'on se convaincra que les officiers ne peuvent en être atteints à l'instar des matelots qu'ils commandent, ne se trouvant pas identiquement dans la même position. Généralement, à bord des batimens de guerre, l'équipage court ce qu'on appelle la grande bordée, sitôt que le navire est sous voiles. De cette manière, les hommes sont soumis à tour de rôle, et durant six heures consécutives, à l'action de la lumière. Beaucoup d'entre eux, par la nature des fonctions qu'ils remplissent, occupent pendant ce laps de temps les parties élevées de la mâture, et par là leur vue embrasse une plus grande étendue de surface réfléchissant les rayons lumineux du soleil, dont rien ne les préserve. Les autres, occupés sur le pont aux diverses manœuvres, ou immobiles, si le temps le permet, sont encore bien plus fortement soumis à leur action directe : 1° par leur inactivité; 2° et parce que, dans l'impossibilité où l'on est souvent de placer la grande tente, ils reçoivent immédiatement, et à une faible distance, ceux de ces faisceaux lumineux que réfléchissent le pont, les voiles, la mer souvent unie comme une glace, et les divers métaux aujourd'hui beaucoup trop polis et luisans. D'autre part, ils ont la tête couverte, ou d'une casquette sans visière, ou d'un chapeau dont les bords sont excessivement étroits : toutes causes qui, selon nous, ne garantissent pas l'œil de cette vive et ardente lumière, laquelle l'affecte, au contraire, désagréablement et douloureusement, et contribuent au contraire à disposer cet organe, déjà si sensible, à devenir malade. En récapitulant, d'un autre côté, la longue liste des causes communes à toutes les maladies, afin de ne pas être taxés de prévention, nous verrons encore que l'officier est mieux nourri que le marin; qu'il est moins que ce dernier soumis aux intempéries atmosphériques; qu'il peut se soustraire plus aisément que son subordonné aux causes prétendues accusées d'enfanter l'héméralopie, soit en changeant de linge, soit en variant davantage sa nourriture. Mais les raisons positives à donner en faveur de l'officier, lesquelles, sans restreindre l'influence locale, en diminuent l'action, consistent à ne faire que quatre heures de quart dans un temps donné, beaucoup moins long que celui réglementairement voulu pour les équipages, sous une tente bien faite, souvent garnie de rideaux, pour être moins incommodés de la réverbération du soleil; de plus, à rester à l'ombre dans les parties basses du navire tout le temps de la forte chaleur, ou bien à monter sur les gaillards avec la faculté d'avoir un chapeau de paille à larges bords, et quelquefois même à porter des lunettes de couleur; à ne point être enfin dans des conditions individuelles parfaitement semblables à celles du matelot. Et quant à son exposition aux causes réelles, qui, d'après nos observations, provoquent cette maladie, il est évident qu'elle n'est pas la même; ainsi, la question posée par Bampfield, Dupont, Fournier, etc., se trouve naturellement résolue, et cela de la manière la plus simple, la plus probable. Il faudra donc en conclure que MM. les officiers n'en sont exempts que parce qu'ils se soustraient à la cause vraie qui la voit se développer, et surtout parce qu'ils préservent leur vue de la force des rayons solaires, ou du moins en diminuent leur intensité par des moyens artificiels.

Nous avons signalé plus haut la difficulté du diagnostic dans la cécité nocturne, et cela parce que le peu de symptômes qui viennent en aide au praticien qui, dans cette circonstance, est souvent dans la nécessité de s'en rapporter au dire du malade, on réduit à le faire observer pour ne pas être sa dupe, sont et peu sensibles et peu nombreux. Mais tout embarras cesse quand il s'agit du pronostic; car d'avance, et pour peu qu'on ait eu déjà l'occasion de l'observer, on peut affirmer que l'affection sera légère, de peu de durée; que le changement de latitude consolidera infailliblement la guérison, tandis que si l'on reste soumis aux mêmes influences, ou plutôt à l'intensité de la lumière, les rechutes seront fréquentes, et alors la maladie plus tenace, entraînera une cure plus longue. Nous avons effectivement remarqué que sur 30 ou 40 cas au moins, tous ont duré de huit à quinze jours; que la vue, chez plusieurs autres, est revenue vite, et que l'œil recouvrait promptement l'intégrité de ses fonctions dans un laps de temps fort court. Cependant, cette marche n'a pas été constamment régulière; car la vue est revenue lentement, peu à peu, chez ceux de nos malades qui avaient rechuté plusieurs fois, et cela se conçoit, puisque nous étions toujours sous l'influence des causes qui en amenaient le développement, et que l'organe plus profondément atteint devait être plus facilement impressionné. Enfin, nous acquérions l'assurance du retour à la santé lorsque, joint aux rapports du malade lui-même, la pupille jusque-là insensible à son excitant propre, se contractait et se dilatait alternativement quand on la soumettait à l'impression brusque de la lumière. Une remarque importante à signaler au praticien est celle ci :

(1) Jeunes enfans.

---

tidiens à nos séances annuelles, et que nous publierions par la même voie les noms des membres nouveaux, ainsi que ceux des *donateurs*.

» Vous le voyez, Messieurs, guidés par le zèle éclairé de notre président-fondateur, les membres de votre Commission n'ont négligé aucune occasion de veiller aux intérêts de l'association et à ceux de la profession tout entière. Elle peut se glorifier à bon droit du bien qu'elle a déjà fait, elle peut justement espérer de voir fructifier et s'étendre celui qu'elle espère pour l'avenir.

» Que les membres de l'association des médecins de Paris s'encouragent donc et se fortifient dans la tâche utile qu'ils ont entreprise! Que ceux de nos confrères qui n'en font point encore partie viennent nous aider de leurs lumières et de leur concours. C'est le plus ardent de nos vœux, ce sera aussi, nous l'espérons, la récompense prochaine et inévitable de nos travaux et de notre persévérance! »

L'impression de ce compte-rendu et la distribution aux médecins de Paris a été votée par l'assemblée.

Dans cette séance générale ont été réélus président et vice-président, M. Orfila et M. Fouquier.

La Commission générale pour 1840 est ainsi composée :

1er ARRONDISSEMENT.

MM. Izarié, rue Castellane, 9; Andrieux, rue Joubert, 35; Duval (Louis), rue de l'Arcade, 36; Charruean, rue Godot, 18.

2e ARRONDISSEMENT.

MM. Tanchou, rue Favart, 6; Piet, rue Notre-Dame-de-Lorette, 36; Goupil, rue des Orties-St-Honoré, 9; Guillon, rue Neuve-St-Augustin, 18.

3e ARRONDISSEMENT.

MM. Janin, place des Victoires, 7; Fiard, rue Hauteville, 18; Bourgeois, rue Montorgueil, 71; Audry, rue de l'Échiquier, 20.

4e ARRONDISSEMENT.

MM. Léger (Fleurus), quai de l'École, 16; Perdrix, place du Louvre, 12; Pillon, rue des Deux-Boules, 3; Cordier, place St-Germain-l'Auxerrois, 24.

5e ARRONDISSEMENT.

MM. Roger, rue Mauconseil, 18; Mareillaux-Crespiat, rue St-Denis, 2; Campardon, rue du Faubourg-du-Temple, 15; Creselv, boulevart Bonne-Nouvelle, 11.

6e ARRONDISSEMENT.

MM. Ledeschault, rue St-Martin, 5; Rey, rue Meslay, 32; Audiffray-Erambert, rue Meslay, 28; Lozes, rue de Vendôme, 10.

sitôt que la maladie marche vers la guérison, on voit la pupille se contracter peu à peu, et revenir insensiblement à ses dimensions habituelles et normales; alors la vue n'est plus égarée; cet air d'hébétude, presque caractéristique dans la cécité nocturne, cette sorte d'étonnement qu'on observe au début, disparaissent, s'évanouissent en totalité; le facies reprend sa gaîté ordinaire, comme la pupille elle-même recouvre ses oscillations.

Dans le principe nous n'avions point adopté de méthode curative régulière; nous flottions, indécis, entre tous les modes suivis, vantés, plus ou moins préconisés, et nous pensions que ces méthodes générales ne pouvaient convenir indifféremment à tous les cas, attendu que ceux que nous observions nous semblaient différer de ceux décrits par quelques auteurs. Néanmoins nous ne vîmes point d'inconvénient à employer, avec Bampfield, les vésicatoires aux tempes; avec d'autres, les évacuans répétés. Ici, nous avions mis en usage les saignées locales, hieo que, pas plus que dans la supposition antérieure, il y eût congestion cérébrale ou embarras intestinal; mais parce que nous tenions à pouvoir apprécier chacune de ces méthodes. Là, nous ordonnions avec Chamsern, Fournier, Dupont, les dérivatifs à l'intérieur et loin du lieu affecté; une autre fois c'était les vapeurs irritantes dirigées au contraire directement vers le siége apparent du mal. Mais avec tous ces essais, nous nous aperçûmes bientôt que la guérison était plus longue, soit que cela tînt à l'inopportunité du traitement, soit que cela fut dû au genre d'héméralopie que nous étudions. Nous avons donc été naturellement conduit à attribuer ces insuccès réels, à ce que cette affection n'était pas, comme celles mentionnées par les auteurs, précédée, accompagnée ou suivie des épiphénomènes relatés dans leurs divers écrits. Force a donc été alors de changer de batterie, et après quelques courts tâtonnemens, nous avons eu lien de nous applaudir du mode fort simple de traitement que nous avons adopté. Ici encore deux indications sont à remplir :

1° Soustraire le malade à la cause déterminante;

2° Traiter rationnellement la maladie, lorsqu'elle est évidemment déclarée, malgré tous nos efforts.

Or, on remplit la première indication en garantissant la vue de l'héméralope ou de celui qui est menacé de le devenir, en le faisant tenir en bas à l'ombre et le dos tourné à la lumière de manière à éviter l'action de ces faisceaux lumineux si forts, si pénétrans; plus tard, en le contraignant à porter une large visière verte. Puis la seconde consiste à donner un léger minoratif pour peu qu'il y ait constipation, à appliquer un large vésicatoire à la nuque, et à faire prendre un on deux pédiluves sinapisés dans la journée. Cette irritation dérivative continuée et entretenue pendant quelque temps suffisait d'ordinaire. Il n'était même pas rare que le malade eût recouvré la vue, quoique imparfaitement dans les premières quarante-huit heures. Toutefois de fréquentes rechutes et la persistance de la cécité dans plusieurs cas, nous ont contraint de mettre un séton à la nuque et de répéter l'emploi des purgatifs. Nous avons tenté sans réussite et dans les circonstances de temps et de lieux les plus favorables, l'emploi isolé des vapeurs d'ammoniaque ou de foie bouilli, ces dernières vantées et recommandées surtout par Dupont. Toujours et dans tous les cas, il nous a fallu avoir recours à d'autres moyens et ne compter sur ceux-ci que comme auxiliaires. Enfin, abandonnée à elle-même, bien que l'héméralope fût soustraite à l'influence des causes, la maladie, lorsqu'elle était bien déclarée, continuait de faire des progrès.

Cependant, arrivés à la Martinique, quoique fort nombreux, nos héméralopes n'ont point augmenté pendant le mois entier que nous y sommes encore restés. Leur guérison s'est consolidée au contraire et il ne s'en est point présenté de nouveaux cas. A quoi attribuer cet heureux changement? Est-ce à l'adjonction plus régulière et plus constante des vapeurs de foie bouillie. Au traitement suivi en général, ou bien au changement survenu dans l'aspect du ciel et l'état de l'atmosphère? L'une et l'autre circonstance peuvent y avoir contribué sans doute; car employées isolément et irrégulièrement dans le cours de la traversée, les vapeurs de foie bouilli ont pu ne pas jour de l'efficacité reconnue par Dupont et quelques personnes étrangères à la médecine qui les avaient vu employer avantageusement à Cabréra et recouvrer enfin leur réputation lorsqu'elles l'ont été journellement et continuellement soit pendant l'existence de l'affection, soit après sa disparition. Mais ici la chose importante gît tout entière dans la modification apportée, par suite de l'approche de l'hivernage, à l'état du ciel et de l'atmosphère. En effet, celle-ci était brumeuse ou pluvieuse, celui là presque toujours couvert, de telle sorte que les rayons solaires projetés moins fortement et moins directement, le soleil n'étant plus au zénith, étaient tempérés encore par les pluies; tandis que d'un autre côté l'aspect des corps terrestres ayant pris une teinte plus sombre, la verdure s'étant épaissie partout, ils étaient réfléchis avec moins d'intensité. En outre, les hommes se trouvant à couvert de l'action on directe ou indirecte des faisceaux solaires par le placement obligé des tentes pour les préserver de la pluie, placement qui avait lieu du matin au soir, il a dû en résulter nécessairement et une amélioration manifeste chez ceux déjà atteints et une cessation de cause évidente pour amener à son tour l'abolition de la maladie; c'est effectivement ce qui a eu lieu; mais aussitôt que la frégate a été sous voiles, qu'il a été impossible de la tenter comme à l'ancre; que cinglant vers le nord, nous avons trouvé un ciel plus serein, plus pur, un soleil plus perpendiculaire et plus ardent, des jours plus longs et une réflexion plus directe et plus forte, provenant de la tranquillité de la mer qu'un souffle léger ridait comme à regret; que nous sommes restés à l'ancre, à New-Yorck sans tente, exposés à l'ardeur et à la force des rayons solaires, sous un ciel du mois d'août, oh! alors des cas nouveaux se sont présentés, des rechutes ont eu lieu et si cette position eût duré quelques jours encore, il est démontré, pour nous, que le nombre s'en fût considérablement accru.

Le fait que nous avançons actuellement nous semble tellement probant que nous croyons devoir ajouter encore aux preuves que nous avons données, celles que nous a fournies notre séjour à Cadix et à Lisbonne au retour de l'Amérique du Nord. Nous dirons :

Le changement de latitude ou plutôt les variations atmosphérique, les alternatives de sérénité ou d'obscurité du ciel; la force ou la faiblesse des rayons solaires avaient amené à bien cette épidémie, et lorsque nous touchâmes le sol européen, nous ne comptions plus un seul homme atteint de cette bizarre infirmité. Eh bien! pendant notre séjour à Cadix où nous retrouvâmes à peu de chose près les mêmes conditions climatériques qu'aux Antilles, nous eûmes des rechutes, et rendus à Lisbonne, des cas nouveaux. Certes il est difficile d'offrir une masse de faits plus propres à confirmer ce que nous avons avancé, savoir que cette maladie a pour cause réelle et positive, non plus la mauvaise nourriture, non plus l'état miasmatique de l'atmosphère, etc.; mais bien le degré de force et de réflexion des rayons lumineux sur la rétine, et, bien qu'ici ils jouissaient

7e ARRONDISSEMENT.

MM. Ductos, rue Ste-Avoie, 25; Gogot, rue St-Antoine, 81; Videcoq, rue St-Martin, 132; Marx, quai de Gèvres, 10.

8e ARRONDISSEMENT.

MM. Belbomme, rue de Charonne, 161; Berton (Delphin), rue St-Louis, au Marais, 79; Augouard, place Royale, 22; Sorbier, rue des Tournelles, 52.

9e ARRONDISSEMENT.

MM. Hatin (Félix), rue du Haut-Moulin, 10; Deville, rue Geoffroy-l'Asnier, 30; Dubois, rue St-Paul, 21; Chailly, quai Napoléon, 23.

10e ARRONDISSEMENT.

MM. Cornac, hôtel des Invalides; Smith, rue de l'Abbaye, 9; Guersant fils, rue Jacob, 28; Homolle, rue Jacob, 52.

11e ARRONDISSEMENT.

MM. Cullerier, rue Voltaire, 2; Morin, rue Hautefeuille, 12; Reynier, rue du Cimetière-St-André-des-Arts, 3; Planté-Mengelle, rue de la Sorbonne, 3.

12e ARRONDISSEMENT.

MM. Menière, rue St-Jacques, 256; Ratier, rue de l'Arbalète, 25; Lemoine, rue du Val-de-Grâce, 3; Clement, quai de la Tournelle, 31.

Ceux de MM. les Sociétaires qui n'ont point encore acquitté leur cotisation, et les personnes qui auront des dons à remettre, sont priés de vouloir bien en adresser le montant, soit à M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association, rue de Lille, 4 (de 4 à 5 heures tous les jours); soit à l'un des membres de la Commission.

Les docteurs en médecine de l'une des Facultés du royaume qui désireront faire partie de l'Association pourront adresser leur demande, soit à M. Gibert, secrétaire-général de l'Association, rue du Sentier, 18; soit à M. Vosseur, trésorier de l'Association, rue de Lille, 4; soit à l'un de MM. les membres de la Commission générale, dont l'adresse est ci-dessus indiquée.

Paris, 19 janvier 1840.

Pour M. le président,

Gibert, secrétaire-général.

Nota. La commission générale se réunit le premier vendredi de chaque mois à huit heures du soir dans le cabinet de M. le doyen, à l'Ecole de médecine.

d'une intensité évidemment moins grande que sous les tropiques, on ne peut se refuser d'admettre qu'elle le fût encore assez pour affecter des organes affaiblis par des rechutes répétées et fatigués par une reverbération que rien ne venait en diminuer ou tempérer.

Nous dirons donc pour en finir que tant de causes éloignées ayant été groupées, qui sont annihilées; tant de causes prochaines ayant été avancées qui ont été annullées; tant de raisonnemens ayant été faits pour expliquer les phénomènes les plus clairs et les plus simples, qui se sont écroulés; tant de conclusions en ayant été déduites qui se sont trouvées fausses; tant d'explications ayant été jetées sur la route pour pénétrer l'essence de cette infirmité rarement grave, presque toujours légère, qui se sont arrêtées sans soulever le voile qui nous cache la vérité; tant d'obscurités enfin régnant encore sur le siége de cette maladie, qui ne sont point dissipées de nos jours, il faut forcément en conclure que (et la contre-épreuve que nous a heureusement offerte la traversée de la Martinique à New-Yorck vient corroborer notre manière de penser) l'héméralopie peut hardiment être attribuée à l'action forte, vive, ardente, continue des rayons lumineux, directs ou réfléchis sur la rétine, action qui, à la longue et par suite de la superexcitation qu'ils provoquent, amène l'atonie de cette partie et la perte graduelle et instantanée de la vue lorsque l'expansion nerveuse n'est plus sollicitée par la même force; de la même manière qu'une forte contention d'esprit produit l'absence complète d'idées, par suite de l'inévitable lassitude de l'organe cérébral.

Relativement au traitement, nous dirons encore qu'il peut se borner à la simple apposition d'un vésicatoire à la nuque et à la soustraction obligée du malade aux causes qui enfantent la maladie; que l'efficacité des vapeurs de foie bouilli, malgré l'autorité de Dupont, est pour le moins douteuse, tout aussi bien que celles d'ammoniaque, d'éther, dirigées vers le globe de l'œil, quelque fortes qu'elles soient d'ailleurs. Enfin, dans les complications observées, il sera convenable de les combattre, avant de s'adresser à l'organe malade lui-même. Nous pensons qu'il serait possible d'en préserver les équipages qui naviguent entre les tropiques, en ayant les tentes constamment faites, et prescrivant aux hommes d'élargir les bords trop étroits de leur chapeau de paille, dût-on en faire l'objet d'un réglement *ad hoc*, avec l'injonction d'en verdir le dessous; de ne leur faire porter une casquette, enfin, que le soir et le matin. Il ne serait pas plus absurde d'obtempérer à ma demande, qu'il l'a été d'accorder des bottes, des gants, des bas de laine, etc., aux équipages qui fréquentent les mers du Nord.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HISTOIRE SANITAIRE D'UN DÉTENU DU PÉNITENCIER DE GENÈVE, MORT LA DOUZIÈME ANNÉE DE SA DÉTENTION; par MARC D'ESPINE, médecin des prisons du canton de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre fondateur de la Société médicale d'observation.

CARIE DU POIGNET; INUTILITÉ DE TOUS LES MOYENS TENTÉS POUR ENRAYER SES PROGRÈS; DÉVELOPPEMENT GRADUEL DE LA DIATHÈSE SCROFULEUSE; ESSAI DE TRAITEMENT HOMÉOPATIQUE; AMPUTATION DU POIGNET CARIÉ; GUÉRISON. MORT TROIS MOIS PLUS TARD, SOUS L'INFLUENCE DE SYMPTÔMES CÉRÉBRO ABDOMINAUX; DIATHÈSE TUBERCULEUSE RÉVÉLÉE PAR L'AUTOPSIE; LOI DE DÉVELOPPEMENT DE CETTE DIATHÈSE D'APRÈS L'ANALYSE COMPARÉE DES SYMPTÔMES ET DES LÉSIONS; RÉFLEXIONS SUR LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT HOMÉOPATHIQUE ET SUR L'UTILITÉ DE L'AUSCULTATION.

OBS.—Antoine Taponnier naquit en 1803, à Archamp, village de Savoie situé sur la limite méridionale du canton de Genève. Son père et sa mère étaient d'honnêtes paysans; le premier mourut paralytique à 45 ans; la mère plus tard, à 60 ans, d'une hydropisie. Pendant leur vie, l'un et l'autre jouirent d'une bonne santé. Taponnier est le cadet de cinq autres enfans, parmi lesquels une seule fille. Ils jouissent tous d'une bonne santé; un seul a eu dans son enfance une glande engorgée au col qui s'est fondue lentement. La mère n'a eu ni fausses couches ni mort-nés à terme. Aucun des enfans n'est sujet aux affections herpétiques.

Taponnier eut pendant les seize premières années de sa vie des migraines assez intenses, qui souvent s'accompagnaient de vomissemens, et laissaient rarement un intervalle de plus de dix à douze jours entre les crises. Après seize ans, elles se dissipèrent peu à peu. A 7 ans, Taponnier eut la petite-vérole pendant qu'il habitait une bergerie de moutons; les pustules étaient volumineuses, mais discrètes; elles ne laissèrent pas de marques visibles; un médecin s'en servit pour pratiquer l'inoculation, mais on ignore s'il réussit. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu la rougeole ni la scarlatine. Il a été toute sa vie assez sujet à s'enrhumer; tous les hivers il toussait, mais crachait peu ou point, et jamais de sang. Sa respiration était si bonne avant sa détention, et ses forces se conservaient si entières, qu'il pouvait monter d'une traite l'un après l'autre 25 sacs de blé au grenier. Il n'a été sujet ni aux dartres, ni aux rhumatismes, ni aux palpitations. Vers l'âge de 17 ans, le développement de plusieurs furoncles coïncida avec la disparition des migraines. A 19 ans, un abcès froid se forma à 2 pouces au-dessous du mamelon gauche, et après une suppuration lente, une cicatrice ferma la plaie. Taponnier était très vif et passionné; il se livra dès l'âge de 13 ans aux rapports sexuels et en fit excès; il n'eut jamais de symptômes syphilitiques et ne s'adonna à l'onanisme que dans les premières années de sa détention. Son goût pour le vin, quoique moins violent que la passion que je viens de signaler, fut cependant assez prononcé pour le conduire quelquefois jusqu'à l'ivresse; ce vice enté sur la nature impétueuse de son caractère fut la cause des malheurs de sa vie; car c'est après être sorti d'un cabaret où il avait bu avec son camarade Pisteur, qu'il commit sur ce dernier le meurtre qui le fit entrer en prison en 1828; il n'avait alors que 23 ans. Cette seconde période de la vie de Taponnier embrasse un espace de douze ans, terminé par sa mort encore toute récente. Aux circonstances que je viens de signaler, et qui sont toutes antérieures à sa détention, j'ajouterai qu'à son entrée en prison Taponnier n'avait ni goître, ni engorgemens glandulaires, que sa santé était généralement bonne, sauf de la toux pendant l'hiver, que sa complexion était forte, son embonpoint médiocre, sa peau un peu mince et délicate, ses yeux d'un brun très clair, ses cheveux d'un blond châtain.

Pendant les cinq ou six premières années de détention, Taponnier s'adonna d'une manière continue à l'onanisme; il ne se passa pas de semaine où il ne s'y livrât une, le plus souvent deux et jusqu'à trois fois; mais l'excès ne dépassa cependant pas cette limite, en sorte qu'il ne se rappelle pas être revenu à la charge dans un même jour, ni deux jours de suite. Vers la sixième année de la détention, la surveillance et les exhortations pleines de sollicitude du comité moral du pénitencier obtinrent enfin quelque succès auprès du malheureux détenu qui, dès-lors, se tourna avec ardeur vers les consolations religieuses, et devint peu à peu le plus bel échantillon de l'œuvre charitable à laquelle ce comité travaille sans relâche. Durant les six dernières années de sa vie, non seulement Taponnier put vaincre complètement le vice qui l'avait dominé pendant le commencement de sa détention, mais encore son caractère, de vif et emporté qu'il avait été, prit un cachet de douceur et d'affectualité qui le prépara à la parfaite patience et résignation dont il offrit l'exemple pendant la dernière et douloureuse période de son existence.

Vers la trente-deuxième année de sa vie (la neuvième de sa détention) Taponnier commença à ressentir des douleurs obscures dans le poignet gauche; peu à peu il se développa de la tuméfaction vers cette même région, puis des ouvertures laissèrent échapper une suppuration claire, de mauvaise nature, et finirent par devenir de véritables trajets fistuleux. Il y avait près de deux ans que ce mal durait et résistait à tous les moyens employés par mon prédécesseur et ami M. le docteur Dupin, lorsque j'entrai en fonction de médecin de la prison, en octobre dernier. A cette époque, la tuméfaction s'étendait sur la paume et le dos de la main, d'une part, et remontait, de l'autre, jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'avant-bras. L'indicateur et le doigt médius avaient seuls la faculté de se mouvoir légèrement sans les efforts de contraction du malade; la peau était d'un rouge violacé et douloureuse sur toute la région du mal; divers orifices qui se dirigeaient principalement vers la face palmaire regorgeaient d'une suppuration assez claire, et laissaient pénétrer le stylet jusque sur les surfaces osseuses dénudées. Le malade portait son bras en écharpe, passait une partie de la journée assis, se livrant dans l'infirmerie aux petits travaux compatibles avec sa situation. La face était blême, l'appétit peu considérable; il y avait depuis quelque temps un peu de toux et de fréquens maux de tête que le malade rapportait principalement à la région occipitale. M. le docteur Dupin avait déjà essayé de plusieurs moxas sur le poignet malade, et avait administré tour à tour du soufre, des frictions d'or sur la langue, des mercuriaux iodures et autres, du nitrate de baryte qu'il fallut suspendre, parce que l'estomac ne le supportait pas; des bains soufrés, des lotions d'acétate de plomb et divers autres astringens avaient été employés, et tous ces moyens n'avaient pas empêché la maladie d'augmenter graduellement, quoique lentement. J'essayai moi-même de réunir à quelques-unes des médications précitées, et je ne tardai pas à constater leur inefficacité. Vers le mois de janvier, j'envoyai Taponnier à l'hôpital, comptant, ou que le chirurgien se déciderait à pratiquer l'amputation, ou que l'hygiène moins sévère et plus appropriée à l'état du malade aurait un effet plus heureux sur la santé de Taponnier, que n'en avait eu jusqu'alors le régime du pénitencier. L'amputation fut regardée comme dangereuse à tenter au milieu de la saison rigoureuse; on essaya pendant deux mois les bains soufrés, et la tisane de salsepareille, et Taponnier me fut renvoyé dans le courant de mars, au moins aussi malade qu'avant. Le poignet était parfois le siége de douleurs très vives; de temps en temps de nouveaux foyers purulens se formaient, et il n'y avait de soulagement que lorsqu'ils parvenaient à se faire jour au-dehors. En outre, le malade avait maigri; quelques sueurs nocturnes avaient paru, et vers le commencement de mars une toux fréquente et fatigante, accompagnée d'expectoration blanche, sans caractère particulier, s'établit, puis s'accrut de plus en plus. Voici les résultats que fournit l'exploration de la poitrine répétée plusieurs fois: la poitrine est bien conformée; la percussion pratiquée devant et derrière est suffisamment et également sonore des deux côtés. La respiration est à peu près naturelle sous la clavicule droite, tandis que sous la gauche elle est un peu rude, s'accompagne d'un peu de bruit d'expiration; mais il n'y a sur le devant de la poitrine ni retentissement, ni gargouillement, ni aucune trace de râle, ni souffle bronchique. Derrière en plusieurs points des deux régions scapulaires, la respiration est un peu bronchique, accompagnée d'une expiration plus ou moins évidente; peut-être un peu de retentissement vers ces mêmes régions, mais ni râle, ni gargouillement. Ces résultats seront fort intéressans à rapprocher de l'autopsie. C'est aussi vers le milieu de mars que je constatai pour la première fois l'existence de glandes engorgées assez volumineuses sous l'aisselle droite, et derrière l'angle droit de la mâchoire

inférieure. Mais il est probable qu'elles dataient de plns loin, et j'ajouterai même que M. le docteur Dnpin eut l'occasion d'oovrir d'autres abcès un an anparavant, situés aux mêmes régions, à ganche.

Au milieu de mars, je me décidai, sur la pressante sollicitation du comité moral et du malade, et aussi faute de savoir que tenter avce quelque chance de succès, à essayer sur Taponnier un traitement homéopathique; mes principes en matière de moralité scientifique me portant à ne reculer devant aucun genre d'essai, lorsqu'à la fois la conscience du médecin et le désir du malade ou de ceux qui en ont la responsabilité se tronvent en parfait accord. Il ne fant pas avoir fait longtemps le métier d'observateur pour comprendre que l'observation porte toujours ses fruits, fût elle-même appliquee à l'étude d'agens qu'on serait tenté de considérer *à priori*, comme illusoires. Si les doses hahnemaniennes sont de nul effet, ce n'est que par l'observation qu'on peut le démontrer incontestablement; c'est-à-dire sans réplique; si elles ont quelque effet, ce n'est encore que par l'observation qu'on peut le constater, et les médecins homœopathistes, comme tous les théoriciens, ne comprenant pas ce que c'est que la démonstration par l'observation, ont cru démontrer et n'ont rien démontré; ce sera donc au médecin purement observateur et analyste qu'appartiendra la tâche d'éclairer ce sujet comme tous ceux qui touchent aux faits. C'est cette persuasion où je demeure qu'une bonne observation n'est jamais perdue, eût-on même livcé une maladie à ses propres ressources, qui me fait désirer de voir les médecins sérieux et familiarisés avec le métier de l'observation, aborder plus qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent les cas de thérapeutique homœopathique, et passer plus facilement par dessus les répugnances inspirées par la mauvaise logique, l'appareil prétentieux et le langage peu réservé qu'ils ont rencontrés dans les livres homœopathiques. Il faut, selon moi, distingner deux choses dans un livre qui annonce une découverte médicale, ses prétentions, c'est-à-dire la découverte supposée; et le mode de démonstration, c'est-à-dire l'argumentation destinée à fonder une conviction dans l'esprit du lecteur. Si cette argumentation est vicieuse, ou même ne prouve rien du tout, ce qui arrive bien quelquefois, il faut la laisser de côté; mais, quel que soit le fait annoncé, s'il peut avoir une portée, et surtout s'il est devenu un objet de pratique pour quelques-uns, le devoir de l'observateur est de le juger en lui-même; c'est-à-dire de le soumettre à l'observation. Ceci dit, je reprends mon récit. Cette occasion s'offrant d'essayer les globules homœopathiques, j'apportai tous mes soins à me mettre à l'abri du reproche de négligence ou d'ignorance sur le choix et l'administration des remèdes indiqués par le cas que j'avais à traiter; je m'appliquai donc à faire subir à Taponnier un traitement homœopathique modele, et j'enregistrai avec une fidelité scrupuleuse tout ce qui pourrait aider à apprécier la valeur du traitement essayé.

Comme je l'ai dit, Taponnier vivait dans l'infirmerie; je défendis donc, pendant la durée du traitement l'abord de toute substance aromatique dans la salle. Le régime du malade fut reduit à des soupes blanches, du bouillon, de la viande de boucherie, des pommes de terre, du pain, du lait et du vin rouge mêlé d'eau: Il n'entra aucune épice dans l'assaisonnement des mets. Les médicamens administrés provenaient de la pharmacie de M. Lappe, à Newdietendorff, près de Gotha, pharmacie qui passe pour fournir à Hahnemann lui-même les globules qu'il administre. Le traitement, commencé le 20 mars, dura jusqu'au 20 juin, et ne fut interrompu que pour accéder aux desirs du malade. Les médicamens homœopathes furent administres sous forme de solutions dans l'eau distillée et l'alcool, et pris par cuillerées à bouche une par jour; les preparations ont été toutes faites par moi-même.

Le médicament auquel je m'arrêtai pour commencer fut le mercure soluble. Les symptômes attribués à cet agent par Jahr dans son Manuel, et concordant avec l'état du malade sont : phthisie tuberculeuse dans sa première période; plaies ou autres lésions qui entrent en suppuration; carie; gonflement des parotides; gonflement douloureux des glandes du col; j'ajouterai à ces symptômes les suivans, qui sont moins importans, mais dont j'ai plus ou moins constaté l'existence, soit présente, soit antérieure: céphalalgie pressive; toux sèche; chatouillement le soir avant de s'endormir; sueurs nocturnes; teint pâle, terreux; douleurs lancinantes et cuisantes à la gorge, augmentant par la déglutition. Je dirai aussi que le mercure passant pour un des meilleurs antidotes du soufre, j'ai aussi réfléchi que si plus tard je passais à l'administration du soufre homœopathique, j'aurais l'avantage de m'être mis en règle vis-à-vis de la complication des traitemens soufrés ordinaires qu'avait précédemment subis le malade.

Ainsi donc, deux solutions de 5 onces d'eau distillée et alcoolisée pour 8, puis pour 12 globules de mercure soluble à la trentième atténuation, furent prises par cuillerées à bouche, une tous les matins, et sans la moindre interruption, du 20 mars au 10 avril. Quand le traitement commença, le malade était à jeûn de remèdes depuis trois jours; le dernier médicament qu'il avait pris était une potion opiacée. Après les vingt-un jours d'administration de mercure soluble, le malade s'est reposé dix-sept jours avant de commencer le sulfure. Pendant les trente-huit jours durant lesquels le malade a été considéré comme soumis à l'action du mercure, je l'ai interrogé à neuf reprises, presque toujours le manuel de Jahr à la main, passant en revue, et sous forme de questions, la plupart des symptômes enregistrés sous le chef mercure soluble, et enregistrant tous les points sur lesquel le malade accusait quelque symptôme ou sensation particulière concordant avec la pathogénésie du manuel. Je dois encore ajouter que lorsque le symptôme n'était pas éprouvé, je passais outre sans rien inscrire; que lorsqu'il y avait eu un symptôme évidemment contraire et de quelque importance, j'en tenais compte; que pour les symptômes concordans, je prenais toujours l'indispensable précaution de m'enquérir de leur date, afin de savoir s'ils n'existaient pas déjà avant l'administration du remède auquel alors on ne saurait les attribuer; et qu'enfin, autant que cela était possible, et sauf pour des symptômes fugaces et singuliers, qui ne pouvaient se présenter d'eux-mêmes à l'esprit du malade, je cherchais plutôt à questionner sur le sujet, afin de laisser le malade accuser de lui-même le symptôme, qu'à poser la question de manière à ce qu'il n'ait qu'un *oui* ou un *non* à répondre. Cependant, cette dernière règle ne peut pas être toujours observée.

Je trouve donc que pendant les trente-huit jours qu'on peut rattacher à l'influence du mercure, les symptômes plus ou moins concordans avec ceux de la pathognésie de Jahr se sont offerts ainsi qu'il suit :

Il survint dès le troisième des vertiges accompagnés d'obscurcissemens de la vue et des nausées, ce symptôme est indiqué exactement ainsi dans Jahr. Le sixième jour, il fut remplacé par une céphalalgie sus-orbitaire dont au contraire le manuel ne fait pas mention. Il est bon de rappeler aussi que dans sa vie antérieure Taponnier a été sujet à divers symptômes céphalique. Enfin depuis le huitième jour, il n'y a plus de céphalalgie ni symptômes cérébraux proprement dits; mais vers le vingt-sixième jour, soit cinq jours après la suspension du remède, il survint une chute des cheveux d'autant plus remarquable que le malade m'affirme n'y avoir jamais été sujet. Il ne pouvait ôter son bonnet sans le trouver garni d'une grande quantité de cheveux, et ce symptôme persista non seulement pendant les douze jours suivans, mais encore pendant l'administration du soufre comme nous le verrons. Or Jahr signale en lettres italiques la chute des cheveux! Pour le reste des symptômes rapportés à la tête, il ne s'en est présenté aucun, et l'état du malade leur a été plus ou moins contradictoire. Sous le titre *oreille*, Jahr indique l'angine parotide à laquelle nous avons fait correspondre à titre d'analogue l'empâtement glandulaire situé derrière l'angle droit de la mâchoire inférieure. D'après la règle, de même que le mercure aurait pu développer ce symptôme s'il n'eût pas déjà existé, de même il aurait dû l'améliorer dès qu'il existait. Or je trouve que vers le neuvième jour cet empâtement m'a paru un peu plus développé, parce que dès lors au lieu de diminuer il s'est maintenu à un état stationnaire. Aucun autre phénomène rapporté à l'oreille ne s'est montré. Jahr mentionne à l'article *face* un teint pâle et terreux; le malade offrait en effet par lui-même cet aspect, qui aurait dû donc s'améliorer d'après la théorie : il n'en fut rien; au contraire, le teint fut plus blême que d'habitude, et cela non pas dès les premiers jours, mais au contraire le dernier jour d'administration du mercure, et cet excès de pâleur fut remplacé les jours suivans par l'état habituel. Je répète ce qui ira sans dire dorénavant, c'est que l'état du malade fut sans analogue ou contradictoire au reste des symptômes de la face qu'on peut lire dans le manuel. A l'article *nez*, je trouve pour unique symptôme concordant : *hémorragie nasale surtout pendant la toux ou le sommeil*. Taponnier eut en effet un épistaxis dont j'ai omis d'inscrire l'occasion d'apparition, d'où il faut inférer la possibilité qu'il soit survenu à l'occasion de la toux ou pendant le sommeil; mais il faut ajouter que cet épistaxis eût lieu seulement le trente-huitième jour, c'est-à-dire dix-sept jours après la suspension du médicament. Vers le quatorzième jour, les lèvres se sont fendillées, puis ont pelé; enfin cet état a disparu les jours suivans. Ce symptôme, qui est d'accord avec la pathogénésie, n'était pas habituel chez notre malade. La langue a été un peu blanche pendant deux ou trois jours, vers le quatorzième jour; symptôme qui ne rencontre pas d'analogue dans le manuel. Il y a eu de la salivation prononcée vers le septième jour; elle a peu duré et s'est accompagnée d'une sensation de sécheresse du gosier; ces deux symptômes sont pathogénétiques. Les selles ont été régulières pendant le traitement, comme elles l'étaient avant, tandis que tous les symptômes de Jahr indiqués sous ce titre correspondent à divers états morbides de cette fonction. Les urines, de foncées qu'elles étaient avant, sont devenues encore plus colorées, rougeâtres même, et troubles, le symptôme correspondant de Jahr est ; *urine rouge foncée, fétide, qui ne tarde pas à se troubler* (marqué en italiques). La toux qui était médiocre avant le traitement a peu à peu augmenté; d'abord sèche, elle est ensuite devenue plus grasse, s'est accompagnée d'expectoration blanche, sans caractère particulier, puis a diminué, en sorte que vers le vingt-unième jour, elle avait à peu près disparu. Je n'ai trouvé aucune concordance dans les mesures indiquées par Jahr à propos de ce symptôme qui lui-même est relaté du reste, comme il l'est sous la rubrique de presque tous les médicamens homœopathiques. La glande de l'aisselle est devenue douloureuse à mesure que celle du col a augmenté, et son état s'est lentement aggravé pendant le traitement. La peau a été le siége d'une éruption miliaire, papuleuse sèche et pruriante qui a commencé à envahir les jambes le vingt-quatrième jour, c'est-à-dire trois jours après la cessation du remède, s'est ensuite propagée sur le dos, sans envahir aucun point de la face antérieure du corps, et a fini après desquamation vers le trente-sixième jour, c'est-à-dire après une durée de douze jours. Pendant cette période, j'ai fait donner quelques bains qui ont diminué les démangeaisons en même temps qu'ils parurent provoquer quelques transpirations nocturnes. La pathogénésie indique bien diverses éruptions, parmi lesquelles une éruption miliaire; mais avec un mode de développement différent. Les membres et surtout la jambe droite, les bras et les chevilles ont été dès le sixième jour le siége de douleurs. A leur apparition le moindre contact les augmentait; quelques jours après elles parurent se faire sentir davantage la nuit que le jour; une fois, le malade, pour me dépeindre la nature de sa sensation, me dit qu'il sentait cette douleur dans les os; mais il est à noter que je lui avais adressé une question dans ce sens, quelques jours avant; ces douleurs diminuèrent le dix-septième jour et disparurent le vingt-unième. La pathogénèsie, sans offrir ce symptôme, dans tous ses détails, en renferme plusieurs d'analogues aux articles *membres supérieurs, inférieurs, symptômes généraux*. Le pouls sur lequel les ouvrages homœopathiques ne fournissent jamais d'indications précises, été exploré et compté à chaque interrogatoire, c'est-à-dire tous les trois ou quatre jours. De 94 au commencement du traitement il est monté à 108, puis 116, puis est redescendu successivement à 108, 100, 102, 92, 90. En général, il a suivi la marche de la toux. Enfin, le poignet malade a été toujours très gonflé et douloureux jusqu'au septième jour, où un abcès nouveau s'est fait jour au dehors; il en est résulté alors un amendement, c'est-à-dire que le poignet a pâli, qu'il est devenu moins douloureux, qu'il s'est dégonflé, au point que vers le vingt-huitième jour les doigts parurent se remuer plus facilement; mais dès le trentième jour la tuméfaction et la rougeur ont repris de plus belle, en sorte que le mal m'a semblé offrir finalement pendant le traitement du mercure soluble une des oscillations que j'avais déjà observées avant cette médication.

On voit donc en résumé qu'une dizaine de symptômes ont plus ou moins concordé avec ceux attribués au médicament employé, tandis que près de deux cents

autres qu'on trouve dans le mannel sous le titre de mercure soluble, ou n'ont pas eu de corrélatif, on se sont trouvés contraires à ceux qu'a éprouvés le malade. Il est cependant intéressant de remarquer trois symptômes concordans que le malade ressentait pour la première fois, et dont la nature est caractéristique et difficilement explicable par l'action des causes ordinaires, je veux parler de la chute des cheveux, de la salivation avec sécheresse du gosier, et de l'éruption cutanée. Voilà pour la question pathogénétique, c'est-à-dire pour le problème de l'action des doses infinitésimales. Quant à la question thérapeutique, à l'homœopathie proprement dite, on voit que l'état des glandes et celui du poignet ont suffisamment légitimé l'abandon du mercure soluble vers le trente-huitième jour, pour voir si le sulfure, médicament au moins aussi indiqué par la théorie homœopathique que le précédent, amènerait quelque résultat plus heureux.

Le soufre à la trentième atténuation a été administré de la même manière que le mercure, du 28 avril au 29 mai, c'est-à-dire pendant trente-un jours; après quoi le malade est demeuré vingt-un jours dans l'expectation pour épuiser l'action du remède. Pendant ces cinquante-deux jours le malade a été considéré comme placé sous l'influence du médicament, et voici le résumé des neuf interrogatoires qu'il a subis par intervalles. Il est presque inutile de répéter que c'est le plus souvent avec le livre de Jahr et en prenant les précautions déjà indiquées que j'ai recueilli les symptômes dont je vais parler.

La chute des cheveux a continué et persisté pendant toute cette période; il y a eu dès les premiers jours une céphalalgie gravative, surtout le matin, quelquefois accompagnée de nausées; à ce symptôme il s'est joint des élancemens vers la tempe droite le dixième jour. Le vingt-unième jour, ces symptômes ont été remplacés par des bruissemens dans la tête, avec peine à réfléchir et à rassembler ses idées, qui ont duré plus ou moins de la sorte jusqu'à la fin de la période. Enfin il s'y est joint une sensation éphémère, comme si on arrachait au malade ses cheveux tous à la fois.

L'alopécie est aussi un symptôme attribué au soufre, mais alors il semble que le soufre eût dû guérir ce que le mercure avait produit. Pour les autres symptômes céphaliques, voici ce que Jahr offre de plus concordant : « Embarras de la tête avec difficulté de penser. Céphalalgie avec nausées. Fourmillement, bruissemens, bourdonnemens dans la tête. Pression dans las tempes avec tendance de dedans en dehors. »

Du vingt-quatrième au trente-troisième jour il y a eu du brûlement aux yeux avec sécrétion de chassie, et un cercle bleuâtre a paru autour des yeux. Ce dernier symptôme est indiqué dans le manuel, et comme corrélatif du premier, on trouve : « Rougeur avec inflammation des paupières et brûlement avec forte sécrétion de mucosité. »

La langue, nette jusqu'au vingt-quatrième jour, devient dès lors blanche jusqu'au trente-troisième, puis se sèche et prend un aspect rose. En regard de ces états variés, on trouve dans Jahr : « Le matin, sécheresse de la bouche avec soif et langue humide, mais recouverte de mucosités écumeuses. » Indépendamment de la difficulté qu'on peut trouver à concevoir une bouche sèche avec une langue humide, à moins qu'il ne s'agisse de deux individus différens, il resterait à expliquer pourquoi la langue a ainsi varié chez notre malade, tandis que Jahr n'indique qu'un seul état pour tout symptôme du soufre.

La bouche a été souvent pâteuse et le goût amer; les alimens ont paru quelquefois de mauvais goût; tous symptômes indiqués par Jahr; l'appétit a été très peu prononcé, moindre en général que pendant l'administration du mercure; mais on ne saurait que penser de l'action du soufre sous ce rapport, puisqu'on trouve dans les attributs de cet agent, à la fois, perte totale d'appétit, puis *appétit trop violent*. Il est vrai que le dernier seul est marqué en italiques, et s'il est prédominant, il en résulte que Taponnier a présenté précisément l'inverse de ce qui aurait dû être. Des nausées et des régurgitations amères se sont montrées entre le treizième et le vingt-quatrième jour; il y a eu de la constipation (une selle tous les deux jours) dès le début du traitement; elle a duré ainsi tout le temps, sauf un jour où il y a eu deux selles; l'estomac et le ventre ont été douloureux de temps en temps, et alors surtout le matin; une fois ou deux j'ai noté du gargouillement abdominal. Tous ces symptômes se rencontrent dans le manuel plus ou moins mêlés à des symptômes différens au contraire; mais il est surtout à remarquer que la pathogénésie insiste particulièrement sur la constipation, quoique des selles diarrhéiques soient également indiquées. Les urines ont été limpides et couleur marron; ces caractères ne sont indiqués en aucun sens dans Jahr.

Notre malade a eu un peu de toux entre le vingt-quatrième et le trente-troisième jour; à cela près, aucun des phénomènes paticuliers indiqués sous ce chef ne s'est présenté.

Un engourdissement des jambes aux environs des genoux s'est manifesté vers le trente-unième jour, et cela durant dix jours. On trouve, en effet dans la pathogénésie : « Lourdeur des jambes, traction et déchirement dans les jambes, douleurs lancinantes et fugaces surtout dans les articulations des membres. » Pendant les premiers jours du traitement, j'ai noté de la somnolence diurne d'abord avec bon sommeil pendant la nuit, puis avec mauvais sommeil nocturne; puis vers le vingt-septième jour le sommeil est redevenu bon. Or la somnolence diurne et l'insomnie avec agitation la nuit sont indiquées dans le manuel à l'article *sulphur*; mais j'ai également noté que cet état avait paru quelques jours avant l'administration du soufre, c'est-à-dire pendant que le malade était considéré comme encore soumis à l'action du mercure. Or j'ai trouvé le même ordre de symptômes indiqué à l'article mercure. Si donc c'est le mercure qui les a développés, comment l'action homœopathique du soufre, au lieu de les perpétuer, ne les a-t-elle pas fait cesser? Pourquoi, au contraire, cet état a-t-il duré jusqu'au vingt-septième jour de l'administration du soufre? J'ai encore noté du vingt-sept au trente-unième jour une faiblesse de reins qui empêchait le malade de se lever, et à laquelle je n'ai trouvé aucun corrélatif dans la pathogénésie.

Voici quelles ont été les oscillations du pouls: 100, 94, 98, 100, 89, 80, 90, 100, 106. (Je dirai en passant que l'exploration a été faite tous les quatre ou cinq jours, et toujours au même moment de la journée.) Ces oscillations s'expliquent très bien par celles correspondantes qui ont eu lieu vers le poignet et l'aisselle malades. Dans les premiers jours un nouvel orifice fistuleux sur le dos de la main a amené un peu de soulagement; puis est venu un état stationnaire, auquel a succédé vers le trente-neuvième jour un retour de tension, rougeur et gonflement qui a augmenté jusqu'à la fin (cinquante-deuxième jour), époque à laquelle j'ai pu constater vers la racine du pouce un nouveau clapier. L'aisselle, toujours un peu rouge et douloureuse, a lentement marché vers la suppuration jusqu'au dix-neuvième jour, époque à laquelle un pertuis s'est formé à la peau. Une fois la suppuration commencée, il y a eu du soulagement, quoique cette suppuration fût lente, et que les portions dures des ganglions se fondissent très imparfaitement; cependant ce travail de fonte prit un peu plus d'activité vers le trente-unième jour; en sorte que le cinquante-deuxième jour la tumeur avait notablement diminué. Or en combinant la marche du poignet avec celle de l'aisselle on arrive à se rendre un compte assez précis des oscillations du pouls.

La conclusion la plus frappante à tirer de ce qui précède, c'est que le soufre ne paraît pas avoir plus que le mercure enrayé la marche comme fatale de cette carie scrofuleuse. Et cependant voici ce qu'on trouve dans la pathogénésie du soufre en fait de symptômes, on peut dire, remarquablement concordans : « Ulcères fistuleux, scrofules, rachitisme, carie, induration des glandes, gonflement purulent des glandes axillaires. » Je trouve en outre dans la pathogénésie de Hahnemann : « Douleurs dans les articulations des poignets, élancemens très douloureux qui traversent de part en part l'articulation du poignet. » Ainsi donc, comme thérapeutique, comme homœopathie proprement dite,, rien, absolument rien d'obtenu. Quant aux symptômes physiologiques survenus pendant l'administration du soufre, on a vu que j'ai eu occasion de noter plusieurs concordances intéressantes, mais qu'on ne saurait envisager, je ne dis pas avec trop d'incrédulité, mais au moins avec trop de réserve. Et là-dessus je m'expliquerai un peu plus loin, lorsqu'au lieu de narrer l'observation j'aurai à la discuter dans son ensemble. Pour le moment je me résume en disant que sur les 240 symptômes qui forment l'ensemble de la pathogénésie du soufre dans le manuel de Jahr, dix-huit ont été plus ou moins d'accord avec ce qu'a éprouvé le malade, que le reste n'a pas eu de cas relatifs, ou s'est trouvé contraire à ce que j'ai pu observer.

Je dois ajouter que vers le troisième jour j'ai accordé au malade qui désirait un gargarisme sapide et détersif, du vinaigre et du miel pour se laver la bouche, et qu'après quatre ou cinq jours d'usage, je l'ai supprimé.

Enfin le 19 juin, je fis succéder le *calcarea carbonica* au *sulphur*. Je l'administrai sous la même forme que les médicamens précédens; je permis pour boisson l'eau de Seltz avec le sirop capillaire. Trois jours après, l'interrogatoire fait avec le livre de Jahr à la main, ne me fournit qu'un symptôme attribuable au médicament; mais il n'était pas sans intérêt; c'était une forte sueur à la tête que le malade avait éprouvée pendant la nuit, et à laquelle il m'assura n'être pas du tout sujet. Du reste, le pouls était à 116, les douleurs du poignet ainsi que l'enflure avaient fait encore des progrès, le malade souffrait tant que sa patience était à bout; il me supplia de lui faire couper le bras, et se refusa à continuer l'essai de traitement dans lequel je m'étais engagé sur son désir. Le poignet étant devenu de plus en plus malade pendant la fin de juin et le commencement de juillet, l'ouverture spontanée de nouveaux abcès n'ayant plus apporté le même soulagement à son état que par le passé, j'envoyai Taponnier à l'hôpital dans le courant de juillet. L'amputation fut discutée en consultation. Les antécédens de toux, d'expectoration, de sueurs nocturnes passagères, et la toux revenue alors à un médiocre degré firent craindre au chirurgien de l'hôpital la présence de tubercules, et peut-être même de cavernes; il présenta ces motifs comme contraires à l'amputation; je me fondai sur l'auscultation pratiquée quatre mois auparavant, et renouvelée avec les mêmes résultats, pour atténuer ses scrupules, et l'amputation fut décidée. Malgré la présence d'un orifice fistuleux qui venait s'ouvrir un peu au-dessus du coude, et après s'être assuré que la circulation huméro-radicale était saine, on se décida à amputer l'avant-bras. L'opération fut très habilement pratiquée; il n'y eut presque pas de sang perdu. Les premiers jours passés le pouls s'abattit notablement, le malade reprit bientôt assez de force pour se lever tous les jours dès la matinée; la réunion se fit par première intention. La toux disparut à peu près complètement; mais l'aisselle continua de suppurer beaucoup, tandis que la glande du col était molle et moindre que par le passé. Taponnier avait repris un peu d'embonpoint,, et, dans l'espoir d'achever de le rétablir, on sollicita et obtint pour lui son transfert à la campagne, où il put se rendre au milieu de septembre. La fin de ce mois et octobre se passèrent assez bien; les nouvelles que nous recevions de Taponnier étaient satisfaisantes de toutes manières; mais en novembre il commença à s'affaiblir; il fut pris d'une torpeur intellectuelle, l'appétit diminua, la suppuration de l'aisselle devint beaucoup moins abondante. Cet état s'étant aggravé les jours suivans, une céphalalgie intense s'y étant jointe, le docteur Bénit fut appelé le 15 novembre. Il trouva le malade très assoupi, pouvant à peine répondre aux questions, se plaignant de maux de tête. Le pouls était lent et faible, il n'y avait pas eu de selles depuis trois jours. On donna du kina et de la rhubarbe.

Le 17, il y avait eu deux évacuations involontaires, le pouls était fréquent, la langue sèche et fuligineuse. Suppression du kina, fomentations de sureau et de vinaigre chaud, vésicatoire au bras droit.

Le 19, beaucoup d'agitation, pas de réponse aux questions, pouls fréquent, langue noire, figure altérée.

Le 20 au matin, le malade est plus tranquille, il répond quoiqu'imparfaitement, pouls fréquent mais mou, une selle dans la nuit. On le transporte à la pénitenciaire. Je le vois le soir. Le poignet est entièrement cicatrisé, l'abcès de l'aisselle droite ne suppure pas, les yeux sont ouverts, se dirigent sur moi quand je parle, mais pas de réponse, plaintes vagues, pupilles contractées; il est vrai qu'une fenêtre projette le jour en face. Ventre tendu, très dur, non tympanisé quoique tuméfié; la moindre pression sur ses parois est très douloureuse, pas de vomissemens, pouls fréquent, mais régulier. Huile de croton tiglium, trois dragmes dans une once d'huile d'amandes douces. On lui donne environ la moitié de cette dose en quatre fois dans la nuit.

Le 21 au matin, même état du ventre, point de selles ni de vomissemens, la perte de connaissance est plus complète; il y a de la contracture dans tous les membres également; le râle de l'agonie ne tarde pas à paraître, dure environ quatre heures, et se termine à deux heures de l'après-midi par la mort.

AUTOPSIE le 23 novembre 1838, 42 heures après la mort. Temps humide, peu froid, baromètre bas depuis plusieurs jours.

Cadavre émacié, mais pas jusqu'au marasme. Le fond de la plaie à l'aisselle droite est formé par un tissu glandulaire hypertrophié, au milieu duquel je trouve un petit noyau tuberculeux non ramolli. La glande située derrière l'angle droit de la mâchoire inférieure semble avoir notablement diminuée. Coupée en travers elle offre un tissu glandulaire hypertrophié, au milieu duquel se rencontre en trois ou quatre points une matière tuberculeuse de la consistance du fromage un peu fait; un de ces noyaux est du volume d'un gros pois. Pas d'infiltration ni de marbrures veineuses apparentes.

TÊTE. Dure-mère saine; méninges modérément injectées; peu de sérosité sous-arachnoïdienne, et point du tout entre les deux feuillets. Cerveau bien conformé; circonvolutions bien dessinées et séparées par de profonds sillons. Substance corticale et médullaire des deux hemisphères, sans injection ni coloration anormale, et d'une parfaite consistance. Les ventricules sont remplis d'une sérosité parfaitement transparente, et dont la quantité peut être évaluée à trois ou quatre cuillers à soupe. Les plexus choroïdes sont très pâles. Le corps calleux est d'un beau blanc, mais un peu mou; la cloison inter-ventriculaire, la voûte à trois piliers, le plancher du troisième ventricule sont ramollis en quelques points diffluens; les corps striés, les couches optiques, le pont de Varole, les pédoncules du cervelet sont de bonne consistance et de couleur normale. Le parenchyme du cervelet est un peu mou, et renferme près de l'épanouissement du pédoncule gauche un petit corps jaunâtre, uniforme, d'assez ferme consistance, et d'une telle nature, qu'on n'y peut découvrir aucune trace d'organisation ou de texture. Le tubercule, ou au moins ce corps qui en a toute l'apparence, a le volume d'un assez gros haricot. Il est situé à trois lignes de profondeur sous la face anterieure de l'hémisphère gauche, et se trouve compris entre deux des feuillets cérebelleux qui semblent comme s'écarter pour le comprendre entre eux. La moelle allongée et la moelle épinière sont de bonne consistance. Le trajet intra-cranien des nerfs cérébraux n'offre rien de remarquable. Les sinus sont médiocrement remplis de sang.

POITRINE. Les poumons sont assez volumineux, le droit presque entièrement adhérent; le gauche libre, sauf une légère adhérence du sommet. Leur couleur extérieure est violet foncé; les deux sommets sont médiocrement engoués; les milieux et les bases le sont davantage. Le tissu pulmonaire est assez friable, de couleur noirâtre, et laissant subsister à la pression une certaine quantité de sang noir mêlé d'un liquide spumeux. On ne trouve dans aucun des deux poumons, quelque attentif qu'en soit l'examen ni cavernes, ni tubercules proprement dits; mais les lobes supérieurs des deux poumons renferment, en assez grand nombre, des granulations grises demi-transparentes. La quantité des granulations, leur degré d'avancement et de dissémination, tout est pareil des deux côtés, sauf l'exception suivante : au sommet du poumon gauche se rencontre un noyau dur, résistant sous les doigts qui pressent ce sommet, et correspondant à une légère dépression de la plèvre en ce point. Ce noyau, divisé en divers sens, offre une induration comme fibreuse, et même cartilagineuse, à sa périphérie. Les poumons n'offrent nulle part de point hépatisé ou induré en quelque manière. Les bronches ne renferment pas de mucus en quantité appréciable; la membrane muqueuse est rouge lie-de-vin uniforme, et cette rougeur offre la même teinte dans les divisions et dans les troncs principaux; c'est du moins ce que j'ai constaté partout où les ciseaux ont pu opérer la division longitudinale des rameaux bronchiques. Cette coloration n'est pas sensiblement altérée par la chute de l'eau, et pouvait être le résultat de l'imbibition cadavérique. Les plèvres ne renferment pas de sérosité; je n'en trouve pas non plus dans le péricarde. Le cœur est de volume normal, mais mou et aplati; ses cavités renferment quelques caillots fibrineux; sa membrane interne, ainsi que celle de l'aorte, offre, quant à la teinte et à l'épreuve de la chute de l'eau, les mêmes caractères que celle des bronches. Les valvules sont libres et sans induration.

ABDOMEN. La paroi antérieure du ventre offre quelque résistance au renversement à cause de nombreuses petites adhérences qui lient l'un à l'autre les deux feuillets du péritoine, à l'aide de couches plastiques d'un pus concret. Cette membrane séreuse offre une teinte générale de pelure d'oignon; sa surface, soit celle qui recouvre les viscères, soit celle qui tapisse les parois abdominales, est parsemée de petites élevures formées par de petits corps durs légèrement opalins, d'un gris blanchâtre, et situés immédiatement sous la séreuse. Ces granulations sont si nombreuses et si également réparties partout qu'on ne trouve pas un espace où placer un écu de 5 francs sans en couvrir une ou deux. L'estomac est à peu près vide; sa membrane muqueuse est uniformément rare, sans arborisations ni aspect mamelonné. Elle est partout plus ou moins ramollie, mais nulle part diffluente. C'est surtout près du pylore que le ramollissement est marqué. Un coup de scalpel vivement donné en rend l'épaisseur apparente, mais aucun lambeau ne peut être enlevé, sauf vers le cardia où se rencontre le maximum de consistance, et où les lambeaux n'ont guère plus d'une ligne. L'intestin grêle examiné avec attention dans toute son étendue n'offre à la surface de sa membrane muqueuse ni ulcérations, ni glandes de Brunner, ni plaques de Peyer visibles. L'aspect en est tantôt d'un jaune bilieux, tantôt blanc, tantôt rosé. On ne voit ni injection prononcée, ni arborisations. On y trouve fort peu de matières. Le gros intestin est assez vide, la couleur est à peu près la même que celle de l'intestin grêle; il n'y a nulle part ni ulcérations ni glandes de Brunner. Le foie est d'un volume médiocre et offre au dehors un aspect gris de fer, au dedans un tissu grenu, légèrement marbré et ne laisse aucune apparence d'enduit gras sur le scalpel. La vésicule est médiocrement remplie de bile. La rate est de volume médiocre, de bonne consistance, mais un peu flasque. Son tissu n'offre rien de remarquable. La vessie est très distendue par une grande quantité d'urine; une ponction laisse écouler une urine foncée, mais transparente. La vessie en se vidant ne revient pas sur elle-même, et laisse apercevoir une très vaste capacité. La membrane muqueuse en est un peu injectée; le sphincter vésical est relâché, en sorte qu'on pourrait passer dans l'urètre très facilement un crayon de médiocre diamètre. Les reins entourés de beaucoup de tissu adipeux; ils sont un peu volumineux, flasques et n'offrant aucun aspect particulier. Les ganglions mésentériques sont tous plus ou moins engorgés; plusieurs, les plus gros surtout, renferment des noyaux tuberculeux.

Une foule de rapprochemens, de réflexions intéressantes et instructives ressortent de la méditation de cette longue observation. Je vais essayer d'exposer successivement celles qui ont plus particulièrement fixé mon attention. Et pour procéder avec quelqu'ordre, je reprendrai tour à tour les principaux indices fournis par l'autopsie, en cherchant à leur rattacher celles des circonstances pathologiques relatées dans l'histoire de Taponnier, qui paraissent avoir quelque connexion avec les lésions anatomiques.

La quantité considérable de sérosité trouvée dans les ventricules, et le ramollissement des parties centrales du cerveau, se lient évidemment à l'état de santé où s'est trouvé le malade pendant les derniers jours de sa vie. Qu'on se rappelle l'affaiblissement, la céphalalgie, la torpeur générale, survenues graduellement pendant le commencement de novembre; puis l'exaspération de ces symptômes, le délire, l'apparente intelligence liée dans certains momens à l'impossibilité de répondre aux questions, la contracture des muscles; enfin tous les symptômes encéphaliques des six derniers jours de la vie; qu'on lise ensuite les observations 2, 7, 15, 25, 26 de l'ouvrage de M. Louis sur la phthisie, les seules cinq observations sur trente-trois autopsies de phthisiques où le ramollissement central du cerveau ait été rencontré; et on sera frappé du rapport qui existe entre les symptômes que je viens de signaler et ceux qu'ont présentés dans les derniers jours de la vie les cinq malades de M. Louis; il n'est pas jusqu'au fait caractéristique d'une certaine intelligence et attention conservée, quoiqu'il y ait impossibilité de répondre aux questions, qui ne se retrouve plus ou moins chez les sujets de M. Louis. Et comme dans ces cas-là il n'a point été rencontré de tubercules ni dans le cerveau ni dans le cervelet, on est autorisé à considérer le groupe de symptômes des derniers jours de la vie comme entièrement indépendant du tubercule cérébelleux trouvé chez Taponnier. Pour achever le parallèle, j'ajouterai que les symptômes encéphaliques des derniers temps de la vie ont marché continuellement en s'aggravant jusqu'à la mort chez les cinq malades de M. Louis comme chez Taponnier; qu'ils ont paru des deux côtés tout à fait au-dessus des ressources thérapeutiques employées; qu'enfin si les symptômes ont été encore plus violens et complets chez Taponnier que chez les autres, cette différance semble s'expliquer par la quantité de sérosité trouvée beaucoup plus considérable dans les ventricules de notre malade.

Mais outre les symptômes céphaliques, les derniers jours de Taponnier ont offert comme un épiphénomène qui est venu les compliquer. Il est impossible de fixer le début précis de l'induration avec tuméfaction et entière sensibilité du ventre. Tout ce que j'ai pu savoir, c'est que le ventre était encore souple et peu douloureux le 19; qu'ainsi c'est au maximum quarante-huit heures avant la mort qu'a dû se développer la péritonite granuleuse observée. En effet, si l'on réfléchit à la rapidité de développement dont sont susceptibles les phénomènes secondaires chez les individus atteints d'affections organiques chroniques; si d'autre part on considère que le péritoine n'a été trouvé que d'une rougeur pelure d'oignon, et que les exsudations plastiques étaient encore à leur premier degré de développement, qu'il n'y avait pas la moindre quantité de pus liquide dans la cavité abdominale, on arrivera à conclure que la péritonite ne pourrait pas remonter au-delà du terme que lui assignent les présomptions précédentes. Il va sans dire que je veux parler de la péritonite elle-même, et non de la formation des granulations sous-péritonéales qui remonte évidemment beaucoup plus haut; le développement des granulations étant toujours lent et graduel comme celui de toute production organique nouvelle. Maintenant peut-on, par une méditation attentive de l'observation fixer à ces granulations une époque de début probable? Cette question nous conduit à une autre qui la comprend et domine toute l'histoire de la maladie. Voici comment elle me paraît devoir être posée : déterminer l'époque du véritable début de l'affection tuberculeuse chez Taponnier, l'organe qui a été le siége de ce début, et enfin le mode de propagation successive qui a suivi la diathèse tuberculeuse. Si cette question n'est pas susceptible d'une solution précise en tous ses points, au moins est-il possible et surtout instructif de rechercher quel parti on peut tirer des données symptomatiques et anatomiques, pour l'éclairer autant qu'elle en est susceptible.

C'est ici le lieu de rappeler les caractères successifs que revêt l'élément morbide connu sous le nom générique de tubercule, à ses différens âges. On sait qu'au début c'est un petit grain arrondi presque imperceptible, dur, gris clair, offrant la demi-transparence des cartilages. C'est ce qu'on

appelle la granulation. On sait ensuite que ces granulations mettent un certain temps à envahir un organe, et que plus elles sont clair-semées, plus il est probable qu'elles sont récentes ; plus au contraire elles sont rapprochées ou même agglomérées, plus elles sont anciennes; que l'infiltration finit par devenir telle, que 10, 20, 30 granulations peuvent se toucher et former une seule masse; mais alors il est sûr que cette masse ne présente pas au moins des veines jaunes annonçant la transformation de la granulation en tubercules, qui sont comme un second état. Ce sont du moins les plus anciennes granulations qui commencent à offrir des marbrures jaunes; puis la matière tuberculeuse envahit et transforme toute la granulation, en augmente le volume; l'infiltration tuberculeuse se répand alors dans tout l'organe, comme précédemment l'infiltration granuleuse; des masses de 8, 10 et plus de tubercules s'unissent en un seul gros noyau, par l'atrophie d'un tissu pulmonaire qu'étreignent ces tubercules; puis la substance tuberculeuse se ramollit, suppure, et alors deux terminaisons sont possibles. Ou bien le tissu de l'organe qui enveloppe le tubercule s'ulcère, se détruit peu à peu, en agrandissant d'autant la caverne; ou bien il se forme dans la cavité une fausse membrane qui absorbe le pus s'il ne s'est pas fait jour au dehors, puis se resserre peu à peu, de manière à réduire la cavité à rien et à se transformer elle-même en un noyau fibro-cartilagineux. Cette dernière terminaison est malheureusement la moins fréquente.

Ces données bien posées, revenons à l'observation. L'élément tuberculeux occupait chez Taponnier le cervelet, les poumons, le tissu cellulaire sous-péritonéal, les ganglions mésentériques, et les ganglions lymphatiques de l'aisselle et du col. Peut-être encore d'autres ganglions; ne les ayant pas examinés, je ne puis dire au juste ce qui en était. Or, d'après les indications anatomiques, c'est vers le sommet du poumon gauche où se rencontre l'induration fibro-cartilagineuse correspondant à une dépression de la plèvre, que nous devrons placer le point de départ du travail tuberculisateur. Toujours d'après les mêmes données le tubercule cérébelleux, les tubercules mésentériques, et ganglionnaires extéroes fournissaient le second âge de ce travail, puis enfin les granulations pulmonaires et sous-péritonéales constitueraient la formation la plus récente. La loi presque sans exception qui fait toujours commencer chez l'homme adulte la diathèse tuberculeuse par les poumons, viendrait sanctionner cette théorie fondée sur le seul élément anatomique.

Si maintenant nous recourons aux symptômes nous sommes conduits à penser que les rhumes si fréquens dans l'enfance et la première jeunesse de Taponnier pourraient bien avoir quelque connexion avec l'induration compliquée d'adhérence au sommet du poumon gauche, et l'état limité de cette lésion ne serait pas incompatible avec la faculté, contraire pendant les années qui ont précédé la détention, de monter sans trop d'essoufflement vingt-cinq sacs de blé au grenier sans se reposer. A cette époque, par conséquent, et comme l'indique suffisamment l'anatomie pathologique, les granulations pulmonaires des lobes supérieurs n'existaient pas encore.

Les maux de tête revenant tous les dix à douze jours pendant les seize premières années de la vie, laissant le malade sans symptômes pendant les intervalles, et s'accompagnant de vomissement, ressemblent trop à de véritables migraines pour qu'on soit tenté de les rapporter à un tubercule cérébelleux, qui n'était probablement pas formé à cette époque; d'ailleurs elles disparurent à 16 ans et dès lors pendant bien des années Taponnier demeura sans symptômes céphaliques quelconques.

Les symptômes de scrofules commencèrent à 19 ans par un engorgement qui se transforma en un abcès froid, lequel se fondit lentement et laissa une cicatrice vers le sein gauche. Y eut-il déjà de l'infiltration tuberculeuse dans cet engorgement ? Les ganglions de l'aisselle et du col commencèrent-ils à poindre vers cette époque ou seulement plus tard ? Malheureusement j'ai omis de préciser l'interrogation autant qu'il l'aurait fallu pour éclairer ces deux points ou au moins le second. S'il en était ainsi, ce serait une raison suffisante de penser que le travail tuberculisateur des ganglions sous-cutanés a succédé à celui qui aurait attaqué le sommet du poumon gauche. Il manque également de détails assez circonstanciés sur les symptômes abdominaux pour fixer quelque chose sur l'époque où les ganglions mésentériques furent envahis. Quant au tubercule cérébelleux, il est fort probable qu'il survint pendant le travail de carie du poignet, peut-être par suite de la pratique de l'onanisme, vers la trente-deuxième année du prisonnier; car il eut alors des maux de tête assez habituels, quoique moins intenses que ses migraines d'autrefois, et il les rapportait à la région occipitale. Or, si l'on se rappelle que les tubercules internes ne se développent guère sans l'aide d'un mouvement fébrile, on aura encore une raison de rejeter l'hypothèse qui ferait remonter le tubercule aux migraines, et au contraire d'admettre qu'il est né dans la seule époque de la vie de Taponnier connue pour avoir offert à la fois des douleurs de tête occipitales, et un travail de carie au poignet qui s'accompagnait de fréquens accès de fièvre, c'est-à-dire vers l'automne 1837, soit un an avant la mort.

Pendant l'hiver qui suivit, on sait que Taponnier fut passer quelques semaines à l'hôpital, qu'il en revint toussant, crachant, le corps amaigri, et sujet à quelques sueurs nocturnes; qu'au mois de mars la toux continua à croître pendant le commencement du traitement homœpatique; que bientôt, dans le mois d'avril, elle diminua, puis disparut; que pendant la période d'exacerbation de la toux le pouls s'éleva successivement de 94 à 116, pour s'abaisser ensuite avec la diminution de la toux, et revenir à 90. C'est aussi vers cette époque qu'il faut, ce me semble, placer le travail de développement des granulations pulmonaires; et peut-être alors aussi apparurent celles qui semblent leurs contemporaines, ont leur siége dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et sont la cause anatomique de la péritonite survenue deux jours avant la mort.

Cette marche du travail organique ainsi esquissée d'après l'analyse attentive de l'anatomie pathologique et des symptômes recueillis, je dois maintenant m'arrêter un instant sur le traitement homœpathique. Commençons par le considérer sous un point de vue pathologique, c'est-à-dire sous celui de la puissance accordée aux petites doses infinitésimales.

Les fonctions de la vie de relation ont offert pendant l'administration du mercure soluble puis du soufre, les symptômes censés pathogénétiques que je vais récapituler : des vertiges, un obscurcissement de la vue et des nausées, puis de la céphalalgie qui devient gravative au début du traitement par le soufre, puis des élancemens vers la tempe droite, puis des bruissemens vers la tête avec peine à rassembler les idées et à réfléchir, une sensation éphémère comme si on arrachait les cheveux tous à la fois. Il y a eu de la contracture dans les muscles, puis de l'engourdissement des jambes vers les genoux, un sommeil agité pendant la nuit et une somnolence diurne.

Quelque concordans que soient ces symptômes successifs avec l'indication pathogénétique, on ne peut s'empêcher, en bonne conscience, de se rappeler premièrement que Taponnier a été précédemment sujet à des symptômes céphaliques, et secondement surtout qu'il portait selon toutes les apparences un tubercule cérébelleux pendant la période du traitement homœpatique, et qu'alors d'après ce que nous savons des signes par lesquels les tubercules encéphaliques se révèlent au dehors, la plupart des symptômes précités peuvent provenir de toute autre cause que de l'action du mercure ou du sulfure. Qu'on y prenne garde ; cette remarque est grave, en ce que non seulement elle invalide l'expérience en tout ce qui regarde les symptômes nerveux, mais encore elle ébranle dans ses fondemens toute pathogénésie thérapeutique des centres nerveux qui aurait été construite à l'aide d'observations recueillies sur des sujets dont on n'aurait pas suffisamment constaté l'état parfaitement sain des centres nerveux. Mais pour se mettre à l'abri d'une si monstrueuse chance d'erreur, il faudrait au moins faire quelque cas du diagnostic, c'est-à-dire de l'analyse des symptômes faite dans le but de juger de l'état des organes internes; or, on sait combien la préoccupation purement physiologique est exclusive chez les médecins homœpathistes.

Un point de départ incomplet sous un si grave rapport ne saurait conduire qu'à des conséquences fautives; aussi me vois-je forcément arrivé à conclure déjà, que pour juger la valeur des doses infinitésimales comme pour déterminer l'action de doses et médicamens quelconques, il faudrait commencer par avoir une pathogénésie fidèle, un étalon sur lequel on pût entièrement se fier, et non une collection de symptômes ramassés en nombre infini chez une multitude de malades divers, qui, peut-être, n'avaient qu'un point de rapport commun, celui d'être soumis à l'action du même médicament.

Nous trouvons ensuite dans les fonctions digestives quelques symptômes tels que la constipation avec nausées, douleur épigastrique et abdominale le matin, le goût amer, la bouche pâteuse, le mauvais goût des alimens, tout cela pendant l'administration du soufre, dont la pathogénésie ratifie, il est vrai, ces symptômes, tout en en signalant de différens. Mais encore dirons-nous, est-il étonnant de voir pareils phénomènes s'offrir chez un homme qui portait probablement déjà des ganglions mésentériques tuberculeux, et des granulations sous-péritonéales? Nous ajouterons même que l'absence d'ulcérations intestinales fait comprendre qu'au lieu de dévoiement les autres lésions devaient au contraire tendre à produire de la constipation.

Enfin, les nausées et les douleurs épigastriques ne pouvaient-elles pas se rencontrer chez un homme qui a offert plus tard à l'autopsie une muqueuse gastrique ramollie? Je crois bien qu'il resterait à savoir si ce ramollissement existait déjà huit mois avant la mort; mais qu'est-ce qui prononce avec quelque certitude qu'il n'existait pas alors ? Rien, les présomptions sont plutôt contraires.

Je ne m'arrête pas sur quelques autres symptômes peu significatifs, tels que la couleur foncée des urines qu'on pourrait peut-être rappro-

cher de la conformation particulière de la vessie, au cercle bien péri-orbitaire, à l'apparence blême de la face, à un saignement de nez, aux légers symptômes d'ophthalmie éphémère, au fendillement des lèvres, ni même aux sueurs de la tête, survenus pendant l'administration du calcaria, et qui peut-être se rattachaient à l'habitude de sueurs nocturnes qu'aurait contractée le malade peu avant le traitement homœpathique; et pour terminer je me borne à mettre en relief trois symptômes qui me paraissent mériter cependant une attention particulière : la salivation avec sécheresse du gosier, la chute des cheveux, et l'éruption miliaire, tous trois survenus pendant l'administration du mercure soluble, chez un homme qui n'avait rien aperçu de pareil auparavant. Et j'avance que je ne leur trouve pas d'explication suffisante hors du traitement; il serait donc intéressant de soumettre ce point à de nouvelles investigations.

Ainsi on voit à quoi se réduisent les seuls résultats que l'analyse des faits d'après tous ses élémens, est inhabile à expliquer autrement que par l'hypothèse de l'action des doses infinitésimales, et je n'ai cependant fait aucune mention des symptômes censés pathogénétiques que notre malade n'a point éprouvés, ou qu'il a ressentis en sens inverse! Il est difficile de tirer de ce qui précède des conclusions aussi favorables à l'action des petites doses que le sont les assertions tranchantes dont fourmillent les analyses homœpathiques.

L'action homœpatiquement curative du mercure et du soufre ressort-elle davantage de cette observation? Y a-t-il lieu d'en inférer que ces agens guérissent la phthisie au premier degré, les glandes engorgées, et les caries? La marche lente et régulièrement croissante de la maladie de Taponnier, l'autopsie qui couronne cette histoire, répondent favorablement à cette question.

Je n'ajoute plus qu'un mot à ces réflexions déjà très longues. C'est que si l'homœpathie ne trouve pas l'occasion de triompher dans cette observation, l'auscultation du thorax y offre le moyen d'apprécier son excellence comme moyen de préciser le diagnostic. Tandis que la toux, la fièvre, l'expectoration, et quelques sueurs nocturnes faisaient craindre, ainsi que l'amaigrissement, une terminaison fatale dans le cas d'amputation; on se rappelle que l'auscultation et la percussion, en proclamant une respiration, il est vrai, bronchique en quelques points, mais sans mélange de râle ni de gargouillement, et une absence soit d'obscurité du son, soit de ralentissement, décida qu'il n'y avait ni cavernes ni tubercules ramollis; que les altérations se réduisaient tout au plus à quelques tubercules crus et à des granulations disséminées, et légitima l'amputation, qui réussit. L'autopsie vint plus tard vérifier les détails de cette auscultation pratiquée depuis quelquefois et toujours avec les mêmes résultats, et l'on a pu voir que cette vérification était telle qu'on pouvait la désirer et l'attendre.

OBSERVATION RELATIVE A UNE FISSURE A L'ANUS TRAITÉE PAR LA CAUTÉRISATION, LES MÈCHES ET GUÉRIE PAR LE MONÉSIA; communiquée par M. le docteur J.-F. PAYEN.

Les bons résultats que j'ai retirés de l'usage intérieur du monésia dans un certain nombre de maladies internes m'ont engagé de bonne heure à essayer cette substance sur les maladies extérieures, afin de mieux observer ses effets et d'étudier sa manière d'agir.

C'est après avoir obtenu ainsi plusieurs fois des guérisons remarquables sur des ulcérations cutanées de diverse nature que j'ai été amené à employer ce nouveau médicament dans un cas de fissure à l'anus; mais fidèle à l'obligation que je me suis imposée en pareille circonstance d'agir toujours comparativement, je n'ai eu recours au monésia qu'après avoir employé infructueusement d'autres moyens qui suffisent quelquefois pour guérir. Ici encore le monésia s'est montré efficace là où les autres moyens avaient échoué, et c'est ce cas dont j'ai pensé que la publication pourrait offrir quelque utilité.

OBS. — M. P. portait à l'anus, depuis plus de cinq ans, une fissure qui avait été reconnue par M. Dupuytren. Presqu'indolente d'abord, elle occasionait surtout du malaise du côté du col de la vessie; mais le malade se livrait à des occupations actives, il voyageait souvent, etc.; et pendant quatre années la fissure conserva plus ou moins ce caractère de bénignité; à cette époque, les douleurs devinrent plus vives et allèrent rapidement en augmentant; la station assise n'était supportée qu'à l'aide de coussins élastiques; la station verticale déterminait vers l'anus une pesanteur fort incommode; la défécation devint extrêmement douloureuse; l'anus était constamment le siége d'une titillation pénible, et souvent une ardeur très vive, des élancemens très douloureux se faisaient sentir. Le malade fut enfin obligé de garder la chambre.

La pommade belladonée conseillée par M. Dupuytren, des sangsues prescrites par M. Sanson ne produisirent pas d'amélioration, et ce dernier chirurgien conseilla la cautérisation.

J'examinai M. P.; l'anus était le siége d'une constriction considérable et n'admettait que très péniblement l'extrémité du doigt, à l'aide duquel on sentait en arrière, au devant du coxis, et en avant derrière l'urètre, une dureté parallèle aux plis radiés de cet orifice; la pression sur ce point était extrêmement douloureuse; en écartant ces plis, je découvris dans le premier point une fissure offrant une longueur de 7 à 8 lignes et une étendue de 3 lignes dans la plus grande largeur; un tiers environ était situé au dehors de l'anus et le reste pénétrait dans cet orifice, au niveau du sphincter. Les bords étaient légèrement durcis, n'étaient pas élevés au-dessus du niveau de la peau et ne présentaient pas de callosités. La surface de la fissure était généralement grisâtre excepté dans le fond où elle était d'un rouge vif.

En examinant le pourtour de l'anus, je reconnus à sa partie antérieure une seconde fissure longue de 4 lignes, offrant à peine de largeur, située toute entière au niveau du sphincter et ne débordant pas à l'extérieur.

Les bords de cette fissure étaient proportionnellement plus durs que ceux de la fissure postérieure; ni l'un ni l'autre ne fournissait une sécrétion appréciable; il existe au pourtour de l'anus quelques poches hémorroïdaires.

Je cautérisai avec le nitrate d'argent toute la surface de ces deux fissures, et ce ne fut qu'après quelques jours que je commençai à introduire des mèches enduites de cérat opiacé, afin de ne pas augmenter les douleurs extrêmement vives que la cautérisation avait développées d'abord. Les mèches furent supportées très impatiemment, quel que fût leur volume. Après quelques jours, j'essayai d'en introduire de très volumineuses; ayant observé assez souvent sur plusieurs sujets que ces dernières sont mieux supportées que celles d'un volume moyen, j'en passai ainsi plusieurs de près d'un pouce de diamètre; mais elles amenèrent des souffrances tellement vives que le malade agité de mouvemens nerveux, privé de sommeil, etc., dut se décider à les enlever après quelques heures. A sa quatrième cautérisation, la fissure antérieure se trouva guérie; mais celle qui était située en arrière restait stationnaire; sur celle-ci huit cautérisations pratiquées en cinq semaines à la distance de quatre à six jours, toutes fort douloureuses, avaient laissé la fissure dans le même état. L'ulcération d'abord élargie s'était rétrécie ensuite par la cicatrisation des bords; mais le fond de la gerçure restait le même et les accidens persévéraient de telle sorte que pendant ce temps le malade n'avait pas cessé de garder la chambre, souvent le lit, et qu'il ne pouvait rester assis qu'en reposant sur une des fesses, afin que le poids du corps ne portât pas sur l'anus.

Cependant j'avais toujours eu la précaution, que je crois essentielle lorsque les mèches ne sont pas assez grosses pour dilater complétement l'anus, de faire pénétrer dans le fond de la fissure des fils de charpie, afin de l'étendre et de la rapprocher ainsi le plus possible de l'état d'une plaie plate.

Dans cet état de choses, je pensai que la cautérisation et les mèches étaient jugées et je reparlai de l'incision comme étant le seul moyen de guérison, bien que cette opération offrît ici quelques difficultés; car je pense que pratiquée sur la fissure même, vers le coxis, elle aurait été fort difficile à guérir, et je crois que c'était un des cas dans lesquels on doit inciser le sphincter à droite et à gauche sans toucher à la fissure.

Quoi qu'il en soit je proposai à M. P. d'essayer sur lui le monésia et la mèche préparée comme à l'ordinaire, mais peu volumineuse et enduite de cérat opiacé sur-saupoudré avec l'extrait de cette écorce du côté qui correspondait à la fissure; l'aspect de la plaie changea dès les premières applications; elle était surtout moins vive, moins humide; les pansemens furent continués ainsi une fois par jour avec une mèche du petit volume, employée par conséquent comme moyen d'application du médicament et non point comme moyen de distension. Le cinquième jour la fissure paraissait séchée; je continuai le monésia jusqu'au dixième jour, et la guérison était tellement parfaite qu'il était difficile de reconnaître le point précis qu'avait occupé la fissure.

Cette observation est remarquable : elle semble donner la mesure de l'efficacité de la cautérisation; en effet, ce moyen, favorisé par l'emploi de mèches d'un volume médiocre, suffit pour amener la cicatrisation de la fissure antérieure qui déjà par son siége était de celles qui sont très rebelles, mais l'autre plus profonde, située dans un point où ces lésions sont en général plus opiniâtres, résista à huit cautérisations, à l'introduction de mèche pendant cinq semaines et céda promptement au monésia.

Je sais bien qu'on pourra m'objecter que la cautérisation seule ayant quelquefois suffi pour guérir des fissures, et ayant dans ce cas même guéri l'une de celles qui existaient, aurait peut-être pu suffire encore; mais je crois être en droit de conclure de ce qui s'est passé que ce moyen aurait été insuffisant quand bien même il aurait été continué, car je n'ai jamais vu le nitrate d'argent amener la guérison des fissures qui aient résisté à sept ou huit cautérisations.

On pourra penser encore que les cautérisations ont favorisé l'action du monésia, en modifiant d'abord la fissure, cela peut être; mais en comparant l'effet obtenu par l'un et l'autre de ces moyens, il est permis de penser qu'employé tout d'abord le monésia aurait avec un peu plus de temps peut-être amené le même résultat.

D'après la manière dont les choses se sont passées, je crois que le monésia seul pourra suffire pour guérir un certain nombre de fissures pour lesquelles l'incision aurait été nécessaire, et dans les cas rares où la cautérisation et même les seules mèches doivent amener la guérison, je ne doute pas que ce médicament ne fournisse un adjuvant très utile au traitement.

Le succès du monésia, dans cette circonstance, m'a peu surpris; je l'espérais à l'avance par analogie, d'après les bons effets que j'en avais

plusieurs fois obtenus dans des cas d'ulcérations rebelles dont plusieurs offrent avec celui-ci une telle analogie, que je crois utile d'indiquer ici les principaux de ces faits.

1° L'extrait de monésia en poudre a amené la cicatrisation d'un ulcère situé à la mâchoire inférieure, lequel avait dénudé la peau dans l'étendue d'une pièce de 5 fr.; mis à nu le périoste, et qui depuis dix mois avait résisté à toute espèce de traitement intérieur et extérieur.

2° Chez une dame affectée d'hémorrhoïdes enflammées, et tuméfiées au point qu'une d'elles se rompit, une défécation difficile produisit plusieurs déchirures longitudinales dans les intervalles des poches hémorrhoïdales; les douleurs furent atroces et chaque garderobe les augmentait; j'introduisis dans l'anus une sorte de suppositoire fait avec une feuille de poirée beurrée roulée sur elle-même et fortement saupoudrée d'extrait de monésia; les douleurs furent presque immédiatement calmées et les fissures guérirent promptement; l'onguent populéum mêlé à l'extrait d'opium n'avait produit aucun soulagement.

3° Sur plusieurs malades affectés d'hémorroïdes enflammées et fort douloureuses, le monésia a constamment modéré les douleurs plus promptement et plus efficacement que les autres calmans mis en usage avant lui.

4° Sur un sujet tombé dans un état de faiblesse et d'épuisement extrêmes, qui reconnaissait pour cause une pleurésie passée à l'état chronique, un vésicatoire existant sur la poitrine se recouvrit d'une couche d'un gris jaunâtre pultacée d'une odeur extrêmement fétide; la surface de la plaie offrait véritablement l'aspect de la pourriture d'hôpital; les douleurs étaient extrêmement vives; comme cela a lieu dans cette complication des plaies; le quinquina en poudre et en décoction, l'eau chlorurée n'avaient pas modifié l'état de ce vésicatoire; le cérat opiacé n'avait pas diminué les douleurs dont il était le siége; la poudre de monésia a calmé immédiatement la douleur; dès le lendemain, l'aspect de la plaie était meilleur, et aujourd'hui que le malade est guéri, l'aspect de la cicatrice indique qu'il y a eu destruction d'une partie de l'épaisseur de la peau.

5° J'ai retiré de fort bons effets du monésia sur des gerçures des seins, lesquelles avaient résisté à la cautérisation avec le nitrate d'argent, chez une dame nouvellement accouchée et nonrrice.

6° Dans plusieurs cas de stomatite diphtéritique, dont deux avec gangrène, l'extrait de monésia en poudre appliqué sur les surfaces malades a eu une influence très favorable.

7° J'ai fait cicatriser des ulcérations sanieuses fongueuses résultant de crevasses, d'engelures sur un enfant scrofuleux, en les saupoudrant de cette même substance.

8° J'ai plusieurs fois obtenu la guérison d'ulcères atoniques aux jambes, en les pansant avec la poudre d'extrait dans des cas où la compression, le sparadrap, le diachylon, etc., n'avaient pas amené la guérison.

9° J'ai tout récemment employé le monésia dans un cas de fistule recto-vaginale survenue il y a six semaines pendant un premier accouchement; les détails de ce fait sont assez remarquables pour que je me propose de le publier, lorsque je serai assuré de la guérison; en attendant, je dirai que, dans ce cas, j'ai encore employé le monésia en application à l'état d'extrait en poudre, et en injection de teinture coupée avec cinq parties d'eau; aujourd'hui que le liquide des lavemens ne revient plus par le vagin, qu'il ne s'échappe plus de matières fécales par la fistule, et qu'il est douteux s'il y passe encore quelques gaz, je suis convaincu que le monésia a été très utile en faisant cesser l'état stationnaire dans lequel la fissure est restée pendant une quinzaine de jours, en soutenant le ton des parties, en modifiant l'irritation déterminée par les matières de la sécrétion ou de l'infiltration, et en desséchant d'une manière remarquable les surfaces malades.

Du fait principal de cette note et des faits accessoires que j'ai relatés sommairement à son occasion, il résulte pour moi cette conviction que le monésia est une substance non moins active contre certaines ulcérations de la peau et des muqueuses qu'elle s'est montrée efficace contre plusieurs maladies internes, notamment celles qui affectent le tube digestif. Je pense que l'admission de ce nouveau médicament dans la matière médicale est toute légitime, et les cas nombreux dans lesquels je l'ai employé extérieurement et intérieurement m'ont convaincu que ce sera une précieuse acquisition pour la thérapeutique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JANVIER.

TRANSPORT OPÉRÉ PAR LA FOUDRE.

M. Arago donne, d'après une lettre de M. Hubert, des détails sur un fait de ce genre.

Le lundi, 8 juillet 1839, à 6 heures du matin, la foudre tomba sur un chêne situé sur le bord d'un chemin qui conduit de la grande route à Boisemont, et frappa deux ouvriers carriers. Le plus jeune, âgé de 22 ans, fut tué sur place; il avait le côté droit brûlé depuis l'épaule jusqu'au bout du pied; en le déshabillant on s'aperçut que ses vêtemens, qui étaient en coton, tombaient en charpie. Le plus âgé, Nicolas Pion, père du premier, fut brûlé depuis le front, et en descendant, depuis l'épaule gauche, où il y avait un trou, jusque sous le pied gauche. La foudre était sortie par le côté du soulier gauche, où elle avait fait un trou. Il paraît qu'à ce moment de la sortie de la foudre il y eut une explosion, car le corps du malheureux Nicolas Pion fut lancé à 23 mètres de distance, et il tomba dans une touffe de châtaigniers. M. Hubert tient ces faits du garde-jardinier du château de Boisemont, qui, attiré par les cris du vieillard qui existait encore, arriva le premier sur les lieux, et aida à relever les corps.

M. Hubert donne des détails relativement aux traces que la foudre a laissées sur le chêne; puis il parle des effets d'un coup de tonnerre qui, deux semaines auparavant, avait frappé un moulin situé à peu de distance. Le moulin a été en grande partie brisé. Le cheval, qui était dans la pièce du bas, paraît n'avoir eu d'autre mal que la peur, dont au reste il n'est pas encore remis. Un chat qui était avec lui fut moins heureux: il eut les oreilles déchirées, le dessous des pattes brûlé, et toutes les griffes, sauf une, arrachées. Deux des enfans du meunier qui jouaient sous le moulin sont restés pendant quelque temps comme hébétés et ne pouvaient retrouver la porte de leur maison.

RECHERCHES SUR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

M. Deville adresse un mémoire dans lequel il a eu pour but:

1° De faire connaître de nouveaux corps isomériques avec l'essence de térébenthine, et provenant de l'altération moléculaire de celle-ci; leurs propriétés et leurs principales combinaisons; de faire connaître les composés qui dérivent de ces corps, et dans lesquels le chlore a remplacé une certaine portion de l'hydrogène constitutif, et cela, dans les proportions voulues par la loi des substitutions, leur propriété, leur analyse.

2° Démontrer quelle est la relation de génération qui lie entre eux tous ces corps isomériques ou leurs dérivés chlorés, quelle que soit du reste la nature de l'essence de térébenthine qui leur a donné naissance directement ou indirectement.

DÉCOMPOSITION DES SUBSTANCES ORGANIQUES PAR LA BARYTE.

MM. Pelouze et Millon déposent sur le bureau une note faisant suite à celle dont nous avons donné récemment l'analyse. En annonçant la formation d'un hydrogène proto-carboné par la décomposition de l'alcool à l'acide de la baryte, nous nous étions bornés, disent les deux auteurs, à constater la décomposition de ce gaz et la condensation de ses élémens. Elles sont parfaitement identiques avec la composition et la condensation des marais mêmes. Chaque volume de ces deux fluides élastiques a pour formule C 1/2 H 2; car l'un et l'autre exigent, pour brûler, un volume double d'oxigène, et produisent leur propre volume d'acide carbonique.

Les propriétés très mal connues du gaz des marais, et surtout les cas fréquens d'isomerie entre les carbures d'hydrogène nous ont engagés, disent les auteurs, à poursuivre comparativement nos recherches sur les deux gaz précédens et sur celui extrait de l'acide acétique. Nous avons remarqué dans l'action du brôme sur le gaz des eaux stagnantes, et sur celui de l'alcool une très grande différence; le premier s'attaque très-difficilement à la lumière diffuse, tandis que le second est décomposé, dans la même circonstance, avec une extrême énergie. Il nous a semblé également voir une différence, quoique moins tranchée, entre le gaz des marais et celui extrait de l'acide acétique, de sorte qu'il y aurait là trois gaz composés et condensés de la même manière, nous présentant trois propriétés différentes, ou, en d'autres termes, *trois corps isomériques*.

L'action du brôme sur l'hydrogène proto-carboné de l'alcool donne naissance, poursuivent les auteurs, à un liquide éthéré dont la composition est fort éloignée de ce qu'elle devait être, en admettant la théorie de M. Dumas, le rapprochement qu'il avait établi entre deux réactions, l'une sur l'acide acétique, l'autre sur l'acide chloracétique. Nous ajoutons que nous sommes arrivés, pour interpréter ces réactions, à des conclusions qui pourraient se déduire non seulement des expériences que nous avons rapportées dans notre note, mais encore des expériences des anciens chimistes quand ils brûlaient le charbon par l'hydrate de potasse; de celles de monsieur Chevreul quand il obtenait l'hydrogène par par l'action des alcalis sur le ligneux; de celles de M. Gay-Lussac quand il détruisit plusieurs substances organiques par la potasse; et enfin, d'expériences dont M. Persoz a donné le résumé dans son introduction à l'étude de la chimie moléculaire. Remarquant que toutes les matières organiques étaient décomposées par un grand excès d'hydrate de potasse, en donnant naissance à de l'hydrogène pur, M. Persoz a indiqué ce moyen comme susceptible d'être appliqué à l'analyse élémentaire.

Enfin, MM. Austin et Higgins ont obtenu, il y a une quarantaine d'années, la formation du gaz des marais, ou tout au moins un gaz isomérique à ce dernier, en distillant l'acétate de potasse.

SUR LES CAUSES DES SCROFULES.

M. Lugol lit un mémoire sur ce sujet.

Les scrofules peuvent-elles, comme le pensent encore aujourd'hui beaucoup de médecins, naître et se développer sous l'influence unique de causes extérieures, ou bien sont-elles une affection héréditaire? Telle est la question que s'est proposée de résoudre l'auteur.

Le résultat des études qu'il a faites sur cette maladie pendant une longue pratique à l'hôpital Saint-Louis, où affluent les scrofuleux, l'a conduit à une opinion bien arrêtée, et qu'il exprime dans les termes suivans :

Les causes occasionnelles que l'on a signalées comme pouvant faire naître, chez un sujet qui n'en porterait déjà pas le germe, la maladie scrofuleuse, u'ont point d'*effet nécessaire*.

On citerait des milliers de cas où elles ont agi toutes à la fois et avec la plus grande intensité, sans amener ce résultat, et dans les exemples contraires qu'on pourrait alléguer, il n'en est peut-être pas un dans lequel on ait suffisamment constaté qu'il n'y avait pas de prédisposition héréditaire.

Il n'en est pas de même de l'hérédité; son action est évidente dans le plus grand nombre des cas, et on peut la découvrir même dans ceux où elle est le moins apparente, quand on a appris à distinguer les signes qui annoncent ce triste héritage.

Toutes les fois qu'on trouve chez un enfant l'affection scrofuleuse, c'est, suivant M. Lugol, un signe certain d'un tempérament de famille, en vertu duquel tous les autres enfans sont prédisposés à la même maladie. Un autre signe, qui peut servir à faire reconnaître dans les familles cette fâcheuse constitution, c'est la grande mortalité à laquelle elles sont sujettes. A peine un quart des enfans y parvient-il à l'âge de la puberté.

Après avoir fait connaître les caractères essentiels de l'hérédité, l'auteur du mémoire considère l'état de santé des parens qui engendrent des enfans scrofuleux; car s'il soutient que la santé des enfans dépend de celle des parens, il distingue chez ceux-ci la santé originaire et la santé acquise, les deux pouvant produire le même résultat, mais ne conduisant pas aux mêmes conclusions quand on remonte aux ascendans, savoir qu'un enfant scrofuleux aurait nécessairement pour père ou pour mère une personne de constitution scrofuleuse.

Conformément à cette distinction, il divise en deux groupes les faits relatifs à l'hérédité, et il en traite dans deux sections différentes.

Dans la première, après avoir parlé des scrofules qui s'observent chez des sujets nés de parens actuellement scrofuleux ou atteints de phthisie tuberculeuse, ce qui pour lui ne constitue que deux formes d'une même affection et non deux affections différentes, il montre 1° que des parens, jouissant en apparence d'une bonne santé, mais ayant eu dans leur jeunesse des symptômes de l'affection scrofuleuse, engendrent souvent des enfans scrofuleux; 2° que des parents qui jamais n'ont montré aucun signe de cette affection, mais qui ont des scrofuleux dans leurs frères ou leurs sœurs ont aussi assez fréquemment une postérité scrofuleuse; 3° que des sujets qui ne sont dans aucun de ces deux cas et qui ont cependant engendré des enfans scrofuleux ont été quelquefois postérieurement à la naissance de ces enfans atteints eux-mêmes de scrofules, remarque négligée jusqu'à ce jour et qui avait probablement contribué à établir l'opinion que le vice scrofuleux saute quelquefois une génération, c'est-à-dire passe du grand-père au petit-fils; opinion assez accréditée, mais que M. Lugol regarde comme sans fondement réel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JANVIER.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme une lettre de M. Orfila, relative à un cas d'empoisonnement. (Commissaires : MM. Caventou et Chevalier.)

M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Marc.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DE LA COUCHE CORTICALE DU CERVEAU.

M. Blandin fait un rapport sur un mémoire de M. Baillarger ayant pour titre: *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau*, avec deux planches lithographiées.

Voici les principales conclusions de ce travail :

1° La substance corticale des circonvolutions du cerveau est formée de six couches alternativement grises et blanches en allant de dedans en dehors. En examinant une lame mince de substance grise entre deux verres, ces six couches apparaissent alternativement transparentes et opaques.

2° Les deux couches blanches qui existent dans l'épaisseur de la substance grise corticale sont formées par deux rangées de fibres verticales.

3° Il existe dans la couche corticale du cerveau des mammifères inférieurs un second ordre de fibres transversales croisant les premières à angle droit.

4° La couche corticale existe et peut être démontrée dans le cerveau du fœtus.

5° La première ne sécrète pas la substance cérébrale par couches successives, comme l'ont admis Reil, Tiedman et Desmoulins.

6° La stratification de la surface du cerveau des mammifères ne se retrouve plus dans les lobes cérébraux des oiseaux, des reptiles et des poissons; elle existe au contraire dans les lobes optiques, comme l'avait déjà indiqué M. Serres.

7° La superposition de six couches alternativement grises et blanches dans la substance corticale rappelle l'idée d'une pile galvanique.

M. Blandin demande que le travail de M. Baillarger soit inséré dans les mémoires de l'Académie, et que l'auteur soit porté sur la liste des candidats aux places de membres correspondans.

Ces conclusions sont adoptées.

MÉLANOSE DE LA PEAU.

M. Chervin fait un rapport verbal sur un cas de mélanose de la peau observé à Gibraltar par M. Gilkhristk. Presque toute la peau devint malade; il existait des douleurs vives; la malade succomba.

M. le rapporteur rapproche cette maladie de l'acrodynie épidémique observée à Paris en 1828 et 1829.

RÉFLEXIONS TOUCHANT LES EXPÉRIENCES DE PHYSIOLOGIE ANIMALE FAITES SUR UNE GRANDE ÉCHELLE, ET SUR LA MORTALITÉ QUI DÉTRUIT UNE GRANDE PARTIE DES BESTIAUX.

M. Dupuy lit la première partie d'un travail sur ce sujet.

ACCÈS DE MANIE DÉVELOPPÉ DURANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, ET ATTRIBUÉ A UNE QUANTITÉ INSOLITE DES EAUX DE L'AMNIOS.

M. Helme lit une observation relative à une femme qui a été prise tout à coup, pendant le travail d'accouchement, d'un accès de manie; les eaux de l'amnios étaient d'une quantité double de la quantité ordinaire. Aussitôt que la poche amniotique eût été crevée, l'accès de manie se dissipa, et l'accouchement se termina heureusement. (Rapporteurs: MM. Capuron et Moreau.)

Après une communication de M. Renaud, d'Alfort, relative à la transmission de la morve du cheval au mouton; une autre de M. Ricord sur un nouveau procédé pour la cure radicale du varicocèle, la séance est levée à quatre heures et demie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES CAUSES DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. Parchappe, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure. — Paris, 1839. — 67 pages in-8. — Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 7.

L'étude des causes de l'aliénation mentale est l'une des plus belles questions qui aient été soumises à l'investigation de la statistique; mais jusqu'ici les résultats obtenus par cette méthode, qu'on regardait avec raison comme la seule dont on dût attendre des révélations vraiment utiles, sont presque nuls malgré les chiffres assez élevés sur lesquels on a opéré. Étudier les causes qui ont empêché les nombreuses recherches statistiques faites sur cette question de fructifier, et les signaler, tel est le but principal du mémoire de M. Parchappe, dont l'importance est relevée par la création prochaine d'un grand nombre d'hôpitaux pour les aliénés, ordonnée par la dernière loi, et qui va ouvrir un vaste champ à l'observation. Suivons donc l'auteur dans ses travaux où il oppose aux résultats statistiques obtenus avant lui ceux qu'il a lui-même retirés des observations recueillies à St-Yon pendant une période de près de quatre ans, et qui comprennent 575 malades des deux sexes. Mais avant d'arriver aux conclusions qu'il a tirées de cette comparaison, nous devons faire connaître avec lui combien a été défectueuse la classification des causes adoptée dans la plupart des documens statistiques recueillis sur ce point.

La distribution généralement adoptée en causes morales et en causes physiques est défectueuse et insuffisante : les causes, dites physiques, constituent cet assemblage incohérent de causes non analogues et qui n'ont entre elles de commun qu'un seul caractère, celui de n'être pas des causes morales; il en est de même de ces dernières qui, comprenant tous les élémens si divers de l'activité intellectuelle et morale, ont besoin d'être distinguées les unes des autres. Les limites même qui devraient séparer ces deux ordres de causes ne sont pas établies d'une manière positive : l'excès de travail intellectuel a été rangé par les uns (MM. Esquirol, Earle), parmi les causes morales, tandis que d'autres (MM. Pariset Desportes) l'ont placé parmi les causes physiques. Nous pourrions présenter les mêmes réflexions sur l'onanisme qui est cause morale pour les uns et cause physique pour d'autres.

Les prédispositions ont été généralement confondues avec les causes déterminantes et mises sur le même rang; de telle sorte que les chiffres qui représentent les premières entrent en proportion avec les chiffres qui représentent les secondes. Et pourtant l'observation prouve que le germe formel de la prédisposition a besoin, pour produire l'aliénation mentale, d'être fécondé par l'action d'une cause déterminante.

Les dénominations des causes manquent d'uniformité et de précision; on ne trouve pas dans tous les documens les mêmes causes, et on trouve dans presque tous des causes vraiment indéterminées. Ainsi, pour les causes morales, la colère, l'ambition trompée, les événemens politiques figurent comme causes dans beaucoup de documens, et ont été entièrement omis dans beaucoup d'autres. Au reste, demande avec raison M. Par-

chappe, qu'est-ce que l'ambition trompée? est-ce l'ambition trompée an l'ambition de fortune? et quelle place donner à l'ambition, dans les cadres où se trouvent déjà les rêves de fortune et l'amour-propre blessé?

Les documens relatifs aux causes dites physiques sont encore plus défectueux : l'abus des boissons alcooliques, les vers intestinaux, l'apoplexie sont exprimés dans certaine statistique par un chiffre très élevé, tandis que dans d'autres il n'en est pas question.

La plupart des circonstances admises comme causes de la folie dans les documens publiés jusqu'ici étant donc trop vaguement indiquées pour être d'une grande utilité dans l'étude de ces causes considérées d'une manière générale, M. Parchappe a cherché à les préciser davantage en pénétrant plus intimement dans leur mode d'action sur l'homme, et distribue toutes les causes de l'aliénation mentale en quatre classes.

1° Les causes généralement désignées sous le nom de causes morales, et qui, agissant sur les facultés intellectuelles, affectives et morales de l'homme, attaquent ses besoins dans la vie et ses intérêts dans la société.

2° Celles qui consistent dans l'abus que l'homme peut faire de ses facultés en recherchant les jouissances intellectuelles ou sensuelles.

3° Celles qui consistant dans un état morbide actuel des organes de l'homme, entraînent nécessairement ou accidentellement un des troubles de la raison désignés sous le nom d'aliénation mentale.

4° Les causes externes qui, physiquement, chimiquement ou physiologiquement troublent les fonctions cérébrales et déterminent la folie.

L'auteur établit nécessairement de nombreuses subdivisions pour ces quatre classes. Ainsi, la première est subdivisée en groupes représentant les principaux intérêts de l'homme dans l'état de société : religion et conscience, amour, famille et affections, fortune, réputation, conservation, patrie.

La seconde classe se subdivise naturellement en excès intellectuels et excès sensuels.

Dans la troisième classe ont été distingués les états morbides communs aux deux sexes, de ceux qui sont propres à la femme, et, en outre, les états morbides qui ont pour siége organique le cerveau et ses dépendances, de ceux qui ont pour siége le cerveau et les autres organes. L'auteur n'a pu trouver de divisions systématiques pour les causes externes.

M. Parchappe faisant l'application de cette classification des causes de l'aliénation mentale sur 285 cas recueillis à Saint-Yon, arrive immédiatement à ce résultat.

Causes morales..............	143 sur 385	63 sur 100
Excès intellectuels et sensuels.	80	20
Causes organiques...........	57	15
Causes externes.............	5	1

L'auteur prouve que si on réunit parmi ces causes celles qui se résument en une influence directement exercée sur l'organe dont les fonctions sont troublées dans l'aliénation mentale, c'est-à-dire les causes morales, les excès intellectuels et sensuels, et celles des causes organiques qui consistent dans un état pathologique de l'appareil cérébral, on trouve que ces causes sont représentées en somme par le chiffre 353, et par la proportion de 91 sur 100. D'où il résulte que l'aliénation mentale reconnaît généralement, pour cause déterminante, une influence directement ou spécialement exercée sur le cerveau.

Nous donnons maintenant l'ordre de fréquence des causes pour les faits recueillis à Saint-Yon, et distribuées par groupes d'après l'analogie de nature.

1° Excès sensuels..................	75 sur 385	19 sur 100
2° Famille et affections..........	71	18
5° Fortune.........................	62	16
4° Conservation....................	45	12
5° Amour...........................	32	8
6° Causes organiques cérébrales..	30	8
7° Causes organiques non cérébrales propres au sexe féminin..	8	5
8° Religion et conscience	15	4
9° Réputation	14	4
10° Causes organiques non cérébrales communes aux deux sexes	9	2
11° Excès intellectuels...........	5	1
12° Causes externes	5	1
13° Patrie........................	4	1

L'étude des causes de l'aliénation examinée sous le rapport de leur fréquence chez les deux sexes amène à des résultats fort importans, et qu'on aurait pu prévoir *à priori*, d'après la connaissance des différences que présentent les sexes sous le double point de vue de leur constitution morale et leurs habitudes sociales.

Pour l'homme les excès sensuels se trouvent au premier rang d'influence, les intérêts de famille et d'affection, au quatrième, les intérêts d'amour au sixième.

Pour la femme les intérêts de famille et d'affection dominent toute autre influence, l'amour se place au troisième rang, les excès sensuels au cinquième.

Une des études les plus importantes est celle qui conduirait à apprendre jusqu'à quel point les causes déterminantes de la folie ont de l'influence sur les formes de l'aliénation mentale. La classification adoptée par M. Parchappe pour les espèces de l'aliénation mentale lui a permis d'arriver à quelques résultats pleins d'intérêt sur cette question jusqu'ici insoluble.

Après avoir éloigné de ses recherches, qui comprennent 343 faits, l'idiotisme, l'imbécillité secondaire, la folie consécutive à l'épilepsie, et la démence des auteurs, il borne l'étude de l'influence des causes aux espèces suivantes : folie maniaque, mélancolique, paralytique; la folie monomane, ayant fourni un nombre de faits trop petits pour qu'il pût en tirer parti. Du tableau qu'il présente à cette occasion, et que nous ne pouvons reproduire, il résulte évidemment que les causes déterminantes de la folie ne sont pas, dans leur activité relative, indifférentes à la forme que peut revêtir cette maladie. Les catégories désignées sous le nom d'excès sensuels, famille, affection, fortune, conservation, représentent bien encore pour chaque espèce, comme pour la folie en général, les causes les plus actives; mais, d'une espèce à l'autre, l'influence de chaque catégorie diffère sensiblement d'intensité.

Ainsi, dans la forme paralytique, les excès sensuels se montrent comme la cause prédominante, au point que leur influence s'exprime par l'énorme proportion de 50 pour cent. Cette prédominance des excès sensuels représente surtout l'influence de l'abus des boissons alcooliques; ce qui pourrait expliquer d'une manière satisfaisante pourquoi la forme paralytique est, relativement aux sexes, si fréquente chez l'homme, si rare chez la femme; car les excès sensuels, et surtout l'abus des boissons alcooliques sont une cause d'aliénation mentale beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Les excès sensuels sont encore au premier rang dans la forme maniaque, mais ils ne comptent plus que pour un quart. Dans la forme mélancolique, leur influence est exprimée par moins d'un dixième.

Dans la folie mélancolique, la catégorie des causes les plus actives représente les intérêts de famille exprimés par la proportion de 25 pour cent; l'influence de cette cause se réduit à 18 et 17 pour cent dans la folie maniaque et paralytique.

A l'occasion des causes prédisposantes, M. Parchappe combat l'opinion émise par quelques hommes dont les noms ont une autorité dans ces sortes de questions, que l'aliénation mentale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il résulterait plutôt de la discussion assez longue qu'il établit à cette occasion que l'opinion opposée serait vraie.

Nous passons sans nous y arrêter sur les articles où l'auteur étudie l'influence de l'âge, des saisons, des climats, de l'hérédité, de l'état civil et des professions sur la production de la folie, et nous nous bornons à dire avec l'auteur que la fréquence de l'aliénation mentale est, pour notre climat, en raison directe de l'élévation de la température; qu'on ne sait pas si cette loi s'étend à tous les climats, mais qu'on sait que les différences de fréquence d'un climat à l'autre n'expriment pas cette loi, et sont subordonnées à des influences autres que celles de la température. Avant de terminer, M. Parchappe examine une question soulevée tout récemment et qu'il croit, nous pensons avec raison, avoir été prématurément tranchée; c'est l'influence des progrès de la civilisation sur l'augmentation du nombre des aliénés; il n'admet pas que le nombre des aliénés augmente réellement suivant un rapport plus grand que l'accroissement de la population, et pense qu'il est arrivé depuis cinquante ans ce qui est arrivé pour toutes les maladies au moment où l'on commençait à les mieux connaître : on s'occupe davantage du sort des aliénés; les préjugés de famille s'effacent; l'administration intervient, et les aliénés disséminés dans les prisons, les hôpitaux, les couvens, dissimulés par les familles et livrés à eux-mêmes, apparaissent de tous côtés, et la population des asiles s'accroît. M. Parchappe ne nie pas cependant l'influence du progrès de la civilisation sur le nombre des aliénés, qui s'exprime par le développement général de l'activité cérébrale et par l'impulsion imprimée aux intérêts de fortune et de réputation; mais ces ordres de causes, loin d'être les seuls, ne sont pas même au premier rang parmi les plus actives, et en tenant compte de l'influence que les progrès de la civilisation auraient sur les excès sensuels et l'ivrognerie surtout, qui sont les plus énergiques et les plus fréquentes de ces causes, il est probable que le résultat définitif du progrès serait plutôt une diminution du nombre des aliénés.

L'étendue que nous avons donnée à cette analyse du travail de M. Parchappe prouve combien nous attachons d'importance aux vues nouvelles qu'il y a émises sur la manière d'étudier et de classer les causes de l'aliénation mentale. Ce n'est pas cependant que nous regardions comme dé-

finitive et réellement acquise à la science cette classification qu'il appelle lui-même *provisoire*, mais nous croyons qu'il est toujours utile, dans les questions générales comme celles-ci, d'éviter les classifications vagues et qui ne se rapportent qu'imparfaitement aux faits individuels.

TRAITÉ SUR LA GASTRALGIE ET LES ENTERALGIES, OU MALADIES NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS, par le docteur BARRAS; tom. II, deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. — Paris, 1839, chez Béchet jeune et Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Il y a à peine un an que nons rendions compte de la première édition de ce second volume du TRAITÉ DES GASTRALGIES ET DES ENTÉRALGIES (GAZ. MÉD., année 1838, p. 349), et déjà nous sommes en retard pour rendre compte de la deuxième édition de ce même volume. Le but de M. Barras en publiant cette deuxième édition, qui ne diffère de la première que par une augmentation considérable placée à la fin du volume, a été d'ajouter de nouveaux faits (27) qui nous ont paru importans et par leur nature et par les réflexions dont ils sont accompagnés, et de remplir quelques lacunes que présentait son premier travail. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit de la première édition. Les faits nombreux que l'auteur y a ajoutés en font le recueil le plus riche et le plus complet de gastralgies et d'entéralgies que possède la science. Nous aurions désiré, il est vrai, que ces faits eussent pu être classés et distribués dans un ordre quelconque, qui eût permis de les étudier et de les comparer avec plus de facilité; mais les bases de cette classification manquent encore, nous pensons, dans la science. Il n'en est pas des névroses gastro-intestinales comme de plusieurs autres affections: quand on a étudié cinq à six formes de pneumonies différentes, on ne trouve plus que des cas d'une analogie très rapprochée, ou même presque identiques; il en est autrement des gastralgies et des entéralgies, dont chaque cas (au moins dans l'état actuel de la science), semble former une espèce particulière.

La première des observations que M. Barras a ajoutées à celles de la première édition est un de ces cas où la gastralgie est compliquée de la névrose désignée sous le nom d'*irritation spinale*, et dont nous avions regretté de n'avoir pas trouvé d'exemple dans le travail précédent. A l'occasion de quelques-unes des observations suivantes, l'auteur a discuté plusieurs questions importantes qui se rattachent à l'étiologie, au diagnostic et au traitement des gastralgies. Ces nombreuses additions, avec quelques autres que nous n'indiquons même pas, ajoutent à la valeur du TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS, qui est aujourd'hui un ouvrage complet, au niveau de l'état actuel de la science, et ne sera pas reçu avec moins de faveur que la première publication de l'auteur.

NOUVELLE MÉTHODE DE LITHOTOMIE PUBIO-RECTALE (litotomia pubo-rettale) ET PERFECTIONNEMENT DU GRAND APPAREIL LATÉRALISÉ; par M. PIETRO BIAGINI.

A en juger par le titre du mémoire du chirurgien italien, et par le nom qu'il vient d'appliquer à sa méthode, on pourrait croire qu'il incise le rectum pour arriver à la vessie; ce serait donc une variété de la taille recto-vésicale; mais il n'en est rien. Il coupe la prostate et le col de la vessie, sans aller plus loin : *A giusta profondità la base della prostata è il collo della vescica orinaria*; si cette incision ne suffit pas à l'extraction du calcul, on porte dans la vessie un bistouri boutonné dont le tranchant regarde en avant et en haut, et l'on incise la prostate dans sa région pubienne. Si après cette nouvelle section le passage n'est pas suffisant, la dernière incision doit être agrandie, et s'étendre à tous les tissus qui séparent la glande de la symphyse.

L'incision des parties molles superficielles a été presque parallèle à la direction de l'urètre, obliquant cependant un peu à gauche à mesure qu'elle se rapproche du rectum; elle est exécutée avec un bistouri convexe.

L'incision de la prostate et du col de la vessie se fait avec un instrument compliqué qui rappelle à la fois celui de Guérin de Bordeaux, et quelques-uns de ceux de Lecat. Nous renverrons, pour sa description, au mémoire de l'auteur et à la planche qu'il a jointe au texte pour en faciliter l'intelligence.

Cette méthode, qui se rapproche beaucoup du grand appareil proprement dit, si ce n'était cette légère inclinaison de l'incision à gauche, renferme évidemment le procédé de Vacca Berlinghieri d'une part, pour l'incision postérieure, et le premier procédé de Dupuytren de l'autre, pour l'incision pubienne : c'est une réunion de ces deux procédés; l'auteur ne l'a essayée du reste que sur le cadavre.

Le perfectionnement apporté par M. Biagini à la taille latéralisée n'est pas autre chose que l'application de son instrument, dont il dirige alors obliquement la lame dans le sens du rayon de la prostate oblique inférieur, plus étendu que le postérieur de trois à quatre lignes environ, suivant M. Senn, dont les résultats ne sont toutefois, applicables qu'aux adultes.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Lelut nous adresse la lettre suivante :

« Mon cher confrère,

» Votre numéro de samedi dernier annonce que le service médical des aliénés de l'hospice de Bicêtre a été divisé en deux parties, confiées à M. Leuret et à M. Voisin. Ayez la bonté de me permettre sur ce fait quelques observations dont vous sentirez l'importance en ce qui me concerne.

A la suite de la retraite de M. Parisot et de M. Ferrus, il a été arrêté par le conseil des hospices que les deux services de Bicêtre et de la Salpêtrière formeraient à l'avenir quatre services distincts. Les deux services de la Salpêtrière sont confiés à M. Mitivié et à M. Falret, le premier déjà médecin des aliénés incurables, le second, des imbécilles. Restaient les deux services de Bicêtre. Le conseil-général des hospices désirait que je prisse un de ces services, et il avait l'intention de me proposer à cet égard comme premier candidat à la nomination ministérielle. Je n'ai pas pu accepter cet honneur. Après avoir déjà passé dix ans à Bicêtre dans les fonctions de médecin surveillant des aliénés de cet hospice, et en avoir passé trois ou quatre autres à remplir celles de médecin expectant de la Salpetrière, j'espérais ne pas quitter ce dernier établissement, je veux dire y avoir enfin un service particulier. Le conseil-général des hôpitaux n'a pas cru pouvoir faire ensorte qu'il en fût ainsi, et j'eusse désiré pouvoir me prêter aux arrangemens qu'il avait arrêtés. Mais ma position de médecin d'un autre établissement public dans Paris (la prison du dépôt des condamnés), était incompatible avec celle de médecin de Bicêtre, surtout si, comme cela est dans les intentions et dans les arrêtés du conseil, les médecins d'aliénés sont tenus de résider dans les établissemens auxquels ils sont attachés. J'ai donc écrit au conseil-général des hospices pour lui faire connaître l'impossibilité absolue où je me trouvais d'accepter ce que je savais être dans ses intentions. Malgré ma lettre, malgré ce que j'avais dit dans le même sens à plusieurs des membres de la commission prise dans son sein pour examiner les changemens à apporter dans les services d'aliénés, le conseil, dans son avant-dernière séance, m'a présenté, aux premiers tours de scrutin, premier candidat au choix ministériel pour un des services de Bicêtre; ce n'est que sur les observations de M. Orfila et de plusieurs autres membres du conseil que je n'accepterais pas ma nomination, qu'un autre nom a été substitué au mien. Le conseil apprécie comme moi tout le mérite des honorables confrères auxquels il confie les services de Bicêtre; et en me préférant à eux, ce qu'il voulait reconnaître c'était une grande antériorité de position, des services qui n'ont pas été interrompus depuis 1827, dix ans d'exil à Bicêtre : malheureusement son choix m'imposait un nouvel exil, et je vous ai dit pourquoi je ne pouvais l'accepter.

— M. le baron RICHERAND, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, chirurgien en chef de l'hôpital St-Louis, est mort hier 24, dans sa soixantième année.

Les obsèques de ce célèbre chirurgien auront lieu demain samedi à 11 heures. Les cours de l'école, et les cliniques des hôpitaux seront suspendus pour rendre un dernier hommage à l'homme qui fut l'un des maîtres de la génération médicale actuelle.

— La publication du premier numéro du JOURNAL DES DIFFORMITÉS sera retardée de quelques jours à cause de la gravure des planches.

(INSERTION ORDONNÉE PAR DÉCISION JUDICIAIRE.)

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE BESANÇON.

(Présidence de M. Trémolières.)

Audiences des 11 *et* 12 *novembre* 1839.

BREVET D'INVENTION. — ORDONNANCE ROYALE DE PROLONGATION. — CAPSULES GÉLATINEUSES — DÉBITANS. — BONNE FOI. — EXÉCUTION PROVISOIRE.

Après qu'un brevet d'invention et l'ordonnance royale qui prolonge la durée du privilége exclusif ont été insérés dans le Bulletin des Lois, les débitans d'objets contrefaits ne peuvent prétendre avoir ignoré les droits du breveté, alors surtout que celui-ci a signalé au public son invention par de nombreux prospectus, par des annonces faites dans les journaux, et notamment dans l'un de ceux de la ville où les débitans sont domiciliés.

L'article 11, *titre* II, *de la loi du* 25 *mai* 1791, *qui ordonne l'exécution provisoire, nonobstant appel, est applicable aux jugemens rendus par les tribunaux correctionnels en matière de contrefaçon ou de débit d'objets contrefaits.*

Le jugement suivant, dont l'insertion a été ordonnée dans la GAZETTE DES TRIBUNAUX, la GAZETTE MÉDICALE, le JOURNAL DE PHARMACIE et l'IMPARTIAL de Besançon, fait suffisamment connaître quel était l'objet de la contestation.

LOUIS-PHILIPPE, roi des Français, à tous présens et à venir, salut.

Le tribunal de première instance du premier arrondissement du département

du Doubs, séant au Palais de Justice, à Besançon, jugeant en matière correctionnelle, a rendu le jugement suivant dans la cause y pendante :

ENTRE 1° MM. François-Barnabé-Achille MOTHÈS et Ce, négocians, demeurant à Paris, rue Sainte-Anne, 20, etc.;

2° M. Joseph-Gérard-Auguste DUBLANC, pharmacien, demeurant à Paris, rue du Temple, etc.;

Demandeurs par exploit, en date du 15 octobre, etc., représentés par Me Francey, avoué, assisté de Me Bérit, avocat à la Cour royale de Paris;

ET 1° le sieur FLUSIN, pharmacien, demeurant à Besançon, rue des Granges, défendeur;

2° Le sieur RENAUD, pharmacien, demeurant à Besançon, rue des Boucheries, défendeur;

3° Le sieur BAUTHIAS, pharmacien, demeurant à Besançon, Grande-Rue, défendeur;

4° Le sieur HÉNIN, pharmacien, demeurant à Besançon, rue Saint-Vincent, défendeur;

Comparaissant par Me Huguet, avoué, assisté de Me Clerc, avocat.

Les demandeurs ont conclu à ce qu'il plaise au tribunal déclarer contrefaites les soixante-deux boîtes de capsules saisies, suivant procès-verbal du 20 septembre dernier, aux domiciles des sieurs Flusin, Renaud, Bauthias et Henin; dire et ordonner que lesdites boîtes et leur contenu, ensemble les autres objets saisis et désignés dans ledit procès-verbal, seront confisqués au profit des demandeurs; dire aussi que toutes autres boîtes et tous autres objets, etc.

En réparation du préjudice causé aux demandeurs, condamner les défendeurs, par corps, à leur payer à titre de dommages-intérêts, etc.

Dire et ordonner que le jugement à intervenir sera imprimé et affiché, aux frais des susnommés, partout où besoin sera, au nombre de deux mille exemplaires; qu'il sera aussi inséré trois fois à leurs frais, dans chacun des journaux suivans : la GAZETTE DES TRIBUNAUX, le DROIT, le CONSTITUTIONNEL, le JOURNAL DES DÉBATS, la PRESSE, le SIÈCLE, le COURRIER FRANÇAIS, la GAZETTE MÉDICALE, le JOURNAL DE PHARMACIE, et dans trois journaux du département du Doubs, sauf à M. le procureur du roi à faire telles réquisitions que de droit;

Ordonner, aux termes de l'article 11 de la loi du 25 mai 1791, l'exécution provisoire, nonobstant appel et sans caution;

Et attendu qu'il est nécessaire de produire devant le Tribunal correctionnel DE LYON, actuellement saisi de poursuites dirigées contre le sieur Delany, les produits qu'il a contrefaits, dire et ordonner qu'après l'expiration du délai d'appel ou après que le jugement à intervenir aura acquis l'autorité de la chose jugée, toutes les boîtes saisies chez les sieurs Flusin, Renaud, Banthias et Hénin seront adressées par M. le procureur du roi du Tribunal de Besançon à M. le procureur du roi du Tribunal de Lyon pour en être fait tel usage qu'il appartiendra, aux offres que font les sieurs Mothes et Dublanc de payer tous les frais nécessaires.

Et condamner les défendeurs à tous les dépens de l'instance,

Les sieurs Flusin, Renaud, Bauthias et Hénin, comparaissant en personne, assistés de Me Huquet, avoué, et de Me Clerc, avocat, concluent à ce qu'il plaise au Tribunal :

Debouter les demandeurs de leurs fins et conclusions, et les condamner aux dépens;

La cause appelée, le Tribunal, du consentement de toutes les parties, continue la cause au 11 novembre prochain, lesdites parties demeurant citées d'office;

Ainsi fait et jugé, à l'audience publique du 19 octobre 1839, par MM. *Guillaume*, juge, remplissant les fonctions de président; pour empêchement de celui-ci; *Proudhon*, juge, et *Vuilleret*, juge-suppléant, appelé pour compléter le Tribunal, pour empêchement des juges ordinaires;

Signé à la minute, Guillaume. C. Proudhon et Just Vuilleret;

Et depuis à l'audience du 11 novembre 1839, parties ouïes, le Tribunal, attendu l'heure tardive, continue la déduction de la cause à l'audience de demain, 12 novembre;

Ainsi fait et prononcé à l'audience publique du 11 novembre 1837, par MM. *Trémolières*, président; *Guillaume* et *Cuénot*, juges; M. *Blanc*, substitut du procureur du roi, présent, et Barbier, greffier;

Signé à la minute, Trémolières, Guillaume et Cuénot;

Et depuis, à l'audience du 12 novembre 1839, parties ouïes, le Tribunal, attendu l'heure tardive, continue la déduction de la cause à l'audience de relevée du présent jour, à commencer par les conclusions du ministère public;

Ainsi fait et prononcé à l'audience publique du 12 novembre 1839, par MM. *Trémolières*, président; *Guillaume* et *Cuénot*, juges; M. *Blanc*, substitut du procureur du roi, et Barbier, greffier, présens.

Signé à la minute, Trémolières, Guillaume et Cuénot;

Et depuis à l'audience de relevée du 12 novembre 1839;

Parties ouïes aux précédentes audiences et les conclusions conformes de M. Blanc, substitut du procureur du roi, à celle de relevée de ce jour;

Attendu qu'il résulte du procès-verbal, du 20 septembre dernier et des débats, qu'il a été saisi dans les officines des quatre défendeurs des *Capsules gélatineuses*, exposées en vente, que précédemment les prévenus avaient déjà vendu de ces capsules; qu'elles ne proviennent pas de la maison Mothès et Dublanc, mais du sieur *Delany*, de Lyon, bien que renfermées dans des boîtes semblables et revêtues de suscriptions semblables à celles de cette maison;

Que les capsules ainsi mises en vente et vendues par les défendeurs sont *une contrefaçon de celles dont le débit exclusif est assuré jusqu'au 25 mars* 1849 *à la maison Mothès et Ce, par le brevet d'invention du 25 mars* 1834 *et l'ordonnance royale du* 14 *avril* 1837;

Que les défendeurs ne peuvent raisonnablement prétendre avoir ignoré les droits de la maison Mothès et Ce, soit d'après l'insertion du brevet et de l'ordonnance au Bulletin des Lois, soit d'après celles qui ont été faites dans la plupart des journaux, et notamment dans l'un de ceux de cette ville, soit d'après les nombreux prospectus répandus par la maison Mothès et Ce;

Qu'ils ont donc, en connaissance de cause, acquis, mis en vente et vendu comme produits de cette maison *des capsules gélatineuses fabriquées en contrefaçon par Delany*, qui leur offrait un avantage par une remise plus forte que celle accordée par la maison brevetée;

Que le sieur Flusin a particulièrement eu le tort de continuer le débit de ces capsules contrefaites concurremment avec les véritables capsules reçues de la maison Mothès et Ce; que le sieur Renaud est celui des défendeurs chez lequel a été trouvé le plus grand nombre de capsules saisies; que par conséquent les prévenus, et surtout les sieurs Flusin et Renaud, sont passibles de peines et de tous dommages-intérêts, et que néanmoins la modicité du débit doit être prise en considération pour l'appréciation des uns et des autres;

Par ces motifs,

Et vu les art. 12 de la loi du 7 janvier 1791, 1382 du Code civil, 1036 du Code de procédure civile, 39 de la loi du 17 avril 1832, et 194 du Code d'instruction criminelle dont lecture a été donnée précédemment et qui sont ainsi conçus :

« Art. 12. Le propriétaire d'une patente jouira privativement de l'exercice et des fruits des découverte, invention ou perfection pour lesquelles ladite patente aura été obtenue; en conséquence, il pourra, en donnant bonne et suffisante caution, requérir la saisie des objets contrefaits et traduire les contrefacteurs devant les tribunaux. Lorsque les contrefacteurs seront convaincus, ils seront condamnés, en sus de la confiscation, à payer à l'inventeur des dommages-intérêts proportionnés à l'importance de la contrefaçon, et en outre à verser dans la caisse des pauvres du district une amende fixée au quart du montant desdits dommages-intérêts, sans que ladite amende puisse excéder la somme de 3,000 livres, et au double en cas de récidive. »

Art. 1382. Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1036. Les tribunaux, suivant la gravité des circonstances, pourront, dans les causes dont ils seront saisis, prononcer, même d'office, des injonctions, supprimer des écrits, les déclarer calomnieux et ordonner l'impression et l'affiche de leurs jugemens.

Art. 39. Lorsque la condamnation prononcée n'excédera pas 300 francs, la mise en liberté des condamnés ou détenus à la requête et dans l'intérêt des particuliers ne pourra avoir lieu, en vertu des articles 34, 35, 36, qu'autant que la validité des cautions ou l'insolvabilité des condamnés auront été, en cas de contestation, jugées contradictoirement avec le créancier. La durée de la contrainte sera déterminée par le jugement de condamnation dans les limites de six mois à cinq ans.

Article 194. Tout jugement de condamnation rendu contre le prévenu et contre les personnes civilement responsables du délit, ou contre la partie civile, le condamnera aux frais, même envers la partie publique. Les frais seront liquidés par le même jugement.

LE TRIBUNAL,

Jugeant correctionnellement et en premier ressort, déclare valables les saisies faites chez les défendeurs, le 20 septembre dernier, de soixante-deux boîtes de capsules gélatineuses contrefaites;

Prononce, au profit de la maison Mothès et Compagnie, la confiscation desdites boîtes, lesquelles seront, après l'expiration du délai d'appel, ou après que le présent jugement aura acquis l'autorité de la chose jugée, scellées par le greffier et adressées à M. le procureur du roi près le Tribunal de première instance *de Lyon*, conformément aux conclusions de la maison Mothès et Ce;

Condamne les défendeurs, même par corps, en fixant à six mois la durée de l'emprisonnement, à payer à ladite maison pour dommages-intérêts,

Savoir :

Le sieur Flusin et le sieur Renaud chacun une somme de 100 fr., et les sieurs Bauthias et Hénin chacun une somme de 50 fr.

Condamne lesdits sieurs Flusin, Renaud, Hénin et Bauthias à verser en outre chacun le quart desdites sommes dans la caisse du bureau de charité de la ville de Besançon;

Ordonne que le présent jugement sera à leurs frais IMPRIMÉ *au nombre de cinquante exemplaires*, ET AFFICHÉ OU IL CONVIENDRA A LA MAISON MOTHÈS ET Ce, *et qu'il sera, aussi à leurs frais, inséré une seule fois dans les journaux dits :* la GAZETTE DES TRIBUNAUX, la GAZETTE MÉDICALE, le JOURNAL DE PHARMACIE, et l'IMPARTIAL de Besançon;

Enfin, condamne les sieurs Flusin, Renaud, Hénin et Bauthias aux dépens, et ordonne l'exécution provisoire du jugement, lesdits dépens liquidés à 52 fr. 66 cent., non compris le coût de relevé, enregistrement et signification des présentes;

Ainsi jugé et prononcé publiquement à l'audience du Tribunal correctionnel de Besançon, du 12 novembre 1839, par MM. *Trémolières*, président; *Guillaume* et *Cuénot*, juges.

Mandons et ordonnons, etc.

En foi de quoi le présent jugement a été signé par MM. les président et juges plus haut dénommés.

Signé à la minute, Trémolières, Guillaume et Cuénot.

Enregistré à Besançon le 18 novembre 1839, folio 158, c. 3 et 4, reçu 6 fr. 70 cent. et 67 cent. pour dixième. Signé : Bourgeois.

Pour expédition, Le commis greffier, Signé : FAIVRE.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 5. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 1er FÉVRIER 1840.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. A quelles maladies rapporter, en général, les histoires des malades qu'Hippocrate a consignées dans les Epidémies? Que doit-on entendre par le causus, la phrenitis et le lethargus? — II. Revue des Journaux de médecine français des départemens et de la Belgique. Note sur la quinine. —Observation d'un cas de glossite. — Rapport de la commission chargée d'examiner les questions adressées par la chambre de commerce de Bordeaux à la société de medecine. — Observation de corps étranger dans l'articulation du genou formé par une portion détachée de l'un des condyles du fémur. — Extirpation de la presque totalité de la matrice. — Observation d'une fracture du crâne.—Restauration de la face. —Observation sur une nouvelle méthode de pratiquer les fumigations. — De l'huile de foie de raie et de morne dans les phlegmasies chroniques des poumons et de l'estomac. —III Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 28 janvier. — IV. Bibliographie. Du traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle, avec un mémoire sur les calculs de cystine. — V. Feuilleton. Notice sur les principaux établissemens charitables de l'Italie.

PYRÉTOLOGIE.

A QUELLES MALADIES RAPPORTER, EN GÉNÉRAL, LES HISTOIRES DES MALADES QU'HIPPOCRATE A CONSIGNÉES DANS LES ÉPIDÉMIES? QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR LE CAUSUS, LA PHRENITIS ET LE LETHARGUS? par E. Littré, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres (1).

Ces qnestions sont d'une importance capitale pour l'intelligence de la pathologie d'Hippocrate; dès que je les ai en résolnes, nne foule de points douteux ou complètement obscurs me sont devenus clairs; doutes et obscurités qni, je pense, ont plus d'une fois détonrné les médecins modernes d'nne lecture qni, étant pen comprise, demenrait pen fructueuse. Je ne crains pas de dire que, tant qu'on n'en a pas la solution, on est exposé on à s'imaginer tout antre chose que ce que les observations d'Hippocrate renferment, et à admirer des conceptions qni n'ont de réalité qne dans l'esprit des interprètes, ou à renoncer à comprendre les descriptions qn'il nous a laissées, on à taxer de pen d'exactitude des tableaux qni sont cependant la reproduction de la réalité. Les opinions sur cette qnestion se réduisent à trois : les uns, sans entrer dans aucun détail, sans même soupçonner que cela pût faire difficulté, ont simplement interprété les observations d'Hippocrate comme si elles se rapportaient aux maladies de nos pays, et en particulier à nos fièvres; les autres, plus pénétrans, ont été frappés de la dissemblance de ces observations avec nos maladies, et ils ont déclaré qu'Hippocrate donnait des détails trop peu précis pour qu'on pût porter, avec quelque sûreté, un diagnostic rétrospectif; d'antres, enfin, mais en très petit nombre, ont dit qne ces observations étaient relatives aux fièvres rémittentes et psendo-continnes des pays chauds. Ces derniers sont dans le vrai; mais, à ma connaissance, ce qu'ils ont dit se réduit à quelqnes conrtes phrases jetées en passant; ils n'ont donné aucune démonstration de leur opinion, qui dès lors n'a pu prendre dans la science le rang et l'antorité qu'elle méritait. Ponr mon compte, je n'en ai senti la justesse qu'après être arrivé, de mon côté, an même terme. Mais cela importe peu; dans les sciences, personne n'est censé ignorer les travaux de ses devanciers; cette opinion, puisqu'elle a déjà été consignée, devient nécessairement mon point de départ; et je n'ai plus qu'à prouver méthodiquement un fait qui, n'ayant été qu'énoncé, demeurait toujonrs une simple allégation.

Deux choses sont à démontrer : 1° que les observations d'Hippocrate ne se rapportent à ancune maladie qne nous ayons occasion de voir ici, à Paris; 2° qn'elles se rapportent aux fièvres rémittentes et continues des pays chauds.

Ponr mieux fixer la discussion, je transcris nne observation quelconque, des Epidémies, soit la première dn premier livre :

(1) Ce fragment fait partie dn deuxième volume de la traduction des œuvres d'Hippocrate.

Feuilleton.

NOTICE SUR LES PRINCIPAUX ÉTABLISSEMENS CHARITABLES DE L'ITALIE,

Par M. Foucher, membre du conseil-général des hospices de Paris.

La mode domine en France, a-t-on dit, et cela est vrai; mais en réfléchissant aux effets de celle versatile suprématie, il n'est pas impossible d'y déconvrir quelque bien; il existe de bonnes et de mauvaises modes; elles se succèdent éphémères et laissent parfois, sur leur passage, un sédiment fertile. Telle fnt, il y a quelques années, la mode accréditée des missions scientifiques, littéraires et administratives; elle a su se maintenir jusqu'à ce jour; les migrations officielles n'ont pas cessé; quelques-unes ont jeté un véritable éclat; il suffit de rappeler le voyage de MM. de Beaumont et de Tocqueville aux Etats-Unis, pour faire ressortir le mérite pratique d'une étude comparative des institutions étrangères et des nôtres. Après les missions penitentiaires, on a institné l'exploration ambulante des monumens anciens dont les débris sont échelonnés sur notre sol; de jeunes bibliophiles, zélateurs de pulvérulente érudition, se sont dispersés sur tous les chemins qui conduisent aux populeuses bibliothèques du royaume, et par un labeur de pieuse exhumation, ont fait revivre toute une galerie de figures d'anteurs oubliés; la philosophie elle-même a consenti à faire besogne d'observation nomade; investie dn caractère officiel et defrayée à bons écus, elle a pris son bâton de pèlerin et s'est dirigée vers la Hollande et l'Allemagne, double patrie de la pédagogie, terres classiques de l'instruction primaire, auxquelles elle a demandé leurs méthodes et leurs façons didactiques. Un seul ordre d'établissement a été complètement onblié par l'autorité supérieure : les hôpitaux et institutions de charité publique n'ont pas obtenu même honneur, même attention. Tous les établissemens pénitentiaires des deux mondes ont été fouillés, mesurés, décrits, comparés; on s'est évertué à tracer le code hygiénique des condamnés, à faire sortir du parallèle des institutions étrangères une sorte d'idéal, un système complet de perfectionnement moral et de conservation physique à l'usage des criminels; mais les hôpitaux, les hospices, les fondations charitables de toute proportion et de toute destination, qui jonchent l'Europe chrétienne et qui composent, avec les édifices religieux, le meilleur et permanent témoignage de la civilisation moderne, quel genre de recherches officielles ont-ils provoqué? La sollicitude curieuse des agens supérieurs du pouvoir ne s'est point portée de ce côté : est-ce donc que nous n'ayons rien à prendre, rien à imiter de ce qui existe en matière nosocomiale chez les autres nations? Et quand cet examen n'aurait d'autre résultat que de mettre en lumière la supériorité de nos établissemens sur les autres, pourquoi nous refuser la flatteuse évidence de cette démonstration, qui serait aussi une merveilleuse replique aux attaques de nos antagonistes? Pourquoi l'administration ne suivrait-elle point l'exemple que lui donne la science, d'un commerce

Obs.—Philiscus demeurait près de la Muraille. Il se mit au lit le premier jour de sa maladie : fièvre aiguë, sueur pénible pendant la nuit. Deuxième jour, exacerbation générale; le soir, un petit lavement procura des évacuations de bonne nature; nuit tranquille. Troisième jour, le matin et jusqu'au milieu de la journée, Philiscus parut être sans fièvre; mais vers le soir, fièvre aiguë, avec sueur; soif; la langue se sèche; urine noire, nuit agitée, point de sommeil, délire général. Quatrième jour, exacerbation de tous les accidens; urine noire; nuit plus supportable; urine de meilleure couleur. Cinquième jour, vers le milieu de la journée, léger écoulement, par les narines, d'un sang pur; urine variée avec des enéorêmes arrondis, semblables à du sperme, dispersés; elle ne donna point de sédiment. Un suppositoire produisit l'évacuation de peu de matières avec des gaz; nuit fatigante; courts intervalles de sommeil; le malade parle, divague; les extrémités sont complètement froides, on n'y peut rappeler la chaleur; urine noire; court sommeil; vers le jour perte de la parole; sueurs froides: extrémités livides. Sixième jour, mort vers le milieu de la journée. Ce malade eut, durant tout le cours de cette fièvre, la respiration rare, grande et comme entrecoupée. La rate se gonfla et présenta une tuméfaction arrondie; les sueurs furent continuellement froides; les paroxismes furent aux jours pairs.

Si nous essayons d'identifier cette observation particulière avec quelqu'une des affections que nous voyons ici tous les jours, nous n'y réussirons pas. Il va sans dire qu'il faut exclure toutes les inflammations, pneumonie, pleurésie, péritonite, etc.; car il n'y a aucun trait qui nous autorise à voir une phlegmasie dans le tableau tracé par Hippocrate. Il faut donc nous renfermer dans le domaine des fièvres. Ici encore nous retrancherons de notre parallèle, sans plus ample informé, la variole, la rougeole, la scarlatine; car il n'y a, non plus, dans la maladie de Philiscus, rien qui soit relatif à une fièvre éruptive. On voit que le cercle des identifications se resserre considérablement; et, à vrai dire, il ne nous reste plus à considérer que la fièvre typhoïde de Paris (dothinentérie de quelques-uns, abdominal-typhus des Allemands); car la fièvre bilieuse est si rare à Paris, elle s'y montre (et encore seulement dans quelques étés chauds) avec des caractères si peu tranchés, qu'il convient d'en aller chercher le véritable type dans les contrées où la température est plus élevée. Mais la fièvre typhoïde, outre qu'elle se termine bien rarement au sixième jour, présente de la diarrhée, une céphalalgie sus-orbitaire, un brisement, une stupeur, une éruption lenticulaire, tous accidens dont il n'est pas question dans l'observation d'Hippocrate. En regard de ces caractères négatifs, les caractères positifs sont encore plus probans. En effet, cette observation offre des redoublemens tierces, des sueurs froides continuelles, la sécheresse de la langue dès le troisième jour, le froid et la lividité des extrémités, tous accidens qui sont étrangers à la fièvre typhoïde. M. J.-B. Germain, dans sa thèse inaugurale (1), s'est efforcé de rapporter les observations d'Hippocrate avec différens ordres de fièvre de la Nosologie de Pinel; mais nous connaissons le terrain sur lequel Pinel a pratiqué : nous savons que les fièvres continues *adynamiques*, *ataxiques*, *méningo-gastriques*, et même *angéio-téniques* répondent, en tant que fièvres, à des formes diverses de la fièvre typhoïde. C'est donc, au fond, avec cette dernière fièvre que les observations d'Hippocrate sont implicitement assimilées dans la thèse de M. Germain; assimilation impossible, comme nous venons de le voir.

Le typhus, tel qu'il s'est montré entre autres pendant les années 1813 et 1814, ne fait que de rares apparitions parmi nous; mais il a été tout récemment observé à Philadelphie, en 1836, par M. Gerhard, qui, familiarisé par des études faites à Paris avec notre fièvre typhoïde, a donné du typhus une description comparative fort exacte et fort importante dans la discussion générale des fièvres (1). L'éruption pétéchiale, qui appartient au typhus, et qui est étrangère aux observations d'Hippocrate, me dispense d'établir un parallèle plus étendu entre ces observations et le typhus. M. Gerhard, qui, à Philadelphie, a eu occasion de voir des fièvres rémittentes graves, en a séparé le typhus. « Il n'est pas nécessaire, dit-il (2), d'insister sur le diagnostic du typhus et des fièvres rémittentes automnales. La saison particulière dans laquelle ces dernières prennent naissance, leur marche et leur mode de terminaison, diffèrent, d'une manière trop tranchée, de ce qui a lieu dans le typhus, pour permettre une confusion, à moins qu'on n'apporte dans cet examen une extrême inattention. » Je consigne ici cette remarque d'un médecin qui a observé et le typhus et les fièvres rémittentes graves. Nous verrons un peu plus loin que les fièvres décrites dans les Epidémies sont identiques avec les fièvres rémittentes. Ainsi la maladie de Philiscus relatée par Hippocrate ne se rapporte pas plus au typhus qu'à la fièvre typhoïde.

A ce terme, on comprend comment le diagnostic rétrospectif qu'on a essayé de porter sur les observations d'Hippocrate a été frappé, tant qu'on est resté dans le cercle des maladies de notre climat, soit d'erreur, soit d'impuissance.

Mais faut-il s'arrêter dans ces limites? Et, si l'on demandait des termes de comparaison aux auteurs qui ont étudié l'homme malade sous un climat plus analogue que le nôtre à celui d'Hippocrate, ne trouverait-on pas les moyens d'arriver à une détermination plus précise? Cela vaut la peine d'être examiné. J'ai jusqu'à présent laissé de côté toute une catégorie de fièvres, celles des pays chauds; et, bien que l'on n'ignore pas qu'elles diffèrent de celles de nos contrées, c'est cependant une vérité dont ne sont pas assez persuadés les médecins qui n'ont pas eu occasion de voyager, ou qui n'ont pas remplacé par des lectures cette lacune de l'expérience personnelle.

Tout à l'heure, quand j'ai voulu montrer qu'on ne peut assimiler les descriptions d'Hippocrate à aucune des maladies habituelles dans notre contrée, j'ai cité textuellement une observation des Epidémies. Maintenant, voulant prouver que ces descriptions appartiennent aux fièvres des pays chauds, je vais citer textuellement aussi une observation recueillie par un auteur dans une région dont la latitude diffère peu de celle de la Grèce. On lit dans le livre de M. Maillot (Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique. Paris, 1836) :

Obs.—Devos, soldat au 59e, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital de Bone, le 4 juillet, le quatrième jour d'une gastro-céphalite aiguë, fort intense et sans rémission appréciable depuis l'invasion; la céphalalgie était atroce, la langue sèche et d'un rouge de sang, la soif inextinguible, l'épigastre douloureux, la peau sèche et brûlante, le pouls dur et fort. (Diète; limonade; saignée du bras de 15 onces; 60 sangsues, dont 30 à l'épigastre et 30 sur le trajet des jugulaires.)

Le 5, matin, apyrexie; disparition totale des phénomènes morbides, soit du côté des voies digestives, soit du côté de l'encéphale; pas même de soif. (Diète;

(1) Les Epidémies d'Hippocrate peuvent-elles être rapportées à un cadre nosologique? Paris, an XI.—1803.

(1) The American journal of the medical sciences, n. 38, février, 1837. L'Expérience, n. 16, 20 janvier 1838, t. iv, p. 241,

(2) L'Expérience, n. 20, 10 février, 1838, t. i, p. 313.

---

perpétuel avec tous les foyers d'élaboration médicale qui rayonnent de par le monde? Si le progrès des sciences est au prix de cette vivante communion de tous les esprits qui s'adonnent à leur culture, l'administration qui est aussi une science, car elle a sa règle et ses principes nécessaires, n'a-t-elle pas quelque profit à poursuivre dans la même voie? Pour les hommes qui se dévouent au soulagement des misères publiques ne forment-ils point, à travers limites et frontières, une phalange sympathique, ébranlée par les mêmes inspirations, marchant sous la même bannière vers un but identique? Ne devraient-ils point se concerter dans le choix et la direction des moyens dont ils disposent, opposer les résultats de leur gestion, compléter mutuellement leur expérience, apporter au commun trésor de la sagesse administrative le contingent de leurs lumières spéciales? Une mission qui aurait pour objet l'examen complet et détaillé des institutions hospitalières des principaux états de l'Europe, serait donc œuvre bonne et féconde; il serait équitable d'entreprendre dans l'intérêt de la portion égrotante et misérable de nos populations ce que l'on a fait si libéralement pour les criminels de tous les degrés. En attendant que cette idée germe et mûrisse en haut lieu d'administration, il nous plaît d'enregistrer les résultats incomplets, il est vrai, mais intéressant déjà, que vient de publier, au retour d'un voyage en Italie, un des membres les plus zélés du conseil général des hospices de Paris. M. Foucher dont la brochure vaut un livre, n'a pas foulé d'un pied banal le sol sacré de l'Italie; initié par un long apprentissage au lamentable métier de la philantropie publique, il apporte avec lui, dans ce pays célèbre, ses préoccupations de conseiller des hospices de Paris; la misère d'une grande cité, vue de près et méditée tous les jours, doit laisser de fortes impressions pour que M. Foucher n'ait pu en détacher sa pensée, en présence de tout ce que l'antiquité et l'art moderne ont accumulé de séduisante richesses sur cette terre italienne. A M. Foucher donc, les hôpitaux, les asiles des pauvres, les maisons d'aliénés et d'orphelins, les refuges de toutes les souffrances et de toutes les infirmités. Il n'a point charge de vérification officielle, et il inspecte tout, il entre partout : salles de malades, salles de dissection, salles de morts, lingerie, réfectoire, cuisines, lieux d'aisances, tout ce qui rebute et dégoûte les gens du monde, homme du monde, il l'examine de près, en détail, note les avantages ou les défauts des localités qu'il visite, interroge les malades, ceux qui les soignent; pénètre dans l'économie intérieure des établissemens, en étudie l'assiette administrative, et quand le renseignement défaille par les réticences ou la réserve commandée des employés, il le complète à force de délicate sagacité. Gênes, Pise, Rome, Naples, Florence, Bologne, Ferrare, Modène, Parme, Mantoue, Venise, Milan, Turin, Chambéry, voient successivement M. Foucher poursuivant, d'hospice en hospice, sa tâche de minutieuse information; chaque hôpital, chaque établissement est examiné dans son exposition, dans l'ensemble de sa construction, dans les dimensions et l'ordonnance de son intérieur; la capacité aérienne des salles, son rapport avec le nombre des lits, le mode d'aération, la nature du couchage, le vêtement et la nourriture du malade, les médicamens qu'il reçoit, la règle du service, la discipline, les ressources domestiques, les usages et les allures administratives; tous ces points sont relevés avec précision, et l'auteur aurait pu sans prétention décerner à son opuscule le titre de topographie nosocomiale de l'Italie. Que l'on juge de l'activité qu'il a dû déployer dans son voyage. Aussi le loisir des descriptions lui manque; nul luxe de détails; nulle digression inutile; ce sont les notes laconiques d'un homme pressé de voir et qui

limonade; 24 grains de sulfate de quinine à prendre en deux fois; 16 grains à sept heures du matin, et 8 une heure après.) A dix heures, frissons; froid; tremblement; à midi, coma; à deux heures, mort dans l'état soporeux, quatre heures après l'invasion de l'accès (p. 176).

J'omets les détails de la nécropsie, qui sont inutiles à mon objet, et je n'ai pas besoin de faire remarquer que, bien que M. Maillot se serve du terme de gastro-céphalite pour désigner l'affection de ce militaire, cependant il entend parler d'une fièvre, ainsi que cela résulte non seulement de la chose elle-même, mais encore du titre qu'il a donné à son observation: *Fièvre pernicieuse, comateuse, pseudo-continue, au début gastro-céphalite.* Il n'a voulu signaler par là que les symptômes prédominans qui se manifestèrent du côté de la tête et de l'estomac.

Il est évident que la maladie décrite par Hippocrate et la maladie décrite par le médecin moderne ont une ressemblance générale dans leur marche et leur physionomie. Dans l'une des maladies, elle se termine par la mort au sixième jour; dans l'autre, au cinquième jour; dans l'une, la langue se sèche au troisième jour; dans l'autre, elle est déjà sèche au quatrième et peut-être auparavant; car ce n'est qu'alors que le malade fut soumis à l'examen du médecin; dans l'un, il y a rémission complète de la fièvre au troisième jour; dans l'autre, au cinquième; après cette rémission, la maladie reprend avec une nouvelle violence, pour se terminer d'une manière funeste, chez l'un trois jours après, chez l'autre, le jour même de la rémission. Cette observation, je l'ai prise pour ainsi dire au hasard entre une foule d'autres de même nature, recueillies par M. Maillot; le livre de M. J. Clark (OBSERVATIONS ON THE DISEASES IN LONG VOYAGES TO HOT COUNTRIES. London, 1773); celui de M. W. Twining (CLINICAL ILLUSTRATIONS, etc., OF THE MORE IMPORTANT DISEASES OF BENGAL, WITH THE RESULT OF AN INQUIRY INTO THEIR PATHOLOGY AND TREATMENT. Calcutta, 1835), et autres sont remplis d'observations semblables.

Ce rapprochement, s'il ne suffit pas encore pour prouver l'identité complète entre les fièvres décrites par Hippocrate et celles des pays chauds, suffit du moins pour montrer que nous sommes dans la bonne voie. Poursuivons donc plus loin nos recherches, pénétrons dans les détails; et, s'ils donnent le même résultat que la comparaison générale ou de totalité, il ne pourra plus rester aucun doute sur la vraie nature des histoires de maladies consignées dans les EPIDÉMIES.

Au nombre des détails caractéristiques, il faut ranger l'état des hypochondres. Si nous feuilletons les recueils des fièvres observées à Paris, ceux de MM. Petit, Bouillaud, Andral, Louis, Chomel, nous n'y rencontrerons que bien rarement consigné quelque symptôme du côté de l'un ou l'autre hypochondre. J'ai examiné une à une toutes les observations que renferme le livre de MM. Chomel et Genest, sans y trouver un seul cas d'affection des hypochondres. Aussi, ces auteurs, en parlant de ramollissemens du foie et de la rate que l'on rencontre maintes fois dans la fièvre typhoïde, disent-ils *que ces différentes lésions ne se révèlent à nous pendant la vie par aucun symptôme particulier* (LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE, FIÈVRE TYPHOÏDE, 1834, p. 268). Cette remarque suffit pour montrer que dans la fièvre typhoïde il n'y a, durant la vie, aucune manifestation du côté des hypochondres, sauf pour la rate qu'on trouve dans beaucoup de cas ramollie après la mort, et dont on constate quelquefois le gonflement pendant la vie. Au contraire, dans les histoires des EPIDÉMIES, les hypochondres sont souvent affectés, et j'ai été frappé de la fréquence de ce symptôme parmi nous. J'en ai fait le relevé suivant:

Premier malade; premier livre. Gonflement arrondi de la rate sans désignation du jour où il se manifesta.

Deuxième malade; premier livre. Au troisième jour, gonflement de l'hypochondre occupant les deux côtés, allongé vers l'ombilic et assez mou; battement continuel dans l'hypochondre.

Troisième malade; premier livre. Au cinquième jour, gonflement de la rate, tension de l'hypochondre. Au huitième jour, diminution de la rate; apyrexie pendant cinq jours, récidive, et aussitôt gonflement de la rate; au troisième jour de la récidive, diminution de la rate.

Quatrième malade; premier livre. Le premier jour, douleur au cardia et à l'hypochondre droit.

Huitième malade; premier livre. Gonflement des hypochondres, et tension douloureuse pendant toute la maladie.

Dixième malade; premier livre. Premier jour, gonflement de l'hypochondre, sans grande tension.

Onzième jour; premier livre. Dès le début, douleur de l'hypochondre; troisième jour, douleur de l'hypochondre; quatrième jour, légère amélioration du côté des hypochondres.

Douzième malade; premier livre. Douleur de l'hypochondre droit dès le début.

Treizième malade; premier livre. Quatrième jour, gonflement douloureux de l'hypochondre; cinquième jour, douleur dans l'hypochondre.

Deuxième malade; troisième livre; première série. Tension molle des hypochondres dès le début; sixième jour, couleur ictérique.

Troisième malade; troisième livre; première série. Quatrième jour, gonflement de la rate; tension assez molle de l'hypochondre droit; vingt-unième jour, douleur de l'hypochondre, et battement continuel à la région ombilicale.

Quatrième malade; troisième livre; première série. Deuxième jour, tension de l'hypochondre droit, laquelle s'étendait vers l'intérieur.

Huitième malade; troisième livre; première série. Au troisième jour, tension assez molle de l'hypochondre des deux côtés.

Neuvième malade; troisième livre; première série. Dès le début, douleur dans les hypochondres.

Treizième malade; troisième livre; première série. Gonflement douloureux de l'hypochondre droit.

Seizième malade; troisième livre; première série. Tension assez molle de l'hypochondre, se prolongeant des deux côtés dès les premiers jours.

Sur quarante-deux malades dont Hippocrate a consigné les histoires dans ses EPIDÉMIES, ce relevé montre que seize ont présenté quelque symptôme du côté des hypochondres, soit du gonflement, soit de la tension, soit de la douleur, ce qui est une proportion assez forte, et ce qui fait voir en même temps avec quel soin Hippocrate examinait ses malades. Un tel résultat, qui nous indique tout d'abord un autre état pathologique que celui que nous avons d'ordinaire sous les yeux, est fort remarquable; et, si nous le rencontrons dans les histoires de fièvres des pays chauds, recueillies par des observateurs modernes, il nous sera impossible de ne pas reconnaître que l'identité entre les fièvres des EPIDÉMIES et celles des pays chauds croît de plus en plus.

Dans les fièvres rémittentes et continues qui attaquèrent les troupes françaises pendant l'expédition de Morée, on observa des symptômes du côté de l'hypocondre. « La plupart des fiévreux qui se plaignaient de douleur à l'hypochondre droit et à la région du duodénum, dit M. Roux, ont offert en même temps une teinte ictérique plus ou moins forte (HISTOIRE MÉD. DE L'ARMÉE FRANÇAISE EN MORÉE, PENDANT LA CAMPAGNE DE 1828; Paris, 1829; p. 60). » Cette indication, quoique brève, suffit pour montrer en général que, dans le cours de ces fièvres, l'hypochondre

---

n'écrit que ce qu'il a vu; le seul ordre qu'il y met, c'est l'ordre même de ses pérégrinages; les étapes de son itinéraire sont les chapitres de son livre. Seulement, et comme le voyageur qui s'arrête après avoir parcouru un long espace pour l'embrasser dans un dernier regard, pour l'évaluer dans un coup-d'œil sommaire, M. Foucher, haletant au terme de cette rapide et multiple investigation, s'arrête aussi et résume ses impressions et ses souvenirs dans quelques considérations générales qu'il adresse surtout au conseil dont il fait partie. Nous voudrions le suivre dans les vues qu'il émet, peser ses critiques et ses approbations, surtout transporter dans ces lignes, sous l'œil de nos lecteurs, les faits les plus intéressans qu'il a consignés dans son opuscule: mais ce serait déchirer les pages d'un journal de voyage; ce nous est crainte aussi de nous glisser sur ses pas, dans le champ des questions purement administratives où nous n'apporterions pas la même compétence ni surtout la même sûreté d'expérience que l'honorable membre du conseil général. Disons que tout administrateur qu'il est lui-même, M. Foucher a su dépouiller les sollicitudes obscurantes de l'amour-propre et de l'esprit de corporation; il n'épargne point le système hospitalier de Paris dans les parties qui lui paraissent vraiment vulnérables; il ne porte point le zèle de la comptabilité jusqu'à l'oubli des justes exigences d'un autre ordre d'intérêts; il reconnait dans ce qui existe et fonctionne sous nos yeux des imperfections, voire même des abus; mais le bien accompli obtient son équitable mention; le bien et le mal sont appréciés par lui dans une calme mesure qui ajoute à l'autorité de ses déclarations. Ami des pauvres de tous les pays, il se réjouit de ce qui se fait partout dans le but de leur amélioration physique et morale; il sait rendre justice aux efforts des étrangers, et quand il leur découvre, en quelque point, une supériorité réelle sur nous-mêmes, il la proclame sans embarras, mais seulement avec addition de vœux et de regrets bien naturels. Citoyen de son pays, il ne s'est pas armé contre les établissemens fondés par la charité de nos pères d'une critique âpre, irritante, irritée; et quand il est conduit par un exact inventaire de la situation nosocomiale de l'Italie, à affirmer la prééminence de la nôtre, on se laisse aller à l'entraînement de sa patriotique fierté, et l'on est heureux d'oublier un instant la guerre des médecins et des administrateurs pour saluer au front de notre France une gloire de plus, la pacifique est bienfaisante gloire du progrès de ses établissemens d'officielle charité.

Ceux de l'Italie ne laissent pas toutefois que d'offrir un ensemble de conditions satisfaisantes. Leur premier avantage est d'avoir été presque tous construits sur des plans d'ensemble étudiés à l'avance; les accroissemens considérables qu'ils ont reçus successivement par l'adjonction d'anciens couvens supprimés ont été calculés de manière à ajouter à leur étendue sans nuire à l'économie primitive de leur plan. Un très petit nombre de nos établissemens de Paris possèdent ce mérite d'origine; la plupart sont d'anciennes constructions détournées de leur destination première et appropriées tant bien que mal à leur nouvel office. Aussi, d'après M. Foucher, nous n'avons aucun établissement qui puisse rivaliser en magnificence et en régularité architecturale avec l'Albergo de Poveri, l'hôpital général à Gênes, l'hospice St-Michel à Rome, l'hôpital Sancta-Maria-Nuova à Florence, et surtout l'hôpital Maggiore à Milan. Mais l'étendue même des hôpitaux italiens est une source d'inconvéniens; une population immense s'y agglomère et multiplie les difficultés d'un bon service. Nous pensons, avec M. Foucher, que les petits hôpitaux présentent de meilleures conditions quant à la salubrité locale et

droit fut affecté. Mais, des cas particuliers étant encore plus précis, j'ai fait le relevé des cas d'affection des hypochondres sur les observations de fièvres continues et rémittentes qu'a publiées M. Twining (Ouv. cit., t. II, p. 248 et suiv.).

Obs. CLII. — Au bout de quelques jours, pression sur l'épigastre et les hypochondres, causant beaucoup de malaise, mais non une douleur aiguë.

Obs. CLVII. — Douleur à l'épigastre, plénitude générale du ventre avec quelque gonflement du foie; onzième jour, tension du foie allégée.

Obs. CLVIII — Vers le dixième jour, dureté du ventre; le muscle droit de l'abdomen, du côté droit, est plus tendu que celui du côte gauche; onzième jour, le ventre est dur surtout du côté droit; douzième jour, le ventre n'est pas gonflé, mais on observe quelque dureté vers la région du foie.

Obs. CLXIV. — Au début la pression est douloureuse sur la région du foie, de l'épigastre et de la rate.

Obs. CLXX. — Dès le deuxième jour, tension et plénitude de l'hypogastre et des hypochondres; quatrième jour, plénitude considérable de l'épigastre et des hypochondres.

Obs. CLXXI. — Dès les premiers jours, tension et sensibilité morbide sur la région du foie.

Obs. CLXXII. — Dès les premiers jours, gonflement de la rate, lequel cessa avec la maladie.

Obs. CLXXIII. — Tension et plénitude dans la région du foie.

Ce relevé, qui a été fait sur vingt-quatre histoires consignées dans l'ouvrage de M. Twining, nous donne huit malades affectés de quelque symptôme du côté des hypochondres, proportion qui diffère peu de celle que nous avons trouvée pour les Épidémies.

Ce symptôme est très spécial, puisqu'il n'appartient pas aux fièvres de nos climats; il est très caractéristique, car il signale une lésion toute particulière; il a une constance notable, puisque, des deux côtés, il a été observé environ sur un tiers des malades. Il doit compter pour beaucoup dans la décision de la question relative à la nature des fièvres décrites par Hippocrate; question qui, presque résolue par une simple comparaison en bloc, ne demande plus que quelques détails assez importans pour fixer la conviction.

Au nombre de ces détails, il faut ranger l'état de la langue. Les fièvres rémittentes et continues des pays chauds ont cela de particulier, que cet organe s'y sèche de très bonne heure. Qu'on lise dans le livre de M. Maillot l'observation 39, que j'ai rapportée plus haut; la langue était sèche dès le quatrième jour; l'observation 44, où, le quatrième jour encore, la langue était sèche et d'un rouge de sang (p. 195). Voyez encore dans l'ouvrage de M. Twining: l'observation 154, où, dès le second jour, la langue était blanche et tendait à se sécher (*tongue white, and rather dry*) (t. II, p. 255); l'observation 159, où la langue est chargée de mucosités brunes et presque sèche (ib., p. 270); l'observation 161, où, au sixième jour, la langue était sèche, mais peu chargée; l'observation 166, où la langue était sèche au troisième jour (ib., p. 305); l'observation 170, où la langue était sèche et peu chargée au troisième jour (ib., p. 321); l'observation 172, où la langue est sèche au troisième jour. Qu'on voie enfin dans le traité de John Clark: l'observation 1, où, dès le second jour au matin, la langue est sèche et brûlée (état que les médecins français employés dans l'Algérie désignent souvent par le nom de *langue rôtie*) (p. 151); l'observation 6, où la langue était très brune et brûlée au quatrième jour (p. 170); l'observation 9, où, le troisième jour au matin, la langue était sale et sèche (p. 180); l'observation 12, où, le deuxième jour, la langue était sale et brûlée (p. 187); l'observation 15, où, le troisième jour, la langue était sale et noire (p. 199). Le nombre des cas, où la langue était brûlée (p. 199). Le nombre des cas où de très bonne heure la langue se sèche dans les fièvres rémittentes ou continues des pays chauds, est, on le voit, assez considérable pour que ce symptôme entre en ligne de compte dans l'espèce de diagnostic rétrospectif dont je m'occupe ici les élémens.

Ce symptôme appartient-il aux fièvres du climat de Paris? Se trouve-t-il dans les observation des Épidémies d'Hippocrate? A la première question, il est aisé de répondre que, dans la fièvre typhoïde, la seule des fièvres de Paris où l'on puisse chercher avec quelque apparence un terme de comparaison aux fièvres décrites par Hippocrate, la langue se sèche à une époque plus avancée de la maladie; on ne trouve des langues si promptement sèches que dans certains cas de scarlatine maligne, d'érysipèle de mauvais caractère, d'inflammation des reins, etc., toutes affections qui n'ont aucune relation avec les observations des Épidémies. Quant à la fièvre typhoïde, on n'a, pour s'en convaincre, qu'à feuilleter le recueil de MM. Chomel et Genest, ouvrage spécialement consacré à cette maladie. On y lit: « La bouche du malade devient pâteuse, son humidité diminue, une salive peu abondante et très épaisse l'humecte imparfaitement; aussi, quand le malade parle, on distingue quelquefois le bruit que fait la langue en se détachant des parties avec lesquelles elle était en contact. Si le malade la tire en dehors et qu'on applique le doigt à sa surface, il ne s'en détache qu'avec une espèce de difficulté, à raison de la consistance glutineuse du fluide qui la recouvre. Cet état, que les observateurs ont désigné par le nom de langue collante, est le premier degré de la sécheresse, qui devient ordinairement complète vers la fin de la première période, » (Ouv. cité, p. 9). Ce que MM. Chomel et Genest appellent première période est le premier septenaire; et, si l'on se reporte aux observations particulières, on trouve que le cas où la sécheresse de la langue a été signalée le plus tôt par ces auteurs est un cas où elle fut sèche dès le sixième jour (p. 65).

La seconde question n'offre pas plus de difficultés; ce sont encore uniquement des faits matériels à constater. Dans l'observation 1 du premier livre des Épidémies, la langue commençait à se sécher le troisième jour; observation 2, la langue est sèche dès le premier jour; observation 10, la langue devient sèche dans les trois premiers jours; observation 11, langue sèche au quatrième jour; observation 12, langue sèche dans les trois premiers jours; observation 2, troisième livre, première série, langue brûlée dans le début (*ἐπικαής*), c'est la langue rôtie des médecins français de l'Algérie, et la langue brûlée, *parched*, des médecins anglais; observation 10, langue légèrement sèche dès le premier jour; observation 12, langue légèrement sèche dès le premier jour; observation 3, deuxième série, dès le premier jour, langue légèrement sèche; observation 10, langue brûlée dès le début; observation 12, langue fuligineuse et sèche dès le début.

Ainsi, dans la fièvre typhoïde de Paris, la langue ne se sèche guère que vers la fin du premier septenaire; dans les fièvres rémittentes et continues des pays chauds, elle se sèche souvent dès le second et le troisième jour; il en est de même dans les fièvres relatées dans les Épidémies. C'est pour ces fièvres un nouveau point de dissem-

au soin des malades. La même observation est applicable aux salles qui sont trop vastes en Italie comme à Paris; les salles moins étendues permettent une répartition mieux entendue des malades, préservent le grand nombre des chances d'incommodité que leur apportent leurs compagnons d'infortune. M. Foucher signale encore les effets fâcheux qu'occasionne, dans quelques hôpitaux d'Italie, notamment dans celui du St-Esprit à Rome, le placement, en cas d'urgence, de quatre files de lit sur la largeur de la salle, malgré l'élévation de la voûte. Ce qui se pratique à Rome en cas d'urgence seulement a lieu continuellement dans le principal hôpital militaire de Paris; la plupart des salles du Val-de-Grâce présentent, malgré leur médiocre élévation, quatre rangées de lits; l'effet de cette disposition est d'amener, par l'encombrement des malades, un fatal méphitisme qui se traduit par l'aggravation des maladies régnantes et souvent par de petites épidémies d'érysipèles, de phlébites, de fièvres typhoïdes, etc. Cette influence se manifeste chaque fois que les salles se remplissent; une observation attentive de plus de trois ans nous l'a rendue évidente.

La séparation des services est mieux observée à Paris qu'en Italie; l'hôpital du St-Esprit à Rome renferme un grand hôpital de malades, un hôpital d'aliénés, un hôpital d'enfans abandonnés et un hôpital des jeunes orphelines; semblable promiscuité de services à l'hôpital San-Bonifaccio à Florence, à l'hôpital Maggiore de Milan, etc. Ce vice capital n'a pas encore disparu de nos provinces; l'hôpital général de Montpellier, celui de Toulouse, en sont entachés; il n'y a pas longtemps que nous avons vu, à l'hôpital de Strasbourg, les fous installés à un rez-de-chaussée ayant sur leurs têtes une triple clinique de fiévreux, de blessés et de femmes en couches.

Ce que M. Foucher signale avec le plus de faveur, c'est la propreté et la bonne tenue des salles, l'usage universel des couchettes en fer, la richesse des lingeries, qui permet le renouvellement fréquent et presque journalier du linge des malades, richesse qui contraste avec la triste pénurie des lingeries de Paris, dont les besoins seuls exigeraient, d'après la fixation du règlement du 19 mars 1834, une allocation spéciale de 1,106,274 fr. 74 c. M. Foucher a été frappé de la manière convenable et décente dont sont vêtus, dans les hospices italiens, les vieillards, les aliénés hommes et femmes, et n'a pu se défendre d'un sentiment pénible par le rapprochement de cet espèce de confortable avec l'insuffisance des effets d'habillement de nos vieillards, de nos enfans, de nos aliénés. A Rome, Florence, Venise, Milan et Turin, les malades, indépendamment de robes, de pantalons de laine, ont tous des bas et des pantoufles: « Ces objets de première nécessité, dit notre voyageur, m'auraient moins frappé, si j'avais été accoutumé à les voir sur nos malades. » Le régime alimentaire est généralement bon et plus varié que le nôtre; on sait que cette variété d'alimentation est une des améliorations sollicitées par les médecins de nos hôpitaux. Le défaut d'ordre, fort commun dans beaucoup de branches du service administratif en Italie, se fait remarquer dans les laboratoires, dans les dépôts et magasins; la malpropreté et tous les inconvéniens qu'elle entraîne sont le fléau des salles d'autopsie, des salles de morts où règne une étrange et irréligieuse confusion. L'auteur entre dans d'intéressans détails sur le système d'installation, de régime et de traitement adopté pour les aliénés en Italie; il rappelle les modes d'éducation et d'encouragement employés par le docteur Fassetta à Venise, et consigne quelques résultats heureux. Dans l'hôpital dit *Manicomio* à Turin, les lits en fer occupés par les épileptiques sont entourés

blance avec la fièvre typhoïde, de ressemblance avec celles des pays chauds.

Y a-t-il, dans la fièvre typhoïde de Paris, des apyrexies plus ou moins complètes? Pour répondre à cette question, j'ai parcouru les quarante-six observations que renferme l'ouvrage de MM. Chomel et Genest. Or, sur ce nombre, je n'ai trouvé qu'un cas (obs. 30, p. 363) où l'on pourrait voir une apyrexie, bien que cela ne soit pas formellement énoncé. Il en résulte que les apyrexies, si tant est que ce cas en soit un exemple, sont très rares dans la fièvre typhoïde. Des redoublemens irréguliers y sont très fréquens; mais les apyrexies sont étrangères à cette affection. Voyons maintenant ce que l'on trouve dans les recueils de fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Dans le livre de M. Maillot, observation 37, au sixième jour, soif, céphalalgie, quelques frissons revenant à plusieurs reprises et irrégulièrement dans la journée; langue un peu effilée et rouge sur les bords, mais humide; le lendemain, *apyrexie, plus de soif, plus de céphalalgie;* à la visite du soir, coma (p. 171); observation 39, quatrième jour, céphalalgie atroce, langue sèche et d'un rouge de sang, soif inextinguible, épigastre douloureux, peau sèche et brûlante, pouls dur et fort; le lendemain au matin, *apyrexie, disparition totale des phénomènes morbides, soit du côté des voies digestives, soit du côté de l'encéphale, pas même de soif;* à dix heures du même jour, frissons, froid, tremblement; à midi, coma; à deux heures, mort dans l'état soporeux (p. 177). On trouve un phénomène analogue dans l'observation 41, p. 185, dans l'observation 42, p. 188, dans l'observation 45, p. 201, dans l'observation 47, p. 210. Ce relevé a été fait sur dix-neuf observations. Ainsi, six fois sur dix-neuf, c'est-à-dire presque dans un tiers des cas, il y a eu apyrexie ou rémission très tranchée. C'est une différence notable avec la fièvre typhoïde de Paris. Il faut maintenant se reporter aux ÉPIDÉMIES d'Hippocrate. Observation 1, premier livre, le matin du troisième jour et jusqu'au milieu de la journée le malade parut être sans fièvre, mais vers le soir, fièvre aiguë, etc. Observation 3, au neuvième jour le malade sua; crise; suspension de la fièvre; cinq jours après, récidive, gonflement de la rate, fièvre aiguë, surdité, etc. Observation 5, au quinzième jour, la malade vomit, en assez grande abondance des matières bilieuses et jaunes, elle sua et fut sans fièvre; mais, dans la nuit fièvre aiguë..., au vingt-septième jour, apyrexie, dépôt dans les urines, douleur légère de côté; mais le trente-quatrième jour, retour de la fièvre, etc. Observation 6, au soixante-dixième jour, apyrexie; suspension de la fièvre pendant dix jours; au quatre vingtième, frisson, fièvre aiguë, etc. Observation 12, le huitième jour au matin, frisson, fièvre aiguë, sueur chaude, le malade parut être sans fièvre: peu de sommeil; après le sommeil, refroidissement, ptyalisme; vers le soir, beaucoup de délire, etc. Observation 13, la malade, ayant éprouvé un amendement au septième jour, resta trois jours sans fièvre, mais au onzième, récidive, frisson, fièvre, etc. Observation 14, au septième jour, sueur, suspension de la fièvre, puis récidive, etc. Observation 2, troisième livre, première série, au quatorzième jour, apyrexie, point de sueur...; vers le dix-septième jour, récidive, chaleur; les jours suivans, fièvre aiguë, etc. Observation 3, au onzième jour, apyrexie, sueur; interruption de la fièvre pendant deux jours, récidive au quatorzième jour; au vingtième jour, sueur, apyrexie; au vingt-unième, retour du délire, soif légère, etc. Observation 5, huitième jour, apyrexie; au neuvième, récidive...; au dix-septième, nouvelle apyrexie; au dix-huitième, retour d'une légère chaleur, etc. Observation 6, au sixième jour, apyrexie; au septième, frisson, légère chaleur, etc. Observation 1, troisième livre, deuxième série, au trente-quatrième jour, apyrexie, puis retour de la chaleur; au quarantième, apyrexie, puis accès irréguliers de fièvre, etc. Observation 2, au vingt-huitième jour, apyrexie, puis retour de la fièvre, etc. Observation 7, au vingtième jour, sueur, apyrexie; mais le vingt-quatrième la fièvre reparut, ainsi que la surdité, etc. Observation 8, au vingtième jour, apyrexie...; au vingt-septième la fièvre recommença, etc. Observation 10, au vingtième jour, le malade sua beaucoup, et il sembla être sans fièvre, mais, vers le soir, retour de la chaleur et de toutes les souffrances.

Ainsi, sur quarante-deux cas de fièvre rapportés par Hippocrate, il y a eu seize fois, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas, tantôt une courte apyrexie, comme dans les observations de M. Maillot, tantôt une apyrexie beaucoup plus prolongée. Donc, de ce côté encore, les fièvres des ÉPIDÉMIES ont leurs analogies dans les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quant aux apyrexies qui ne durent pas seulement quelques heures, mais qui s'étendent à plusieurs jours, de sorte que la reprise de la fièvre semble constituer ou constitue réellement une récidive, elles ne manquent pas moins dans la fièvre typhoïde de Paris; car on n'appellera pas de ce nom les accidens fébriles que produisent certaines imprudences, surtout dans le régime alimentaire, lorsque la convalescence a commencé et que l'éruption intestinale achève de se cicatriser. Mais les ÉPIDÉMIES, on vient de le voir, en présentent des exemples caractérisés; et ces exemples ne font pas défaut, non plus, dans les observations de fièvres qu'ont fournies les pays chauds. Ainsi, dans le livre de J. Clark, le malade de l'observation 6, pris de fièvre le 8 septembre, paraît convalescent le 12, est repris le 20. Cette tendance à récidive est un caractère que les fièvres rémittentes et pseudo-continues tiennent des fièvres intermittentes: Hippocrate avait donné une grande attention à ces récidives, qui ont beaucoup moins occupé les modernes; il les comprenait dans le cours total de la fièvre, et il avait essayé (ainsi qu'on le voit dans les ÉPIDÉMIES) d'en tirer des indications pronostiques sur la marche et la durée des affections.

Ce n'est pas seulement par là que se particularise la marche des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quoique ces maladies aient quelquefois un cours très prolongé, leur nature comporte également qu'elles se terminent dans un délai très bref, soit par la santé, soit par la mort. Je citerai un exemple de chacune de ces terminaisons.

OBS. — Beuxer, jeune soldat, fort, bien constitué, n'ayant jamais été malade, entra à l'hôpital d'Alger, le 30 juin 1833, à six heures du matin; venant de la Maison-carrée, poste situé dans la Métidja. Il était malade depuis trois jours; il n'y avait eu ni intermittence ni rémittence dans les accidens qu'il éprouvait. A son arrivée il offrait les symptômes suivans: céphalalgie des plus violentes, pouls dur, plein et accéléré, peau brûlante, envies de vomir, soif ardente, langue acérée, muqueuse au centre, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe; point pleurétique du côté droit. (*Diète, eau gommeuse, saignée du bras de vingt onces, soixante sangsues, dont trente à l'épigastre et trente sur le point douloureux.*) A la visite du soir, vers trois heures, cet homme était dans le coma. Il était donc survenu un paroxysme, et, malgré l'énergie de la médication employée le matin, ce paroxysme était pernicieux. (*Saignée du bras de vingt onces, quarante sangsues sur le trajet des jugulaires, cinquante disséminées sur l'abdomen.*) 1er juillet matin; état voisin de l'apyrexie, in-

---

de tringles en fer, excédant de deux pieds la hauteur des matelas, et dont un côté s'ouvre à charnière, de manière à circonscrire la scène convulsive de chaque accès.

Les hospices pour les enfans trouvés ou orphelins sont très nombreux en Italie et généralement bien tenus; celui de St-Michel à Rome est le plus considérable, comme il est aussi l'un des plus complets qui existent. En revanche, les hospices pour la vieillesse des deux sexes sont beaucoup moins nombreux en Italie et plus restreints. Ce n'est point que la charité publique y fasse défaut aux vieillards; ils sont abondamment secourus, mais à domicile; les paroisses, les couvens, les congrégations, les associations philantropiques pourvoient à leurs besoins; en Italie, comme en Angleterre, la charité publique s'est particulièrement occupée des hôpitaux destinés aux malades: la vieillesse valide est maintenue dans son domicile, au sein de la famille, et ce mode d'assistance nous paraît bien mieux approprié aux conditions physiques et morales du vieil âge que le système de réunion hospitalière, société factice, destituée de force sympathique, et qui ne saurait remplacer pour des âmes raidies dans leurs affections et dans leurs habitudes les douces influences du foyer domestique, si pauvre et si nu qu'il soit. Une remarque de M. Foucher nous a frappé: c'est qu'avec le même système de soins à domicile, l'Angleterre a dû forcer par une taxe légale la bienfaisance de l'habitant aisé, tandis qu'en Italie, sans taxe ni loi, la charité a toujours abondamment fourni aux besoins des classes misérables; n'y a-t-il, dans ce fait, qu'une différence de caractère national, et ne s'explique-t-il point par l'action différente de l'esprit religieux dans ces deux pays?

La manière dont les malades sont soignés en Italie est louée sans restriction; M. Foucher accorde d'éclatans témoignages aux corporations religieuses qui remplissent cette tâche pénible en Italie; il ne manque point de noter sous ce rapport une différence toute à l'avantage de ces corporations entre les établissemens qu'elles desservent et ceux tenus par des gens salariés. Ainsi là, comme ailleurs, se révèle, douce et secourable, l'influence des institutions religieuses. Des hommes du peuple, revêtus d'un costume et d'un caractère consacrés, s'élèvent par leur dévoûment bien au-dessus d'autres plébéiens à qui manque cette pieuse investiture du corps et de l'âme; il semble que la religion, en pénétrant plus avant dans le cœur de ceux-là, leur suscite des délicatesses et une manière de soins touchans que l'infirmier de profession est inapte à dispenser; elle transfigure les natures grossières et rend moelleuses au contact du malade les callosités d'une main plébéienne qui vient, au nom du Christ, essuyer ses nocturnes sueurs.

Versé par habitude et position dans le règlement des intérêts matériels des hospices, M. Foucher a dû s'enquérir avec quelque empressement de l'organisation et de la gestion des hôpitaux d'Italie; mais il n'y existe aucune règle déterminée, uniforme; chaque établissement possède son administration indépendante du contrôle de toute autorité. Entretenus par leurs propres ressources ou sustentés par la charité publique, les hôpitaux d'Italie ne subissent, de la part du gouvernement, qu'une surveillance générale, exercée avec la plus grande réserve. L'ordre de comptabilité varie autant que les administrations spéciales isolées des hospices; point de formes légales; point de marchés par adjudication; point de budget; c'est une machine complexe qui n'a qu'un seul ressort, la confiance. Certes, sous le rapport de l'ordre de comptabilité, l'Italie n'est pas un modèle à citer à notre administration; mais le système administratif qui y existe ne doit pas être légère-

telligence nette. Il ne reste des phénomènes si graves de la veille, que cette accélération du pouls, sans chaleur à la peau, sans soif, qui persiste toujours pendant quelques heures après la terminaison de l'accès proprement dit. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion, à prendre en deux fois.*) L'apyrexie s'établit tout à fait pendant la première journée; dès ce jour il n'y eut plus de fièvre, et la douleur pleurétique, enlevée par la première application de sangsues, ne reparut pas. Le sulfate de quinine fut continué à doses décroissantes pendant quatre jours. Le malade sortit le 26 juillet, après avoir mangé les trois quarts de la portion pendant onze jours. (Maillot, p. 168.)

Voilà une maladie des plus graves et des plus menaçantes terminée en quatre jours par la santé. En voici une autre terminée encore plus rapidement par la mort.

Obs. — Clavel, soldat au 59e, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, n'ayant pas été malade depuis deux ans qu'il est au régiment, d'une conduite très régulière, entra à l'hôpital de Bone le 15 décembre 1834, au deuxième jour d'une gastrocolite à symptômes peu intenses; soif assez vive, enduit légèrement visqueux sur la langue, qui est acérée et rouge sur les bords; peau chaude, pouls accéléré sans dureté ni plénitude; huit à douze selles dans les vingt-quatre heures. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse, trente sangsues à l'épigastre, un quart de lavement amylacé avec addition de soixante gouttes de laudanum.*) 16 matin, apyrexie, plus de soif, langue plate et humide, rosée, une seule selle pendant la nuit. (*Diète, eau gommeuse, potion gommeuse.*) A dix heures, invasion d'un accès qui débute par un froid très grand, et qui s'accompagne de beaucoup d'anxiété; point de selles, point de vomissemens, point de coma, point de délire. Mort à trois heures après midi. (Maillot, p. 188.)

Des affections semblables, qui sont habituelles dans les pays chauds, portent, quant à leur marche et à leur durée, un cachet tout spécial. Ici, à Paris, on ne pourrait trouver d'exemple d'une rapidité pareille que dans certaines fièvres éphémères; mais la terminaison en est bien rarement funeste, ou dans certaines fièvres éruptives, la scarlatine par exemple; mais il va sans dire que les fièvres éphémères et les fièvres éruptives sont, de leur côté, des entités pathologiques tout à fait distinctes des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Quant à la fièvre typhoïde, si dans quelques cas rares elle se termine par la mort vers le sixième ou le septième jour, elle ne se termine jamais par la santé dans un intervalle aussi court; sa nature ne le comporte pas. Si l'on se tourne vers les observations d'Hippocrate, on verra que plusieurs sont, pour la marche, tout à fait identiques à celles que j'ai empruntées tout à l'heure à un médecin contemporain.

A tous ces rapprochemens qui, dans mon opinion, ne laissent aucun doute sur l'identité des fièvres rémittentes et continues des pays chauds avec les fièvres décrites par Hippocrate, j'ajouterai une dernière particularité. M. W. Twining dit dans son ouvrage : « Le commencement des fièvres rémittentes est généralement marqué par de la langueur, de l'oppression à la région précordiale, de la débilité, et par cette combinaison particulière de lassitude, de douleur, d'anxiété et de faiblesse, affectant la tête et le derrière du cou, sensation que le docteur Curry avait coutume de décrire sous le nom d'angoisse fébrile (*febrile anguish*). (Ouv. cité, t. 2, p. 291). » Cette douleur du cou ne manque pas non plus aux observations d'Hippocrate. Ainsi, on lit dans l'observation II, premier livre : « Le malade commença à souffrir dans les lombes, il eut de la pesanteur de tête et un sentiment de tension dans le cou. » Dans l'observation IV, les douleurs de la tête, du cou et des lombes sont signalées. Le même symptôme est indiqué dans les mêmes termes, observation V. Même symptome dans les observations X, XIII, XIV, dans l'observation IV, troisième livre, deuxième série, et dans l'observation XIV. Cette particularité symptomatique, qui appartient aux fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds à peu près comme la céphalalgie sus-orbitaire à notre fièvre typhoïde, n'a pas échappé, on le voit, à l'attention d'Hippocrate. Si elle montre combien Hippocrate a été observateur exact des phénomènes pathologiques, elle montre aussi, d'une manière frappante, l'identité des fièvres des Épidémies avec celles des pays chauds; car, plus le phénomène est spécial et d'une observation délicate, plus la coïncidence est convaincante.

Les fièvres rémittentes et continues des pays chauds ont encore, dans leur symptomatologie, ceci de particulier, que les refroidissemens du corps et des membres, les sueurs froides et la lividité des extrémités y sont fréquentes. Pour donner une idée un peu complète de ces symptômes, je citerai d'abord la description de la fièvre algide, suivant M. Maillot, description qui représente l'état de refroidissement porté à un plus haut degré qu'on ne le trouve dans les Épidémies, mais qui, en raison même de ce qu'elle a de tranché, signale fortement à l'attention la condition pathologique dont il s'agit ici. J'y joindrai quelques remarques de M. W Twining, qui concourent au même but, et qui ont, pour la discussion actuelle, l'avantage d'être directement applicables aux observations d'Hippocrate.

« La fièvre algide, dit M. Maillot, n'est pas généralement, comme on le dit, la prolongation indéfinie du stade de froid; je l'ai vue rarement débuter de la sorte. Il y a même entre ces deux états un contraste frappant. Dans le premier stade des fièvres intermittentes, la sensation du froid est hors de toute proportion avec l'abaissement réel de la température de la peau, tandis que, dans la fièvre algide, le froid n'est pas perçu par le malade, alors que la peau est glacée. C'est ordinairement pendant la réaction que commencent à paraître les symptômes qui la caractérisent; souvent ils surviennent tout à coup au milieu d'une réaction qui paraissait franche. Au trouble de la circulation succède en peu d'instans et presque sans transition le ralentissement du pouls, qui devient bientôt très rare, fuit sous le doigt et disparaît; l'abaissement de la température du corps va vite et suit la progression promptement décroissante de la circulation; les extrémités, la face, le torse, se refroidissent successivement; l'abdomen seul conserve encore quelque temps un peu de chaleur; le contact de la peau donne la sensation de froid que procure le marbre... Les lèvres sont décolorées, l'haleine froide, la voix cassée, les battemens du cœur rares, incomplets, appréciables seulement par l'auscultation; les facultés intellectuelles sont intactes, et le malade se complaît dans cet état de repos, surtout lorsqu'il succède à une fièvre violente; la physionomie est sans mobilité; l'impassibilité la plus grande est peinte sur son visage; ses traits sont morts. La marche de cette fièvre est très insidieuse; il n'est peut-être personne dont elle n'ait surpris la vigilance; avant d'être familiarisé avec l'observation des accidens de cette nature, on prend souvent pour une très grande amélioration due aux déplétions sanguines, le calme qui succède aux accidens inflammatoires; et plus d'une fois, dans de semblables circonstances, on n'a été détrompé que par la mort soudaine du malade... Toutes les fois qu'à une réaction plus ou moins forte, on verra succéder tout à coup un ralentissement du pouls, avec pâleur de la langue et décoloration des lèvres, on ne devra pas hésiter à diagnostiquer

---

ment critiqué. Si même on nous demandait lequel est le meilleur, du système d'administration indépendante ou de forte centralisation, notre réponse se ferait attendre. Peut-être sont-ils bons l'un et l'autre, chacun dans le pays qui l'a adopté. Le gouvernement laisse, en Italie, à l'administration hospitalière ses libres allures; en France, il se mêle peut-être un peu trop des hôpitaux. La centralisation manque dans le système hospitalier de l'Italie, parce qu'elle manque dans les institutions politiques; l'action unitaire, centralisatrice que l'empire a si vigoureusement instituée et si persévéramment propagée, se réfléchit en France sur toutes les parties de l'organisation sociale. En définitive, l'ordre est dans l'unité, et dans un pays comme le nôtre, où l'influence religieuse est moins vive et moins efficace, c'est à l'ordre surtout qu'il faut tendre. En Italie, la charité seule, sans appel ni réglemens de comptes, pourvoit à l'entretien des hospices; les corporations religieuses les administrent pour la plupart: en France, il faut aux hospices un budget et des comptables.

M. L.

— On nous écrit de Montpellier, en date du 26 janvier :

« J'ai hâte de vous communiquer le résultat du concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, vacante par la mort de Dugès. C'est M. Bouisson, professeur de physiologie à Strasbourg, qui a été appelé à lui succéder. Sa nomination a eu lieu, hier, à l'unanimité des suffrages et au milieu d'un auditoire nombreux. Le classement par épreuves a donné les quatre premiers rangs à MM. Bouisson, Andrieux, Lafosse, et Jaumes.

» Voici les questions données pour sujet de thèse :

1° « Quelle a été l'influence des doctrines médicales modernes sur les progrès de la pathologie chirurgicale? » (Thèse de M. Valhié.)

2° « Quelle a été l'influence des découvertes et des travaux anatomiques, depuis Vesale, sur les progrès de la chirurgie? » (Thèse de M. Chrestien.)

3° « De la certitude en chirurgie, et de ses sources. » (Thèse de M. Caffort.)

4° « De l'influence de la physiologie expérimentale sur les progrès de la pathologie chirurgicale. » (Thèse de M. Jaumes.)

5° « Quelle a été l'influence de la chirurgie militaire sur la connaissance et le traitement des maladies chirurgicales? » (Thèse de M. Alquié.)

6° « Parallèle entre la pathologie chirurgicale des écoles françaises, et la pathologie chirurgicale des écoles étrangères. » (Thèse de M. Bouisson.)

7° « De l'influence de l'érudition et des méthodes philosophiques sur les progrès de la chirurgie théorique et pratique. » (M. Andrieux.)

8° « Quelles sont les sources d'indications dans les maladies chirurgicales? » (M. Batigne.)

9° « Des fluides normaux et anormaux au point de vue chirurgical. » (M. Lafosse.)

10° « Du prognostic en chirurgie et de ses sources. » (M. Franc.)

» Le jury était composé de la manière suivante:

» M. Delmas, président; MM. Estor, Dubreuil, R. d'Amador et Rech, professeurs; MM. Pourché et Fagès, agrégés; M. Poujet, juge suppléant. »

une fièvre algide. La temporisation ici donne la mort en quelques heures. Dans quelques cas très rares, j'ai cependant vu cet état algide se prolonger trois ou quatre jours. Le malade expire en conservant toutes ses facultés intellectuelles; il s'éteint comme par un arrêt de l'inervation. Lorsque la mort n'est pas le terme de cet état morbide si grave, le pouls se relève; la peau reprend sa chaleur naturelle; quelquefois alors la réaction détermine une irritation de l'encéphale ou des voies digestives; mais rarement elle est assez intense pour qu'on soit obligé de la combattre par des déplétions sanguines (Ouv. cité, p. 32). »

M. Twining a remarqué, de son côté, la tendance qu'ont les fièvres rémittentes et continues des pays chauds, à produire le refroidissement, les sueurs froides et la lividité des extrémités. « Les types du plus mauvais caractère, dit-il (Ouvr. cité, t. 2, p. 290), qui se présentent pendant les saisons malsaines, ressemblent beaucoup aux fièvres pernicieuses intermittentes des localités les plus insalubres du midi de l'Europe; ils sont caractérisés par des symptômes indiquant l'extrême congestion du sang dans un ou plusieurs organes importans; et on y remarque de bonne heure l'invasion de la faiblesse, de la gêne de la respiration, un pouls petit et faible, de l'anxiété, la prédominance des sueurs froides prolongées, qui quelquefois durent plusieurs jours et sont accompagnées de syncopes, du froid et de la lividité des extrémités, tandis que la tête est chaude. » Et un peu plus loin, p. 291 : « Il y a beaucoup de diversité dans les symptômes suivant les cas. Chez les malades de constitution délicate, qui ont longtemps souffert de fatigues, de privations et des inclémences de l'air, et chez qui la maladie a été précédée pendant plusieurs jours de débilité et d'un état non précisément fébrile, nous trouvons souvent un pouls faible et rapide; la langue est humide et peu chargée, avec des mucosités grises; parfois elle est complétement pâle; les conjonctives sont pâles, et la face parfois prend une teinte livide et cadavéreuse; les gencives sont livides; la tête et la poitrine, quoique chaudes au temps du paroxysme, sont bientôt couvertes d'une sueur froide; les extrémités demeurent froides pendant plusieurs heures après la terminaison du paroxysme. » Enfin, pag. 294 : « A la fin du quatrième ou cinquième paroxysme, et parfois plus tôt, quelques malades continuent à devenir de plus en plus en froids et faibles jusqu'à ce qu'ils meurent. J'ai connu des cas où un seul paroxysme est devenu fatal, de cette façon, chez des personnes délicates qui avaient beaucoup souffert de fatigues et de privations. Dans les formes les plus intenses, il y a deux périodes de chaque paroxysme, accompagnées de danger; l'une est durant l'accroissement de la chaleur morbide quand l'excitation fébrile et l'action artérielle sont fortes, et que des épanchemens se forment dans le cerveau ou d'autres organes importans. L'autre période de danger est à la fin du paroxysme, quand l'excitation morbide et l'action vasculaire ont cessé, quand les capillaires paraissent dans un état de relâchement, quand la langueur et la débilité prévalent. En certains de ces cas, le malade tombe graduellement dans un état qui a quelque ressemblance avec le collapsus cholérique et la syncope; et le froid continue jusqu'à ce que le malade meurt. »

Ces symptômes observés et décrits par M. W. Twining se retrouvent dans les ÉPIDÉMIES. Sur quinze des quarante-deux malades dont Hippocrate nous a transmis l'histoire, j'ai noté des phénomènes analogues. En voici le relevé :

Premier malade; premier livre; première série. Au cinquième jour, extrémités complétement froides et qui ne se réchauffèrent plus; au sixième jour, extrémités livides.

Deuxième malade; premier livre; première série. Sixième jour, extrémités froides, livides; septième jour, les extrémités ne se sont pas encore réchauffées; huitième jour, les extrémités se sont un peu réchauffées; dixième jour, les extrémités sont de nouveau froides.

Quatrième malade; premier livre; première série. Dans les premiers jours, extrémités froides.

Huitième malade; premier livre; première série. Cinquième jour, extrémités froides, un peu livides.

Onzième malade; premier livre; première série. Troisième jour, sueur froide générale; sixième jour, extrémités froides.

Sixième malade; troisième livre; première série. Au huitième jour d'une récidive, extrémités froides, et dès lors elles le furent toujours.

Septième malade; troisième livre; première série. Extrémités froides, livides.

Huitième malade; troisième livre; première série. Troisième jour, extrémités livides et froides.

Neuvième malade; troisième livre; première série. Extrémités froides durant tout le cours de la maladie.

Onzième malade; troisième livre; première série. Quatrième jour, extrémités froides; cinquième jour, extrémités froides, un peu livides; sixième jour, même état.

Douzième malade; troisième livre; première série. Deuxième jour, petites sueurs froides autour de la tête; septième jour, vers le soir, sueur froide générale, refroidissement, extrémités froides, qu'on ne peut plus réchauffer; la chaleur n'y revint qu'au dixième jour; au onzième jour, elles redevinrent froides.

Troisième malade; troisième livre; deuxième série. Deuxième jour, refroidissement des extrémités, particulièrement de la tête et des mains.

Cinquième malade; troisième livre; deuxième série. Deuxième jour, extrémités froides.

Treizième malade; troisième livre; deuxième série. Extrémités froides dans les premiers jours.

Quatorzième malade; troisième livre; deuxième série. Au quatorzième jour, extrémités froides, et mort au dix-septième jour.

Quinzième malade; troisième livre; deuxième série. Dans les premiers jours, extrémités froides.

En cela encore, les fièvres des ÉPIDÉMIES concordent avec celles des pays chauds.

On ne m'objectera pas sans doute d'avoir fait entrer dans ma comparaison les fièvres du Bengale, pays beaucoup plus méridional que la Grèce, car les fièvres des contrées chaudes ne sont séparées que par des nuances; elles portent l'empreinte d'un caractère commun, et ce caractère essentiel est la possibilité d'un échange entre l'intermittence, la rémittence et la continuité. Il est marqué dans les fièvres du Bengale, il l'est dans celles de l'Algérie; il ne l'est pas moins dans celles de la Grèce; et les fièvres décrites par Hippocrate sont encore les fièvres qui ont tant fait souffrir l'armée française dans l'expédition de Morée. « Le règne des fièvres intermittentes, rémittentes, et même sub-intrantes avec un caractère pernicieux, dit M. Roux, était très remarquable. On a vu plus: on a observé des fièvres continues avec des exacerbations très prononcées, dont le danger a été imminent. Au type rémittent et surtout subintrant, se trouvait presque toujours jointe une congestion plus ou moins vive, et d'ordinaire intense de la membrane muqueuse gastro-intestinale (HISTOIRE MÉD. DE L'ARMÉE FRANÇAISE EN MORÉE PENDANT LA CAMPAGNE DE 1828; Paris, 1829, p. 88). » Et ailleurs : « Quoique le nombre des fièvres périodes, intermittentes ou rémittentes soit toujours très grand, il semble cependant diminuer, et celles qui sont d'un caractère pernicieux, devenir moins communes (p. 49). » Ainsi, la Grèce est réellement sous un climat qui en fait le siége de fièvres rémittentes; or, ces fièvres sont comparables dans tous les pays chauds. Ici, on le voit, deux arguments partis de deux points différens aboutissent à un même terme. Les fièvres rémittentes et pseudo-continues sont à la fois celles que les observateurs modernes constatent aujourd'hui dans la Grèce, et celles que la discussion précédente a identifiée avec les fièvres décrites par Hippocrate. La Grèce antique et la Grèce moderne sont, à vingt-deux siècles de distance, affligées par les mêmes fièvres; et cela prouve que les conditions climatologiques n'y ont pas essentiellement changé; car l'homme, qui en est un des réactifs les plus sensibles, y donne aujourd'hui comme alors la même réaction.

Ayant montré que les observations d'Hippocrate se rapportent aux fièvres rémittentes et pseudo-continues, j'ai, par cela même, montré qu'elles ne se rapportent ni à la peste, ni à la fièvre jaune. J'aurais pu, d'ailleurs, exclure directement ces deux fièvres; car les malades dont Hippocrate nous a transmis l'histoire n'ont eu ni bubons, ni vomissement noir.

M. Maillot, dont le livre m'a été d'un si grand secours dans cette discussion, exprime, à diverses reprises et sous diverses formes, son étonnement de ne plus trouver, dans l'Algérie, les maladies qu'il était accoutumé à observer en France. Je citerai entre autres le passage suivant qui contient des remarques sur une observation de fièvre pseudo-continue : « On chercherait en vain à trouver, dans ce qu'a de spécial cette maladie, quelques analogies avec ce qu'on observe dans les gastro-céphalites continues (1). Jamais, dans ces dernières, on ne voit l'état algide qui est venu si brusquement ici déterminer la mort. Ce sont-là des faits à peu près inconnus hors des pays chauds et marécageux. Lorsque, d'une part, ces étranges accidens se multiplient à l'infini et deviennent presque toujours mortels, si l'on n'oppose, dès le début, que les antiphlogistiques aux affections continues de ces dernières localités; lorsque, de l'autre, ils sont souvent prévenus et enrayés par la médication propre aux fièvres intermittentes, n'est-on pas en droit de les considérer comme étant de même nature que celles-ci, malgré les analogies qui tendent à les ranger parmi les affections continues (ouvr. cité, p. 198) ? » Puisque les médecins qui, du climat de la France, sont soudainement transportés sous celui de l'Algérie, ne reconnaissent plus les phénomènes pathologiques qui leur étaient familiers, et sont, avant toute chose, frappés de l'extrême dissemblance des fièvres entre les deux pays, il ne faut pas s'étonner si les médecins qui pratiquent dans nos villes et enseignent dans nos écoles, venant à étudier les ÉPIDÉMIES d'Hippocrate, se sont trouvés pour ainsi dire dépaysés. J'ai tenu à mentionner ici l'impression qu'éprouva M. Maillot au début de sa pratique en Algérie, et qui est si instructive; car aller

(1) Entendez fièvres typhoïdes, dothiénenteries. Le mot de gastro-céphalite est synonyme dans le langage de plusieurs médecins.

subitement de France exercer la médecine dans un pays chaud, on lire les observations d'Hippocrate, c'est tout un; l'impression est la même, le changement de scène est aussi grand.

En regard de cette surprise du médecin français amené sans transmission sur le théâtre des fièvres rémittentes et pseudo-continues, je placerai les remarques de deux auteurs qui, ayant étudié les maladies de pays plus chauds que le nôtre, n'ont pas hésité à voir, dans les observations d'Hippocrate, l'analogue de ce qu'ils avaient sous les yeux. M. Meli dit dans la préface de son livre sur les fièvres bilieuses : « Nous pouvons prendre, dans les ÉPIDÉMIES d'Hippocrate, une juste idée des fièvres bilieuses, et même en reconnaître les variétés, dont on peut étudier l'une ou l'autre dans les quarante-deux histoires que ce livre renferme (TRATTATO DELLE FEBBRI BILIOSE, nuova edizione, Milano, 1837). » De son côté, M. James Johnson dit : « Les effluves fébrifiques des marais paraissent avoir échappé à la connaissance d'Hippocrate; cela est d'autant plus étonnant, que plusieurs des fièvres qu'il décrit sont visiblement des fièvres rémittentes bilieuses de notre temps (Voyez par exemple EPID. I, malade VIII), et produites sans doute par les mêmes causes (THE INFLUENCE OF TROPICAL CLIMATES, third edition. London, 1821, p. 23). » Les remarques de ces deux auteurs (et ce sont celles auxquelles j'ai fait allusion en commençant) se bornent à cela; ils ne les ont ni développées, ni prouvées; mais, quelque brèves qu'elles soient, elles ne m'en ont pas moins paru très précieuses dans la question dont j'ai essayé de donner la solution.

Dans la double comparaison que j'ai poursuivie simultanément, tout en laissant de côté les fièvres non comparables, c'est-à-dire les fièvres éruptives, la peste et la fièvre jaune, on voit, en toute chose, les fièvres décrites par Hippocrate s'éloigner des fièvres de notre climat, et se rapprocher des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds. Ma discussion a constamment roulé sur ces deux points. En effet, si je n'avais pu que signaler des différences entre les fièvres décrites par Hippocrate et nos fièvres, je n'aurais pu, non plus, que conclure à l'alternative suivante : ou bien les descriptions d'Hippocrate sont insuffisantes pour une détermination, ou bien les maladies auxquelles elles se rapportent n'existent plus sous leur forme ancienne; tel est le cas de la peste d'Athènes, de la suette anglaise, etc.; et il aurait fallu avoir autant de foi aux récits d'Hippocrate que l'on en a, et avec raison, au récit de Thucydide, pour reconstruire sur cette base un fragment de la pathologie éteinte. Mais la concordance des descriptions des modernes avec celles d'Hippocrate coupe court à l'une et à l'autre alternative, et ôte aux observations du médecin ancien le caractère historique pour leur donner le caractère de la réalité encore vivante; c'est-à-dire qu'au lieu d'être un fait immuablement enchaîné dans le passé, ces observations se répètent d'âge en âge et de générations en générations. C'est pour cela que j'ai cru devoir rapporter d'assez longs extraits des livres des médecins modernes sur ce sujet.

Je récapitule sommairement les résultats de la double comparaison que j'ai établie :

1° Les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds diffèrent des fièvres continues des pays tempérés, et, en particulier, de celles de Paris.

2° Les fièvres décrites dans les ÉPIDÉMIES d'Hippocrate diffèrent également de nos fièvres continues.

3° Les fièvres décrites dans les ÉPIDÉMIES ont, dans leur apparence générale, une similitude très grande avec celles des pays chauds.

3° La similitude n'est pas moins grande dans les détails que dans l'ensemble.

5° Dans les unes comme dans les autres, les hypochondres sont, pour un tiers des cas, le siége d'une manifestation toute spéciale.

6° Dans les unes comme dans les autres, la langue peut se sécher dès les trois premiers jours.

7° Dans les unes comme dans les autres, il y a des apyrexies plus ou moins longues, plus ou moins complètes.

8° Dans les unes comme dans les autres, la marche peut être extrêmement rapide, et la maladie se terminer en trois ou quatre jours, soit par la sueur, soit par la mort.

9° Dans les unes comme dans les autres, le cou est le siége d'une sensation douloureuse.

10° Dans les unes comme dans les autres, il y a une forte tendance au refroidissement du corps, à la sueur froide et à la lividité des extrémités.

Tant de ressemblances, aussi bien dans l'ensemble que dans les détails, démontrent l'identité entre les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds et les fièvres dont Hippocrate a rapporté des observations dans ses ÉPIDÉMIES. Une seule chose pourrait surprendre, c'est que cette identité n'ait pas été établie depuis longtemps par les pathologistes, et fixée comme il convenait qu'elle le fût. Pour mon compte, j'ai moins que personne le droit d'en être surpris; car ce n'est qu'après des efforts longtemps inutiles, qu'après m'être fourvoyé maintes fois (1) que je suis arrivé à un résultat satisfaisant. On se rendra raison de ces difficultés en se rappelant combien l'étude de la médecine selon les climats est encore peu avancée, combien les notables modifications qu'ils impriment à la pathologie sont loin d'être réduites en corps de doctrine, et combien l'on est toujours tenté de ramener à la mesure des faits que l'on observe les faits que l'on n'observe pas.

Maintenant que j'ai déterminé les fièvres auxquelles il faut rapporter les histoires consignées dans les ÉPIDÉMIES, je puis avec plus de sûreté entrer plus avant dans la pyrétologie d'Hippocrate. Laissant de côté les fièvres intermittentes, qui ne peuvent être l'objet d'aucune contestation, j'ai relevé, dans les ÉPIDÉMIES, les dénominations suivantes : les fièvres continues, πυρετοὶ ξυνεχέες; la fièvre hémitritée, ἡμιτριταῖος; le causus, καῦσος; la phrénitis, φρενῖτις.

Voici les passages qui servent à caractériser l'espèce de fièvres qu'il appelle continues. Dans un endroit, Hippocrate dit : *Des fièvres nombreuses et continues, non intenses.* Cela n'indique que l'intensité de la maladie. Ailleurs : *Fièvres continues, sans intermission, avec rémission un jour, et exacerbation l'autre.* Cette indication est tout à fait caractéristique; il s'agit d'une fièvre rémittente double-tierce. Le reste de la description appartient aux fièvres rémittentes des pays chauds : marche toujours croissante de la maladie; frissons irréguliers; sueurs abondantes; refroidissement considérable des extrémités qu'on ne réussirait guère à réchauffer. Dans un troisième passage, il est question de fièvres continues dont les unes avaient des accès le jour et des intermissions la nuit, et les autres avaient des accès la nuit et des intermissions le jour. Enfin, dans un quatrième passage, Hippocrate ne considère les fièvres continues que relativement à leur marche.

Il résulte de ces passages que, sous le nom de fièvres *continues*, πυρετοὶ ξυνεχέες, Hippocrate a compris toutes les fièvres qui n'ont pas d'intermissions caractérisées.

Il nous a donné lui-même la définition de la fièvre hémitritée. « C'est, dit-il, une fièvre se relâchant un jour, s'exaspérant un autre. » Cette définition rentre dans celle des fièvres continues. Mais M. Bartels (DIE GESAMMTEN NERVOSEN FIEBER, t. I, p. 378) fait une remarque qu'il est bon de consigner ici : « La véritable hémitritée, dit-il, est une complication réelle d'une fièvre intermittente avec une autre fièvre qui est continue. Elle ne se montre dans nos contrées que rarement; mais elle est plus fréquente dans les contrées plus chaudes de l'Europe, quoique plus d'une fois l'hémitritée fausse (2) ait été confondue avec la vraie. Dans la vraie, la fièvre intermittente est tierce; la fièvre non intermittente est quotidienne. » Le fait est qu'Hippocrate décrit avec détail une fièvre hémitritée qui sévit sur les phthisiques (première constitution). C'était donc une complication d'une fièvre intermittente-tierce avec une fièvre quotidienne rémittente, qui, dans ce cas particulier, était une fièvre hectique.

Maintenant qu'est-ce que le causus? qu'est-ce que la phrénitis? et j'ajouterai, qu'est-ce que le léthargus (λήθαργος), bien qu'il ne soit pas question du léthargus dans les ÉPIDÉMIES? J'en parle ici, non seulement parce que c'est une fièvre de même famille, mais encore parce que, dans un autre ouvrage, Hippocrate lui-même réunit le léthargus au causus et à la phrénitis.

CAUSUS. — Les fausses assimilations du causus avec des fièvres de notre climat n'ont pas manqué; mais les médecins qui ont écrit sur les maladies des pays chauds ont souvent remarqué que la fièvre ardente des anciens était une variété de la fièvre rémittente ou continue des pays chauds. Ainsi, J. Clark dit dans son ouvrage, p. 122 : « L'épithète d'ardente, quand elle est appliquée aux fièvres, conserve le sens qu'elle avait pour les anciens, c'est-à-dire qu'elle caractérise une fièvre de courte durée, accompagnée de nausées, d'une grande chaleur, de soif et de vomissements bilieux. » Je pourrais, par une nouvelle comparaison des symptômes, faire voir que le causus ou fièvre ardente n'est pas autre chose qu'une fièvre rémittente ou pseudo-continue des pays chauds. Mais j'aime mieux montrer que, dans les histoires particulières rapportées par Hippocrate, il y a des cas de causus; et ce sera avoir prouvé que le causus est une variété des fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds, attendu que j'ai prouvé précédemment que les histoires des ÉPIDÉMIES appartiennent à cette catégorie de fièvres. « Les causus, dit Hippocrate dans la troisième constitution, furent tels que les malades en réchappaient surtout par des hémorragies abondantes et favorables; et, à ma connaissance, aucun de ceux qui eurent une hémorragie pareille ne

(1) J'ai, dans l'article *dothiénentérie* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, deuxième édition, t. X, essayé un rapprochement de quelques observations des ÉPIDÉMIES avec notre fièvre typhoïde, à tort, comme on le voit.

(2) Suivant M. Bartels, la fausse hémitritée est une fièvre rémittente à type double tierce, où les rémissions sont tellement considérables, qu'au lieu de simples redoublements, il y a des accès caractérisés.

succomba. Philiscus, Épaminon et Silène moururent, il est vrai; mais ils n'avaient perdu, au quatrième et au cinquième jour, que quelques gouttes de sang par les narines. » Et, plus loin, il ajoute : « Dans ces maladies la plupart moururent au sixième jour, tels que Épaminondas (peut-être Épaminon), Silène et Philiscus, fils d'Antogaras. » Ni Épaminon, ni Épaminondas ne se trouvent nommés dans les histoires particulières; un Silène s'y rencontre (deuxième malade, premier livre), mais il n'est point question d'hémorragie ni au quatrième jour, ni au cinquième, et il meurt au onzième et non au sixième, ce n'est donc pas de lui qu'il s'agit. Il n'en est pas de même de Philiscus (premier malade, premier livre) : 1° il a une épistaxis; 2° elle est exprimée dans les mêmes termes (il perdit par les narines quelques gouttes de sang pur); 3° elle survint au cinquième jour; 4° enfin, il mourut le sixième. Une seule de ces coïncidences aurait pu être fortuite; elles ne peuvent pas l'être toutes quatre. Ainsi le Philiscus dont l'histoire est rapportée par Hippocrate, est bien le Philiscus dont il parle dans ses remarques générales sur les maladies qui régnèrent dans la troisième constitution. Sa maladie fut, d'après Hippocrate lui-même, un causus. Ainsi il demeure établi que le causus est une variété des fièvres rémittentes et continues dont Hippocrate a rapporté des exemples dans ses ÉPIDÉMIES.

La définition du causus est suivant les anciens : fièvre accompagnée d'une grande ardeur, n'accordant aucun repos au corps, desséchant et noircissant la langue, et faisant naître le désir du froid (1).

PHRÉNITIS. — On pourrait, en remarquant que Hippocrate nomme constamment la phrénitis à côté du causus, reconnaître que ces deux affections ont dû appartenir à la même catégorie pathologique. Mais l'argument que je viens d'employer pour le causus, décidera, ici encore, la question d'une manière plus sûre. Le quatrième malade de la deuxième série du troisième livre est désigné par Hippocrate, comme ayant été affecté d'une phrénitis. Or, les histoires particulières des ÉPIDÉMIES sont des histoires de fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Donc la phrénitis est une variété de ces fièvres. Galien confirme lui-même cette communauté entre le causus et la phrénitis, en disant dans son Commentaire : « La pléthore bilieuse, se portant sur le foie et l'estomac, engendra les causus; se portant sur la tête, engendra les phrénitis (2). » Galien fait du causus et de la phrénitis deux maladies de même nature. M. Pitschaft (HUFELAND'S JOURNAL, avril 1834, p. 29) et M. Simon Junior de Hambourg (BERLINER MEDICINISCHE ZEITUNG, 1834, p. 191) ont admis, le premier, que la phrénitis pouvait s'associer à toute fièvre portée à un haut degré, le second que la plupart des anciens ont désigné sous le nom de phrénitis ce que nous désignons sous le nom d'encéphalite, avec cette différence qu'ils ne considéraient pas l'affection cérébrale partout et également comme une inflammation, qu'ils y voyaient plutôt une irritation sympathique, et qu'ils n'attribuaient pas aussi fréquemment le délire et la somnolence fébrile à une phlegmasie idiopathique du cerveau. Ces deux savans médecins ont reconnu avec perspicacité que la description de la phrénitis ne cadrait pas avec l'encéphalite ou la méningite; mais, du moment qu'ils ne sortaient pas des fièvres de nos pays chauds, ils ne pouvaient pas aller plus loin. La phrénitis d'Hippocrate n'est pas un symptôme qui puisse appartenir idiopathiquement ou sympathiquement à plusieurs maladies; c'est une variété des fièvres rémittentes et continues des pays chauds. La définition de la phrénitis est, suivant les anciens : *délire aigu avec fièvre intense, carphologie et pouls petit et serré* (3).

LETHARGUS. — La place qu'Hippocrate a donnée dans le passage cité plus haut du traité *du Régime des maladies aiguës* au lethargus, entre la phrénitis et le causus, ne permet pas de douter que la première de ces maladies ne soit de même nature que les deux autres, c'est-à-dire une fièvre rémittente ou continue des pays chauds. Galien, dans son commentaire sur le passage où Hippocrate rapporte que les malades atteints de phrénitis périrent sous l'accablement d'une somnolence funeste, dit : « Si Hippocrate, sans énoncer qu'aucun des phrénétiques n'eut de transport, avait dit seulement qu'alors les phrénétiques périrent dans l'accablement de la somnolence, il faudrait entendre que chez eux la phrénitis s'était changée en lethargus. Mais, comme il a dit d'abord qu'aucun n'eut de transport, il est plus naturel d'entendre que ces malades périrent dans l'état de somnolence, tout en restant phrénétiques, c'est-à-dire délirans (4). Ce passage de la phrénitis au léthargus est admis par Cœlius Aurelianus, qui dit que la phrénitis s'aggravant devient léthargus, et que le léthargus déclinant devient quelquefois phrénitis (5). Cet auteur insiste particulièrement sur son caractère fébrile : « Si un délire croissant subitement avec une fièvre aiguë est la phrénitis, une somnolence avec fièvre est le léthargus (1). » En effet, il a consigné dans son livre que cette maladie s'accompagne de paroxysmes et de rémissions : « Si dans le léthargus, dit-il, la somnolence était un sommeil, elle ne s'aggraverait pas pendant les paroxysmes; d'ailleurs elle n'est pas continue, et la plupart du temps elle a des rémissions (2). » Dans un autre endroit de son livre, il exprime encore plus clairement que le léthargus peut être continu ou rémittent : « Nous reconnaissons le léthargus à l'occlusion et à l'hébétude des sens, à la somnolence, à la fièvre aiguë, *soit continue, soit rémittente* (3). » Cette possibilité qu'une même fièvre soit tantôt continue, tantôt rémittente, est un des traits les plus caractéristiques de la physionomie des fièvres des pays chauds. Ainsi Hippocrate place le léthargus entre la phrénitis et le causus, qui sont des fièvres rémittentes; Galien dit que la phrénitis peut se changer en léthargus; enfin Cœlius Aurelianus y signale des paroxysmes et des rémissions. Tout cela autorise pleinement à conclure que le léthargus des anciens est, comme la phrénitis et le causus, une variété des fièvres rémittentes et continues des pays chauds. Soranus la définit *une somnolence aiguë avec des fièvres aiguës, un pouls grand, lent et vide* (4). » M. Bartels ne s'est pas mépris sur le caractère du léthargus des anciens. Il dit (Ouv. cité, t. 2, p. 724) : « Aétius, dans son sixième livre consacré aux accidens cérébraux, parle, d'après Archigène et Posidonius, des fièvres périodiques accompagnées de léthargus; il distingue très bien les apoplectiques de celles qui sont simplement comateuses, et, dans le traitement, les accès des apyrexies; mais ce qui est remarquable, il ne fait aucune mention du type tierce ; il ne cite que les autres types. » Il faut seulement étendre ce que M. Bartels dit ici des fièvres périodiques, aux fièvres rémittentes et continues.

En nous reportant vers l'ensemble de la pyrétologie d'Hippocrate, ou pour mieux dire de la plus ancienne pyrétologie grecque, nous voyons qu'on donnait le nom de continue, ξυνεχής, à la grande fièvre, rémittente ou continue, qui est endémique dans les pays chauds. On y avait distingué quatre variétés qui avaient appelé particulièrement l'attention : c'étaient l'hémitritée, la phrénitis, le léthargus et le causus. Hippocrate lui-même nous apprend que les trois dernières dénominations, du moins, avaient été données par les anciens. Le principe de ces dénominations n'avait pas été le même pour toutes : l'hémitritée avait été nommée d'après le type de la fièvre; le causus, la phrénitis, le léthargus l'avaient été d'après quelque symptôme prédominant. Ce sont là des traces manifestes d'une médecine anti-hippocratique déjà fort cultivée.

Ces distinctions, au reste, ont été prises dans la nature des choses, et il est possible encore aujourd'hui d'en retrouver les élémens. La *fièvre ardente* a été signalée par la plupart des pathologistes qui ont écrit sur les maladies des pays chauds; et l'on peut rapporter au léthargus et à la phrénitis plusieurs observations de M. Maillot qu'il a intitulées, les unes fièvres pernicieuses comateuses pseudo-continues, les autres fièvres pernicieuses délirantes pseudo-continues. Ces dénominations sont les équivalens du léthargus et de la phrénitis d'Hippocrate; et M. Maillot, frappé lui-même de ces conditions diverses, remarque que l'analogie des fièvres pseudo-continues avec les intermittentes se révèle tantôt par le coma (léthargus), tantôt par le délire (phrénitis), et que c'est une variété de forme, mais non de nature (Ouvr. cité, p. 182). Ce passage de M. Maillot est le meilleur commentaire des variétés de fièvres rémittentes et continues, admises par Hippocrate sous les noms de léthargus et de phrénitis. Dans les observations de M. Maillot, aucune équivoque n'est possible. C'est après avoir examiné le malade, et, dans les cas de revers, après avoir fait l'autopsie, qu'il a donné aux affections décrites par lui le titre de fièvres comateuses, de fièvres délirantes. Il a eu tous les élémens du diagnostic sous les yeux, et il est impossible d'y voir soit une encéphalite, soit une méningite. Or, comme Hippocrate a décrit les mêmes fièvres, et qu'au lieu de les appeler *comateuses* ou *délirantes*, il les a appelées *léthargus* et *phrénitis*, ce qui est établi pour les observations de M. Maillot l'est aussi pour les siennes. Ajoutons que dans ces fièvres il y a une grande tendance aux congestions cérébrales : « La circonstance la plus remarquable qui se rapporte à la fièvre rémittente, dit M. W. Twining (Ouvr. cité, t. II, p. 296), c'est la violence extrême, mais passagère, du mouvement qui porte le sang vers la tête. » Enfin, M. Roux a signalé dans

(1) Definit. med. anth., p. 395, 54.
(2) Tom. 5, p. 420, ed. Bas.
(3) Cælius Aurelianus, p. 8. Amstelodami, 1722.
(4) Tom. 5, pag. 425.
(5) Denique vehementi strictura phrenitici sæpissime in lethargiam venerunt, ut declinante lethargia aliquando e contrario lethargi in phrenitim deciderunt, pag. 72.

(1) Denique alienatio subito accrescens cum febribus acutis phreniticæ est passionis; pressura vera cum febribus, lethargiæ, p. 74.
(2) Neque etiam accessionis tempore magis ægros afficeret ; item neque jugis in omnibus est pressura, sed etiam plerumque dimissionis intercapedine levigatur, pag. 74.
(3) Intelligimus lethargum ex obstrusione atque hebetudine sensuum, pressura etiam, atque febre acuta, sive jugi sive dimissionibus intercapedinata, pag. 77.
(4) Cœl. Aurel., pag. 75.

les fièvres de Morée deux états qui répondent au léthargus et à la phrénitis : « Il se joignait bientôt divers phénomènes nerveux. Ainsi, assoupissement, prostration de forces, *coma*, chez certains malades, offrant des signes d'affection cérébrale manifeste; céphalalgie vive, face animée, vultueuse, pouls plein et fort, délire, et par suite traces évidentes de congestion cérébrale (Ouvr. cité, p. 39). »

Des auteurs ont dit (1) qu'Hippocrate avait divisé les fièvres en intermittentes, rémittentes et continues. On voit que cela n'est pas complètement exact, et Glass est dans le vrai quand, rapportant que, parmi les fièvres, les unes sont rémittentes et les autres continues, il ajoute que les unes et les autres ont été appelées continues par Hippocrate, et que ce sont des auteurs plus récens qui les ont divisées en continues et continentes (2). Et, à vrai dire, la division d'Hippocrate est plus pratique : voici en quoi git cet avantage.

Le nom de *continues* a été l'origine d'une grave confusion qui est loin d'avoir encore cessé; et qu'on aurait évitée, si on s'était rigoureusement tenu dans les termes d'Hippocrate. En effet, ce mot a une tout autre signification dans les climats chauds que dans les climats tels que le nôtre. Les médecins qui ont écrit sur les fièvres des pays chauds les ont divisées en intermittentes, rémittentes et continues; ceux qui ont écrit sur les fièvres des pays chauds les ont divisées en intermittentes, rémittentes et continues. Mais les *continues* des uns sont-elles *continues* des autres? Pas le moins du monde. Et l'erreur a été fréquemment réciproque; c'est-à-dire que des pathologistes des pays chauds ont été entraînés à assimiler leurs fièvres aux nôtres, et que des pathologistes de nos pays ont été non moins entraînés à assimiler nos fièvres aux leurs. C'est cette confusion qui seule a empêché de reconnaître le véritable caractère des observations particulières des Epidémies. Mais si l'on s'était tenu rigoureusement dans la dénomination d'Hippocrate qui, par *continues*, ξυνεχέες, entendait à la fois les fièvres rémittentes et continues, on aurait reconnu que cette désignation appartenait à une autre maladie que nos fièvres continues, qui ne sont pas susceptibles d'être indifféremment rémittentes ou continues. C'est là, je le répète encore, le caractère essentiel qui distingue de nos fièvres continues les fièvres continues des pays chauds et toutes celles qui doivent à des conditions locales d'être comparables à celles des pays chauds.

Si les fièvres continues des pays chauds diffèrent de nos fièvres continues, tant par les symptômes que par les lésions anatomiques, il est certain qu'elles n'en diffèrent pas moins par le rapport étroit qu'elles ont avec les fièvres intermittentes. Sur ce point, je laisserai parler un témoin oculaire, J. Clark, qui a exposé très nettement ce rapport : « La division la plus simple et la moins confuse des fièvres est en intermittentes, rémittentes et continues. Ces divisions sont dans la nature et sont les seules qu'aient faites Hippocrate et Celse (3). Comme les fièvres intermittentes et rémittentes dépendent des mêmes causes, se changent facilement les unes dans les autres, et ne peuvent être guéries que par les mêmes remèdes, les écrivains médicaux n'ont pas tracé des limites exactes et précises entre ces deux classes d'affections; et, pour cette raison, plusieurs auteurs ont rapporté toute espèce de fièvres rémittentes à la classe des intermittentes desquelles la fièvre tierce paraît être la forme la plus constante. Toutes les autres formes, quotidienne, double tierce, quarte, etc., ne sont que des modifications différentes de ce type général. La fièvre tierce, quand elle est prise dans cette extension, est celle qui prédomine dans tous les climats chauds; et, depuis les premiers âges de la médecine jusqu'au temps présent, nous ne rencontrons pas, dans quelque pays que ce soit, une épidémie générale de fièvre que nous ne puissions rapporter à ce genre (4). Une fièvre intermittente laisse le malade libre de tout symptôme fébrile, et, après l'intervalle de repos, revient avec des frissons qui ramènent un autre accès, lequel se termine comme le premier. Sous ce chef sont comprises les intermittentes régulières, soit quotidiennes, soit tierces, soit quartes. Une fièvre rémittente est supposée avoir des rémissions et des exacerbations très distinctes et évidentes dans certains cas; mais dans d'autres, il y a seulement mitigation des symptômes, et la fièvre persiste jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne sans frissons (5). Ces fièvres sont les fièvres prédominantes de tous les climats chauds, et elles ne diffèrent des intermittentes qu'en ce que les intermissions sont moins distinctes, et que les redoublemens ne sont pas précédés de frissons. Sous ce chef sont comprises toutes espèces de fièvres tierces, quelque irrégulières qu'elles soient. Une fièvre continue est supposée suivre son cours sans aucune rémission sensible, et, en ce sens, elle peut être considérée comme un seul accès, qui dure jusqu'à ce que la maladie se termine par la guérison ou par la mort. Mais, dans les fièvres les plus continues que j'ai rencontrées, bien qu'il ne s'y soit pas manifesté de rémissions sensibles, j'y ai toujours observé quelques relâches et exacerbations, et, en général, toutes les fièvres s'aggravent vers la nuit, de sorte que nous pouvons conclure avec sûreté qu'il est dans la nature de toute fièvre d'avoir des rémissions, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'une inflammation locale. Dans les climats chauds, du moins, les fréquens changemens des fièvres rémittentes, intermittentes et continues les unes dans les autres montrent qu'elles sont de même nature; et, dans mon opinion, ce qui les fait intermittentes, rémittentes ou continues, est purement accidentel; car cela dépend de la constitution de l'individu, du lieu de sa résidence, et particulièrement de l'état de l'atmosphère. Ainsi, nous observons communément qu'une fièvre qui éclate, l'atmosphère étant brûlante et sèche, prend une forme continue; quand l'air est humide et suffoquant, et surtout quand il est rempli par les exhalaisons du sol, elle prend la forme d'une rémittente putride; et, quand la température se modère et que l'air se purifie, la fièvre ne diffère en rien d'une fièvre intermittente régulière (Ouv. cité, p. 117 et suiv.). »

M. Maillot (sans connaissance, je crois, du livre de Clark) arrive identiquement aux mêmes conclusions : « Les fièvres pseudo-continues, dès le début, simulent tout à fait une affection réellement continue. Livrées à elles-mêmes ou traitées par les antiphlogistiques seulement; tantôt, après quelques jours de durée, elles deviennent nettement rémittentes ou intermittentes; tantôt elles deviennent typhoïdes, et c'est à cette fatale dégénérescence qu'il faut rapporter tout ce qu'on a écrit sur les fièvres putrides, nerveuses, malignes, pestilentielles des pays chauds et marécageux; tantôt enfin elles révèlent leur nature par l'explosion subite d'accidens que nous savons appartenir exclusivement aux fièvres intermittentes pernicieuses; c'est-à-dire que le coma, le délire, etc., arrivent tout d'un coup à un haut degré, et non graduellement comme dans les affections continues; c'est-à-dire encore que ces mêmes accidens, combattus par les mêmes moyens que dans les cas pernicieux, disparaissent aussi vite que dans ces derniers... Les fièvres intermittentes peuvent, dans les climats les plus tempérés aussi bien que dans les pays chauds, affecter, dès le début, une marche continue. J'insiste sur ce point, parce que je crois qu'on ne lui accorde pas généralement assez d'importance. En somme donc, les fièvres intermittentes, rémittentes et pseudo-continues sont trois degrés divers de la même affection; et celles-ci sont des fièvres intermitentes dans lesquelles l'intermittence et la rémittence sont entièrement masquées par la continuité accidentelle, et à un degré élevé de la réaction circulatoire, (Ouv. cité, p. 227 et suiv.) »

C'est donc avec un très juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de *pseudo-continues* aux fièvres continues des pays chauds.

M. Roux, on l'a vu plus haut, fait une même catégorie des fièvres intermittentes, rémittentes et continues. (Ouv. cité.)

Enfin Bailly a soutenu la même doctrine : « J'ai déjà indiqué, dit-il, p. 624, qu'à Rome, les médecins qui sont appelés à consulter sur une maladie, pendant l'été, n'agitent que cette question : Est-ce ou non une fièvre à quinquina? Si l'intermittence constituait à elle seule le fond de la maladie, l'expérience n'aurait jamais donné aux médecins qui pratiquent dans les lieux marécageux l'idée qu'une maladie dont les symptômes sont continus peut cependant avoir le fond des fièvres à quinquina; car j'aimerais mieux employer cette dernière dénomination, qui exprime mieux le phénomène physiologique constitutif de la maladie, que d'appeler intermittente une affection qui peut ne pas l'être. »

M. Bartels (Ouv. cité, t. II, p. 667 et 668, dit : « Le vrai causus était jusqu'alors une énigme inexplicable dans la pathologie, parce qu'à l'intensité énorme et au caractère inflammatoire, il joignait la périodicité, et formait ainsi le contraste le plus tranché avec les fièvres continues. Pour nous, il a maintenant perdu tout ce qu'il avait d'énigmatique; car nous avons poursuivi les fièvres continues et périodiques à travers les replis et

(1) Par exemple J. Clarck, ouvrage cité, p. 117.

(2) Comm. duodecim de fibribus ad Hippocratis disciplinam accommodati, p. 2, Lond., 1742.

(3) J'ai montré plus haut que cela n'est pas exact.

(4) Ceci est une confusion évidente des fièvres des pays chauds avec celles des autres pays.

(5) M. W. Twining a remarqué avec toute raison que, si les fièvres rémittentes pouvaient naître en automne dans toutes les contrées où il y a des marais ou des bois épais et fourrés, il existe de grandes différences entre elles; que la description des fièvres rémittentes des Pays-Basdonnée par Pringle n'est pas semblable à celle de la fièvre de Walcheren; que ces deux fièvres ne ressemblent pas aux fièvres rémittentes observées par sir William Burdett sur la flotte de la Méditerranée; que les fièvres rémittentes automnales de la Caroline du Sud et des contrées des Etats-Unis où l'on cultive le riz, et qui sont plus ou moins sujettes à des inondations annuelles ou à d'abondantes pluies périodiques, diffèrent, à quelques égards, des rémittentes du Bengal; que néanmoins, malgré la différence que présentent souvent quelques symptômes particuliers, il y a une ressemblance générale dans le caractère, la marche et la terminaison de ces fièvres (ouvr. cité, t. II, p. 288).

les détours les plus différens. Le causus se caractérise non seulement par ses symptômes, dont les plus constans sont une soif inextinguible et une chaleur énorme occupant tout le corps et surtout les parties supérieures et internes, mais encore par sa marche, qui est celle d'une fièvre rémittente tierce... A ma connaissance, le vrai causus n'existe absolument pas en Allemagne; et, quoique Van Swieten paraisse croire l'avoir observé, cependant il est probable qu'il s'est trompé. Des fièvres ardentes, aussi bien continues que périodiques, se sont aussi présentées souvent à moi, mais jamais un causus d'Hippocrate. Il est attaché, sinon à nos contrées particulières, du moins à un certain climat qui doit être plus chaud que le nôtre et en même temps variable. » M. Bartels a mis ici le doigt sur une distinction réelle et importante entre les fièvres des pays chauds et celles des pays froids ou tempérés qui sont placés à l'abri de l'action des eaux stagnantes. Seulement il ne l'a pas exprimée d'une manière assez générale. En effet, toute fièvre des pays chauds, et par conséquent le causus, peut cesser d'être rémittente et devenir continue. Nos fièvres continues, au contraire, ne possèdent pas cette propriété. De sorte que la différence radicale entre nos fièvres continues et celles des pays chauds, c'est, comme je l'ai dit plus haut, la possibilité d'un échange entre l'intermittence, la rémittence et la continuité. Ce caractère, qui est indépendant du détail des symptômes, est le plus général et le plus profond.

Il demeure établi que parmi les fièvres continues (j'exclus toujours les fièvres exanthématiques), il y a deux sortes de fièvres très distinctes : les unes, ce sont celles qui surtout prévalent dans les pays chauds, ont même racine que les fièvres intermittentes; les autres, dans l'état du moins de nos connaissances, en sont indépendantes. Tout ce qui est relatif à la marche et aux principaux symptômes a été signalé dans les pages précédentes; je n'y ajouterai qu'une seule remarque qui m'a frappé, c'est que, tandis que la grande fièvre endémique dans notre climat (la fièvre typhoïde) a une manifestation si spéciale du côté de la membrane muqueuse des intestins, les fièvres des pays chauds ont une tendance à produire des manifestations du côté des hypochondres. Ce dernier résultat n'a été donné par les observations d'Hippocrate. M. Gerhard de Philadelphie a tiré de son expérience personnelle la même conclusion. « C'est, dit-il, en parlant des fièvres de son pays, dans l'estomac, le foie et la rate qu'il faut chercher la lésion anatomique de nos fièvres rémittentes et intermittentes de mauvais caractères. (Mémoire cité, L'EXPÉRIENCE, tome 1, pag. 241. »

Je ne sais jusqu'à quel point la domination de la fièvre typhoïde va en s'affaiblissant, à mesure qu'on s'avance vers les régions équatoriales, et c'est une question de géographie médicale pour laquelle on ne possède, pour ainsi dire, aucun élément de solution. Toujours est-il que l'empire des fièvres rémittentes et continues suit, en général, une progression décroissante de l'équateur vers les contrées froides. Sans doute, des marais étendus, des inondations périodiques, des pluies annuelles abondantes, des étés particulièrement chauds, et enfin des causes inconnues produisent dans certaines localités, froides ou tempérées, des fièvres rémittentes et même continues, lesquelles peuvent prendre une grande intensité. Mais il est constant que ce qui est accidentel dans les pays froids ou tempérés, devient permanent dans les pays chauds. Ainsi, en laissant de côté ce qui est accidentel, et en marchant vers le Midi, on voit les fièvres intermittentes, rémittentes et pseudo continues grandir démesurément et imprimer à la pathologie un cachet tout spécial. La connaissance de ces fièvres, si elle est importante dans l'ensemble de la pyrétologie, est indispensable dans la pyrétologie d'Hippocrate et j'ajouterai sans hésitation, dans celles de tous les anciens médecins grecs.

Par une circonstance particulière les ÉPIDÉMIES ont l'intérêt actuel, l'utilité présente qui peuvent s'attacher à un livre moderne. Elles se rapportent, en effet, à un sujet encore peu connu, encore incomplètement étudié (les fièvres des pays chauds), sur lequel elles fournissent de précieux renseignements. Il se trouve de nos jours que les principales écoles de médecine ont leur siége dans des régions tempérées et même froides; il s'est trouvé, au contraire, dans les temps anciens, que les principales écoles avaient leur siége dans des régions beaucoup plus chaudes. De cette différence de position, il est résulté que la pyrétologie des pays chauds, qui n'est entrée dans l'enseignement des premières que d'une manière incomplète et par le fait des médecins voyageurs, a constitué le fond même de l'enseignement des secondes. Le livre d'Hippocrate conservera toujours un haut rang dans la littérature médicale, à cause de l'esprit supérieur avec lequel cet écrivain observe et décrit; mais la pénurie des modernes sur ce sujet en fait, de plus, un livre immédiatement utile à tous ceux qui ont à pratiquer la médecine dans les pays chauds. Les ÉPIDÉMIES doivent encore être comptées au nombre des ouvrages où l'on peut le mieux se familiariser avec la marche, les principaux accidens et le pronostic de ces fièvres si fréquentes, et souvent si rapides et si dangereuses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers d'octobre, novembre et décembre 1839 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Clinique interne de Bordeaux*, professeur M. Gintrac : *Premier tableau des maladies observées pendant les mois de juillet, août et septembre de l'année 1839*; par M. Noé, aide de clinique interne; 2° *Mémoire sur l'anévrisme spontané de l'artère poplitée et le mode d'action des ligatures dans l'oblitération des vaisseaux*; par M. Puydebat, chirurgien en chef adjoint de l'Hôtel-Dieu Saint André (rien de neuf); 3° *Traumatismes observés pendant les cinq derniers mois de l'année 1839, à l'Hôtel-Dieu-Saint-André de Bordeaux*; par M. Rémond; 4° *Quelques observations de phlébite, suite de saignées, recueillies à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, pendant les mois de mai et juin 1839*; par M. Levieux, interne (matériaux intéressans); 5° *Note sur la quinine*; par M. H. Magonty, pharmacien; 6° *Rapport sur deux sources d'eau ferrugineuse situées à Floirac*; par M. Fasileau; 7° *Gestation au sixième mois; apoplexie ou fièvre insidieuse apoplectique; mort; opération césarienne; enfant privé de la vie*; par M. E. Gaulric; 8° *Observation d'ostéosarcome*; par M. H. Bordegion; 9° *Consultations médicales du mois de juin 1838 au mois de juin 1839*; par M. Burgnet.

NOTE SUR LA QUININE; par M. H. MAGONTY, pharmacien.

Une circonstance accidentelle a amené M. Magonty à étudier l'influence des sels ammoniacaux sur la manière dont se comporte la quinine traitée à différens degrés de température; pensant comme lui que tout ce qui touche à l'alkaloïde du quinquina doit nous intéresser, nous allons reproduire les conclusions qu'il a lui-même tirées de ses observations :

1° La quinine est plus soluble dans l'eau qu'on n'avait pensé, et la dissolution s'opère plus à chaud qu'à froid.

2° La quinine se déshydrate au milieu de l'eau portée à 60°.

3° On peut facilement faire cristalliser la quinine à l'aide de l'eau, lorsqu'à l'aide de l'alcool on n'obtient ce résultat que très difficilement.

4° L'ammoniaque ne décompose à froid les sels de quinine que partiellement, ainsi que cela a lieu pour les sels magnésiens, et, à leur tour, les sels ammoniacaux sont décomposés par la quinine à l'aide de l'ébullition dans l'eau.

OBSERVATION D'UN CAS DE GLOSSITE; par M. GAUBRIC.

L'inflammation spontanée de la langue se rencontre assez rarement pour que nous croyions utile d'analyser le fait suivant.

OBS. — Une jeune dame, d'un tempérament sanguin, très irritable, était enceinte de trois mois et se trouvait à l'époque où, malgré les soins que l'on avait pris, elle avait avorté plusieurs fois. A la suite d'une contrariété, elle éprouva de la douleur dans les membres, des horripilations, et le même soir, sa langue se gonfla et devint très sensible. La face était rouge; le pouls large et fort. (Saignée du bras; tisane d'orge.)

Le lendemain, la fièvre était intense; la conjonctive injectée; le gonflement et la sensibilité de la langue avaient fait des progrès; l'articulation des sons était impossible. (Saignée; 12 sangsues le long du maxillaire inférieur.)

Le soir, la langue était comprimée entre les arcades dentaires; elle remplissait toute la voûte palatine. (12 sangsues; vésicatoire à la nuque; frictions entre les épaules avec la pommade stibiée.)

Le troisième jour, la respiration est très difficile; la déglutition impossible; on faisait difficilement des injections; la face était d'un rouge foncé et le cou très gonflé. La nuit, la respiration devient plus pénible; la maladie semble menacer d'asphyxie; et pour déglutir une goutte de liquide, la langue ne participant plus à la déglutition, elle éprouve des mouvemens convulsifs; enfin, des douleurs très fortes apparaissent vers l'utérus, et elles sont bientôt suivies de l'avortement; il se déclare une hémorragie assez inquiétante pour réclamer l'emploi des réfrigérans. Dès ce moment la langue perd beaucoup de son volume, la maladie respire plus librement, la fièvre tombe et la guérison est assurée. Cependant, la langue ne revint pas à son état normal avant le vingt-quatrième jour.

II. NOTICE SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

RAPPORT DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES QUESTIONS ADRESSÉES PAR LA CHAMBRE DE COMMERCE DE BORDEAUX A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE; par le docteur PEREYRA.

La discussion soulevée par la chambre de commerce de Bordeaux n'a-

téresse pas seulement cette grande cité, mais encore tous les ports français de l'Océan, qui, depuis 1823, sont soumis aux prescriptions sanitaires imposées depuis longtemps aux ports de la Méditerranée. Les souffrances du commerce et de la navigation demandent que de prompts remèdes soient apportés, et la chambre de commerce de Bordeaux prenant l'initiative a posé à la société royale de médecine de Bordeaux les trois questions suivantes :

1° *Quel est le degré d'utilité que présentent les lazarets pour les ports français de l'Océan?*

Le rapporteur, après avoir rappelé qu'en France les prescriptions légales créées pour les ports de l'Océan dans un moment de préoccupation politique (1822) continuent à y être suivies aujourd'hui comme au premier jour, fait voir combien en Angleterre on a apporté d'importantes modifications à la législation exceptionnelle qui ne remonte qu'à 1825 dans le but de favoriser les transactions commerciales et de satisfaire les besoins du commerce. Aujourd'hui, ce n'est plus qu'aux navires qui arrivent du Levant dans un court espace de temps que quelques formalités sont imposées; tous les paquebots qui arrivent des Indes-Occidentales sont affranchis de toute gêne. Puis adoptant l'opinion des contagionistes pour la fièvre jaune, la seule qui soit favorable à l'établissement et à l'entretien de lazarets dans les ports de l'Océan, tenant encore compte de l'influence que l'application de la vapeur à la navigation qui rapproche à un tel point les distances doit exercer sur cette discussion, il répond à cette question que la commission est d'avis que les lazarets doivent être conservés, mais que leur utilité n'est que conditionnelle et considérablement réduite.

2° *Quels seraient les inconvéniens à redouter, si l'on abrégeait les quarantaines auxquelles sont actuellement assujétis nos bâtimens dans ces ports?*

La solution de cette question dépend entièrement de la durée que l'on supposera à l'incubation des maladies contagieuses; durée qui a été fixée pour l'extrême limite par la législation à trente jours, et que la commission, adoptant l'opinion de quelques états de l'Union américaine, réduit à quinze jours; elle croit que ce terme est plus que suffisant pour rassurer, au moins pour la fièvre jaune, les gouvernemens les plus timorés, et propose de modifier de la manière suivante les dispositions légales qui régissent les quarantaines :

1° Tout bâtiment pourvu d'une patente nette ne doit être soumis à aucune quarantaine.

2° S'il vient d'un pays où règne une maladie contagieuse, et qu'il n'ait par conséquent qu'une patente brute on prendra les précautions suivantes :

Si le navire a fait une traversée de plus de quinze jours, et qu'aucune maladie ne se soit développée à bord pendant cet espace de temps, le navire sera admis à la libre pratique.

Si des maladies s'étaient développées à bord, les quinze jours partiraient du jour de la mort ou du rétablissement des malades.

Si la traversée n'avait pas duré quinze jours, le navire compléterait ce nombre de jours par une quarantaine.

La troisième question posée par la chambre de commerce de Bordeaux n'est plus une question pratique comme les deux précédentes, elle embrasse tout l'avenir sanitaire de la ville de Bordeaux, et était, il nous semble réellement insoluble, dans l'état actuel de la science. Voici cette question : « *Notre ville exempte depuis un si grand nombre d'années de toute infection morbide, par la voie de la navigation d'outre-mer, serait-elle plus exposée dans le présent ou dans l'avenir, en raison des changemens atmosphériques ou de toute autre cause qu'elle pourrait avoir subie depuis un espace de temps donné?* » La commission pense avec raison que la ville est aujourd'hui dans des conditions sanitaires trop favorables pour avoir à redouter l'invasion de maladies que ne s'y sont jamais montrées, alors qu'on ne prenait aucune précaution. Cependant cette opinion ne pourrait pas être soutenue d'une manière trop absolue; car on voit assez fréquemment survenir des maladies endémiques ou épidémiques, sans cause appréciable, au milieu de l'état sanitaire le plus satisfaisant. N'a-t-on pas observé depuis quelques années une invasion de la pellagre aux environs même de Bordeaux; et l'acrodynie qui a paru au milieu de nous il y a douze ans, et a disparu sans qu'on ait pu connaître les causes de son existence, ne permet pas de répondre d'une manière tout à fait positive aux questions de ce genre, les causes des maladies endémiques et épidémiques échappant le plus souvent aux investigations les plus sévères.

A la fin de son rapport, la commission réclame comme garanties de la santé publique et en particulier pour la classe si importante des marins l'admission de quelques mesures que le législateur avait entièrement négligées.

Dans la législation actuelle, les navires qui ont plus de vingt hommes d'équipage sont seuls obligés d'avoir un chirurgien à bord. On conçoit que le plus grand nombre de navires de long cours doivent, pour se trouver dans cette catégorie, forcer l'interprétation de la loi par des moyens peu convenables. « Nous avons vu souvent, dit le rapporteur, des navires qui allaient entreprendre une longue navigation avec plus de cent passagers, ne pas avoir de chirurgien, parce que l'équipage n'était que de dix-neuf hommes. Une parcimonie bien mal comprise élude même souvent les dispositions légales, en embarquant comme passagers des matelots indispensables à la manœuvre, mais qui auraient complété le nombre de vingt-un exigé pour un chirurgien. » Pour parer à ces abus, la commission propose qu'un chirurgien soit embarqué sur tout navire qui dépasserait la ligne quel que soit le nombre de son équipage, et sur tout navire qui ferait une navigation quelconque, avec plus de vingt hommes, en y comprenant même les passagers.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

La 67e livraison renferme : 1° *Observation d'un corps étranger dans l'articulation du genou, formé par une portion détachée de l'un des condyles du fémur*; par M. Malherbe, D. M. P.; 2° *Histoire d'une affection chronique de la moelle épinière, traitée avec succès par l'emploi du séton*; par M. Mahot, D. M. P.; 3° *Histoire d'un fœtus bicéphale*; par M. Ménage, D. M. à Guérande; 4° *Statistique des maladies qui ont régné parmi les ouvriers de Nantes, pendant le trimestre d'hiver, décembre 1838, janvier et février 1839*; par M. Padioleau, D. M. P.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER DANS L'ARTICULATION DU GENOU FORMÉ PAR UNE PORTION DÉTACHÉE DE L'UN DES CONDYLES DU FÉMUR; par M. MALHERBE, D. M. P.

L'origine des corps étrangers articulaires n'est pas assez nettement précisée pour qu'il n'y ait pas nécessité de rapporter les faits dont on peut rattacher le développement à telle ou telle circonstance bien caractérisée; sous ce rapport l'observation suivante nous a paru digne d'intérêt.

Obs. — Joguet (Jean-Baptiste), tailleur de pierre, âgé de 35 ans, entre le 2 mai à l'Hôtel-Dieu, de Nantes. Il raconte qu'il y a deux ans, en sautant un fossé, il éprouva dans le genou droit une douleur vive et subite qui le fit tomber; il se releva pourtant, et sentit un corps interposé entre les surfaces articulaires, quand il voulut étendre la jambe sur la cuisse. Ce corps se déplaça par un effort que fit le malade qui put alors marcher sans éprouver de gêne notable dans les mouvemens. Depuis cette époque à plusieurs reprises il a éprouvé la sensation d'un corps s'introduisant entre les surfaces articulaires, sensation toujours extrêmement douloureuse, mais qui ne semble pas avoir jamais été suivie d'accidens inflammatoires graves; seulement, à chaque fois il était obligé de garder le repos pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'un mouvement venant à déplacer le corps étranger le portât dans un point où il n'opposait aucun obstacle à la liberté des mouvemens.

Au bout de quelques mois, le genou parut légèrement gonflé, et le malade put sentir et fixer le corps étranger, tantôt à la partie externe, tantôt à la partie interne de l'articulation.

Lors de l'entrée à l'hôpital, le genou était légèrement gonflé, et une fluctuation manifeste se faisait sentir surtout de chaque côté de la rotule. Le corps étranger mobile fut facilement trouvé et sembla facile à fixer à la partie externe de l'articulation. On laissa le malade se reposer pendant deux jours, et le troisième on fit l'extraction du corps étranger, après l'avoir fixé à la partie externe de l'articulation, au-devant du faisceau arrondi que forme le ligament latéral externe. Une incision longitudinale d'un pouce environ fut pratiquée, et le corps étranger se présentant en travers fut soulevé avec la petite extrémité d'une spatule à pansement, et extrait sans grande difficulté. Un demi-verre de synovie rougeâtre s'écoula immédiatement par l'ouverture qui fut aussitôt refermée avec des bandelettes de diachylum.

Le corps étranger avait le volume et la forme d'une amande extraite de son endocarpe ligneux; il présentait une face lisse, cartilagineuse; l'autre rugueuse était osseuse au centre.

Dès le second jour après l'opération, une vive inflammation se développa; et malgré les moyens mis en usage pour l'arrêter, envahit tout le membre; enfin le pied, puis la jambe se sphacelèrent; la mobilité extrême de l'articulation et le pus qui s'écoulait depuis plusieurs jours par la plaie, annonçaient l'altération profonde de ses parties constituantes. Le malade succomba le 10 mai.

Autopsie faite le lendemain.

La jambe est sphacélée jusqu'à deux pouces au-dessous de l'articulation; au-dessus toutes les parties molles sont infiltrées de pus, qui, vers le milieu de la cuisse, se change insensiblement en sanie purulente.

L'articulation elle-même est remplie de pus; la membrane synoviale est d'une couleur rouge-brun partout où elle n'adhère pas aux cartilages d'encroûtement; dans ces derniers points, elle semble seulement un peu plus terne que dans l'état naturel.

Le condyle externe du fémur présente à sa partie moyenne une perte de substance de la forme et de la dimension exacte du corps étranger extrait de l'articulation.

Il est difficile de ne pas trouver dans l'exposé de ce fait des raisons suffisantes pour admettre que dans ce cas il y eut fracture d'une petite portion du fémur qui resta dans l'intérieur de l'articulation, devint lisse et polie par suite des frottemens répétés, et donna naissance à tous les accidens propres à cette classe de maladies. Au reste, la circonstance de la formation subite du corps étranger, ne pourrait à la rigueur être invoquée ici, car il se pourrait tout aussi bien qu'existant depuis longtemps déjà, ce fût seulement à cette époque qu'il donna naissance à de graves inconvéniens sinon à des accidens.

M. Malherbe rapproche cette observation d'un fait presque analogue présenté par M. Bouse à l'Académie royale de médecine, le 30 juillet 1834. (V. Gaz. Méd., 1834, p. 508.) Le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Bouse étant tombé, la jambe dans la flexion, sentit aussitôt une vive douleur dans le genou, et y reconnut une tumeur insolite; le corps étranger devint dès lors distinct; on fut obligé, pour en faire l'extraction, de faire la section d'une bride ligamenteuse, au moyen de laquelle ce corps tenait à l'intérieur de l'articulation. Le malade guérit promptement. Ce corps paraît osseux; il était recouvert sur une de ses faces par une couche cartilagineuse, et rugueuse sur l'autre. M. Velpeau, chargé de faire un rapport sur cette observation, s'arrêta à l'idée qu'il s'agissait d'une portion détachée du condyle externe.

Dans le fait communiqué par M. Lisfranc à l'Académie de médecine, séance du 26 décembre 1835 (Gaz. Méd., 1836, p. 28), il s'agissait probablement aussi d'un fragment d'os; « le corps étranger ressemblait à une petite rotule; il avait un pouce de longueur; son tissu était en partie osseux, en partie cartilagineux. Lors de cette communication faite dix jours après l'opération, la plaie était entièrement cicatrisée, il ne restait pas la moindre douleur dans l'articulation. »

Toutefois les suites de l'extraction des corps étrangers du genou peuvent dans certaines circonstances offrir une telle gravité, qu'on ne doit s'y décider qu'après une mûre réflexion. On parle des cas de succès; mais ceux qui furent malheureux sont bien nombreux aussi; à tel point que Bell allait jusqu'à préférer l'amputation du membre en pareil cas, à moins que le cartilage ne fût très superficiel. Boyer avec Bromfield, Cruikshank, M. S. Cooper partagent les mêmes craintes. Il faudra donc essayer la compression par les bandages avant d'ouvrir la jointure, et ne se décider à cette dernière opération qu'autant que le corps étranger déterminerait des accidens inquiétans. Ne serait-ce pas ici le cas d'appliquer l'incision sous-cutanée?

IV. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Le dernier numéro de l'année 1839 contient: 1° *Quelques considérations détachées sur l'ophthalmie contagieuse*; par le docteur Werneck, de Salzbourg (discussion historique et critique); 2° *Observation d'une extirpation de la presque totalité de la matrice*; par le docteur Luytgaerens, de Zèle.

EXTIRPATION DE LA PRESQUE TOTALITÉ DE LA MATRICE; par M. LUYTGAERENS.

Obs. — Joséphine van Mosseveldе, demeurant à Wichelen, femme bien constituée et âgée de 36 ans, accoucha laborieusement d'un premier enfant dans l'année 1835. Deux années s'écoulèrent successivement sans dérangement dans sa santé. A la fin de 1837, elle fut atteinte de pertes utérines, constituées tantôt par du sang pur, tantôt par du sang mêlé de pus; quelquefois elle se plaignait de douleurs dans la région lombaire et vers l'utérus, douleurs accompagnées d'une gêne provoquée par la présence d'une boule qu'elle sentait dans le vagin, et qu'elle pouvait faire remonter à volonté au moyen du doigt. Cette boule était la matrice, entraînée par un polype à pédicule large attaché à la presque totalité du fond de cet organe.

Le 31 août 1838, un médecin reconnut un renversement complet de la matrice faisant plus ou moins de saillie hors des parties génitales externes, selon les différentes positions que prenait la femme.

M. Luytgaerens, appelé en consultation, reconnut qu'une tumeur plus grosse que le poing pendait dans le vagin; en portant le doigt le long de sa surface, on s'aperçut qu'elle allait en diminuant vers le haut. En recherchant le museau de tanche, on découvrit en haut un bourrelet, serré autour de la tumeur, et qui ne permettait pas l'introduction du doigt entre son bord interne et la surface extérieure de l'excroissance. Alors on soupçonna que le corps de l'utérus devait avoir été renversé par le poids énorme de cette tumeur, et que ce que l'on avait en main était bien réellement la matrice renversée, mais se continuant directement en bas avec le polype, et faisant pour ainsi dire corps commun avec lui. Les efforts pour réduire cette masse à travers un col aussi fortement serré étaient inutiles; il fallait recourir à un autre ordre de moyens.

Toutes ces parties étaient recouvertes d'une sanie abondante exhalant une odeur fétide et gangréneuse; déjà la fièvre hectique était déclarée; des syncopes et des convulsions rapprochées s'étaient montrées à différentes reprises et la malade allait infailliblement périr, si on ne se hâtait de la délivrer de cette tumeur devenue corps étranger, cause évidente de tous ces désordres, et qui conduisait la malade à grands pas vers la tombe.

L'extirpation de l'organe malade fut résolue d'un commun accord comme dernière ressource. Dans l'impossibilité de fixer la limitation exacte entre le polype et la matrice, dans l'incertitude même du degré de renversement de cet organe, il eût été bien difficile de décider sur quel point de la tumeur il fallait opérer la section. Cependant, considérant l'isolement de toute cette masse et l'abondante suppuration qu'elle exhalait de tous les points de sa surface, considérant qu'il importait d'extirper toutes les parties malades, et jugeant par l'isolement et la position de toutes les parties qui pendaient au-dessous du museau de tanche que celles-ci étaient surabondantes et inutiles, on résolut de porter l'instrument tranchant jusque contre le col de la matrice.

L'opération fut pratiquée dès le lendemain, de la manière suivante: la malade étant couchée sur le dos et sur le bord de son lit, les jambes et les cuisses fortement écartées, on saisit la tumeur au moyen de pinces de Museux; puis toute la masse entraînée hors des parties génitales et fixée dans cette position fut extirpée au moyen de forts ciseaux courbes. A peine la section était elle commencée qu'on arrivat dans une cavité: dès ce moment il n'y eut plus de doute sur l'existence de la matrice comprise dans la tumeur réséquée. Aussitôt le doigt, introduit par le centre du segment supérieur, démontra qu'il était impossible d'arriver dans la cavité péritonéale, car l'adossement exact des parois opposées de la matrice renversée empêchait tout passage; ce point reconnu, l'opération fut achevée sans accident. On plaça successivement une à une les ligatures sur chaque artère ouverte.

L'opération terminée ne fut suivie d'aucune hémorragie, ni d'aucun autre accident. Dans la soirée une forte douleur se fit sentir dans dans la région qu'avait occupée l'organe excisé, douleur qui fut bientôt calmée par quelques injections émollientes et par l'administration intérieure des opiacés. Le rétablissement s'est opéré en dix jours.

Le troisième mois après l'opération, le flux menstruel reparut, mais très peu abondant. Au mois de mars dernier, c'est-à-dire six mois après l'opération, la malade fut encore réglée, mais l'écoulement ne se fit qu'en très petite quantité. Elle n'a cessé de jouir d'une bonne santé, et se livre journellement à ses travaux et à ses occupations ordinaires.

Il est malheureux que l'auteur de cette observation ne donne pas de plus longs détails sur les caractères de la tumeur extirpée, son volume, son poids, sa structure, et ses rapports avec le tissu utérin.

M. Luytgaerens a donc extirpé sciemment le fond de la matrice renversée à travers le col, et l'heureux succès de cette tentative hardie semble justifier le parti qu'il a pris. Toutefois, nous ne dirons pas, avec le rapporteur de la société de médecine de Gand, que le résultat seul doit nous intéresser: « Ce résultat, nous nous en emparons, c'est un fait acquis à la science et qui mérite la plus grande publicité. » (Page 586.) Sans doute, c'est beaucoup que de réussir; mais il faut savoir jusqu'à quel point l'extirpation seule du polype n'aurait pas suffi à faire disparaître le renversement. Les exemples sont assez nombreux pour qu'on puisse presque compter sur cet heureux résultat; le dégorgement sanguin considérable, en même temps que la cessation de ces tractions incessantes doivent être pour beaucoup dans le retour des parties à l'état normal.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BRUGES.

(Tom. I. — 1839-40.)

OBSERVATION D'UNE FRACTURE DU CRANE; par M. TYMON LIEDTS, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Audenaerde.

Obs. — Pierre de Sloops, âgé de 34 ans, tailleur, faisant abus des liqueurs alcooliques au point de perdre ses facultés intellectuelles, se précipita, dans la nuit du 5 avril 1837, d'une croisée haute d'environ quinze pieds; sa tête porta contre le pavé. Transporté immédiatement à l'hôpital il était dans l'état suivant: assoupissement; respiration stertoreuse; délire tranquille; point de paralysie aux extrémités; cet état dure environ deux heures; le malade reprend ensuite insensiblement tous ses sens. Il paraît peu souffrir; des nausées et quelques vomissemens surviennent; le pouls est faible et lent. Le cuir chevelu présente une plaie qui, de la partie moyenne et supérieure du coronal, s'étend le long de la suture sagittale jusqu'à la partie moyenne de cette suture, et se dirige ensuite jusqu'à la bosse pariétale gauche; cette plaie forme, avec une autre qui, partant du même point, se prolonge jusqu'à l'angle inférieur et antérieur du pariétal du même côté, un lambeau triangulaire qui pend sur l'oreille gauche, de sorte que le crâne se trouve à nu dans une grande étendue. On y observe d'abord une fissure du coronal, qui, commençant à la partie moyenne et supérieure, se prolonge vers la racine du nez; une autre fente s'étend obliquement du même point jusqu'au-dessus de la cavité orbitaire droite. La suture coronale est écartée à gauche, de manière que le pariétal, au même endroit, est légèrement enfoncé; enfin, on remarque encore une fracture qui, de l'angle antérieur et supérieur du pariétal gauche, s'étend jusqu'à la bosse du même os.

L'hémorragie s'était spontanément arrêtée; on lave promptement la plaie, et on fait quelques tentatives inutiles pour relever le bord supérieur du pariétal; comme il n'y a aucun symptôme de compression, on panse la plaie avec de la charpie sèche sans en réunir les bords.

Le 6 au matin, toutes les fonctions s'exercent régulièrement; pendant la nuit, des convulsions cloniques surviennent, mais elles ne durent qu'environ une heure.

Le 7, fièvre légère; le soir, nouvelles convulsions qui se prolongent par intervalles durant toute la nuit.

Le 8, le malade se trouve dans un état comateux; on observe un délire léger par intervalles; la respiration est stertoreuse; point de paralysie. Dans l'après midi, tous les symptômes s'aggravent; on enlève une partie de l'os déprimé au moyen d'une petite scie en crête de coq. Ne pouvant parvenir à relever l'os enfoncé, M. Liedts se décide à enlever toute la portion du pariétal abaissée. Une branche artérielle logée dans un sillon de la table interne de la portion d'os enlevée est ouverte; cependant elle n'occasionne qu'une petite hémorragie; le sinus longitudinal supérieur, qui est également ouvert, donne lieu à une hémorragie veineuse, qu'une légère compression fait cesser.

Le 9, le malade reprend tous ses sens.

Le 10, la suppuration commence à s'établir.

Les jours suivans, la plaie continue à prendre un aspect favorable; on rapproche autant que possible les lambeaux, mais il reste toujours une grande perte de substance aux tégumens.

Le 14, il existe un affaissement du cerveau et un si grand vide dans le crâne, qu'il est facile d'introduire deux doigts entre la boîte osseuse et le cerveau; en inclinant la tête du malade vers le côté gauche, il sort environ deux onces de pus, qui paraît venir de la partie antérieure du lobe antérieur et droit du cerveau.

Au bout d'une dixaine de jours, la dure-mère commence à bourgeonner; l'écoulement du pus diminue, et le cerveau paraît remplir le vide qu'il a laissé d'abord.

Six mois après, le malade était guéri, non seulement de sa plaie de tête, mais encore de sa manie.

Nous avons rapporté cette observation, parce qu'elle nous offre la réunion de la plupart des complications de plaies de tête; ainsi 1° lésion d'une artère; 2° ouverture du sinus longitudinal supérieur; 3° contusion du cerveau, inflammation consécutive, indépendamment de la fracture, de l'enfoncement et de la déperdition de substance.

Les accidens n'ont pas persisté; l'auteur ne dit pas s'il a fait un traitement énergique; mais l'efficacité des moyens qu'il aura employés a été, je n'en doute pas, singulièrement favorisée par la libre issue donnée au pus à travers la large ouverture du crâne. Nous avons ailleurs signalé, ce qui peut sembler un paradoxe, l'heureuse influence de ces solutions de continuité, avec déperdition de substance de la boîte crânienne, dans les plaies du crâne compliquées de lésion cérébrale. (*Mémoire sur les plaies*, J. DES CONN. MÉD. CHIRURG., janvier et mars 1838.)

RESTAURATION DE LA FACE; par MM. VAUST fils, de Liége, et AD. ANTEN, D. M., à Ans.

OBS. — Madame Leclercq, âgée de 71 ans, fut atteinte, vers l'âge de 10 ans, d'une affection qui lui dévora la joue gauche, la mâchoire supérieure, et perfora le plancher de l'orbite et celui des fosses nasales. L'aspect de cette femme était plus que repoussant. MM. Vaust et Anten furent effrayés à la vue de ce délabrement. Qu'on se figure, en effet, une ouverture pratiquée à la joue, ayant deux pouces et demi de largeur sur deux pouces de hauteur. L'os maxillaire supérieur enlevé laissait voir l'intérieur de la cavité buccale jusqu'à l'isthme du gosier, et, de plus, la voûte de cette cavité était percée de deux trous, dont l'un communiquait avec l'orbite, et l'autre avec les fosses nasales.

On se decida, sur les instances de la malade, à réparer cette vaste déperdition de substance; deux moyens se présentaient : 1° emprunter un lambeau de peau aux parties voisines; 2° ou bien rendre saignans les bords de l'ouverture, les disséquer et les réunir comme dans le bec-de-lièvre.

Après s'être assurés qu'avec la portion de la lèvre supérieure, la partie inférieure de la joue, l'aile du nez, qui était bridée en dedans par une cicatrice, la peau qui recouvre l'os de la pommette, il serait possible de réunir sans opérer des tractions trop fortes, MM. Vaust et Anten coupèrent, à l'aide du bistouri, la cicatrice qui retenait l'aile du nez en dedans. Ce premier temps de l'opération eut pour résultat de ramener cette portion du nez tout à fait en dehors. Ensuite, après avoir avivé les bords de l'ouverture, et détaché les tégumens de la pommette, l'aile du nez fut mise en contact avec une portion de la lèvre supérieure, et y fut maintenue à l'aide de nombreux points de suture. Le reste fut rapproché au moyen de la suture entortillée; et pour que la coaptation fût plus profonde, M. Anten eut l'idée de placer en dessous des épingles deux petits morceaux de bois, qu'il comprit dans les entrelacemens de ces fils, de sorte qu'il associa pour ainsi dire la suture entortillée à la suture enchevillée.

Le troisième jour qui suivit l'opération, on commença par enlever les épingles, puis les fils, et dix jours après la réunion était complète. Il ne survint aucune espèce d'accident.

La malade, qui avait vécu un grand nombre d'années avec une difformité qui la rendait hideuse, possède aujourd'hui une figure tellement régulière que les personnes qui la voyaient habituellement ont peine à la reconnaître.

Cette observation peut être rapprochée du fait que nous avons rapporté, d'après M. Burgraeve (GAZ. MÉD., 1839), de l'observation consignée par M. Lallemand dans le t. IV, p. 242 des ARCHIVES DE MÉDECINE; du fait de Dupuytren (JOURN. HEBD., t. V, p. 110); de celui de M. Gensoul (JOURN. DES HÔPIT. DE LYON, t. I, p. 16); des autres faits appartenant à MM. Roux, Serres, Dieffenbach, etc., et qui tous donnent une idée de la puissance de cette méthode de restauration.

OBSERVATIONS SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE PRATIQUER LES FUMIGATIONS; par M. DE CLERQ.

Il paraîtrait d'après la louange évidemment exagérée que l'on donne dans cet article à la méthode de M. de Clerq, qu'elle possède quelque avantage sur la méthode ordinaire, et dans laquelle les vapeurs médicinales sont dirigées immédiatement et sans intermédiaire sur les parties malades. Cette nouvelle méthode consiste à laver la partie que l'on veut traiter par les fumigations avec une solution de nitrate ou d'azotate d'argent dans les proportions de dix grains de ce sel par once d'eau distillée; et à diriger ensuite sur cette partie les vapeurs des substances médicamenteuses. Voici les proportions de ces dernières qui paraissent avoir produit les meilleurs résultats entre les mains de l'auteur; une partie de deuto-sulfure de mercure ou cinabre; deux parties de baume de tolu, et autant de suc d'aloès soccotrin. Cette opération plusieurs fois répétée couvre les parties malades d'une vraie plaque métallique, qui devient de plus en plus brillante et semblable à de l'argent, et qui résulte de la double décomposition de l'azotate d'argent et du corps dégagé par la vaporisation. Les nouveaux corps en contact avec les parties malades y exercent une action très intense et paraissent être du proto-sulfure d'argent et du sous-azotate de mercure. Les parties voisines de la partie malade qui n'ont pas été humectées avec la solution de nitrate d'argent se colorent en noir seulement.

Cette nouvelle méthode de pratiquer les fumigations comprend deux élémens qu'on ne trouve pas dans l'ancienne méthode, dont l'auteur ne nous paraît pas avoir tenu compte, et auxquelles on doit attribuer, il nous semble, une partie de leur supériorité. La première, c'est la cautérisation produite par la lotion du nitrate d'argent, cautérisation faible, sans doute, mais qui, répétée plusieurs fois, doit exercer une influence favorable sur les parties sous-jacentes, ainsi qu'on le voit dans tous les cas où cette cautérisation est pratiquée. Le second élément nouveau que nous signalerons dans cette méthode, c'est de rendre la surface malade inaccessible à l'air par la couche métallique qui la recouvre, élément qui modifie si souvent d'une manière très avantageuse les plaies et les surfaces malades sur lesquelles on peut l'obtenir. Il est possible ensuite que le nouveau composé qui résulte des décompositions et des recompositions des différentes substances employées ait plus d'efficacité que les simples fumigations de cinabre; mais nous pensons que les deux circonstances que nous venons de signaler ne doivent pas être étrangères à cette supériorité.

DE L'HUILE DE FOIE DE RAIE ET DE MORUE DANS LES PHLEGMASIES CHRONIQUES DES POUMONS ET DE L'ESTOMAC; par le docteur RAYÉ.

Ce mémoire apporte de nouvelle preuves à l'appui de l'opinion émise récemment par M. Tonfflied (GAZ. MÉD., 1839, p. 705) sur l'efficacité de l'huile de morue dans certaines phlegmasies chroniques; cependant, d'après M. Rayé, l'emploi de cette préparation ne serait pas utile seulement dans les affections scrofuleuses; on retirerait encore de grands avantages de son usage dans le traitement des affections chroniques de l'estomac et des poumons; et il rapporte dix observations dont les malades ont guéri sous l'influence de cette médication d'affections qui malheureusement sont mal caractérisées et laissent beaucoup à regretter sous le rapport du diagnostic. M. Rayé dit avoir expérimenté l'huile de morue sur plus de cent vingt malades atteints de pneumonie et de gastrite chronique et en avoir obtenu d'heureux résultats dans au moins les 2/5 des cas; mais il a soin de faire remarquer que dans la plupart de ces cas, on avait employé en vain plusieurs médications rationnelles. Il fait remarquer aussi qu'il ne se sert jamais que de l'huile de foie de raie ou de morue, celle de baleine ne lui ayant pas paru aussi efficace.

En général, les malades ont une grande répugnance pour l'huile de raie ou de morue, et surtout les adultes et les adolescens; les enfans, au contraire, après avoir éprouvé du dégoût pendant les premiers jours, finissent ordinairement par la boire sans répugnance. Voici comment il formule le traitement dans les cas de pneumonie chronique : une demi-once de poudre de gomme arabique, trois onces d'huile de foie de raie, eau et sirop d'opium de chacun deux onces. Cette potion est prise en trois jours, et chaque jour en trois doses égales. Dans les gastrites chroniques il donne toujours l'huile pure quand elle est tolérée, c'est-à-dire quand le

malade ne la rend pas. Dans les cas contraires, il ajoute quatre à cinq gouttes de laudanum de Sydenham jusqu'à ce qu'elle soit établie.

Les deux observations suivantes prouvent que parmi les médicamens qu'on emploie quelquefois avec succès dans les cas les plus désespérés, l'huile de morue ne doit pas être mise au dernier rang.

OBS. I. — La fille Jacob, âgée de 24 ans, d'une constitution lymphatique, souffre beaucoup de la poitrine depuis un an que ses règles ont cessé de paraître, et a été traitée en vain par plusieurs médecins éclairés. Elle est en proie à une toux violente, suivie d'expectoration purulente, avec dyspnée excessive, fièvre hectique, amaigrissement effrayant. L'auteur dit avoir constaté, à l'auscultation de la poitrine, que plusieurs tubercoles étaient en suppuration, et lui ordonna par humanité, afin de ne pas avoir l'air de la regarder comme perdue, une once et demie d'huile de poisson par jour. Au bout d'un mois ayant été appelé auprès d'elle il fut étonné de l'amélioration qu'elle avait éprouvée; les règles avaient paru quelques jours auparavant; la toux était presque nulle, l'expectoration diminuée des deux tiers ainsi que la fièvre; il fit élever la dose de l'huile de poisson à deux onces par jour, que cette fille eut la constance de prendre jusqu'au 13 mai. Le 1er septembre la fille Jacob jouissait d'une bonne santé.

OBS. II. — La femme Romaniau, âgée de 53 ans, à constitution détériorée par le mal qu'elle porte depuis six années, vient réclamer les soins de l'auteur le 4 février 1836, offrant tous les symptômes d'une gastrite chronique. L'affection avait fait de tels progrès que l'estomac ne recevait plus rien sans le rejeter; réduite à la maigreur la plus extrême, elle poussait des cris déchirans le jour et la nuit.

Pendant une année entière, l'auteur essaya divers moyens, mais sans amélioration notable. Le 16 mai 1837 il lui prescrit une once d'huile de poisson à prendre dans la journée, et ne lui permit pour boisson que de l'eau citronnée.

Les premières doses du médicament ayant été vomies, on ajoute quelques gouttes de laudanum de Sydenham qui font supporter les suivantes.

Le 30, l'amélioration est notable, plus de vomissemens, moins de douleurs, la langue est plus humide; une once et demie d'huile de poisson; purée de carotte légère.

La femme Romaniau continue ce traitement jusqu'au 15 janvier 1838, en augmentant graduellement la quantité des alimens, et aujourd'hui elle a recouvré complètement la santé, bien que conservant encore une grande irritabilité de l'estomac.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JANVIER.

M. le président annonce à l'Académie la mort de deux de ses membres, MM. Richerand et Laudibert.

CORPS ÉTRANGER DANS LA TRACHÉE ARTÈRE.

M. CAPURON fait un rapport sur l'observation communiquée par un médecin d'Agen, d'un enfant, âgé de trois ans, qui s'introduisit un haricot dans la trachée artère. Des accidens de suffocation se développèrent; plusieurs fois le petit malade fut en danger, et l'on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie; à chaque retour des accidens, une amélioration notable suivait l'ingestion d'une petite quantité d'huile d'olives; enfin, au bout de quarante jours, le corps étranger sortit par fragmens; il fut possible d'en reconnaître parfaitement la nature, dès-lors la respiration devint libre, la santé se rétablit.

M. Capuron termine ce rapport par quelques réflexions sur les corps étrangers introduits dans les voies aériennes. (Remercimens à l'auteur; insertion aux bulletins.)

MM. Bérard, Rochoux, Renauldin, prennent successivement la parole pour rappeler des faits analogues, et d'autres plus extraordinaires, en ce sens que le corps étranger resta dans un cas jusqu'à 17 ans (Sue).

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SUR LES DÉCOUVERTES FAITES DANS LES SCIENCES D'OBSERVATION PAR L'ÉTUDE DE L'ORGANISATION DES GRENOUILLES.

M. DUMÉRIL lit un travail sur ce sujet. Il montre par l'exposé des recherches faites sur la circulation, la respiration, la digestion, etc., sur toutes les fonctions en général des grenouilles, quels services a rendus cette étude à l'anatomie, à la physiologie, à la physique, etc.; il résulte des recherches bibliographiques de M. Duméril, que la découverte des globules sanguins, attribuée à Leuwenoeck et à Malpighi, est due à Swammerdam, et que les premières expériences sur l'irritabilité musculaire datent de 1678, et sont dues au même physiologiste. C'est, au reste, sur des muscles de grenouilles qu'il fit ses premières expériences. Les descriptions et les planches fort curieuses qu'il en a données ne laissent aucun doute à cet égard.

(Le mémoire de M. Duméril sera inséré dans les fascicules de l'Académie.)

CYSTOCÈLE VAGINALE.

M. JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'hôpital St-Louis, lit un mémoire ayant pour titre: *Du traitement de la cystocèle vaginale par un nouveau procédé; application de ce procédé à la cure du prolapsus de la paroi postérieure du vagin.*

Après un examen critique des divers procédés proposés pour guérir ou pallier la cystocèle vaginale, M. Jobert constate l'insuffisance de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement de cette affection.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur expose un nouveau procédé qu'il vient récemment d'employer avec succès; il cite les observations de deux malades qui ont été guéris radicalement par ce procédé dont voici en quelques mots la description:

Sur les parties latérales de la tumeur à droite et à gauche, l'opérateur, à l'aide du nitrate d'argent, trace deux lignes longitudinales qui ont la même étendue que la cystocèle. Ces lignes sont, pendant dix ou douze jours, cautérisées à diverses reprises jusqu'à ce que le caustique ait produit une plaie qui intéresse toute la paroi vaginale. Cette opération préparatoire étant faite, l'opérateur ravive les bords de ces plaies refoulant la tumeur, il les rapproche l'une de l'autre, et les maintient réunies à l'aide de la suture entortillée.

De cette façon, il existe, sur la ligne médiane une cicatrice, résultat de la cicatrisation unique des deux plaies, et la tumeur est maintenue réduite; car la paroi vaginale supérieure se trouve fortifiée encore par le plicature des parties qui avaient cédé. Le même procédé est, comme on le conçoit fort bien, applicable au traitement du prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

Dans la troisième partie de ce mémoire, M. Jobert, mettant à profit les nombreux cas de cystocèle qu'il a eu occasion d'observer, entre dans quelques développemens sur l'anatomie pathologique et l'étiologie de cette maladie; il pense que le plus souvent la cystocèle est due non pas à l'accouchement lui-même, mais bien à la grossesse souvent répétée, et il croit que la distension de l'aponévrose pubio-vésicale et des ligamens vésicaux est très fréquemment la cause de la production de cette maladie. A l'appui de cette opinion, il cite l'observation d'une femme qui succomba dans son service à une affection cancéreuse, et qui était atteinte d'une cystocèle; il trouva chez elle une énorme distension de cette aponévrose et des ligamens que nous avons cités; le vagin ne présentait aucune altération, ni de texture, ni d'épaisseur. (Commissaires: MM. Gimelle, Blandin et Danyau.)

AMPUTATION DU COL UTÉRIN.

M. AMUSSAT présente à l'Académie un col utérin cancéreux dont il a fait l'amputation le 21 janvier; il appelle l'attention sur cette opération, qui mérite sous plusieurs rapports d'être sérieusement méditée; d'abord, parce qu'elle est une nouvelle preuve des avantages de la torsion des artères; ensuite, parce que quelques modifications ont été apportées aux procédés suivis.

(Nous publierons dans notre prochain compte-rendu les principaux détails de cette opération.)

BIBLIOGRAPHIE.

DU TRAITEMENT MÉDICAL ET PRÉSERVATIF DE LA PIERRE ET DE LA GRAVELLE, AVEC UN MÉMOIRE SUR LES CALCULS DE CYSTINE; par le docteur CIVIALE. — Un vol. in-8°. XI, 452 pages. Crochard et comp.

Dans ses travaux précédens, M. Civiale a fait l'histoire particulière de la lithotritie; puis dans un autre ouvrage, le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE, il a tracé le tableau des caractères physiques et chimiques, des causes, des signes, des effets pathologiques de la pierre et de la gravelle. Maintenant, par une déduction naturelle, il expose les moyens de guérir cette maladie, si commune, si dangereuse et, disons-le franchement, si peu connue; il recherche ce que l'art a fait et peut faire encore, ce qu'il faut espérer de ses ressources, enfin ce qu'on doit attendre des tentatives faites pour détruire les calculs sans recourir à l'opération. Grand et difficile sujet qu'un pareil livre, parce qu'il exige non seulement le savoir étendu, l'expérience consommée, la haute puissance des chiffres, mais encore de la méthode, de la bonne foi, de la philosophie, ajoutons cette justesse, cette fermeté de coup-d'œil qui discerne les résultats certains, les conclusions positives des probabilités ou des simples conjectures. « Les observations que j'ai à présenter, dit M. Civiale, sont essentiellement pratiques; elles ont pour objet:

» 1° De faire connaître les ressources de la médecine lorsque la maladie calculeuse est encore sous forme de gravelle, ou qu'elle n'a pas pris assez de développement pour nécessiter l'intervention de la chirurgie;

» 2° D'exposer la conduite à tenir quand, par sa situation ou son volume, la pierre est inaccessible à la puissance des procédés chirurgicaux;

» 3° D'énumérer les moyens qu'on doit employer après que l'opération a été faite pour prévenir le retour de la maladie et combattre la disposition du sujet à redevenir calculeux;

» 4° Enfin, d'apprécier la portée de certains moyens cliniques et pharmaceutiques auxquels on attribue la propriété de fondre ou de désagréger la pierre, et celle de quelques eaux minérales, sur lesquelles on cherche à appeler l'attention publique, en les présentant comme douées du même pouvoir. »

Cette exposition précise parfaitement les intentions, le but de l'auteur, et les principales divisions de son livre. Ainsi, le mode de développement,

la couleur des graviers, ceux qui sont prostatiques, la marche et les symptômes de la gravelle, la nécessité de faire une ou plusieurs explorations de la vessie dans le cas de cette maladie, etc., tels sont les principaux objets de la première partie.

Dans la seconde, l'auteur aborde plus directement son sujet : guérir et prévenir la gravelle. Il est une remarque sur laquelle il revient, il insiste souvent, selon nous, avec raison : c'est qu'il faut à peu près rejeter toute théorie chimique dans la formation des graviers. On ne conçoit pas même qu'à notre époque, où l'on se vante de ne s'en rapporter qu'à l'observation clinique, où le *dynanisme* vital règne, pour ainsi dire, exclusivement, on se soit laissé aller à des théories chimiques, qui ne s'appuient que sur des faits inexacts, mal observés, ou sur des *à priori* que l'expérience dément à chaque instant. Écoutons M. Civiale : « La prédominance, dit-il, de la matière solidifiable dans l'urine et la formation du sable me paraissent liées essentiellement à un état de surexcitation des reins; que cette surexcitation soit directe et qu'elle ait son point de départ dans l'appareil urinaire, ce qui est plus commun, ou qu'elle soit indirecte et vienne de toute autre région de l'économie. Un grand nombre de faits appuient cette observation, qui est de la plus haute importance dans la pratique. La principale difficulté consiste alors à déterminer la cause qui provoque cette surexcitation rénale. » (Pag. 75.) Est-il rien de plus clair, de plus médical, de plus concluant? Par ce même motif, l'auteur combat le sentiment de M. Magendie sur la formation des graviers par les alimens avec excès d'azote. Il apporte à l'appui de son opinion non pas des raisonnemens, des idées, une autre théorie, mais des faits nombreux, des faits positifs, parfaitement constatés et très logiquement présentés. Ainsi, la surexcitation rénale, par une cause quelconque, paraissant être à M. Civiale le principe générateur de la formation des graviers, on ne doit pas s'étonner de le voir affirmer qu'on doit peu compter sur les moyens dissolvans en général, pas même sur l'action de certaines eaux minérales. Elles sont même contraires à cette affection quand leur usage irrite les reins ou l'économie, ce qui arrive dans une foule de cas. Ainsi, dit-il, en parlant des eaux de Carlsbad : « M. le docteur Bigel parle d'une fièvre violente qu'alluma dans son sein *le doux*, *l'innocent*, *l'insignifiant* Thérésienbrunn, l'une des sources de cette localité célèbre. Le docteur Held, de Prague, fut aussi très fortement affecté, après avoir pris cette même eau pendant une semaine à la dose de deux gobelets. » (P. 89.)

Ces principes posés, M. Civiale en tire des conséquences pratiques de la plus haute importance pour le traitement de la gravelle. Ces conséquences sont basées sur cette grande règle de pathologie, qu'il faut toujours se guider d'après les opportunités de la maladie. Ce sont précisément ces opportunités, source des indications, que l'auteur examine dans une suite d'articles que tout praticien doit étudier et méditer avec soin. Ces articles embrassent le traitement à suivre dans les cas de gravelle blanche ou phosphatique, etc.; ce qu'il faut faire dans les circonstances variées de la maladie, selon qu'il y a émission de graviers avec ou sans douleurs, coliques néphrétiques, sans émission de graviers, rétention de graviers dans la vessie ou dans l'urètre. Viennent ensuite d'importantes considérations sur les différences qu'apportent dans le traitement de cette affection, l'âge, le sexe, le climat, le régime alimentaire; enfin, l'auteur examine en quoi consiste le traitement avant ou après l'opération, ce qu'il doit être dans le cas où toute opération est impossible, etc. Cadre bien conçu, bien tracé, bien rempli, où l'on trouve une foule de règles, de préceptes, d'autant plus importans, qu'ils sont déduits de l'expérience la plus positive, nouvelle preuve que le jugement est l'instrument scientifique par excellence.

De ces notions de thérapeutique sur la gravelle, l'auteur passe à un examen critique de quelques moyens spéciaux proposés pour le traitement de cette maladie. Critique est bien le mot; car cet examen est sévère et laisse peu d'espérance sur l'efficacité réelle de ces moyens. L'auteur entre à ce sujet dans des détails étendus; il discute de point en point les assertions émises par plusieurs médecins pour dissoudre les graviers. Mais, ainsi que nous l'avons fait pressentir, M. Civiale mettant en première ligne *l'inaliénable influence de la vie*, selon son heureuse expression, n'a pas beaucoup de foi dans l'emploi heureux de ces moyens, et les lui manquent pas pas pour appuyer sa manière de voir. « On a cru, dit-il, pouvoir opérer dans le rein comme dans une cornue, et varier les résultats au gré de l'opérateur. Successivement on a expérimenté les alcalis purs, les carbonates et les bicarbonates, rien n'a manqué; expériences sur les animaux; faits tirés de la pratique des anciens; faits empruntés à celle des modernes, tout a été coordonné pour dissiper les doutes que devait susciter une telle prétention. De pas en pas même on est venu à ne plus vouloir seulement prévenir la formation d'un gravier; mais de se dire en mesure de détruire les calculs déjà produits. » (P. 260.) Nous renvoyons à l'ouvrage dont nous rendons compte pour prendre connaissance des pièces du procès. Nous dirons seulement qu'en médecine le problème le plus important, et malheureusement le plus difficile à résoudre, c'est de savoir rigoureusement ce que *vaut* et ce que *peut* tel ou tel médicament. Le sens commun médical, le plus commun, a fait sentir, depuis l'origine de l'art, l'impossibilité de résoudre complètement un pareil problème. Pourquoi cela? C'est que, d'une part, les lois de l'économie nous sont inconnues dans leur principe; de l'autre, qu'il y a une énorme distance entre les élémens de la probabilité et les élémens de l'évidence; or, le grand nombre s'en tient toujours aux premiers. Que faut-il donc faire? Se tenir dans les limites d'un scepticisme modéré, attendre que le vrai jury scientifique, c'est-à-dire le temps, les faits et l'expérience, ait prononcé son verdict presque toujours sans appel.

Il est des praticiens qui assurent que certaines eaux minérales exercent une action dissolvante sur les graviers et même sur les calculs; d'autres praticiens nient que cette action ait lieu; il en est même qui attribuent la diminution du calcul, quand elle a lieu, à la grande quantité d'eau prise par le malade, résultat qui constitue ce que les anciens appelaient révulsion *per longinqua*. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il y a quinze ans environ, on lut à l'Académie de médecine (section de chirurgie) des observations qui prouvaient la possibilité de diminuer le volume d'un calcul dans la vessie, l'user pour ainsi dire, en introduisant successivement dans cet organe, une énorme quantité d'eau, à l'aide de la sonde à double courant. Nous ignorons si ces opérations ont été continuées, et quel en a été le résultat définitif. Toujours est-il que M. Civiale. loin d'admettre la dissolution d'un calcul par les eaux alcalines, serait disposé à croire que ces eaux en augmentent le volume : « Rien ne prouve, en effet, dit-il, que la substance alcaline des médicamens aille se combiner directement avec la couche extérieure de la pierre, pour l'attaquer et la dissoudre, suivant les uns, pour la rendre plus épaisse, selon les autres. Il est plus probable que les remèdes alcalins peuvent produire la pierre, ou favoriser son développement, en déterminant un état morbide de l'appareil urinaire, sous l'influence duquel les urates alcalins prédominent assez pour se pratiquer à l'état solide. » (Pag. 341.) L'auteur, appuyé sur les faits qu'il possède, pense donc que les dissolvans des calculs urinaires si vantés par quelques praticiens, n'ont pas plus d'activité maintenant qu'ils n'en eurent du temps du célèbre remède de mademoiselle de Stephens. Toutefois il signale deux graves inconvéniens dans leur emploi, plus ou moins actif; le premier, comme nous l'avons dit, de surexciter l'action rénale, et même tout l'organisme, ce qui peut déterminer de graves accidens; le second, de leurrer les malades d'un fatal espoir, en un mot, de temporiser tellement, que l'extraction du calcul, quel que soit le mode d'opération, présente ensuite très peu de chances de succès. « On peut guérir, dit-il, les vieux malades, mais on guérit rarement les vieilles maladies. Ce n'est qu'avec des difficultés extrêmes, et par les traitemens les plus longs, les plus compliqués, qu'on parvient à en faire disparaître quelques-unes. » (Pag. 381.) De pareils motifs nous paraissent d'un grand poids dans une semblable discussion. Au reste, le lecteur praticien, en étudiant le livre du docteur Civiale, exposant les preuves, les développemens, les résultats de l'expérience sur lesquels il appuie son opinion, comprendra qu'il importe de ne pas se décider avec légèreté dans des questions aussi importantes. Ce livre se fait lire d'ailleurs, d'un bout à l'autre, avec le plus vif intérêt. Ecrit, pensé, médité en dehors de tout succès éphémère, il renferme ce que l'on connaît de plus exact sur le traitement de la gravelle, l'auteur ayant soin de retremper constamment la science aux sources vives de l'observation clinique. Le style en est grave, précis, tout à fait convenable au sujet; l'œuvre entière a quelque chose de cette fermeté d'un esprit vigoureux et logique qui ne s'attache qu'aux faits et à leurs déductions les plus rigoureuses.

R. P.

— Mémoire sur le ramollissement des os en général et sur celui de Potiron en particulier, présenté à la Faculté de médecine pour le prix Montyon, 1838, et qui a obtenu une mention honorable; in-4°, avec deux planches coloriées; par P.-K. Stanski, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Prix : 3 fr. 50 c.

Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Boussole médicale pour la conversion des nouveaux poids et mesures. Prix : 30 cent.

Paris, Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 6. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 8 FÉVRIER 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Note sur la nature de la chlorose. — Quelques données sur le traitement général des luxations, et de celles du bras et de la cuisse en particulier. — II. Revue des Journaux de médecine italiens. De la nature de l'hyperkeratose, et d'un nouveau procédé opératoire. — Note sur un cas d'atrésie utérine opérée avec succès. — Sur une opération de l'empyème. — Dégénérescence cancéreuse et renversement de la vessie, comprise dans une hernie à travers la ligne blanche. — Observation de pierre enkystée dans la vessie. — Du traitement des fièvres intermittentes sans quinine. — Observation d'une luxation de la seconde vertèbre cervicale sur la troisième. — III. Travaux académiques. — Académie des sciences: séance du 27 janvier. — Académie de médecine: séance du 4 février, et addition à la séance du 28 janvier. — IV. Bibliographie. Manuel pratique des maladies des yeux, d'après les leçons de M. le professeur Velpeau. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. De l'intervention de la médecine et des médecins dans l'organisation du système pénitentiaire en France.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR LA NATURE DE LA CHLOROSE; par M. le docteur Hœfer (1).

La chlorose est une des maladies dont la connaissance exacte offre le plus haut intérêt. Elle domine, pour ainsi dire, toute la pathologie de la femme. Elle appelle notre attention sur le liquide le plus important de l'économie, le sang, dont une étude plus approfondie fera un jour, j'en ai le pressentiment, jaillir une vive lumière sur toutes les sciences médicales, en général.

Le sujet que le sort m'a désigné à traiter peut se diviser naturellement en deux parties. Dans la première partie, je me propose de passer sommairement en revue les opinions des anciens sur la nature de la chlorose; dans la seconde partie, j'oserai présenter le résultat de mes propres recherches sur ce même sujet, et combler peut-être quelques lacunes qui existent encore dans la science (1).

1° Depuis Hippocrate jusqu'au seizième siècle, la maladie qui nous occupe n'était point connue sous un nom spécial.

2° Les Grecs, les Arabes (2) et les médecins du moyen-âge ont décrit,

(1) Cette Note est extraite de l'excellente Thèse présentée par l'auteur pour le doctorat en médecine.

(1) Les recherches historiques qui composent la première partie de la Thèse de M. Hœfer, et dont nous ne reproduisons que le résumé, seront utilement consultées par les personnes qui voudront écrire l'histoire de la chlorose. Ces recherches sont remarquables par une érudition étendue unie à un grand sens critique.

(2) En rappelant l'opinion d'Avenzoar l'auteur fait connaître un passage curieux de cet auteur relatif à l'anatomie pathologique de l'hydropéricardite. « En parcourant cet auteur, dit-il, j'ai été frappé d'un passage fort remarquable, étranger, il est vrai, à notre sujet, mais que je ne crois point pouvoir me dispenser de tirer de l'oubli; le voici :

« Et generatur aliquando in marsupio cordis *humiditas aquosa quæ assimilatur urinæ. — Generantur additiones in marsupio cordis, quæ sunt ad modum cartilaginum et pellicularum ad invicem mixtæ. Sed nullus ante nos locutus fuit hac de re.* »

» Ainsi, voilà l'anatomie pathologique de l'hydropéricardite faite déjà par un auteur arabe du douzième siècle. Il faut bien que les Arabes, quoi qu'on en dise, aient ouvert des cadavres; car, certes, un liquide ressemblant à de l'urine épanché dans le péricarde, et contenant des espèces de membranes comme entrelacées, ce n'est point là un produit de l'imagination d'Avenzoar. Avenzoar a vu tout cela de ses propres yeux, et il a raison d'ajouter avec satisfaction : « Personne n'a parlé de cela avant nous! Ainsi, soyons prudens, quand nous voulons nous approprier une chose comme notre découverte! »

Feuilleton.

DE L'INTERVENTION DE LA MÉDECINE ET DES MÉDECINS DANS L'ORGANISATION DU SYSTÈME PÉNITENTIAIRE EN FRANCE.

Monsieur le rédacteur,

Au moment où on paraît vouloir s'occuper du système pénitentiaire autrement qu'en théorie, et qu'on prépare une loi pour le nationaliser en France, une chose doit étonner les esprits qui savent de quelles conditions dépend cette révolution dans la sphère de la pénalité. Ce qui doit surprendre, même en connaissant le mécanisme dont les ressorts font fonctionner notre système de gouvernement, c'est que les médecins ne soient presque pas consultés dans cette question, où il s'agit de l'homme dans sa constitution physique comme dans sa nature intellectuelle, et que les savans dont toute leur vie est une étude constante des phénomènes qui compliquent cette organisation, soient forcés à se ranger devant l'omnipotence bureaucratique du jurisconsulte et de l'administrateur. L'habitude peut faire trouver cela tout naturel à ce public qui n'y regarde pas de si près. Mais, pour les hommes qui pensent qu'il faut porter des connaissances spéciales en face d'une question d'autant plus difficile d'autant plus importante; qu'elle a un but d'un ordre plus élevé, l'ostracisme des médecins doit leur paraître une bien funeste inconséquence. Peut-être même, attribuent-ils à cette criante injustice l'imperfection de ces solutions si nombreuses que les législateurs des divers pays ont essayé de donner au système pénitentiaire. Une telle opinion nous semble être parfaitement dans le vrai, ce qui, du reste, est très facile à prouver, pour peu que nous entrions dans les développemens qui forment l'étoffe de ce vaste sujet.

Nous reprochera-t-on de donner aux médecins une suprématie par trop élevée? de les poser les arbitres exclusifs de toutes les questions qui ont l'homme pour donnée principale? Mais le médecin n'est pas seulement le guérisseur des maux physiques qui affligent l'humaine espèce; son art ne consiste pas seulement à formuler une potion, ouvrir une veine, détacher un membre. Prise de plus haut, notre profession a une carrière bien plus large à parcourir. Celui qui la connaît, celui qui la comprend et sait se mettre à la hauteur des devoirs qu'elle impose, ne se contente pas en effet de traiter les maladies; le physique lui sert d'échelon pour arriver aux phénomènes de notre nature qui appartiennent à un autre ordre; l'intelligence, l'éducation, les passions, dans leur sphère d'activité relative, sont souvent le sujet de ses méditations; car pour modifier l'esprit des malades, pour rendre saine une intelligence dérangée, il faut être aussi familier que possible avec ce que la science connaît des mystères de notre organisation. Or, les hommes qui ont émis les premières idées du système pénitentiaire, ne sont-ils pas partis d'un de ces points de vue, inhérens dans toute l'acception du mot, à la science médicale? Livingston, en promulguant son œuvre réformatrice, n'a-t-il pas proclamé que le criminel était un aliéné, un aliéné que la punition devait

à l'occasion de la suppression des menstrues; tous les symptômes propres à l'affection chlorotique, sauf le bruit carotidien, bien qu'ils aient mentionné *palpitationes cordis et arterias pulsantes.*

3° Vers l'époque de 1520-1530, Jean Lange donna, le premier, à la maladie en question, le nom de *maladie des vierges* (*morbus virgineus*), en rappelant cependant que les femmes du Brabant (*matronæ Brabantinorum*), qui, probablement, se mêlaient de médecine, donnaient à cette maladie le nom de *fièvre blanche* (*febris alba*).

4° Soixante ans plus tard (vers 1600), Varandé donna à la même maladie le nom de *chlorose*, nom qu'elle conserve encore aujourd'hui. « Le peuple, dit-il, la nomme *pâles couleurs*, et nous, du mot d'Hippocrate, *chlorosis*. » Varandé s'est trompé, car le mot *chlorosis* n'est point grec, et ne se trouve point dans Hippocrate. Depuis lors, chaque auteur voulut imposer un nom particulier à une maladie qui n'avait pas porté de nom pendant de longs siècles. Le nom inventé par Varandé a été, chose curieuse, reproduit par presque tous les auteurs (il faut en excepter Mercatus et Baillou), qui, vers cette époque, se copiaient les uns les autres, souvent jusqu'aux erreurs les plus grossières. Et en cela les modernes ne le cèdent guère aux anciens. *Tempora mutamus non mores!*

5° Quant à la nature de la maladie en question, elle était considérée par la plupart des anciens comme une maladie générale (*affectio totius corporis*), comme une espèce de cachexie ou de cacochymie. Les liquides de l'économie, et principalement le sang, occupent le premier rang dans les explications qu'ils en donnent.

6° Les anciens traitaient l'affection chlorotique, aussi bien que les modernes, par les ferrugineux et un régime approprié aux circonstances. Opinion unanime quant au traitement, opinions diverses quant à l'explication. Suivant les anciens, le fer désobstruait par sa pesanteur les vaisseaux obstrués; suivant les modernes, le fer s'ajoute au sang dont le fer est diminué : et les uns et les autres arrivent au même résultat, à la guérison.

C'est ainsi que les astronomes de l'antiquité calculaient les éclipses aussi bien que les astronomes de nos jours, et cependant pour les uns le soleil tournait autour de la terre immobile, tandis que pour les autres c'est tout le contraire.

Le sang, et dans le sang la diminution de la proportion de fer qui s'y trouve à l'état normal, la diminution de la fibrine et des globules, l'augmentation du sérum, voilà les points sur lesquels se sont exercées les recherches de ceux qui ont voulu arriver à connaître la nature de la chlorose.

Chez les femmes chlorotiques, il y a diminution de la proportion de fer dans le sang; or, en prescrivant aux malades un traitement ferrugineux, le sang s'approprie le fer qui lui manque, et les malades guérissent. Voilà l'opinion qui domine dans l'état actuel de la science.

Chez les chlorotiques, il y a appauvrissement du sang; la fibrine, le caillot, les globules, ont subi une diminution considérable, et la quantité du sérum est augmentée : en un mot, il y a pléthore séreuse. Voilà ce que soutiennent aujourd'hui ceux qui attachent une importance moins grande à la diminution du fer dans le sang.

Depuis la découverte du fer dans le sang (Lemery et Menghini), on attribue à ce métal la coloration du sang. Rien n'était donc plus naturel que d'attribuer le peu de coloration des chlorotiques à la diminution du fer, ou plutôt, depuis les recherches de M. Le Canu (ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG; in-4°; Paris, 1837), à la diminution de l'hématosine ou du principe colorant rouge. Et l'expérience semble avoir sanctionné ce qui n'était d'abord qu'une simple hypothèse.

Deux sortes d'analyses ont été employées par des hommes de beaucoup de mérite : l'analyse microscopique, auxiliaire nécessaire de la chimie organique, et l'analyse chimique proprement dite. Au moyen de la première, on a constaté dans le sang chlorotique un moins grand nombre de globules que dans le sang normal. Or, a-t-on dit, les globules contiennent du fer; donc, le nombre des globules diminuant, il y a diminution dans la proportion du fer, d'après un rapport de coexistence nécessaire; enfin, par l'analyse chimique, on semble avoir constaté directement que le sang des chlorotiques contient moins de fer. Mais, combien compte-t-on d'analyses chimiques du sang chlorotique? A entendre parler tout le monde de la diminution de la proportion de fer chez les chlorotiques, on serait tenté de croire que ces analyses existent par centaines. Qu'on se désabuse; il n'y en a que deux dans les annales de la science, aujourd'hui, en l'an 1840, comme l'a fait remarquer dernièrement M. le professeur Andral, lequel a en même temps signalé, le premier, une analyse de sang chlorotique, faite par Cescoli en 1800 (COLLECTION DE DISSERTATIONS, par Brera). Dans cette analyse, qui a déjà quarante ans de date, l'auteur italien soutient que le sang des chlorotiques contient la même quantité de fer que le sang normal. Les deux seules analyses sur lesquelles on puisse se fonder pour admettre une diminution de fer chez les chlorotiques sont, l'une de M. Le Cann, consignée dans sa Thèse déjà citée, et l'autre d'un auteur allemand, M. Foedisch, signalé par M. Allié, dans sa Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en juin 1837.

Voici maintenant le résultat de mes propres recherches :

ASPECT EXTÉRIEUR. Le sang tiré de la veine d'une femme chlorotique, et abandonné au contact de l'air, présente, en se coagulant, un caillot très petit (*insula*), nageant dans une grande quantité de sérum. Ce caillot est ordinairement recouvert d'une légère couche couenneuse.

ANALYSE MICROSCOPIQUE. Une gouttelette de ce sang, étendue entre deux lames de verres, m'a fait voir les globules du sang séparés par des intervalles libres très considérables. Dans le sang normal (mon propre sang), ces intervalles n'existaient pas : les globules y étaient extrêmement nombreux, et même, après y avoir ajouté une gouttelette d'eau, pour un même espace, le nombre des globules était encore beaucoup plus considérable que dans le sang chlorotique. Il est cependant bon de remarquer que le sang chlorotique n'avait été placé sous le porte-objet du microscope qu'après l'intervalle de temps qu'il m'a fallu pour le transporter de l'hôpital de la Pitié, dans la rue Descartes, au domicile de M. Laurent, qui a mis la plus grande complaisance à me guider dans ces recherches.

ANALYSE CHIMIQUE. En traitant par du chlore quantités égales de sang chlorotique (caillot et sérum) et de sang normal, j'ai obtenu par le cyanoferrure de potassium, dans le liquide filtré, une quantité de précipité (bleu de Prusse) moindre dans le premier sang que dans le dernier.

Ces résultats n'ajoutent, en apparence, rien au progrès de la science; ils ne font, me dira-t-on, que confirmer les données déjà antérieurement acquises à la science. Ce reproche serait fondé, si je donnais ces résultats sans en rien conclure. Or, le caillot contenant le fer, voici mes conclusions :

---

chercher à guérir et non à élaguer de la société par la mort ou la flétrissure? Ainsi, la question du système pénitentiaire, dans ce qu'elle a d'absolu et d'applicable aux individus et aux nations, est du ressort des médecins. Les hommes qui ont fait de la médecine sociale, si on peut s'exprimer de cette manière, auraient dû toujours compter en majorité parmi ceux qui ont été appelés successivement à poursuivre la solution de ce problème. Mais, il n'en a pas été ainsi. Ne dirait-on pas que l'exercice d'une profession exclut les théories spéculatives, que l'homme qui réduit en précepte, une formule générale ne peut connaître et comprendre cette formule que par instinct? Mais la leçon est toujours à côté de la faute. S'il avait eu les lumières du médecin, Livingston n'aurait pas commis, dans l'application pratique, des erreurs qui paraissent, de prime-abord, résulter directement de la théorie.

Mais avant d'aller plus loin, il s'agit de savoir si le point de départ de Livingston, si la pensée fondamentale de son système n'est pas une de ces vaines élucubrations qu'il est permis seulement à l'imagination de caresser, un de ces rêves de bonhomme qui prouvent qu'un excellent cœur peut très souvent co-habiter avec une très faible intelligence. Nous essaierons de justifier ici l'opinion de Livingston, bien que la question de savoir si le crime est une maladie présente des difficultés, peut-être à jamais insolubles. Ainsi, il est évident que l'homme doit être considéré comme un assemblage, une harmonieuse réunion de tendances dont l'accord unanime constitue le beau idéal de la normalité, de la santé. Mais cet équilibre ne doit pas seulement trouver ses élémens dans le physique, il doit les trouver aussi dans ce qu'on est convenu d'appeler notre moral. Ces détails paraissent presque inutiles; et pourtant, combien de gens ont besoin qu'on les leur rappelle, tant ils prennent à tâche de les oublier. Il y a donc des conditions de santé qui ne sont pas liées intimement à la fibre humaine; la lésion d'un tissu, les vices de composition d'un fluide ne sont pas toujours nécessaires pour constituer une de ces modifications qui éloignent l'homme de cet état d'équilibre au sein duquel il peut jouir à l'aise de l'exercice de ses facultés. Ces conditions échappent souvent à l'analyse, et lorsque l'analyse croit pouvoir leur assigner une place sur un des points du corps, les investigations cadavériques viennent témoigner bientôt contre les *desiderata* d'un instinct qui se donne de si fréquens démentis à lui-même. Tous les travaux qui se sont faits et se continuent tous les jours sur l'aliénation mentale ne fournissent-ils pas d'ailleurs de nouveaux argumens; et n'est-on pas même conduit à conclure que certaines altérations, au lieu d'être la cause de la folie, n'en sont que la conséquence, le résultat? Mais vous trouverez peut-être que le sujet qui nous occupe n'est pas assez franchement abordé, que nous craignons de nous heurter contre un tel obstacle : détrompez-vous; car nous y voici. Il y a une différence, une immense différence sous un certain point de vue entre le fou et le criminel; c'est incontestable. L'un, le premier, n'a aucune logique dans la conduite, la raison n'a pas de trône dans son esprit; la volonté est un ressort qui se détend capricieusement dans une machine passivement obéissante; l'autre, le second, arrive, dans la majorité des cas, à la consommation du crime par une série de pensées et d'actes qui prouvent que l'exécution et la perpétration se tiennent par des liens assez étroits pour que le sens intime ait profondément calculé ce qui a été exécuté par la main. Mais, les différences ne sont qu'apparentes. Que de rapports règnent, en effet, entre le criminel et l'aliéné! Cette moralité du criminel qui le fait partir d'une pensée fausse dont il a puisé

1° La quantité de fer dans le sang chlorotique est, *proportionnément au caillot*, la même que dans le sang normal.

2° Toutes les parties du sang constituant le caillot subissent seules une diminution plus ou moins considérable.

3° La proportion de sérum reste la même que dans le sang normal, et ce n'est que comparativement au caillot diminué que le sérum a augmenté, en apparence, de quantité.

La conclusion n° 1 est confirmée par l'expérience suivante :

J'ai pris quantités égales, non plus de sang (sérum et caillot), mais seulement de sang chlorotique et de caillot de sang normal; et en traitant ces deux caillots comme ci-dessus, j'ai obtenu la même quantité de précipité pour l'un comme pour l'autre.

Il est bien clair que si j'avais pris des deux côtés la même quantité de la masse totale du sang (sérum et caillot), j'aurais obtenu une diminution dans la proportion du fer pour le sang chlorotique. Mais c'est ne pas comprendre la question que de procéder ainsi. En effet, voulez-vous savoir si la proportion du fer est diminuée dans le sang chlorotique? Eh bien, analysez alors la partie du sang qui renferme exclusivement le fer, analysez, en un mot, le caillot; rar ce n'est qu'ainsi que vous arriverez à la connaissance d'une *diminution absolue* dans la proportion du fer; et, pour qu'on ne se méprenne pas sur le sens de l'expression *diminution absolue*, j'entends par là la diminution de la proportion du fer, la quantité de caillot d'un sang chlorotique étant égale à une quantité déterminée de caillot d'un sang normal. Or, en interrogeant ainsi l'expérience, celle-ci répond que la proportion du fer n'est pas diminuée chez les chlorotiques.

Voulez-vous, au contraire, connaître seulement la diminution, que j'appellerais *relative*, de la proportion du fer? En ce cas, je l'avoue, on a raison de dire que le fer a diminué de quantité dans le sang des chlorotiques. Mais le carbone, mais l'hydrogène, mais l'azote, mais l'oxygène, enfin tous les élémens qui entrent également dans la composition de l'hématosine, ont diminué de quantité; puis la fibrine, l'albumine, les sels, les acides gras, etc., qui se trouvent accidentellement emprisonnés dans les mailles du caillot, toutes ces substances, en un mot, ont subi une diminution proportionnelle à celle du fer. Ainsi, ceux qui attachent tant d'importance à la diminution relative du fer déplacent la question, ou bien ils n'en comprennent pas toute l'étendue.

Quant à la prétendue pléthore séreuse, ou à l'augmentation de la quantité du sérum dans le sang chlorotique, c'est là un de ces paralogismes que les pathologistes commettent souvent dans leurs antithèses. Si je divise, par exemple, le caillot d'un sang normal, et que je laisse plongé dans son sérum une portion du caillot ainsi divisé, la quantité du sérum sera-t-elle augmentée? Evidemment non; le caillot seul aura été diminué.

Ainsi donc, pour nous résumer, l'altération la plus incontestable du sang des chlorotiques est la diminution du caillot, et conséquemment de toutes les parties qui constituent le caillot.

Maintenant, après toutes ces considérations, on peut se demander encore quelle est la nature de la chlorose. Est-ce un état cachectique, une dépravation des liquides de l'économie, et particulièrement du sang? Et cet état du sang est-il consécutif à un état morbide qu'il faut chercher ailleurs que dans le sang?

Voyons plutôt.

La chlorose est une maladie qui atteint à peu près exclusivement les femmes, et particulièrement à l'époque de la puberté ou de la première éruption du flux cataménial. Elle atteint les femmes de la ville plutôt que les femmes de la campagne; et, parmi les premières, celles qui sont douées de beauté et d'esprit en sont le plus ordinairement les victimes. En un mot, cette maladie affecte les personnes dont le système nerveux est d'abord naturellement irritable, et ensuite sans cesse irrité, à cause des circonstances dans lesquelles elles se trouvent placées.

Les chlorotiques recherchent généralement la solitude : elles sont tristes; elles ont des goûts bizarres; elles sont sujettes à des névralgies, etc.; enfin, il y a prédominance de l'élément moral, conséquemment de l'élément nerveux. Mais ce n'est pas tout : les fonctions organiques, qui paraissent être placées sous l'empire immédiat du système nerveux ganglionnaire, sont également perverties; la digestion, la circulation, la respiration, les sécrétions, nous fournissent les symptômes les plus caractéristiques de la maladie qui nous occupe. Appétit dépravé, nausées, vomissemens, battemens de cœur, oppression, bruit des carotides, infiltrations séreuses, et d'autres symptômes, sont trop connus pour y insister. A propos du bruit des carotides, il existe aussi chez beaucoup de phthisiques, comme me l'a fait observer M. Clément, médecin à la Pitié, mon excellent maître, auquel je suis heureux de pouvoir exprimer ici toute ma reconnaissance et ma plus profonde estime.

Il y a des maladies qui se caractérisent par des phénomènes fonctionnels très prononcés, par un état apyrétique, intermittent, et par des lésions anatomiquement inappréciables; ces maladies, on les désigne sous le nom de *névroses*. Or, ces névroses, telles qu'elles sont décrites par les auteurs, affectent exclusivement le système nerveux céphalo-rachidien; car, dans la chorée, l'épilepsie, la monomanie, etc., les phénomènes fonctionnels portent sur le mouvement, la sensibilité, l'intelligence, en un mot, sur des fonctions qui sont physiologiquement attribuées au système nerveux céphalo-rachidien. Voilà ce qu'on ne doit pas oublier. Maintenant, les maladies sont établies, et le plus généralement classées d'après les organes où elles ont leur siége.

Or, puisqu'on admet des névroses du système nerveux céphalo-rachidien, n'aurait-on pas également raison d'admettre des névroses du système nerveux ganglionaire? Et, de même que dans les premières, la motilité, la sensibilité et l'intelligence fournissent les symptômes les plus caractéristiques; de même, dans les dernières, la digestion, la circulation, les sécrétions, etc., fourniront les symptômes les plus constans. Puis, il n'est pas étonnant que le trouble des fonctions organiques, que j'appellerais volontiers *les racines de la vie*, réagisse sur les fonctions du système nerveux rachidien.

Or, d'après toutes ces considérations, est-il irrationnel et contraire à l'expérience d'établir un nouveau genre très important de maladies, que j'appellerais *névroses du système nerveux ganglionaire*, par opposition aux névroses du système nerveux céphalo-rachidien? Et, ceci une fois bien établi, quelle est la maladie qui pourrait être considérée à plus juste titre comme une névrose du système nerveux ganglionaire si ce n'est la chlorose?

L'opinion que je viens d'émettre sur la nature de la chlorose est peut-être bien hardie, et donnera certainement lieu à la controverse. Et d'abord, on m'objectera que je détourne de son vrai sens ce qu'on entend par névrose, puisque, dans la maladie qui nous occupe, il n'y a ni intermittence, ni lésions pathologiques appréciables. Voici ma réponse à cette

---

le germe dans son éducation; cette moralité particulière, où le mal a usurpé la place du bien et qui éloigne cet homme de la ligne logique dont les termes constituent pour ainsi dire les lois de l'hygiène sociale de l'individu, n'est-ce pas une aberration des tendances physiologiques, une rupture dans l'équilibre harmonieux de la santé? Que le mal soit moral ou physique, qu'il résulte d'une erreur de conscience ou d'une lésion de tissu, n'est-ce pas toujours un cas morbide, une action perturbatrice qui fait franchir à l'homme la sphère des conditions d'existence au sein de laquelle il doit rester renfermé? Sans doute, dans l'espèce de cachexie morale qui règle la conduite du criminel, il y a un ordre apparent, une régularité dont les caractères pourraient faire croire à l'intégrité de l'intelligence; mais ces dégénérescences de tissu, qui acquièrent des conditions de vitalité, qui se nourrissent, qui se développent à la manière des autres parties du corps, n'en sont pas moins des organisations parasites et vicieuses qui peuvent étendre leur influence sur tous les points de l'économie. Ainsi donc, en considérant avec quelque réflexion et sans préjugés, l'opinion de Livingston sur la manière dont il faut caractériser le criminel, on est conduit logiquement à en admettre les termes. Quand la philosophie aura travaillé davantage cette question, peut-être ne craindra-t-on plus de conclure comme ce grand légiste.

Mais combien Livingston s'est égaré dans l'application, parce que tout en connaissant la nature humaine, il ignorait la physiologie de l'homme! Voyez plutôt vous-même. En partant du point de vue de l'unité, et en sacrifiant les différences de tempérament et de caractère à cette grande vue générale, ce réformateur de la vieille législation pénale a fait ainsi l'application de son système: il a distribué ses pénitenciers en cellules étroites, introduit la police du mutisme et de la solitude dans ces populeuses enceintes; et après avoir courbé les têtes des détenus sous le joug de ce régime disciplinaire, il a attendu avec confiance, sans s'occuper des influences diverses qui résultaient de cette organisation, que le criminel montât par degré du crime à la moralité, de la maladie à la guérison. De bons résultats ont pu sans doute couronner cette pratique; nous l'avouons. Mais il existe un grande différence entre les effets de la diète alimentaire du corps, et de la diète des impressions qui vont à l'esprit. Si l'une détruit l'activité inflammatoire, l'autre attise le feu de la pensée. Pour que le contraire eût lieu, il faudrait que la puissance de l'organisme fût à peu près anéantie. Ainsi donc, oublier l'individu pour l'homme en général, c'est vouloir donner tête baissée contre l'erreur et affronter courageusement les plus déplorables conséquences. Mais, entrons dans des détails plus spécialement médicaux; ceux-là parlent trop haut pour qu'il soit possible de fermer l'oreille à leur langage.

Les organes ont besoin de certaines conditions d'action, pour vivre dans la sphère de leur normalité physiologique. Si ces conditions outrepassent leur limite, la santé disparaît, le règne de la maladie commence. En effet, chez les condamnés auxquels le silence absolu est imposé, comme une des grandes ressources du traitement moral, le larynx contracte bientôt une atonie considérable, et cette susceptibilité morbide qui est l'apanage caractéristique de tous les organes dépourvus de force de réaction. De là, à la tuberculisation, il y n'y a qu'un pas; et en dernière analyse, la phthisie laryngée peut emporter et emporte souvent le détenu. D'autres affections ou du cerveau, ou du système musculaire, ou des organes de l'abdomen se développent encore et suivent tous leurs périodes sur le personnel des pénitentiers; mais, l'une des causes les plus directes des désordres patho-

objection : S'il s'agissait ici d'une névrose proprement dite, enfin d'nne névrose dn système nervenx céphalo-rachiöien, cette nbjection serait fondée. Mais il s'agit de ce que j'appelle une névrose du système ganglionaire, et, en admettant l'existence d'nne névrose dn système nervenx ganglionaire, évidemment on observera des phénomènes fonctionnels tout différens, puisqne les fonctions du système nerveux ganglionaire sont toutes différentes de celles dn système nerveux céphalo-rachidien.

Voyons plntôt. L'inflammation est nne, considérée abstractivement; mais elle est multiple, si je puis m'exprimer ainsi, dans la manifestation de ses symptômes, et elle varie suivant la différence des tissus où elle siége. De sorte qn'on pent admettre autant d'inflammations particulières qu'il y a d'organes et de tissus particuliers. Il en sera de même, si je ne m'abnse, ponr les névroses. Ainsi, supposoos nne névrose siégeant, par exemple, dans la partie du système nerveux qni préside au mouvement : les phénomènes que peut présenter cette fonction caractérisent la maladie, et il y aura, je suppose, nne chorée. Mais ces monvemens désordonnés, qne je remarque dans la chorée, ne tronblent point les fonctions organiques, ou bien ils ne les troublent que momentanément. Je snppose maintenant que la maladie siége dans le système nerveux ganglionaire; alors les fonctions nrganiqnes en subiront les premières atteintes : si c'est la digestion qui est troublée la première, ce tronble retentira au loin et entraînera avec lui celni de la circulation, de la sécrétion, etc. Dans la chorée, que je viens de citer, la facnlté du mouvement est troublée brusquement; mais aussitôt que ce tronble cesse, tont rentre dans l'ordre, et ni la sensibilité ni l'intelligence, n'en sont atteintes. Voilà ponrquoi nne névrose dn système ganglionaire ne peut point être caractérisée par les mêmes phénomènes qu'une névroses du système cérébro spinal. Et le caractère intermittent, et l'absence de lésions anatomiqnes consécutives à la maladie, doivent manquer dans la névrose du système ganglionaire. An reste, je ne tiens nullement au mot de névrose, et on pourrait lui en substituer nn autre.

Qnelle est meintenant la corrélation intime qui existe entre le système ganglionaire et les fonctions organiques de la vie, et sous quelles influences le premier pent-il devenir malade ? Tout l'aveuir de la médecine réside pent-être dans ces qnestinns obscnres, et qui exigent de vastes connaissances pour les résondre. Anssi nnus en abstiendrons-nons.

Mais, avant de terminer notre sujet, qu'il me soit permis d'exprimer ici quelqnes sincères regrets que j'éprouve en lisant les onvrages de pathologie de nos jonrs. Tontes les sciences ont profité des immenses progrès de la physiqne et de la chimie ; l'industrie et les arts mêmes en ont fait leur profit, et je vois avec peine qne la médecine, la médecine senle reste en arrière, elle qui aurait tant besoin du secours de ces deux sciences qui font l'orgneil de notre époque.

Le corps bnmain est nne espèce de réactif extrêmement sensible. L'iris se contracte sous l'influence de la lumière de la lune, pendant que tons les appareils photométriques sont insensibles aux rayons lnminaires. L'analyse du chimiste est impuissante à constater la nature des miasmes des marais; mais qu'on songe à l'histoire des fièvres intermitteutes, l'économie entière éprouve de rudes secousses sous l'influence de ces mêmes miasmes (1).

Mais il y a en nons un réactif bien plus sensible encore, mais également trnp négligé par les médecins. je veux parler de l'influence morale. Qui ne sait qn'une jaunisse, par exemple, peut se déclarer à la suite d'une violente colère, absolument comme à la suite d'nne lésion locale du foie? Une préoccupation d'esprit bien vive prndnit en moi, comme chez bien d'autres, tont l'ensemble de symptômes qn'on est convenu d'appeler *gastro-entérite simple*. Aucune drogue ne la guérit; la cessation seule de cette préoccupation par une autre influence morale amène la guérison, comme par enchantement. Où donc est ici le point de départ; quel est ici le réactif sensible? évidemment c'est le système nervenx.

L'élément nerveux joue, sans contredit, un grand rôle dans la chlorose. L'épnque de la pnberté n'est pas seulement caractérisée par les changemens qui arrivent dn côté de l'appareil génital : c'est bien là la moindre des choses; mais le moral de l'individu subit, vers cette époque, nne révolntion profonde, et cette révolntion doit retentir jusqne dans toutes les fnnctions de la vie. Les chlorotiques sont, en général, comme je l'ai déjà dit, des personnes douées de heauté et de heauconp d'esprit; leur système nerveux est très irritable. En les interrogeant (et j'en ai interrogé un assez grand nombre) avec tonte la douceur et les égards convenables, j'ai tonjnurs, et sans exception, appris les mêmes renseignemens, à savoir, *des contrariétés morales, n'importe de quel genre.*

Enfin, si l'opinion qne j'ai émise, que la chlorose est une névrose (à défaut d'autre nom) du système nervenx gauglionaire, pnraît trop bardie, je désire qu'elle ne soit prise en considération qu'à titre d'hypothèse, en attendant qu'elle soit sanctionnée par l'expérieuce.

(1) M. Faure nie l'influence des marais sur la production des fièvres; et, à l'appui de son oppinion, il cite Modon, en Moree. M. Littré reproduit (*Répert. général des sciences médicales*, s. v. *Fièvres intermitt.*) l'opinion de M. Faure. Quant à moi, qui ai vécu à Modon et aux environs, je déclare qne la contree en question est une des plus marécageuses que j'aie rencontrées dans mes voyages en Allemagne, en Hollande, en France et en Grèce.

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES DONNÉES SUR LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DES LUXATIONS, ET DE CELLES DU BRAS ET DE LA CUISSE EN PARTICULIER; par M. le docteur MATHIAS MAYOR, de Lausanne.

J'ai prouvé, dans un Essai sur la thérapentique générale des fractures (GAZ. DES HÔPIT., dn 31 oct. 1839), qu'il fallait attribuer au mnnopole des renoueurs dans cette partie l'état fâchenx où elle se tronve anjourd'hui. Mais le traitement des lnxations, que ces mêmes empiriques avaient également usurpé, se ressent davantage encore d'être sorti d'une source aussi impure. Un très grand nombre de fractures peuvent, en effet, être traitées, tant bien que mal, par le simple gros bon sens d'individus plus ou moins intelligens, et qui n'auraient aucune notion d'anatomie; tandis qu'on est exposé aux erreurs les plus grossières, et qu'on peut se permettre des procédés détestables et de véritables tortures dans la réduction des membres luxés, si l'on iguore quelle est la structure de ceux-

---

logiques auxquels les condamnés sont en proie, consiste dans le *vice solitaire*, cette pernicieuse habitude qui naît de l'isolement, de l'oisiveté, d'un certain mode d'irritation du système uerveux, et sur laquelle M. Charles Lucas a groupé dans l'un des derniers nnméros de la GAZETTE, des observations d'autant plus concluantes, qu'elles sont le fruit des études et des inductions de savans medecins.

En présence de ces graves inconvéniens, on reflechit, on songea à des modifications. On venait de s'apercevoir en effet, ou que la maladie et la mort interrompaient ce traitement moral, ou que les sentimens de haine, de colère, de vengeance qui constituaient si souvent le detenu dans un état constant de réaction, te rendaient de jour en jour plus réfractaire à la correction, à l'éducation, si toutefois l'aliénation mentale ne venait bientôt mettre un terme à cette lutte. La formule pénitentiaire de Livingston fut donc modifiée; et le système d'Auburn devint le prototype de la pratique de Philadelphie mise à la réforme. Ainsi, le travail en commun fut permis dans le nouveau pénitencier, pour rompre sans doute la longue uniformité de l'existence journalière; une bible fut jetée dans chaque cellule, pour prêter à la correction, le secours efficace des idees religieuses. Mais, le travail en commnn ne fait désirer que plus vivement la communication de la parole: la vue de l'homme excite à parler, comme la lumière excite à voir. Mais, nn livre religienx, quel qu'il soit, est une lettre morte, si un intermediaire n'est pas là pour en doser la morale, pour en administrer sagement la substance à l'esprit si peu préparé du criminel.

Sans donte, Auburn est une amélioration, nn progrès, en comparant le régime qu'on y suit avec celui de Philadelphie. On s'aperçoit cependant qu'on est arrivé à ce résultat par l'empirisme, que le savoir spécial du medecin n'a été pour rien dans cette réforme. Ceux qui l'ont faite n'ont pas songé, en effet, que si le travail en commun jette quelque variété dans la monotone uniformite de l'isolement il ne peut avoir la moindre influence snr les maladies du larynx, qui se développent par la suspension des fonctions de l'organe; ils n'ont pas pensé que l'habitude, que l'éducation etablissent le tempérament, règlent te caractère et la portée d'action des divers facteurs de l'organisme, et que par conséquent cette bible qui repose à côté du détenu, si elle est comprise dans son esprit par celui-ci, ne sera pour l'autre qu'un enseignement sans application, un menble sans usage. Et voilà pourquoi il est arrive que malgré la supériorité du système d'Auburn sur celui de Philadelphie, les résultats n'ont pas brillé avec assez d'éclat pour donner gain de cause aux auteurs de la réforme. Aussi, après ce premier pas, les hommes qui s'occupaient de cette grande question ont fait un pas rétrograde; ils sont revenus avec une sorte d'enthousiasme au premier système, et cet enthousiasme, qui a été jugé de bon aloi sous notre ciel, y a fait jeter les fondemens de colonies pénitentiaires, où le régime de Philadelphie est suivi dans toute sa rigueur. Mais heureusement qu'un penitencier où souffre le détenu et où la souffrance engendre la maladie, ouvre ses guichets au médecin, et que le médecin, s'il a l'esprit philosophique de sa profession ou plutôt de sa science, étudie les causes en présence des résultats, et ose dénoncer l'existence de ces causes, quand il a suffisamment pesé dans la balance de l'observation et de la justice, ce qu'il a vu et ce qu'il a appris à s'expliquer. Ainsi donc, les objections qu'on pouvait faire *à priori* en connaissant les conditions d'existence de l'individualité humaine, contre le système de Philadelphie, ces objections qui s'étaient vérifiées en Amerique, par le chiffre de la mortalité et le caractere particulier des maladies,

et, les rapports que les os doivent avoir entre eux, ceux que la luxation leur a donnés et les OBSTACLES qu'il importe de vaincre pour les réduire.

Les obstacles ! tel est le point important pour l'opérateur, et celui-là sera le plus heureux qui saura le mieux les apprécier et en triompher. Il s'agit ici d'ailleurs d'une *opération* proprement dite, et qui, manquée dans le temps opportun, ne laisse guère au malheureux qui en est l'objet que la triste perspective d'augmenter le nombre des estropiés.

Le traitement des fractures dure, au contraire, des mois entiers; il permet à celui qui s'en occupe de s'apercevoir de ses méprises, et il lui laisse tout le temps pour se corriger.

Les principaux obstacles à la réduction des membres luxés n'étant nullement de nature à pouvoir être compris par les renoueurs, ils ont dû se contenter de leur opposer des moyens purement mécaniques, et sans aucun égard aux données anatomiques et physiologiques qui dominent ce sujet. Aussi l'on peut dire que si les médicastres, *de l'un et de l'autre sexe*, ont eu des succès, ceux-ci ont été obtenus par d'indignes manœuvres, achetés par de cruelles souffrances, et compensés par de trop nombreux revers.

Faut-il donc s'étonner qu'on trouve formulés, comme suit, les principes qui doivent guider le praticien pour réduire les luxations? « Il faut, nous dit-on, que l'*extension* et la *contre-extension* soient faites de manière que le chirurgien n'ait plus, en quelque sorte, qu'à diriger l'extrémité de l'os luxé dans sa position normale. » Or cette formule est loin d'être exacte, et froisse toutes les idées que nous avons dela mécanique *vivante* qui seule doit être ici prise en grande considération; cependant cette indication, ainsi définie et promulguée par l'ignorance, est assez généralement admise, et si, par ci par là, on s'en est écarté, le plus grand nombre des hommes de l'art et des auteurs y restent encore fidèlement soumis; cela prouve du moins que les argumens en faveur d'une doctrine plus rationnelle ont été ou mal présentés ou mal saisis; ou bien que, parfaitement déduits et très bien compris, ils n'ont pas été jugés suffisans pour enrayer l'empirisme et la routine, mettre en lumière des principes nouveaux, et bannir des cliniques et des écoles tout ce qui est évidemment contraire aux données scientifiques que fournit, à l'art chirurgical, la mécanique appliquée à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie.

Puis-je espérer que je serai, pour réformer cette branche de la chirurgie, plus heureux que quelques-uns de ceux qui m'ont précédé dans cette carrière? Et m'est-il permis de prétendre que si je réussis, ce sera parce que j'aurai mis plus de soins à *analyser* mon sujet, à montrer les effets en rapport avec leurs causes, à remonter à des principes simples et incontestables et surtout à les lier ensemble et à les baser sur les *sciences exactes?*

Puisqu'il s'agit d'*analyse*, on ne s'étonnera pas si je procède du connu à l'inconnu, et si je rappelle des choses élémentaires que chacun sait tout aussi bien que moi, et si je me répète trop souvent; mais je crois ce mode et ces redites indispensables pour assurer ma marche et porter la conviction dans les esprits.

Essayons d'abord, pour nous guider ici, d'examiner ce qui se passe dans la luxation des deux os les plus considérables du corps, puisqu'il sera facile d'appliquer aux autres articulations ce que nous allons dire de celles de l'humérus et du fémur; et commençons, pour cet effet, par nous placer vis-à-vis d'un squelette. Voyons alors ce qui arriverait si nous y supposions un bras ou une cuisse luxés et dans *tous les sens imaginables*. Evidemment, nous n'aurions pas la plus petite difficulté à ramener, dans leurs cavités articulaires respectives, les os qui en auraient été détachés. Il nous suffirait de les diriger, d'après les règles du gros bon sens, et tout le monde, sans aucune instruction préalable, saurait parfaitement ce qu'il y a à faire pour rétablir les os dans leur état normal.

Mais admettons qu'au lieu d'être réunis artificiellement et par du fil métallique, les os de ce squelette le soient par leurs ligamens naturels, récemment préparés, et qu'il y ait également luxation. Certes, il ne faudrait pas ici un effort, ni physique ni intellectuel, plus grand que dans l'exemple précédent, pour parer sur le champ à ce désordre articulaire.

Il en sera exactement de même, si vous vous figurez que ces ligamens sont entourés de tissus graisseux, de glandes, de vaisseaux, de nerfs; car aucune de ces parties là, prise isolément, ni leur réunion en un seul faisceau, ne sauraient mettre le moindre obstacle à la libre rentrée d'un os dans son articulation.

Mais les muscles et les tendons qui entourent cette dernière auraient-ils une influence pernicieuse sur le libre retour d'une tête osseuse dans sa propre cavité? Pas le moins du monde, *s'il s'agit d'un cadavre*, si l'on s'y prend convenablement, et il est facile à chacun de vérifier cette assertion. D'où peuvent donc provenir les difficultés trop réelles qu'on éprouve assez souvent, dans la réduction d'un membre luxé, *chez un sujet plein de vie et de force?* Nous n'en accuserons à coup sûr ni les ligamens, ni les tissus graisseux ni les glandes synoviales, ni les nerfs, ni les vaisseaux de tous genres qui entourent les jointures; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, aucun de ces organes ne possède des qualités propres à s'opposer activement à la rentrée d'un os dans sa place naturelle.

Les MUSCLES doivent donc être désignés comme les seuls capables dans cette circonstance, et ils sont d'autant plus capables de s'opposer aux efforts de l'homme de l'art, qu'ils sont plus nombreux, plus vigoureux, plus tendus, plus irrités et plus disposés à se contracter. C'est donc uniquement à cette tension, irritation et contraction qu'il faut attribuer la résistance, souvent insurmontable, qu'on éprouve à réduire un os luxé.

On conçoit d'autant mieux l'énergie de cette opposition vitale, que la force musculaire ne peut guère être calculée (1), qu'elle est expressément distribuée dans le but de mettre en jeu toutes les articulations, d'entraîner les os en tous sens, même avec la disposition si peu favorable d'un levier du troisième genre, et que les plus puissans de ces moteurs physiologiques s'attachent précisément *tout près* de la tête des os qui sont le plus sujets à se luxer. Voilà du moins ce que nous enseignent l'anatomie et la physiologie.

Mais ces mêmes sciences nous révèlent aussi que lorsqu'un certain ordre de muscles agit dans un sens donné, d'autres, leurs antagonistes, manifestent leur action par des effets tout opposés; que les fléchisseurs *l'emportent et de beaucoup* sur les extenseurs; que le relâchement mé-

(1) J'ai rencontré un enfant, de *quelques semaines*, atteint du tétanos, et qui avait les doigts si fortement fléchis dans la main, que je n'aurais pu les étendre sans rompre leurs ligamens articulaires et leurs tendons.

---

devenaient plus authentiques encore par les observations répétées et raisonnées des médecins des pénitenciers d'Europe. Les docteurs Gosse, de Lausanne, et Coindet, de Genève, sont en effet les hommes de l'art qui ont pris en main les droits de la vie humaine, pour les défendre contre les applications mal entendues de la théorie. La vérité de leurs statistiques a eu son retentissement jusqu'à la terre qui servit de berceau au premier pénitencier; et les médecins américains ont confirmé par leurs observations celles de MM Coindet et Gosse. Le docteur Bache, de Cherry-Hill (Pensylvanie), est allé même jusqu'à déclarer que la pratique de l'isolement et du silence produisaient un tel affaiblissement, une si grande insuffisance de réaction dans toute l'économie, que durant les hivers les moins rigoureux des détenus avaient eu leurs pieds gelés.

Mais, quelque compétens que soient les médecins dans ce genre d'observations, les hommes de la théorie n'ont pas voulu en tenir compte. Les admirateurs du système américain, MM. de Tocqueville et de Beaumont, n'ont pas voulu retirer la boule blanche qu'ils avaient accordée avec tant d'enthousiasme à la pratique pénitentiaire de Philadelphie. M. Moreau, l'inspecteur général des prisons de France, s'est surtout ré contre les prétentions de la médecine, et a essayé de rompre quelques lances pour défendre les essais dont on s'occupe, et pour justifier l'avenir dont la législation se prépare à nous doter. M. Charles Lucas seul s'est interposé entre l'inspecteur des prisons et la médecine, pour soutenir celle-ci contre celui-là, et pour déclarer par une solide, argumentation que si l'on admet la nécessité de réhabiter le criminel, il faut choisir une voie qui permette de punir le coupable, tout en laissant la possibilité de moraliser l'individu. L'auteur de ces travaux, où il s'est montré le chaleureux partisan des idées religieuses, a mérité le suffrage élevé du public compétent et de l'Académie des sciences morales et politiques; ce qui n'a pas pas empêché M. Moreau de se réveiller de son silence et de résumer l'esprit de sa théorie dans un mémoire contre M. Lucas et les statistiques des médecins, qu'il n'a pas craint de présenter à l'Académie royale de médecine. Ce mémoire, qui a pour titre: DE LA MORTALITÉ ET DE LA FOLIE DANS LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE, a été présenté et publié depuis déjà longtemps; mais le retentissement qu'il a eu par le rapport de l'Académie, lui a donné une valeur d'influence dont nous sommes à la veille de voir éclore les résultats: c'est par l'œuvre enuronnée de M. Moreau que nous aurons des pénitenciers suivant le système de Philadelphie, si la législature n'est pas trop pressée cette année.

Vous avez parlé, il y a quelques mois, dans la GAZETTE MÉDICALE, du mérite du travail de M. Moreau. Mais, permettez-nous de vous le dire, vous avez moins songé peut-être au travail lui-même dans sa valeur, qu'à l'engouement ridicule de quelques philantropes qui ne voient que le malheur du criminel, et demandent à tue-tête l'abolition des pratiques, sans lesquelles la répression, la punition ne seraient qu'un vain mot. Oui, vous vous êtes trop occupé de ces hommes égarés par une monomanie de bienfaisance qui, au lieu du bien, ne produirait que le mal. La question est donc de savoir, puisque l'éducation du criminel peut réussir, quels sont les moyens à employer pour que les tentatives d'amélioration ne trouvent pas un obstacle insurmontable dans les privations et les souffrances du régime. Et certes, quelque solution qu'on obtienne, on n'arrivera jamais à vouloir faire un boudoir hygiénique de la cellule de l'assassin. Mais revenons à M. Moreau, car nous devons donner un aperçu des qualités logiques qui distinguent son mémoire. Ce mémoire, nous le répétons, a une importance

canique des uns et des autres se produit en rapprochant, *mécaniquement* aussi, leurs points d'insertion; qu'on relâche ou raccourcit, par conséquent, les fléchisseurs, en mettant les membres dans la flexion, et les extenseurs, en plaçant ces mêmes membres dans l'extension; qu'on ne peut, toutefois, jamais rien attendre d'avantageux de l'état de tension des muscles lorsqu'il s'agit de réduire un membre luxé; qu'on doit, au contraire, viser constamment à les mettre, autant que possible, dans une position opposée; que puisqu'il ne nous est pas donné de pouvoir les placer *tous ensemble* dans cet heureux état de relâchement mécanique, nous devons, au moins, nous attacher à y ramener *le plus grand nombre et les plus vigoureux* d'entre eux; que l'avantage qu'on obtient, par une semblable conduite, est toujours en raison directe de l'excès de force qu'ont les fléchisseurs sur les extenseurs; et que si ces derniers devaient jamais l'emporter sur les premiers, il serait alors nécessaire d'avoir égard à ce cas tout à fait exceptionnel et improbable, et étendre, par conséquent, le membre au lieu de le fléchir.

Cette énergie musculaire, en regard des luxations, se dessine très bien dans le pied-bot; car celui-ci n'est, en définitive, qu'un *pied luxé* par l'effet de cette même puissance, maintenu tel par l'action incessante des fléchisseurs, et dont la réduction s'opère, presque par enchantement, après la section pure et simple de leurs tendons (1). Or cette section équivaut à un relâchement complet, à un allongement considérable, à une très grande faiblesse, ou plutôt à une *paralysie* de ces mêmes muscles.

La paralysie! J'ai été appelé plusieurs fois à réduire l'humérus chez le fils d'un de mes amis, le colonel de L..., et j'ai été frappé de l'extrême facilité que j'éprouvais dans cette opération, que j'exécutais toujours seul à l'instant et sans aucun effort. C'est que le jeune homme avait eu, dans son enfance et à la suite d'une affection cérébrale, une hémiplégie complète, et qu'il lui était resté une atrophie et une très grande faiblesse des muscles de ce bras là; de sorte que s'il nous était donné de pouvoir paralyser à volonté les muscles d'un membre luxé, sa réduction ne présenterait jamais la moindre difficulté.

On voit par ces déductions de quelle importance doit être cette action musculaire, dans la *production*, le *complément*, le *maintien opiniâtre*, et l'irréductibilité même des luxations de tous genres. On sait, en effet, que certaines de celles-ci sont dues aux contractions brusques et violentes de quelques muscles; que dans d'autres cas l'os est à peine dégagé de ses liens articulaires par une cause quelconque, qu'il est entraîné et fixé bien loin, plus ou moins rapidement, et dans tel ou tel sens, par la seule force de contraction.

Il est donc incontestable que pour s'aider le mieux possible dans la réduction d'un os luxé, il importe tout premièrement de *relâcher*, le mieux possible aussi, les muscles les plus nombreux, les plus forts et les plus à redouter, et qu'il ne s'agit plus, par conséquent, que de savoir comment il faut s'y prendre pour arriver à ce but de la manière la plus simple, la plus sûre et la plus complète.

Tel est, en effet, le problème à résoudre. Or l'anatomie, la physiologie, la mécanique, le gros bon sens et l'observation sont tous d'accord en ceci: qu'on détend et relâche d'autant plus un muscle, *cette corde animale et vivante*, qu'on en rapproche davantage les extrémités, les points d'insertion, et que ce rapprochement ne peut s'opérer mieux et plus rapidement que par la *flexion* des différentes pièces qui composent un membre.

Mais, dira-t-on, et en dépit de ce que j'ai déjà rappelé au sujet de la différence notable qui existe entre les divers groupes de nos muscles: la plupart de ces puissances motrices ont leurs antagonistes, et vous ne pouvez relâcher les uns qu'en tendant fortement les autres; de sorte que tout ce que vous gagnerez d'un côté, vous le perdrez immédiatement de l'autre, et qu'il y aura, par conséquent, compensation. Je répéterai que celle-ci ne saurait être parfaite, attendu que le nombre et l'importance des muscles en question sont loin d'être les mêmes; que cette inégalité entre les forces de motilité, pour ce qui concerne le traitement des luxations et *même des fractures*, nous impose donc le devoir de détendre, au moins, les couches musculaires qui sont les plus à craindre, par leur nombre, leur volume et leur vigueur. Or, si l'ensemble des muscles qui agissent sur les articulations des extrémités peuvent, en général, être divisés en extenseurs et en fléchisseurs, ceux-ci seront, sans aucune comparaison, les plus nombreux, les plus volumineux et les plus puissans. Il résulte donc qu'il faudra s'occuper à les relâcher artificiellement, et que les flexions sont les meilleurs moyens d'arriver à ce but. Par conséquent, on fléchira le bras sur les côtes et l'avant-bras sur le bras; et, pour le membre inférieur, on fléchira la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin. Félicitons-nous, toutefois, de cette heureuse circonstance: que les muscles de la cuisse se trouvent relâchés presque en totalité, par l'effet de ces flexions, et que le très puissant triceps, entre autres, soit mis hors de cause, à raison de ses attaches *au-dessous* de l'articulation iléo-fémorale. Ce point de science et de pratique doit, ce semble, être suffisamment éclairci, et j'imagine qu'il ne laisse plus aucun doute dans l'esprit de mes lecteurs. Aussi, je vais passer à un autre sujet.

Ces positions respectives des diverses parties qui composent les extrémités et qu'on obtient par leur flexion ne suffisent pas toujours au chirurgien pour qu'il puisse réduire un os; car nous avons vu qu'une partie des muscles, les *extenseurs*, sont mis, par ces mêmes flexions, dans une attitude peu favorable à la liberté de l'os. Nous devrons donc aviser à vaincre leur résistance par quelque moyen que l'expérience aura fait connaître. Les *tractions* se présentent d'abord en toute première ligne, et il est rare qu'on puisse s'en passer complètement. Elles servent à allonger les muscles, à les fatiguer et épuiser, peut-être, et à les rendre par conséquent plus traitables, du moins si ces mêmes tractions sont prolongées et convenablement faites; et l'on obtient par là qu'une tête déboîtée soit moins pressée, plus apte à s'écarter du bassin et de l'omoplate, et à glisser plus facilement dans sa cavité articulaire. On fait tirer sur la cuisse et sur le bras *exclusivement*, en plaçant un lien au-dessus du genou et du coude, et *jamais* sur le poignet et le pied, puisque la jambe et l'avant-bras doivent se trouver constamment fléchis. Or, comme il faut que ces tractions soient parfois graduées, soutenues, prolongées, modifiées en plus ou en moins, les moyens *mécaniques* propres à les opérer paraissent alors préférables aux bras de l'homme, lesquels sont évidemment plus difficiles à discipliner.

Le moufle, le treuil, le cric, avec ou sans dynamomètre, s'ils sont mis en jeu avec intelligence, peuvent donc être mentionnés ici comme très

(1) Un chirurgien allemand, Weinhold, a cru devoir recourir à la section du tendon du grand pectoral, pour réduire plus facilement une luxation de l'humérus.

---

dont il serait fort utile, surtout dans la circonstance actuelle, d'anéantir les titres.

Et d'abord sur quelles bases repose ce travail? Les rapports des inspecteurs des prisons qui ne peuvent en aucun cas avoir la valeur des résultats recueillis par les médecins attachés aux pénitenciers, ces rapports en forment presque toute la substance; c'est le thème fécond de l'argumentation anti-médicale de M. Christophe Moreau. Certainement, il n'est pas besoin d'être médecin pour dresser des statistiques; mais pour s'expliquer suffisamment sous quelle influence la mortalité a lieu, pour déduire des caractères qu'elle revêt le caractère de la cause, il ne faut pas seulement savoir lire ou faire des opérations d'arithmétique, il faut encore connaître la science qui donne à ces chiffres morts un lien logique, une signification. Cette difficulté n'arrête pas dans son argumentation M. Moreau, qui nie l'influence de la prison et du régime sur la mortalité, bien qu'il soit obligé d'avouer que l'âge des détenus n'y contribue en rien puisque les pénitenciers ne renferment ni vieillards ni enfans, et que leurs mauvaises mœurs et leurs vicieuses habitudes n'y contribuent pas davantage, puisque la population des pénitenciers est soumise à un régime uniforme et réglé. Or pour arriver à faire admettre cette opinion, il essaie de réfuter les explications médicales du docteur Gosse, se contentant de dire qu'il ne les comprend pas, parce que les données sur lesquelles s'appuie ce médecin n'offrent rien de complet, et par conséquent rien de sûr comme résultat général, comme conclusion; puis il continue avec la même persistance, le même système d'argumentation contre les médecins qui partagent les opinions du docteur Gosse et du docteur Coindet, sans se douter qu'en énumérant consciencieusement les maladies qui sévissent dans l'intérieur des pénitenciers, il argumente contre lui-même, puisque ces maladies ne peuvent dépendre que de l'influence énervante et désorganisatrice dont les détenus cellulaires ressentent plus ou moins les effets. Enfin, en parlant de ceux qui sont libérés au bout de quelques années de cellule, M. Moreau se base uniquement ou à peu près, sur les rapports des porte-clefs et des greffiers des prisons qui les jugent dans un état parfait de santé, d'où il induit fort logiquement que la cellule porte avec elle de précieuses conditions d'hygiène. Cela nous rappelle un fait qui ne prouve pas en faveur du coup-d'œil médical des gens qui ne connaissent pas la médecine. Nous trouvâmes un jour sur notre chemin, dans une ville de province, le cortège qui conduisait un condamné sous le couperet de la guillotine. Le patient avait la figure bouffie et couleur jaune-paille, le ventre proéminent; eh bien! le peuple criait en le regardant avec curiosité, avec étonnement: Comme il est engraissé depuis sa condamnation! L'instinct de la foule ne ressemble pas le moins du monde à l'instinct médical; et n'en déplaise à M. Moreau, nous mettrons les rapports de ses portes-clefs et de ses greffiers sur la même ligne que le cri d'étonnement de cette foule.

M. l'inspecteur-général des prisons n'est pas plus heureux dans le jugement qu'il porte des effets de la solitude et de l'influence de cette cause sur le développement de la folie. Il ne peut pas croire que la solitude produise cet état morbide, qui consiste dans la perturbation des forces actives de l'esprit. Il cite à l'appui de son opinion, Zimmermann et son excellent traité, avec la conviction pleine et entière que tous les genres de solitudes se ressemblent et que le détenu cellulaire, par conséquent, éprouve les mêmes impressions que le philosophe retiré du monde et éloigné du bruit. Mais y a-t-il quelque analogie entre la solitude qu'on

puissans. Mais le moyen par excellence et qui laisse bien loin derrière lui, non seulement ces machines lourdes, incommodes et rares, mais encore les efforts purement manuels, c'est le suivant : il est si simple qu'il a dû nécessairement ne pas être remarqué par les praticiens. C'est là, du moins, la marche ordinaire de l'esprit humain. Il est tellement *ingénu* qu'on ne manquera pas de le trouver ridicule, et que je n'ose presque pas le citer, tant j'ai peur qu'on ne tombe dessus comme sur un *misérable fauteur de la plus grossière simplicité*. N'importe ! je me hasarde !

Hélas ! c'est tout honnement un levier du second genre, représenté par un gros bâton, un manche à balai, une béquille, une perche ! Est-il nécessaire d'indiquer comment il faut le faire agir ? Eh bien ! on fixera d'abord sur un point de ce levier les bouts du lien qui est destiné à tirer ; puis on établira l'une des extrémités du bâton contre un objet solide quelconque, un mur, une armoire, une porte, un lit, etc., et un aide saisira l'autre extrémité avec les mains. Or, en tirant ou poussant, suivant les circonstances, ce seul aide tendra à volonté, très fortement et sans aucun effort, le lien qui tire sur le coude ou le genou, et il pourra augmenter, diminuer, soutenir, suspendre, élever et abaisser ces tractions, au gré et au plus léger signe de l'opérateur. L'élévation ou l'abaissement du bout du levier contre l'endroit où on le fait appuyer suffira, en effet, pour élever ou abaisser la direction imprimée aux tractions, et pour les faire cadrer avec les intentions de l'opérateur. Je n'ai pas besoin de dire qu'il dépend de celui-ci de donner la plus grande force possible à son levier, soit en plaçant le lien près du point d'appui, soit en augmentant la longueur de la perche, soit en profitant de l'un et de l'autre de ces avantages.

On a vanté, pour assouplir les muscles et les rendre moins rebelles aux tractions les saignées abondantes, les bains prolongés, le tartre stibié, l'ivresse, les narcotiques, etc. Peut-être que l'un ou l'autre de ces moyens ne sera absolument nécessaire que dans le cas où l'on n'aura pas su apprécier la nature de l'obstacle, et le mode le plus sûr et le moins dangereux d'en triompher. Il est donc probable qu'il n'en sera plus question.

Mais pour que les tractions, connues sous le nom d'*extension*, puissent déployer quelque effet, il importe de *fixer* le bassin et l'omoplate, en pressant sur leurs régions respectives, et en *sens inverse* des tractions ; c'est ce qu'on a appelé jusqu'ici *faire la contre-extension*.

Comment fixer le bassin ? En faisant comprimer vers le pubis et les aines, en un mot, au-devant de la région pelvienne, au moyen d'une ou de plusieurs mains, ou avec une serviette pliée en cravate, étendue transversalement sur cette région, et suffisamment assujétie. On conçoit la manière d'agir de ce mode de compression ; car, puisque la cuisse se trouve fléchie, à angle droit, sur le bassin, toute résistance active appliquée sur ce dernier, et dans le sens que je viens d'indiquer, doit empêcher le bassin de suivre la direction imprimée aux tractions, et peut même servir à le refouler en sens inverse de celui communiqué à la tête fémorale par ces mêmes tractions.

De quelle manière faut-il s'y prendre pour fixer l'omoplate ? Il n'en est qu'une seule bonne, et qui consiste à agir directement et *de bas en haut* contre la voûte axilliaire, tout en ménageant les tendons du pectoral et du grand dorsal. Mais cette pression peut avoir lieu, soit avec *un crochet à pelote* qui agit en *tirant*, soit avec l'extrémité arrondie d'une canne ou d'un bâton, dont l'action sera *répulsive*. Ainsi donc, l'un et l'autre moyen presseront en sens inverse des tractions dirigées sur le coude, et pourraient être appelés des agens de *contre-traction*, si l'on tient à une locution bizarre.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que cette pelote ou ce pommeau de canne auront pour résultat infaillible de soutenir vigoureusement l'angle acromial de l'omoplate, et de le repousser même pendant qu'on fait tirer sur le coude. Or ce point est de la plus grande importance : 1° parce que nous ne pouvons pas produire ici comme à la cuisse un relâchement aussi complet des muscles par la flexion du bras et de l'avant-bras ; 2° parce que l'omoplate est très mobile, et que son angle antérieur est fortement disposé à basculer sur la tête de l'humérus ou à la suivre lorsqu'elle vient à céder aux efforts de traction ; 3° parce que le deltoïde et le coraco-brachial sont si énergiques qu'il faut nécessairement leur opposer une vigoureuse résistance ; et 4° enfin, parce que la mécanique ne nous offre aucun agent qui soit mieux en rapport avec l'état anatomique, physiologique et pathologique que nous avons sous les yeux.

Les flexions, les tractions et la résistance opérée par la pression ou répulsion des os qui contiennent la cavité articulaire, suffisent, dans la plupart des cas, pour réduire une luxation. Mais lorsqu'on est en présence d'un individu athlétique, d'une luxation ancienne ou très opiniâtre, ou bien d'une extrémité osseuse, fortement serrée, et en quelque sorte engrenée ou enclavée vers un point plus ou moins éloigné de la place qu'elle doit occuper, alors il faut s'appliquer à dégager cette tête par la combinaison facile des deux mouvemens suivans :

Le membre est-il dans l'abduction ou l'adduction ? On devra le ramener en sens inverse, en agissant, en conséquence, soit sur le *coude* soit sur le *genou* ; et ceci n'a pas besoin, je pense, d'autre explication ; puis on fera *tourner l'os sur son axe*, afin de lui faire prendre la direction normale qu'il a perdue par le fait de l'accident. Cette rotation de l'os sur lui-même s'obtient en se servant de l'avant-bras et de la jambe comme d'une *manivelle*, et en faisant tourner celle-ci dans le sens indiqué par la fausse position du bras et de la cuisse ; car on n'a pas oublié que la jambe et l'avant-bras forment, en effet, un angle droit avec l'humérus et le fémur ; de sorte qu'en les saisissant vers le pied et le poignet, on a une véritable manivelle, un levier puissant pour agir sur la tête déplacée. On ne perdra pas de vue non plus que cette tête est arrondie, polie, lisse, lubréfiée et qu'elle appuie sur une surface également humectée ou *graissée*, et qui est loin de présenter des rugosités.

Ces deux circonstances sont d'un certain poids ; car d'un côté est une *boule*, qu'il s'agit de faire rouler, en lui imprimant une force qu'on peut porter fort loin ; et nous avons d'autre part et pour le roulement un plan qui n'offre aucune résistance sérieuse à vaincre, et dont il sera facile de triompher. Le chirurgien aura du moins à sa disposition, dans ce but, des forces mécaniques très considérables faciles à mettre en jeu, et toujours en rapport très exact ici encore avec l'état pathologique, anatomique et physiologique des parties.

Ainsi donc si le membre se trouve dans l'adduction, on le ramènera en sens contraire, et *vice versa*, s'il s'agit de l'abduction ; et on se servira, dans ce cas, du genou ou du coude comme de puissans leviers. Quant à la rotation de la tête, en dehors ou en dedans, elle aura lieu suivant la position qu'elle occupera et d'après l'exigence des cas ; on la fera donc pivoter en dedans, si elle est trop en arrière ou en dehors ; et on *tournera la manivelle* en sens opposé, si une position inverse l'exige. Ces deux mouvemens doivent-ils être simultanés ? L'un doit-il précéder ou suivre

---

choisit librement et qu'on aime parce qu'on l'a choisie, et la solitude qui est imposée par la force ? L'une avec le sentiment d'une absolue liberté, l'autre avec la pensée d'une compression incessante ; la première avec toutes les conditions de la salubrité, l'air, le mouvement, etc. ; la seconde avec des conditions tout opposées. Il est vrai que les reclus de la Thébaïde pouvaient se bien porter, même avec la pratique du silence continu et des macérations les plus rudes ; car la volonté est une force qui dompte toutes les autres, et qui défend l'organisme contre tout ce qui pourrait en déranger l'activité. Mais lorsque la volonté n'accepte pas les dures épreuves du mutisme et de l'isolement cellulaire, qu'au lieu de se laisser dompter par la sévérité d'un tel régime, elle réagit avec force contre cette longueur monotone du temps, dont rien ne vient rompre la terrible uniformité, une sorte d'agitation, de fièvre, ne doit-elle pas constituer bientôt l'état normal du détenu, et servir de prodrômes au développement de l'aliénation mentale ? Cela est si vrai qu'ici l'*à priori* a tout autant de valeur que la preuve directe ; l'énonciation de la formule servirait seule à démontrer l'existence des faits.

Ces quelques détails suffisent pour régler le mérite scientifique du travail de M. Moreau ; et certes il appartenait à l'Académie de médecine de prouver sa compétence en pareille matière, en donnant dans son rapport une leçon à ce Don Quichotte des gens de l'administration. Mais, trop bien élevée pour cela, trop respectueuse peut-être à l'endroit de M. l'inspecteur-général des prisons du royaume, elle a donné le coup d'encensoir de son approbation, aux sophismes anti-médicaux qui émaillent si malheureusement le mémoire sur la MORTALITÉ ET LA FOLIE DANS LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE. Il est probable que l'Académie n'a pas songé, quand elle a couronné l'œuvre de M. l'inspecteur, aux conséquences de ce fait ; que peut-être trop occupée des détails strictement renfermés dans le domaine de la profession, elle n'avait étudié que très imparfaitement les questions complexes de ce grand problème ; il est possible encore, qu'elle eût oublié les faits que la médecine avait mis en lumière, touchant les résultats physiologiques et les effets morbides du silence et de l'isolement. Dans cette supposition, il est tout naturel que la savante assemblée se soit livrée complaisamment à la confiance la plus complète, et qu'elle se soit empressée de seconder M. Christophe Moreau dans sa croisade anti-médicale pour la grande gloire et le futur avénement, en France, du système américain.

Mais, avec un peu plus de mémoire et surtout un peu plus de réflexion de la part de cette assemblée savante, M. Moreau aurait appris que dans une telle question on se fourvoie vite et sûrement, si on ne s'appuie sur la médecine, tant dans les choses d'ensemble que dans les petits faits de détail. Il aurait appris en effet (ce que, par parenthèse, il paraît ignorer, si l'on en juge par son mémoire), que la connaissance du mécanisme physique de l'organisme humain est nécessaire pour la direction des facultés de l'entendement, pour la réhabilitation de la moralité individuelle, surtout lorsqu'il s'agit de frapper le corps, tout en relevant l'esprit de sa déchéance, de punir et de faire de l'éducation à la fois. Il aurait compris cette nécessité, en apprenant qu'il y a des limites hors desquelles la maladie existe, et rien de plus. Or, dans l'hypothèse de l'absence du mouvement, de la pratique obligée du silence, de l'uniforme immuabilité des impressions, où est l'éducation à côté de la gêne, le traitement moral en regard de la punition ? Le traitement moral, l'éducation n'existent pas ; car la souffrance ne saurait inoculer dans une organisation gangrenée de vice, le désir de bien faire pour l'amour seu

l'autre? Quel est celui qui réclame la priorité? Je ne saurais résoudre ces questions pour tous les cas, et je pense qu'il faut les abandonner au jugement de l'opérateur, et lui permettre ici de faciles tâtonnemens dans chaque circonstance particulière.

J'ai dit dans un autre endroit (GAZ. DES HÔPIT., du 26 oct. 1839), en traçant les caractères distinctifs de la médecine et de la chirurgie, que celle-ci relève entièrement des lois de la mécanique, et qu'un habile mécanicien pourrait, même *sans être opérateur*, en tracer les règles immuables (1). Voyons, par exemple, ce qu'il devra nécessairement proposer, pour ce qui concerne en particulier la réduction des membres déboîtés. Après s'être assuré de la manière la plus positive que les muscles SEULS sont cause des obstacles à la rentrée de l'os et des efforts qu'on est obligé de faire pour le réduire, l'attention de cet artiste ou de ce simple artisan se portera exclusivement sur tout ce qui sera capable d'annihiler ou du moins d'affaiblir le plus possible cette résistance opiniâtre et fâcheuse. Probablement qu'il ne connaît pas le dogme sacramentel dont nous sommes si fiers: *sublatâ causâ tollitur effectus;* c'est égal, il fera mieux que de le répéter comme un perroquet, et *son gros bon sens* le portera de toute nécessité à rechercher les meilleurs moyens de vaincre cette résistance, et il les conseillera *avant tout et pour tous les cas.* « Dès que vous vous serez rendu maître de cette puissance ennemie, dira-t-il avec assurance au chirurgien, vous n'aurez plus qu'à diriger l'os vers sa place, en tirant tant soit peu sur le membre même, en le ramenant en même temps et de force à sa bonne direction et en faisant tourner la tête de manière à la rapprocher de son *trou;* vous verrez alors qu'elle y glissera presque sans bruit. »

La question de la réduction des membres luxés, en la rapportant à l'état de la puissance musculaire, peut donc être jugée *à priori*, puisqu'il n'existe aucun motif raisonnable de recourir à une autre intervention quelconque, pour expliquer ce qui se passe dans cette opération. Mais l'observation journalière et les expériences directes sur le cadavre, ne laissent plus aucun doute sur le rôle important que jouent les muscles dans cet acte, et sur la nécessité d'en paralyser l'action. Ainsi, tous les états où prédomine la faiblesse musculaire, favorisent singulièrement la réduction des fractures: l'âge avancé ou tendre, l'ivresse, l'évanouissement, la paralysie, l'asphyxie, la mort sont dans ce cas. Oui la *mort!* et on a eu tort, en faisant à ce sujet des expériences cadavériques, de ne pas être frappé de l'extrême facilité qu'on éprouve à réduire une luxation artificielle, et de négliger les moyens de faire taire, dans cette occasion, la fâcheuse influence des muscles *vivans.* Il semble qu'on ait pris plaisir au contraire à l'exciter et à la braver, par des extensions *inconsidérées*, pour ne pas dire plus, à l'attaquer de front et avec violence, plutôt qu'à la calmer, l'adoucir; à brusquer ces difficultés au lieu de les éviter et tourner.

Tels sont les motifs en faveur des flexions pour la réduction des membres luxés, motifs basés (on ne saurait trop le redire) sur les connaissances anatomiques, physiologiques et mécaniques, ainsi que sur la logique du gros bon sens. Mais cela peut-il suffire, et les données les mieux déduites, *à priori*, les plus en rapport avec la saine raison, sont-elles capables de porter la conviction dans les esprits?

Sont-elles faites du moins pour ébranler la foi en des pratiques routinières, et pour engager les hommes de l'art à quelque essai, à quelques tentatives d'imitation? Cela devrait être, mais cela n'est pas en général; et je pourrais, sur ce point, avancer des preuves irréfragables et assez peu édifiantes. Eh bien donc! citons, puisqu'on en vent, des faits pratiques et des observations en abondances; et accumulons, en faveur des ames sceptiques et timorées, force cas cliniques qui militent pour mes principes.

A vrai dire cependant, les observations multipliées et détaillées, *sur un même fait*, ne sont de mise que pour ce qui concerne la médecine proprement dite, et nullement pour ce qui regarde la chirurgie. La première, en effet, comme science d'observation et d'empirisme éclairé, ne vit que de *faits*, et ils ne peuvent prendre rang que parmi ceux qui font lois, et ne sont incontestables qu'après avoir été tournés, retournés et examinés cent fois, et sous toutes leurs faces. C'est pour avoir négligé ce précepte SALUTAIRE, pour s'être laissé aller à des convictions et à des conclusions intempestives; c'est pour avoir brusqué les explications et les théories, que les médecins de tous les temps, de tous les lieux et de toutes les catégories, ont accumulé systèmes sur systèmes, et qu'ils ont, par ces imprudentes précipitations, presque porté atteinte à la dignité de leur ministère, ébranlé la confiance qu'il mérite, et remis en question son utilité humanitaire.

Quelle différence pour ce qui appartient à la chirurgie! Un *seul fait*, bien et dûment déduit, peut faire règle dans cette partie, et ne laisser aucun doute sur les résultats pratiques qu'il tend à mettre en lumière et à établir irrévocablement. Pourquoi? Parce que ce fait sera basé tout à la fois: 1° sur d'autres que notre raison éclairée admet sans répugnance et qui tombent sous nos sens; 2° sur les notions *certaines* que nous avons de la structure et de la vie du corps humain; et 3° sur les sciences exactes. C'est avec cette pierre de touche de tout bon procédé chirurgical; c'est sur ce trépied, sur ce triple piédestal que nous devons construire nos moyens et établir nos procédés en chirurgie. Ils y brilleront d'une vive lumière, et nous n'aurons pas besoin, pour en faire connaître toute la portée, de les présenter et représenter indéfiniment chaque jour et sous des phases qui, au lieu d'être nouvelles, se trouveront toujours parfaitement identiques.

Voici donc, puisqu'on le vent et que les traditions routinières l'exigent ainsi, voici des argumens tirés du plus pur empirisme *chirurgical*, et qui pourront corroborer tout ce que je viens de dire au sujet du traitement des luxations:

1° Petit, Kirchland, Pouteau, Anderson, Vermendois, Parea, Olto (au dire du Dictionnaire de chirurgie de Richter), ont aperçu, en faveur des muscles, l'utilité des flexions, et en ont fait quelque usage pour réduire certaines luxations fémorales;

2° Un très grand nombre de praticiens, cités dans la GAZETTE MÉDICALE, ont eu le mérite d'un succès complet, en recourant également aux doubles flexions;

3° Ast. Cooper et le docteur Kluge sont allés encore plus loin et ont presque atteint le but;

4° M. Lisfranc a de même parfaitement saisi les indications que pré-

(1) Quoique l'auteur de cet article puisse facilement porter la responsabilité de ses idées, nous ne pouvons laisser passer sans opposition une énormité comme celle-là. C'est avec de pareilles maximes qu'on encourage les esprits superficiels à déflorer toutes les questions et à perpétuer le provisoire de la science. (N. DU R.)

---

de la moralité. Pour arriver à cette régénération, il faut surtout instruire, enseigner et conduire l'intelligence à adopter la loi que peut-être elle avait toujours méconnue; et il ne faut pas que la sévérité du régime et l'imminence de la maladie affaiblissent ou détruisent les forces physiologiques, à tel point que la digestion de l'enseignement, si l'on peut ainsi dire, devienne une impossibilité.

M. Moreau aurait encore appris (toujours dans l'hypothèse d'un plus grand exercice des facultés réflectives de l'Académie), que le médecin n'est pas seulement apte à traiter un malade, à indiquer une pratique d'hygiène, et par conséquent, qu'il lui appartient de graviter dans une sphère d'un bien autre développement. Et certes, pour peu que les auteurs du rapport académique s'en fussent donné la peine, M. l'inspecteur des prisons eût reconnu bientôt que pour assigner le dégré d'énergie vitale du détenu, pour régler sur cette base la dose des privations, des souffrances du régime; pour asseoir sur les données du tempérament, de l'éducation première, les espérances de la future éducation du condamné, et en déduire les moyens les plus simples de lui faire accepter les règles de cette loi nouvelle, il eût reconnu bientôt, disons-nous, que le médecin est compétent, et que sans les lumières de la médecine, on doit être évidemment très mauvais juge en pareille matière. Une fois que M. l'inspecteur des prisons de France eût adopté comme incontestables toutes ces vérités, il se fût probablement avoué à lui-même que si les médecins savent faire la différence des tempéramens individuels, ils savent faire aussi celle des tempéramens nationaux, et que pour établir tel système pénitentiaire dans un pays déterminé, leur connaissance du sol, des lieux et surtout des hommes, leur donne l'avantage sur tous ces théoriciens qui respectent avant tout la virginale intégrité de leur formule. En y songeant un peu, M. Moreau eût peut-être découvert alors que le tempérament français a une prédominance d'irritabilité très considérable; que l'imagination est, dans l'abstraction, le principal trait de physionomie de ce tempérament; que le système de Philadelphie, s'il était nationalisé en France, déterminerait par conséquent des aliénations en plus grand nombre que dans les pénitenciers américains; enfin, que le chiffre de la mortalité générale s'élèverait d'autant plus dans notre pays, que le régime alimentaire des prisons est très peu nourrissant, relativement à celui qui est en usage dans les lieux de détention de l'autre hémisphère.

Or, toutes ces déductions sont tellement liées les unes aux autres, tellement vraies en principe comme en fait, que l'administration aurait peut-être modifié tes doctrines, et le gouvernement médité avec plus de fruit sur le mode d'organisation de nos pénitenciers, si l'Académie avait publié un rapport qui eût mis en évidence de telles doctrines, ou même si une discussion solennelle eût travaillé la question avec le même zèle qu'on a su mettre dernièrement, à la mémorable discussion sur l'organe de la parole. Mais, la docte assemblée n'a pas cru devoir se donner cette mission; elle a cru plutôt que les médecins devaient s'effacer devant les gens de l'administration et les hommes de la théorie. Ainsi, sans réduire tout cela à une étroite affaire d'amour-propre, un grand problème d'utilité générale, d'avenir social, est passé inaperçu sous l'ombre d'un vote favorable devant le nombreux aréopage de la rue de Poitiers. Nous aurons donc le système américain à peu près dans sa pureté primitive, si l'Académie ne songe pas à revenir sur le passé, ou si des esprits nourris de médecine et de philophie n'entrent pas en champ clos, ou si l'instinct gouvernemental ne donne pas une autre direction aux penchans philadelphiques de M. Moreau et de ses disciples.

sente la réduction du fémur luxé, dans le cas très intéressant rapporté en novembre dernier par la REVUE MÉDICALE;

5° Enfin, je puis citer aussi quelques cas qui me sont propres, ainsi qu'à mon fils (1), de luxations de l'humérus, et trois déboitemens du fémur que j'ai réduits d'après mon procédé, depuis le mois d'août dernier, et avec la plus grande facilité. La première est consignée dans la GAZETTE MÉDICALE de la date ci-dessus, et la seconde a été communiquée; il y a près de six semaines, à la GAZETTE DES HOPITAUX, qui en fera probablement usage. L'une et l'autre étaient en haut et en arrière, dataient de dix jours et avaient résisté à plusieurs tentatives de réduction.

Il me reste à rendre compte de la troisième, qui est la plus intéressante, et qui me fournira l'occasion de revenir sur quelques particularités de mon mode de faire : elle a été recueillie, en peu de mots, par M. le docteur Sécretan, interne à l'hôpital.

OBS. — Daniel Champond, charpentier, âgé de 56 ans, d'une constitution athlétique, portait un sac de farine du poids de 50 kilog. sur une hotte, lorsque, voulant enjamber un fossé, la jambe droite glissa en avant, et le membre abdominal gauche, par une extension forcée sur le bassin, s'appliqua tout entier derrière le dos, qui vint aussitôt toucher le sol. Cet homme se trouva donc couché par terre, les deux jambes écartées en sens contraire, la droite en avant, la gauche tellement en arrière que le pied venait passer sur l'épaule correspondante.

Il appela à son secours, et des ouvriers qui passaient le voyant dans une posture aussi étrange crurent que le plaignant faisait quelque espièglerie, et lui dirent : *Allons! Champoud, ne fais pas le fou!* Mais ils ne tardèrent pas à s'apercevoir de leur méprise, et le malheureux fut conduit à l'hôpital cantonnal, où il arriva deux heures après l'accident, le 12 décembre 1839.

La cuisse gauche est raccourcie d'un pouce; le genou et la pointe du pied sont tournés en dehors, à peu près comme dans la fracture du col; la cuisse présente une sorte d'aplatissement à la partie supérieure de sa face externe; le grand trochanter est éloigné de deux pouces seulement de l'épine iliaque antérieure et supérieure; mais ce qui frappe le plus et ce que le malade lui-même s'empresse de faire remarquer, c'est la tumeur arrondie que la tête du fémur forme en dehors des vaisseaux fémoraux : *L'os de ma cuisse est là*, disait Champoud, en portant la main au-dessus du pli de l'aine. A ces signes il est impossible de méconnaître une luxation de la tête du fémur en avant, en haut et sur la branche horisontale du pubis, à peu près sur *l'éminence pectinée.*

M. Mayor, appelé aussitôt et accompagné du docteur Pellis, procède sur le champ à la réduction de la manière suivante : le malade est couché sur un matelas étendu sur le plancher; la tête et le tronc sont élevés et soutenus par des coussins; un drap plié en cravate et en nœud coulant est placé au-dessus du genon, et ses chefs réunis sont confiés à des aides chargés de tirer sur le membre; M. Pellis et moi avons mission d'appuyer fortement sur le bassin, afin de l'empêcher de suivre les tractions opérées sur la cuisse.

Les choses étant ainsi disposées, M. Mayor fléchit fortement la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse; puis, plaçant ses deux mains sous le jarret, il cherche à augmenter les flexions et à faire exécuter en même temps des mouvemens variés au fémur. La réduction ne se faisait pas, et la tête du fémur paraissant inébranlable, M. Mayor fait, au bout de deux minutes, cesser toute manœuvre, ordonne une abondante saignée, et qu'on prépare le moufle (2). Il profite de ce répit pour se placer près d'un squelette, afin, dit-il, d'avoir une idée bien nette de l'état des choses et de se rendre mieux raison des manœuvres les plus rationnelles à exécuter. Il pense d'abord que, préalablement à la réduction de cette tête, il importe de l'ébranler plus ou moins ou de la détacher un peu de la place où elle paraît si solidement fixée. L'action régulière, graduelle, prolongée et énergique des poulies aura probablement ce premier résultat. Mais que faire ensuite? La cuisse étant dans l'abduction la première idée qui se présente, c'est de la ramener en sens inverse; et si la tête ne cède pas, de chercher à la dégager en faisant tourner le fémur sur son axe et de dehors en dedans. Du reste, M. Mayor se remit à l'œuvre, en s'abandonnant, disait-il, à l'éventualité de quelque heureux mouvement instinctif et de circonstance.

Nous nous retrouvons bientôt vis-à-vis du malade et dans la même situation où nous l'avions laissé lors des premières et infructueuses tentatives de réduction. Il n'y a de changé que l'application du moufle et celle d'un drap plié en cravante, dont le plein est placé derrière les omoplates, les chefs étant ramenés en avant sous les aisselles et fixés à une traverse solide, afin de retenir le corps tout entier. On comprend la position si l'on se rappelle que Champond est comme assis sur un matelas, et que M. Mayor a eu l'attention de faire placer à une certaine élévation le point fixe qui sert d'appui à la puissance des poulies mouflées.

Celles-ci étaient en pleine activité depuis quelques secondes, et chacun faisait son devoir, lorsque M. Mayor s'aperçut, dit-il, que la jambe, qui pendait derrière la cuisse, représentait exactement la *manivelle du fémur*, et qu'elle était admirablement placée pour faire tourner cet os sur son axe. Ce trait de lumière lui suffit, et saisissant aussitôt cette jambe, au-dessus des malléoles, avec la main droite, il porte la gauche sur le genou. Cette dernière, il la destine à pousser, en dedans et dans l'adduction, l'extrémité inférieure du fémur portée dans l'abduction, pendant que la première, prenant la jambe pour une manivelle, imprime à la cuisse un vigoureux mouvement de rotation de dedans en dehors, en portant le pied également de dedans en dehors. On conçoit bien vite quel effet un levier aussi puissant peut produire, et on ne s'étonnera pas que la réduction de la tête fémorale en ait été la suite immédiate. Elle glissa, en effet, comme inaperçue et presque sans bruit dans sa cavité.

M. Mayor nous communiqua, le lendemain matin, quelques réflexions au sujet de ce cas. Les luxations du fémur sont, dit-il, des accidens rares; il n'en a rencontré que douze à quatorze dans sa longue pratique. En voilà cependant trois qui nous arrivent dans l'espace de cent jours; il n'a vu qu'une seule fois, avec son père, il y a cinquante ans, celle qui nous a occupé la veille, et elle ne put être réduite, malgré les efforts *horribles* et trop souvent réitérés d'un grand nombre de praticiens distingués. Mais l'on avait à faire à un petit homme résolu et qui n'entendait pas rester estropié. *Saprebleu!* s'écriait-il au milieu des tortures extensives et contre-extensives qu'on lui faisait subir sans aucun résultat, *attelez donc ma jument si vous n'en pouvez pas venir à bout*. Son grand courage devait lui réserver un meilleur sort; il est resté boiteux, le pied tourné en dehors et la cuisse dans l'abduction.

Après avoir reproduit et examiné cette même luxation sur un squelette, nous nous rendîmes avec M. Mayor auprès d'un cadavre, dont je venais de préparer les muscles de la cuisse. Là, je luxai l'os fémoral, et j'en dirigeai la tête forcément vers le lieu qu'avait occupé celle du fémur de Champoud. Alors, M. Mayor nous expliqua mieux encore le procédé dont il s'était servi pour réduire ce dernier; et nous vîmes clairement, en effet, que cette manœuvre devait réussir. Mais il ajouta : qu'elle aurait eu un plein succès, dès les premières tentatives de réduction qu'il fit, s'il eût eu l'heureuse idée, la présence d'esprit de faire pivoter le fémur sur son axe, au moyen de la jambe, et de forcer de cette manière la tête à rouler sur le pubis comme une boule, et à se porter vers sa cavité. Nous répétâmes, en effet, cette manœuvre plusieurs fois et toujours elle réussit au-delà de nos espérances.

Mais aussi, quelle ne fut pas notre surprise à tous, lorsqu'après de très nombreuses luxations et réductions artificielles en tous sens, nous replaçâmes encore une fois la tête fémorale comme elle était chez Champond! Eh bien! nous ne pûmes pas la réduire, parce que nous voulûmes le faire *en tirant directement sur le membre, la cuisse et la jambe étant mises dans l'extension parfaite.*

(1) Il a, entre autres, réduit une luxation de l'humérus avec une étonnante facilité et rapidité, en faisant tirer sur le coude et en poussant au fond de l'aisselle le bout d'un manche à balai.

(2) L'idée du levier avec un simple bâton ne lui vint qu'après cette réduction, en cherchant comment il pourrait suppléer le moufle dont l'application n'est ni commode, ni toujours facile.

Toutefois, il est impossible que les principes dont nous avons énuméré la série restent sans fécondité. Il y a loin sans doute de la théorie à la pratique. Mais quand la théorie est la formule exacte du fait, elle n'égare pas; au contraire, elle guide. Ainsi donc, nous pouvons déjà jeter quelques bases de ce système pénitentiaire, tel qu'il le faudrait peut-être, pour que la répression s'harmoniât le plus possible avec l'éducation. Il faut, avons-nous dit, punir dans les limites que permet le tempérament individuel; il faut, avons-nous dit encore, que le criminel soit étudié dans son caractère, dans ses antécédens, pour régler là-dessus, et les limites de la punition corporelle et la direction spéciale qui doit être imprimée à l'enseignement moralisateur. Sans doute tout, ceci demande une grande surveillance, une activité de tous les momens, et par conséquent presque une armée d'employés. C'est possible; mais voyez la règle qui dirige les hôpitaux. Il y a là une corporation religieuse qui agit par les services physiques et les consolations morales; il y a là des prêtres; il y a là surtout des médecins, qui s'emparent du malade dès son entrée, et l'étudient dans son passé pour le bien connaître dans le présent, afin d'établir sur ces données les bases du traitement et les probabilités de la guérison. En adoptant ce qui est bon dans ces pénitenciers des maladies physiques, on ne considérerait pas la cellule comme un élément de traitement qui ne doit varier pour personne, le mutisme, comme un système exclusif que tout le personnel des condamnés doit accepter, quelle que soit la nation, quels que soient les individus, parce que le médecin jouirait du libre arbitre de son savoir et de sa conscience, et que ses ordonnances ne seraient pas réglementées par les hommes de l'administration. En appliquant aux pénitenciers la règle des hospices, on donnerait au prêtre un rôle plus actif, plus continu; et pour l'aider dans ses fonctions, on jetterait dans ces monastères du vice, des colonies religieuses dont les membres pourraient montrer, nous n'en doutons pas, le beau dévouement qu'on admire partout chez les sœurs de charité. Or une fois que le traitement aurait fait assez de progrès, pour ne pas craindre d'ouvrir au prisonnier le lazaret de la cellule, qu'il n'y aurait plus à redouter que celui-ci apportât à ses co-détenus ou reçût d'eux le virus de la contagion, ne serait-il pas utile de laisser communiquer entre eux, quelques-uns de ces convalescens du crime, de manière que le plus avancé dans la voie de l'éducation morale pût régenter cette petite école mutuelle, et lui servir à la fois de guide et de surveillant? Avec un tel système, l'échelle du crime à la moralité serait franchie par un plus grand nombre, et tant de morts ou d'incurables n'en encombreraient pas les premiers échelons.

Mais, il ne s'agit pas seulement de formuler; la formule est une lettre morte quand l'application ne vient pas en compléter le but. Que des hommes haut placés dans la hiérarchie de la science, se mettent donc à l'œuvre; car le temps presse, puisque le pouvoir va répéter l'ovation académique, en couronnant une seconde fois dans les chambres, l'œuvre de M. Christophe Moreau.

ED. CARRIÈRE.

Nous ne pûmes la faire ni descendre, ni pivoter dans cette situation, et cependant les muscles étaient ceux d'un vieillard infiltré et mort à la suite d'un cancer abdominal; et nous venions de les tirailler de toute manière, et même d'en rompre quelques-uns. On comprend que ce fait fut une bonne fortune pour M. Mayor, et qu'il en profita pour éclairer et étayer, toujours plus, sa manière de voir particulière sur ce point de thérapeutique chirurgicale.

On voit donc ici que, *même sur le cadavre*, le relâchement musculaire a une très grande portée, et qu'il importe d'y avoir égard lorsque, comme M. Bonnet, de Lyon, on fait des expériences *sur des corps morts*, pour apprécier la valeur des procédés opératoires au sujet des fractures fémorales. C'est, du reste, un fait que des *essais comparatifs*, repétés par M. Mayor, et auxquels j'ai concouru, ont pleinement démontré, à savoir : que le retrait du fragment inférieur, après avoir scié le fémur, est moins considérable, si le membre est fléchi que s'il est étendu, et surtout que le dynamomètre indique, dans la double flexion de ce membre, une somme moins considérable d'efforts, pour ramener et maintenir les fragmens, que si la cuisse et la jambe sont mises dans l'extension parfaite; et quel est l'homme de bon sens qui pourrait en douter?

Toutes ces réflexions et observations, quelque multipliées et bien faites qu'on veuille les supposer, ne peuvent avoir de résultats scientifiques solides, permanens et heureux, qu'autant qu'on les rattachera AU PRINCIPE ÉTERNEL ET VRAI dont elles émanent, et qu'elles serviront à corroborer celui-ci, en lui assignant la place qu'il doit occuper dans l'édifice chirurgical. Aussi, et dans l'espèce, les hommes de l'art qui ont eu l'heureux instinct ou la bonne idée de secouer le joug de l'extension, pour recourir, ne fût-ce que momentanément, à la flexion, ont donc eu le tort de ne pas déduire les *motifs* qui ont amené leurs succès et décidé leurs convictions, et de négliger de remonter aux causes anatomiques, physiologiques et physiques qui doivent nécessairement assurer le triomphe sur l'état pathologique en question. S'ils l'eussent fait, leurs noms ne figureraient plus parmi ceux des empiriques, et nous serions, dès longtemps et *pour toujours*, dans la bonne voie. Mais s'ils l'ont fait, leurs contemporains et leurs successeurs ont eu le tort, plus grand et plus impardonnable encore, de ne pas suivre ces inspirations du génie, et de n'en avoir tenu aucun compte. Aussi, voyez les recueils les plus récens; lisez les auteurs les plus modernes; écoutez ceux-là même qui se piquent d'être à la tête des hommes qui s'occupent spécialement de la thérapeutique des luxations; et vous serez peiné de vous convaincre qu'ils restent fidèles, tous, aux traditions les plus vieilles et les plus sottes ! Mais que penser, maintenant, du procédé de Mothe, qui semble être la plus sanglante critique de tout ce que je viens d'établir ? Je dirai : 1° qu'il n'est pas, à beaucoup près, applicable à tous les cas; 2° que, dans le succès même, il se présente entouré de graves difficultés; 2° que s'il tend davantage les muscles fléchisseurs du bras, en revanche, il ne les raccourcit pas, en les comprimant violemment sous l'aisselle, ainsi que cela a lieu par la contre-extension ordinaire; 4° qu'il relâche au moins le biceps par la flexion de l'avant-bras; 5° qu'en pressant fortement sur l'omoplate, et en écartant et refoulant cet os loin de la tête de l'humérus, il change, du tout au tout, les rapports des deux os entre eux, et qu'il favorise, par ce simple dégagement, quelques mouvemens ou certaines manœuvres propres à rendre la réduction plus facile; 6° qu'on peut, par conséquent, expliquer très bien comment il a pu réussir et devra réussir encore.

Chacun sait, du reste, qu'on peut amputer une cuisse avec de très mauvais instrumens et par des procédés plus détestables encore. Voudrait-on, par hasard, en prendre acte pour préconiser de pareils moyens? Il en est de même des appareils pour les fractures de la clavicule. Mais il s'agit ici tout à la fois d'une question de *principe* et d'*application*, et de savoir, par conséquent, lequel du procédé de Mothe ou du mien est le plus conforme à la raison chirurgicale, et offre le plus de garanties pratiques, *dans tous les cas donnés*.

Admettre donc le procédé de Mothe en PRINCIPE, c'est évidemment violer *tous* les principes, sacrifier à l'aveugle routine, et renoncer à prendre pour guides la science et la raison. A quoi vous servent, s'il vous plaît, vos profondes connaissances en anatomie, en physiologie et en physique, si, au moment même où vous avez besoin d'en faire la plus légère et la plus facile application à votre art, *à l'art de guérir*, vous les répudiez étourdiment, pour encenser un empirisme grossier, et courir après *des qualités occultes*? On pardonnerait à peine une semblable conduite aux hommes les plus vulgaires ! Mais quand on voit un Dupuytren suivre un pareil torrent, on ne peut que gémir sur les faiblesses de l'esprit humain. (Voyez les LEÇONS ORALES de ce grand chirurgien, à l'article *Luxations de l'humérus*.)

La manière des Anglais est bien autrement préférable que celle de Mothe, et la preuve, c'est que, nous assure-t-on, les deux tiers des luxations de l'humérus sont, en Angleterre, réduites par ce simple procédé et pour ainsi dire par des personnes étrangères à l'art de guérir. Il consiste, comme on sait, à se coucher à côté du malade et en sens inverse de celui-ci, puis à tirer sur le poignet, pendant qu'on repousse l'omoplate avec le pied porté sous l'aisselle.

Ce mode est en effet rationnel et se rapprocherait assez de la perfection, sans les quatre défauts ou petits inconvéniens que voici :

1° Il comprime les tendons sous-axilliaires du pectoral et du très large du dos;

2° Il tire aveuglément sur le poignet et non pas sur le coude, au moyen d'un simple mouchoir plié en cravate et formant un nœud coulant;

3° Il ne fléchit pas l'avant-bras;

Et 4° Il est par conséquent privé de ce puissant *gouvernail* en équerre propre à guider sûrement et facilement la tête disloquée dans la place qui lui revient.

Je ne vois pas trop, du reste, la grande nécessité pour l'opérateur, de s'étendre tout de son long à côté du blessé, et si je conçois qu'il est bien libre de prendre une semblable posture, je ne la crois pas positivement de rigueur, alors même qu'on se verrait privé de l'assistance d'un seul aide.

Il faut pourtant et avant tout être juste; et, malgré les détails de ce procédé, que j'extrait de l'article *Luxation du bras* du DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES, par M. Sédillot, je crois que ce mode de faire appartient plutôt aux *Gentlemen* qu'à A. Cooper lui-même; car, dans son ouvrage, on voit distinctement que l'avant-bras est fléchi et qu'il fait tirer sur le coude.

Je n'aurais donc d'autres reproches à adresser à ce procédé de réduction que ceux qui concernent la pression sous-axilliaire, et l'oubli complet de l'usage qu'on peut et doit faire de l'avant-bras en qualité de *manivelle* et de *gouvernail*, reproches dont il est facile de se corriger, car il suffit d'en indiquer les motifs.

Si l'on trouve que j'ai raison dans cette critique; si je puis signaler des imperfections que de plus habiles que moi n'aperçoivent pas; et si je suis en mesure de les faire ressortir d'une manière aussi claire que précise, d'où cela peut-il provenir ? De ce que j'ai *en horreur* la routine, et que j'aime à me laisser guider par des PRINCIPES. Eux seuls, en effet, peuvent faire rouler le char de la science et assurer sa marche. Le croira-t-on cependant ? Ce genre n'est propre à me faire ni des soutiens, ni des prôneurs, car il froisse trop de susceptibilités et d'amours-propres de toute espèce. J'en suis assez fâché, mais..... *Magis amica veritas!* Or, je comprends par ces trois mots, trois choses essentielles : *les jeunes praticiens, les élèves et l'humanité* !

Un mot sur les *luxations anciennes*. Soit qu'elles aient été méconnues ou réputées irréductibles, elles pourront être attaquées avec plus de chances de succès qu'auparavant, si l'on a recours à mon procédé. Les doubles flexions et la manivelle qu'on met par là à sa disposition, permettront de *forcer considérablement* certains mouvemens préliminaires d'abduction, d'adduction et de rotation; de rompre par conséquent par ces puissans moyens les adhérences qui auraient pu se former; de produire de la sorte une véritable luxation de la pseudarthrose; et de ramener et fixer la tête de l'os, ainsi déboîtée, dans une position plus conforme aux vœux de la nature.

Quel est le chirurgien qui pourrait apercevoir des inconvéniens à de pareilles manœuvres, surtout lorsqu'il y serait encouragé, non seulement par l'assentiment du malheureux estropié, mais encore par ses instantes sollicitations? L'opérateur tentera donc d'abord quelques efforts plus ou moins violens, et propres à produire une luxation préalable de l'os; et il se ménagera par là les moyens de le ramener ensuite à sa position normale et de l'y maintenir.

Mais quel est le terme où il faudra borner ces efforts de dislocation, de destruction et de reconstruction articulaires? S'il est difficile de l'assigner, on devra convenir du moins qu'il sera à coup sûr plus éloigné, maintenant que celui auquel on avait cru devoir s'arrêter jusqu'ici.

Voici donc la formule que je crois pouvoir indiquer pour ce qui concerne la réduction des os principaux des extrémités, tant supérieures qu'inférieures.

Fléchir d'abord les articulations, afin de relâcher les muscles les plus importans; puis *fixer* solidement l'os où se trouve la cavité articulaire; *tirer* ensuite sur l'extrémité inférieure de l'os luxé, soit avec les mains seules, soit au moyen d'un lac et d'un simple levier du premier genre; faire exécuter enfin des *mouvemens convenables* d'abduction, d'adduction et de rotation, de manière à rendre au membre déboîté sa forme et sa direction naturelles, et à l'os lui-même sa position normale.

Cette formule résume d'ailleurs tout ce que j'ai voulu proposer et prouver dans ce mince travail.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier de décembre 1839 renferme les mémoires originaux suivans: 1° *Recherches et observations sur la nature du diabète et principalement sur la formation du sucre dans cette maladie*; par M. Polli (2e art.); 2° *Histoire de deux cas pathologiques*; par M. Gallardi.

Il s'agit dans le premier d'une angine de poitrine; le malade, âgé de 40 ans, succomba à une rupture de l'artère coronaire droite. Après avoir présenté des symptômes graves qui motivèrent une médication active (sangsues, vésicatoires), il mourut subitement. Le péricarde était énormément distendu par une grande quantité de sérosité rougeâtre, de caillots sanguins; il existait une déchirure de deux lignes de longueur, à l'artère coronaire; un grand nombre de plaques ossiformes sur son trajet et dans les parois de l'aorte.

Le second cas est relatif à un homme de 42 ans; il succomba au bout de trois mois de maladie, après avoir offert les signes rationnels et physiques d'une pleurésie; on trouva dans le côté gauche de la poitrine une tumeur cérébriforme qui en remplissait presque toute la capacité après avoir considérablement refoulé le poumon.

II. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les fascicules de juillet, août, septembre et octobre 1839, contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Cas grave de fièvre tierce pernicieuse, compliquée de gastro-entéro-colite dyssentérique*; par M. Remi; 2° *Sur la nature de l'hyperkeratose, et sur une nouvelle méthode opératoire pour la guérir*; par le docteur Fario; 3° *Sur l'influence des préjugés dans la pratique des opérations chirurgicales*; par le docteur Signoroni, professeur de chirurgie dans l'université de Padoue (ces considérations sont émises par l'auteur à propos d'une section heureusement pratiquée des tendons fléchisseurs de la cuisse dans un cas d'ankylose du genou); 4° *De l'importance des études phrénologiques*; par M. Canciani; 5° *Cas pratiques concernant l'action du sulfate de quinine*; par M. le docteur Dalla-Porta; 6° *Observation pratique prouvant l'action du quinquina*; par le docteur Mendini; 7° *Observation d'atrésie utérine opérée avec succès par M. Fr. Da-Camin*; par M. Zennaro; 8° *Sur les propriétés thérapeutiques de l'eau de St-Pellegrin dans les affections calculeuses de la vessie et des reins*; 9° *Considérations sur l'artériasis chronique, ou artéro-lythiasis*; par M. Aslon (1er article); 10° *Sur un nouveau couteau de forme olivaire, etc.*; par M. Da-Camin; 11° *Notice médico-statistique sur les eaux minérales de la province de Venise*; par M. Nardo; 12° *De la combinaison de la quinine pure avec l'huile essentielle d'anis*; par le docteur Ronhi.

DE LA NATURE DE L'HYPERKERATOSE, ET D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE; par le docteur FARIO.

L'auteur, après avoir longuement exposé les opérations des auteurs sur la nature du staphylôme pellucide de la cornée, propose l'opération suivante, qu'il a trois fois exécutée avec succès: à l'aide d'un keratotome à deux tranchans, il incise dans l'étendue de deux lignes toute l'épaisseur de la cornée, à la portion externe de sa circonférence, pénétrant avec la pointe du kératotome dans la chambre antérieure; la réduction de cette première incision est de haut en bas et de dedans en dehors. Une autre incision vient rencontrer celle-ci à angle, en bas et en dehors, formant ainsi un lambeau triangulaire ou en V. Alors le sommet du V est coupé avec des ciseaux, de manière à pratiquer dans la cornée une déperdition de substance, qui donne incessamment passage à l'humeur aqueuse. L'œil est tenu fermé à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives; le malade est condamné à l'obscurité pendant huit jours. Après ce temps, l'humeur aqueuse ne s'écoulait plus, la cicatrice était complète, et la cornée s'était affaissée visiblement.

Cette opération a été répétée jusqu'à trois fois chez le même malade, à plusieurs jours d'intervalle. Deux mois après la cornée était notablement aplatie, et la vue, d'abord tout à fait perdue, revenait au point qu'avec des verres légèrement bi-concaves, le malade distinguait des objets très ténus.

Chez une autre malade, on ne fit que deux fois l'opération; elle se contenta de l'amélioration obtenue.

Nous avons moins bien compris la théorie du docteur Fario sur l'essence pathologique du staphylôme pellucide de la cornée que la description de son opération; nous attendrons de nouveaux faits pour nous arrêter plus longuement sur la première.

NOTE SUR UN CAS D'ATRÉSIE UTÉRINE OPÉRÉE AVEC SUCCÈS; par le docteur DA-CAMIN.

OBS. — Une femme, âgée de 33 ans, d'une forte constitution, menstruée heureusement, eut deux accouchemens, et plus tard fut prise du choléra dont elle guérit. Les règles ne revinrent pas; aux symptômes qu'avait laissés après lui le choléra, se joignirent une douleur gravative à l'hypogastre, des nausées, des vomissemens, avec des mouvemens convulsifs. Dans les mois de février et mars 1837, ces symptômes avant pris encore plus d'intensité, on reconnut l'existence d'une tumeur au-dessus du pubis; le ventre augmenta dès lors progressivement de volume. Divers praticiens consultés à cette époque furent partagés d'opinion sur la nature de la tumeur, les uns pensant qu'il s'agissait d'une grossesse, les autres d'un amas de vers; ceux-ci soupçonnaient une congestion humorale dans les intestins; ceux-là un cancer, d'autres un fongus.

Divers remèdes furent prescrits sans aucune amélioration. Enfin, dans le mois de janvier 1838, le docteur Da-Camin fut appelé à voir la malade, et reconnut alors: un état de débilité générale; une soif ardente et continue, des nausées, des vomituritions et des vomissemens; en même temps il existait de la gêne et de l'irrégularité dans la respiration. La peau était sèche, la température normale abaissée; le pouls tremblant, filiforme et accéléré; l'amaigrissement était profond. Le ventre formait une saillie creusée dans le milieu, et avait le volume à peu près qu'il présente dans la grossesse au quatrième mois.... En explorant le vagin, on trouva une tumeur dure, hémisphérique, lisse, sèche et rénitente; et chose plus singulière, on ne reconnaissait plus ni col ni orifice utérin. Dans les accès développés sous l'influence de douleurs qui avaient leur point de départ dans l'utérus, la face se colorait, les carotides battaient avec force; grincement de dents, secousses convulsives, etc.

On s'arrêta dès lors à cette idée, que la rétention du sang menstruel dans la cavité de l'utérus et dans celle des trompes de Fallope, était le résultat de l'oblitération organique de l'orifice utérin due à une métrite chronique; et le diagnostic fut ainsi posé: atrésie utérine compliquée, suite de métrite, avec névropathie.

En conséquence un trois-quart ayant été enfoncé dans le point le plus saillant de la tumeur utérine par le canal vaginal, il s'écoula un sang épais et noirâtre, dont l'évacuation fut suivie d'une diminution notable du volume du ventre.

Cependant après un soulagement remarquable, suivi d'une guérison presque complète, qui dura environ trois mois, l'ouverture artificielle s'était fermée; le sang, dont la quantité allait en augmentant à chaque époque menstruelle, s'accumula de nouveau, et il fallut songer à une seconde opération. Le docteur Da-Camin se servit cette fois du lithotome double de Dupuytren; dès lors les règles s'écoulèrent facilement chaque mois, avec la précaution cependant de maintenir béante l'ouverture pratiquée. Cette fois, la guérison ne se démentit pas.

L'atrésie utérine lorsqu'elle donne naissance aux accidens dont on vient de lire la description, et lorsqu'elle réclame la ponction, est toujours ou presque toujours congénitale (bien entendu que nous ne parlons pas des oblitérations, suite de déchirures, de contusions du col pendant l'accouchement). Alors l'altération qu'on a à combattre rentre dans l'ordre des faits observés par Nonati, Smellie, Lauverjat, Sabatier, etc. Ou bien, par suite d'une mauvaise position de l'utérus, lorsque la rétroversion s'étant prolongée jusqu'au-delà du troisième, du quatrième mois, il est parfois impossible d'en opérer la réduction. Déjà conseillée par Hunter, la ponction de l'utérus, a été plusieurs fois mise en pratique avec succès par M. Jaurel, de Rouen; M. Viricel, M. Baynham (Velpeau, MÉD. OPÉR., T. III, p. 359).

L'oblitération dans le cas du docteur Da-Camin était complète; mais il serait à désirer que l'auteur eût fourni plus de détails sur la position de l'utérus; or sous ce rapport l'observation manque de données suffisantes.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les cahiers de décembre 1839 et janvier 1840 renferment les articles originaux suivans: 1° *De la fièvre typhoïde de Spinazzola*; par le docteur Agostiuacchio (sur 400 individus atteints de la maladie dans l'espace de six mois, il n'y eut que 27 morts. L'auteur se livre plutôt à des considérations théoriques qu'à l'exposé des faits. Il regarde la maladie comme contagieuse, etc.); 2° *Observation de tétanos*; par le docteur G. Soils (il s'agit d'un cas de tétanos spontané développé chez un jeune homme âgé de 15 ans; la maladie paraissait reconnaître pour cause le froid humide des nuits; sa marche fut lente: saignée, sangsues, opium, bains; vers le septième jour, on commença à donner 4 milligrammes de strychnine, qui fut portée les jours suivans à 1 centigramme; guérison vers le trentième jour. C'était un tétanos spontané, à marche chronique, double circonstance favorable aux heureux résultats d'un traitement fort complexe); 3° *D'un mélange de chaux et de savon comme spécifique local contre les an-*

thrax; par M. G. Guassamacchia (l'auteur, qui ne cite pas d'observation, regarde ce moyen comme propre à favoriser la chute des escarres, la détersion et la cicatrisation); *Histoire des maladies contagieuses* (suite); par le docteur R. Vinella; 5° *Sur les épidémies de variole actuelle*; 6° *Observation de nécrose des deux tiers supérieurs du tibia*; par M. Lacroce (la maladie s'était développée chez un enfant de 13 ans, en mars 1838; l'os frappé de mort se trouvait détaché complètement quatre mois après; on dilata les ouvertures fistuleuses des parties molles avec l'éponge préparée; puis on détacha une certaine étendue de l'os de nouvelle formation; en procédant ainsi, on put extraire un séquestre long de six travers de doigt environ, ayant sa base à la partie supérieure du côté du genou, son sommet dirigé vers le pied. A dater de cette époque, la sécrétion purulente diminua, l'enfant reprit des forces; il put marcher avec un talon plus haut que du côté sain, car il lui resta un raccourcissement qui, en définitive, ne se trouva que d'un pouce. L'extraction du séquestre eut lieu vers le septième mois environ, à dater de l'apparition des premiers symptômes d'ostéite; 7° *Utilité des incisions derrière les apophyses mastoïdes dans le typhus cérébral*; par le docteur André Salvatore; 8° *Des avantages de l'eau froide et de la glace dans les hémorragies; considérations nosologiques*; par le docteur Diégo Girone (rien de neuf); 9° *Opération de l'empyème pratiquée avec succès*; par M. D. Bruni; 10° *Opération de taille*; par M. B. Angrisani, chirurgien (il s'agit d'un gros calcul extrait par l'incision latéralisée chez un enfant de 12 ans. Il fallut briser la pierre avec les tenettes; le jeune malade guérit); 11° *Histoire d'une paraplégie*; par le docteur G. Spada (la maladie s'était développée chez un individu âgé de 20 ans, d'une forte constitution. Dans le principe, elle paraissait avoir un caractère rhumatismal, et offrit des phénomènes inflammatoires. Traitement antiphlogistique d'abord pour la période aiguë; quand il ne resta plus que la paraplégie, on donna la strychnine en commençant par 1 milligramme par jour, pour aller jusqu'à 7 centigrammes; ce traitement dura plus de quatre mois. Enfin, la sensibilité et les mouvemens reparurent; le malade guérit) (1).

SUR UNE OPÉRATION DE L'EMPYÈME; pratiquée par M. D. BRUNI, de Caccuri.

OBS. — Aug. Jodaro, âgé de 60 ans, gardeur de cochons, fut pris d'une pleuro-pneumonie aiguë, qui fut avantageusement combattue par un traitement antiphlogistique. Il retourna trop tôt à ses occupations, et éprouva bientôt une rechute. Cette fois encore, il fut assez heureux pour en guérir. Dans le mois de février 1839, le docteur Bruni, appelé pour la troisième fois auprès du malade, ne retrouva plus qu'un cadavre; la respiration était presque impossible, Jodaro était dans des angoisses inexprimables. On reconnut facilement la présence dans la cavité de la plèvre gauche d'une grande quantité de pus; l'opération de l'empyème fut arrêtée comme la seule ressource qui restait encore au malade; le docteur Bruni fit, avec le bistouri, une incision entre la sixième et la septième côtes; il s'écoula près de quinze livres de matière purulente; le malade retrouvait à mesure la facilité de respirer. Cet écoulement persista moins abondant pendant trois semaines; on avait eu soin de maintenir l'ouverture béante; bientôt on la laissa se fermer; le malade guérit complètement.

Il s'agit, dans le fait qu'on vient de lire, d'un cas très grave d'empyème, puisque le malade était âgé, considérablement affaibli par trois inflammations successives, et par le traitement antiphlogistique énergique qu'elles avaient nécessité. D'un autre côté, cette série de phlegmasies pleuro-pulmonaires et la persistance de l'épanchement dans la dernière devaient avoir considérablement affaissé le poumon du côté malade, d'où une difficulté extrême pour lui de reprendre ses rapports et son volume normal; à tous ces titres, le fait du docteur Bruni offre de l'intérêt.

IV. GIORNALE PER SERVICE AI PROGRESSI DELLA PATHOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Les numéros de mai et juin, juillet et août 1839 renferment: 1° *Un travail sur les métastases*; par M. Centono; 2° *L'histoire d'hémorragies multiples*; par M. Federigo; 3° *Note sur l'efficacité de l'indigo dans l'épilepsie*; par le docteur Podrecca; 4° *Observations cliniques*; par M. Broglia dal Persico; 5° *Observations théorico-pratiques sur le tétanos traumatique*; par M. Bellini; 6° *Un cas de dégénérescence cancéreuse de la vessie renversée et faisant partie d'une hernie*; par M. Mengaldo; 7° *De la constitution médicale observée à l'hôpital pendant le second et le troisième bimestre de l'année* 1839; 8° *Considérations anatomico-physiologiques sur quelques points de l'histoire des nerfs*; par M. Generali; 9° *Des fièvres intermittentes et de leur traitement par la quinine*; par M. Desiderio; 10° *Etudes thérapeutiques sur le sulfate de quinine*; par M. Nanis.

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE ET RENVERSEMENT DE LA VESSIE, COMPRISE DANS UNE HERNIE A TRAVERS LA LIGNE BLANCHE; par le docteur V. MENGALDO.

Malgré que l'observation suivante n'offre guère d'intérêt pratique, cependant comme l'altération anatomique qui en fait le sujet est assez rare, nous la ferons brièvement connaître.

OBS. — Perina Giurin entra le 12 avril 1840, à l'hôpital civil de Venise. Cette femme, âgée de 40 ans, d'une faible constitution, est réduite à un état avancé de cachexie. Elle présente une tumeur immédiatement au-dessus du pubis, de figure irrégulière, présentant l'apparence d'un fongus sanguin décomposé; molle dans quelques points; elle présente dans d'autres de la résistance, et répand une odeur particulière très fétide.

En même temps, il existe une autre tumeur à la vulve due à un renversement de matrice; cet organe est facilement reconnaissable; les règles sortent visiblement à travers son col.

Interrogée sur l'époque à laquelle ces deux maladies se développèrent, Perina dit qu'elle porte la première depuis sa naissance, et que la seconde s'est formée il y a douze ans, à la suite de fatigues et d'un effort pour lever un fardeau.

Un examen plus attentif fit reconnaître les jours suivans, dans la tumeur située au-dessus du pubis, une petite ouverture qui en occupait le centre, et qui semblait évidemment être l'orifice de l'urètre, car il s'en écoulait de l'urine.

Cependant la malade était en proie à une fièvre hectique, et réduite au marasme; malgré les remèdes internes les plus rationnels, elle succomba peu de jours après.

A l'autopsie on constata une hypertrophie notable des deux reins, une dilatation considérable des bassinets et des calices. La substance du rein droit présentait une dégénérescence cancéreuse; les uretères étaient tortueux et considérablement dilatés; le droit seul s'ouvrait à l'extérieur; à la surface de la tumeur, le gauche était fermé, se terminait dans l'épaisseur de la même tumeur qui se trouvait formée par la vessie urinaire, dégénérée en une substance en partie *squirrheuse* et en partie *carcinomateuse*.

L'écartement du pubis au niveau de la symphyse était considérable; c'était par là que s'était faite la hernie de la vessie, et que plus tard s'était produit facilement le prolapsus complet de l'utérus. Ce dernier organe est bicorne, séparé en deux cavités par une cloison médiane.

Il y avait donc eu primitivement atrophie de vessie; les caractères en sont évidens. Plus tard, sous l'influence des frottemens répétés, par suite du défaut de propreté, la tumeur s'enflamma chroniquement et subit la dégénérescence cancéreuse. Bientôt l'altération s'étendit aux reins. La chute de la matrice était venue compliquer encore l'affection primitive; les exemples de ces deux affections isolées ne sont pas très rares, mais leur réunion ne se voit que dans des cas fort exceptionnels. Au reste, le titre de l'observation pourrait induire en erreur; mieux vaut rattacher la maladie à sa véritable dénomination.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

OBSERVATION DE PIERRE ENKYSTÉE DANS LA VESSIE; par le docteur MARINO MARINI.

OBS.—Le sujet de cette observation est un jeune enfant de 3 ans, opéré le 15 octobre 1839, par M. Gajani. L'existence de la pierre avait été constatée à plusieurs reprises par plusieurs chirurgiens. Il y avait de fréquentes stranguries, l'amaigrissement était profond, tout indiquait la nécessité d'opérer de bonne heure. On fit choix de la méthode recto-vésicale, procédé de M. Sanson. La manœuvre ne présenta rien de particulier, si ce n'est que la veine périnéale transverse considérablement dilatée et légèrement déviée de sa position normale ayant été ouverte, il y eut un écoulement de sang plus abondant que de coutume; toutefois, on se rendit facilement maître de l'hémorragie. L'incision de la vessie terminée, il fut impossible, malgré les recherches les plus exactes, de trouver dans la vessie même un fragment de gravier. L'enfant fut reporté à son lit sans qu'on ait rien pu extraire; affaibli par de longues souffrances auxquelles vinrent s'ajouter celles de l'opération et celles nécessaires à la recherche du calcul, il mourut au bout de dix heures.

On trouva à l'autopsie un calcul arrondi, du volume d'une fève ordinaire, caché vers un des côtés de la prostate entre les plis de la tunique muqueuse de la vessie, et les fibres musculaires sous-jacentes. La pierre était entourée dans les deux tiers de son étendue par une fausse membrane qui semblait une production de la membrane villeuse elle-même, ou pour mieux dire un prolongement. La prostate était hypertrophiée, avait perdu sa couleur normale et acquis une grande consistance. Le canal de l'urètre était, dans ce point, considérablement induré, presque cartilagineux; toutefois il est bon d'ajouter que le cathétérisme avait toujours été facile.

(1) L'auteur renvoie au premier travail publié sur ce sujet par M. le professeur Fouquier: MÉMOIRE SUR L'USAGE DE LA NOIX VOMIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA PARALYSIE, voy. le BULLETIN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, vol. V, p. 2, 270 et 352.

Plus d'une circonstance intéressante mérite d'être signalée dans ce fait, et d'abord la position du calcul; la formation d'un kyste qui l'enveloppait presque en entier, devait rendre très difficile les recherches au moment de l'opération, et justifie presque l'impossibilité de le trouver. An reste, l'existence de ce kyste est un point qui a été souvent constaté et signalé; dans Covillard, dans Leblanc, Lecat, Deschamps, etc., on en trouve plusieurs exemples. Toutefois, cette disposition diffère essentiellement de la lésion sur laquelle nous avons appelé l'attention dans ces derniers temps. (V. Mémoire sur une altération speciale de la vessie, etc. (Archiv. de méd., avril 1839, et Gaz. Méd., même année, p. 327.)

Nous noterons encore l'induration cartilaginiforme du canal de l'urètre et l'hypertrophie de la prostate, si rare, comme on sait, chez les enfans. Le développement anormal d'une veine périnéale, et l'hémorragie qui en fut la conséquence méritent encore d'être signalés, non seulement comme fait extraordinaire à cet âge, mais encore comme disposition rare, même chez les adultes et chez les vieillards. Si, chez ces derniers, les hémorragies veineuses sont à craindre, c'est moins par le fait d'une lésion de branche veineuse considérable, que par suite de la section du plexus veineux vésico-prostatique considérablement développé. Si on eût préféré la taille périnéale latéralisée, aurait-on plus facilement découvert le calcul? Nous sommes portés à le croire dans l'espèce; mais c'aurait été fortuitement, et nous n'en ferons pas un argument contre la taille recto-vésicale qui, en principe, offre beaucoup moins d'avantage.

Reste enfin l'explication de la mort; il s'écoula peu de sang et l'inflammation n'eut pas le temps de se développer; mais l'enfant souffrait depuis plusieurs mois, il était amaigri et affaibli; l'opération fut longue, pénible, douloureuse, toutes circonstances qui, en exaltant au plus haut point l'irritabilité nerveuse, l'épuisent bien vite, et font périr les malades sans qu'aucune altération anatomique puisse expliquer la mort; ils succombent en quelque sorte *par sidération*. Nous avons rapporté ailleurs un fait qui peut être rapproché de celui-ci sous le rapport de la terminaison funeste et de la nature des accidens qui l'amenèrent (Gaz. Méd., 1837, p. 478). Tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer un certain nombre de fois l'opération de la taille pourraient citer des observations analogues.

VI. REPERTORIO DELLE SCIENCE FISICO-MEDICHE DEL PIEMONTE. (Novembre 1839.)

Du traitement des fièvres intermittentes sans quinine; par le docteur Enriotti, de Biella.

Pendant l'année 1838 et dans le courant de 1839, il y eut une épidémie de fièvres intermittentes à Biella. La maladie fut avantageusement combattue par les citrate et sulfate de quinine. L'auteur donne dans le plus grand nombre des cas la préférence au citrate, qui n'a pas, suivant lui, l'inconvénient de déterminer des céphalalgies et des tintemens d'oreille comme le sulfate.

Dans un bon nombre de cas, M. Enriotti eut recours aux succédanés du quinquina, soit à cause de la fréquence des récidives, soit par l'inconvénient résultant du prix élevé des préparations de quinine, et aussi dans quelques circonstances pour satisfaire une antipathie mal entendue des malades contre l'usage de cette substance.

Parmi les nombreux succédanés de l'écorce amère, M. Enriotti employa surtout le sous-carbonate de potasse uni à la thériaque, déjà employée elle-même contre ces maladies. Il donna 3 grammes de sous-carbonate de potasse unis à un gramme et demi de thériaque, à prendre en deux ou trois fois pendant l'apyrexie, en pilules ou en solution dans l'eau. Si, par l'usage de ce médicament, toutes les fièvres intermittentes ne furent pas guéries, au moins dix-huit fois sur vingt les accès furent arrêtés à la première dose.

L'auteur rapporte ensuite six observations; dans l'une il s'agit d'une fièvre tierce simple; dans l'autre d'une fièvre quotidienne; dans la troisième d'une douleur de tête intermittente sans fièvre; chez un quatrième malade c'était une fièvre quarte; un cinquième avait une fièvre tierce; enfin elle existait au même type chez chez le sixième; chez les cinq premiers malades une dose ou deux de sous-carbonate de potasse, unie à la thériaque, arrêtèrent les accès; chez le sixième, il fallut prescrire le citrate de quinine. Donné seul, le sous-carbonate de potasse fut sans effet; uni à la thériaque il guérit toujours sans récidive.

M. Enriotti, en invitant les praticiens à répéter ces expériences, pour apprécier plus sûrement l'efficacité du sous-carbonate de potasse comme anti-périodique, fait sentir l'importance qu'il y aura à étudier son action dans les différens climats et dans les diverses saisons. Il ne se dissimule pas d'ailleurs que tel médicament administré avec succès dans telle épidémie de fièvre intermittente fut tout à fait inutile dans telle autre. Toutefois, dans l'épidémie dont il vient d'être question, M. Enriotti, qui en examine soigneusement la nature, ne retrouve pas de caractères qui la puissent différencier des fièvres qu'on observe généralement dans les autres années, et qui se combattent avantageusement par le quinquina et ses différentes préparations.

VII. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE. (Novembre et décembre 1839.)

Observation d'une luxation de la seconde vertèbre cervicale sur la troisième; par M. le docteur D. Ferretti.

Obs. — Un homme, âgé de 50 ans, d'une bonne constitution, fut renversé dans une lutte et jeté violemment contre le sol; son adversaire lui soulevait les membres, la tête restant en bas, appuyée sur le sol, le laissa retomber ensuite, comme un corps privé de la vie. M. Ferretti trouva à sa première visite que la sensibilité et le mouvement étaient complètement abolis aux extrémités supérieures et inférieures, et dans la presque totalité du corps, comme chez un individu atteint de paralysie générale. Le cerveau seul était resté sans lésion; la voix était faible, la parole difficile, le pouls imperceptible, la chaleur générale considérablement diminuée, et les extrémités tout à fait froides. Le malade accusait une douleur vive au niveau de la troisième vertèbre; la moindre pression et le plus léger mouvement l'augmentaient singulièrement. Ayant été transporté à l'hôpital, on lui fit des frictions et des applications chaudes. Le pouls resta faible toute la nuit.

Le lendemain, apparurent des symptômes de réaction et de phlogose commençante; saignée de bras; 60 grammes d'huile de ricin. Couenne épaisse sur le caillot; évacuations alvines.

Vers deux heures après-midi, l'état du malade empira, la fièvre augmenta, la respiration devint plus difficile, l'expectoration impossible, les bronches se gorgeaient de mucus; aphonie. (Potion expectorante; tisane d'orge miellée et nitrée.)

Vers la fin du jour, l'expectoration était plus facile, mais la paralysie persistait. Le cathétérisme ne donna pas issue à la moindre quantité d'urine. (Application de sangsues à la région cervicale.) Déjections involontaires; la sécrétion d'urine parut se faire; on en sortit une certaine quantité avec la sonde qui fut laissée à demeure.

La fièvre augmentant encore dans la soirée du neuvième jour, on fit une nouvelle saignée; le sang était plus couenneux que la première fois.

La respiration devint encore plus difficile dans la matinée du 7; le pouls perdait de sa force. Enfin la mort arriva à deux heures après midi, soixante-dix heures environ après l'accident.

Autopsie, 38 heures après la mort.

Il existe un léger engorgement dans la couche musculaire de la partie supérieure et droite du cou; la seconde vertèbre est luxée sur la troisième, tout à fait séparée de cette dernière, au point que la moelle paraît à découvert. En outre, la seconde vertèbre présente une légère fracture, en forme de fente, à son apophyse latérale inférieure gauche. La moelle ayant été mise à découvert, on constata une injection marquée des membranes d'enveloppe, dans l'étendue de quatre vertèbres, de la deuxième à la cinquième, et surtout au niveau de la luxation.

Il est à regretter que le journal italien ne donne pas plus de détails sur la lésion anatomique qui détermina la mort, soit relativement à la disposition de la vertèbre luxée, soit relativement à l'état de la substance nerveuse elle-même; aussi, bien qu'intéressant sous plus d'un point de vue, ce fait ne peut-il fournir matière à de longues déductions cliniques. Cependant, on y rencontre d'abord les effets de la compression de toute l'épaisseur de la moelle épinière, paralysie du mouvement et du sentiment; plus tard des symptômes inflammatoires; réaction vive du système sanguin. La suppression d'urine qui apparut d'abord ne doit pas être perdue de vue: elle est en rapport avec les résultats des expériences de Krimer. La mort est survenue comme cela arrive presque toujours, au bout de peu de jours; lorsque la lésion a lieu plus haut, que le bulbe rachidien est comprimé, les accidens marchent d'une manière encore plus rapide; la mort est instantanée, si la compression ou la déchirure ont eu lieu subitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JANVIER.

Tête d'hyoenodon.

Nous avons rendu compte l'an passé d'un rapport fait à l'Académie sur une mâchoire fossile d'une espèce de carnassier jusque-là inconnue, et qui a été désignée sous le nom d'hyœnodon; aujourd'hui un fragment beaucoup plus com-

plet de l'animal antédiluvien se trouve dans le musée de la faculté des sciences de Toulouse, et M. le professeur Dujardin en adresse aujourd'hui une description détaillée. L'examen qu'il a fait de ce morceau l'a conduit à conclure que le carnassier fossile des gypses de Montmartre, rapproché par M. Cuvier du genre *coati*, n'est autre chose qu'un hyœnodon.

La pièce fossile du musée de Toulouse avait été trouvée au bord du Tarn, près de Rabasteins, dans une marne sabloneuse et micacée d'un gris verdâtre, qui fait partie du terrain tertiaire moyen. Le squelette entier, dit-on, fut trouvé en place dans des travaux de terrassement; mais, à l'exception de la tête, tout fut mis en pièces par des enfans, malgré la forte pression qui l'a réduite à moitié de son épaisseur, suivant une ligne dirigée de l'apophyse zygomatique du côté gauche aux arrières molaires du côté droit, les deux mâchoires se correspondent exactement et il ne manque que les parties brisées par les destructeurs du squelette, et celle qu'on a dégradée en voulant la nétoyer maladroitement. Ainsi, à l'exception de la portion occipitale et des arcades zygomatiques, on pourra indiquer tous les caractères ostéologiques de cette tête. Elle est remarquable par la forme convexe du chanfrein et par la faible capacité de la cavité crânienne, qui dénote pour le cerveau de l'hyœnodon un volume moitié moindre que pour celui d'un chien de même taille; elle offre en outre les particularités suivantes:

1° L'arrière-palais se prolonge au moins jusqu'à la facette glénoïde, comme Cuvier l'a observé sur le fossile de Montmartre; il forme un canal osseux aussi haut que large surmonté par une large crête résultant du rapprochement graduel des deux arêtes et se termine au-dessus des apophyses ptérygoïdes.

2° La crête sagitale qui s'avance jusqu'aux orbites vient rencontrer les crêtes temporales, qui sont bien saillantes, presque au milieu du coronal, lequel offre en avant une gouttière profonde.

3° Les os nasaux très développés vont, en s'élargissant, à la rencontre du coronal, avec lesquels ils forment deux longues sutures à angle droit. Il résulte de leur grand développement que les intermaxillaires sont très éloignés des frontaux, qui sont soudés de bonne heure.

4° L'os lacrymal, également très développé dans l'orbite et sur la joue, produit une large échancrure dans le maxillaire.

5° La suture du pariétal avec le frontal est dirigée très obliquement en arrière vers la facette glénoïde, et comme en outre le temporal s'élève beaucoup en arrière il en résulte une figure triangulaire pour le pariétal.

6° Le trou sous-orbitaire est semblable à celui du chien, mais placé un peu plus en avant au-dessus de la troisième molaire.

7° La mâchoire inférieure, dont les condyles et les apophyses angulaires ont été brisés, est presque totalement semblable à celle que MM. de Laizer et de Parieu ont fait connaître. Sa symphise est également longue et complètement ossifiée, mais les dents sont toutes un peu plus fortes et plus saillantes, ce qui pourrait tenir à l'âge ou au sexe; sa carnassière a 20 millimètres de longueur au lieu de 17, et l'on y voit cinq incisives en place.

8° Les insicives, au nombre de six, sont toutes en forme de cylindres latéralement comprimés, et sont implantées perpendiculairement aux deux mâchoires, de manière à se rencontrer exactement par leurs sommets, qui présentent des facettes de détrition presque horizontales. L'espace occupé par les incisives supérieures est de 20 millimètres; les inférieures, par suite de l'ossification de la symphise et du grand développement des canines, n'en occupent pas plus de treize.

9° Les molaires supérieures, au nombre de six, comme M. de Blainville l'avait prévu, ont été fortement endommagées, à l'exception de la quatrième à droite et des quatre et cinquième à gauche; mais ce qui en reste suffit pour montrer leur parfaite ressemblance avec celles qui sont représentées dans l'ouvrage de Cuvier (2e édition, t. III, pl 68, fig. 3, et pl 69, fig. 2). Les trois premières n'ont que deux racines; les deux suivantes en ont trois; toutes ont leur pointe fortement usée. La quatrième montre bien un tubercule mousse correspondant à la troisième racine en dedans; la suivante, qui frottait sur la carnassière, ou dernière molaire d'en bas, paraît n'avoir pu avoir de tubercule.

M. Dujardin annonce l'envoi d'un travail complet sur cet intéressant fossile, travail qui sera accompagné des figures nécessaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER.

EMPLOI DE L'ALUN DANS LES MALADIES CANCÉREUSES.

M. Récamier fait un rapport verbal sur un mémoire adressé à l'Académie sous ce titre. M. le rapporteur établit, dans une discussion, que dans la plupart des observations rapportées dans ce travail, l'auteur n'a pas assez bien précisé le diagnostic pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agissait en effet de cancer utérin. Les expériences comparatives auxquelles M. Récamier s'est livré lui ont fait voir que le sulfate d'alumine pouvait, jusqu'à un certain point, modifier la sécrétion, en diminuer l'odeur, sans rien faire à la maladie elle-même; cela s'applique aux cancers de l'utérus et à ceux du sein. Il est remarquable que la dyspepsie qui existait dans le plus grand nombre des cas s'est trouvée fort avantageusement modifiée par le médicament.

M. Henry lit un rapport demandé par le ministre sur une source d'eaux minérales du département des Hautes-Pyrénées.

LACTATE DE FER.

M. Bouillaud fait un rapport sur un travail de MM. Gelis et Conté ayant pour objet l'emploi du lactate de fer dans la chlorose. Ce médicament, d'une préparation facile, donné en pastilles diversement aromatisées, forme à laquelle ses auteurs se sont surtout arrêtés, a l'avantage d'être facilement dissous et absorbé dans l'estomac.

M. Bouilland a expérimenté ce médicament (1) chez 21 malades, dont 14 ont été traités à l'hôpital de la Charité. L'un de ces derniers n'ayant pas eu une affection franchement chlorotique ne doit pas être laissé en ligne de compte. Sur ce nombre, il y avait 10 femmes et 3 hommes. Deux de ces derniers étaient anémiques, le troisième chlorotique; sur les 10 femmes, 8 présentaient la chlorose franchement caractérisée, 2 étaient plutôt anémiques. La dose des médicamens a été portée à 6, 8, 10, 12, 15 pastilles (de 5 cent. chacun), en 24 heures; chaque chlorotique a pris de la sorte 8 à 12 grammes de lactate de fer en tout. Les malades ont parfaitement bien supporté le médicament, qui a constamment augmenté l'appétit d'une manière sensible; tous ont accusé une saveur d'encre marquée. M. Bouilland ayant pris lui-même du lactate de fer a éprouvé les mêmes effets. Au bout de quelques jours de son usage, les forces revenaient, les palpitations diminuaient, et tous les malades, sans exception, sont sortis dans un état satisfaisant.

Dans une note annexée au rapport de M. Bouillaud, M. le professeur Fouquier signale absolument les mêmes résultats.

M. le rapporteur donne des éloges, en terminant, aux recherches pharmaceutiques et aux expérimentations cliniques consignées dans le travail de MM. Gelis et Conté; il pense que désormais le lactate de fer doit être placé au premier rang parmi les préparations ferrugineuses employées en médecine; il conclut à ce que des remercîmens soient adressés aux auteurs, et à ce que leur travail soit inséré dans les bulletins.

Une courte discussion s'engage sur ce rapport entre MM. Pelletier, Chevalier, Bouley, Caventou, Delens et Guibourt.

M. Pelletier cite, à propos de la préparation du lactate de fer, des résultats fort curieux obtenus par M. Berthelmot, qui a constaté que l'acide lactique, et même le lactate de chaux dissolvaient l'oxalate de chaux avec une grande facilité; d'où il était possible de déduire des conclusions fort importantes pour la dissolution des calculs urinaires.

M. Caventou présente des considérations intéressantes sur la formation de l'acide lactique dans l'économie; il pense qu'il a surtout son origine dans l'alimentation dont les élémens, tels que le lait, la viande, et surtout le pain, en renferment une si grande quantité.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

RHUMATISME TERMINÉ PAR SUPPURATION; ALTÉRATION SPÉCIALE DU TISSU OSSEUX.

M. Gerdy lit la première partie d'un rapport sur une observation de rhumatisme de l'articulation ilio-fémorale, terminé vers la fin du quatrième mois par la mort. Du pus se forma dans l'articulation, des ouvertures s'établirent; les cartilages s'altérèrent; les os présentent à leur surface des ossifications irrégulières, en stalactites et en lamelles.

M. Gerdy achèvera cette lecture dans la prochaine séance.

RHINOPLASTIE.

M. Blandin présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué avec succès une restauration de la moitié inférieure du nez aux dépens de la lèvre supérieure qui a été renversée.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. Lisfranc fait voir la malade qui a subi l'année dernière la résection d'une portion considérable de la mâchoire inférieure (Voy. Gaz. Méd., 1839, p. 556). On se rappelle, dit M. Lisfranc, l'énorme déperdition de substance que j'ai produite à la face, et l'Académie a pu constater le volume de la tumeur. Aujourd'hui, non seulement toute la plaie est cicatrisée, mais une fistule qui faisait communiquer le plancher buccal avec la région sous-maxillaire est complètement fermée. Les bords n'en ont été rafraîchis que plus tard lorsque toute inflammation avait disparu, on rapproche alors par des points de suture; ils furent déchirés. Cependant la réunion ne s'en est pas moins opérée; une sorte de bride fibreuse, très solide, et qu'on sent à l'intérieur de la bouche, réunit maintenant les portions saines de la mâchoire inférieure. L'état général de la malade est aujourd'hui excellent.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE.

M. Ricord lit une note sur un nouveau procédé pour la cure radicale des varices des membres et du cordon spermatique; ce procédé a pour base la ligature sous-cutanée des veines; un serre-nœud particulier est destiné à resserrer à volonté la ligature; on peut la relâcher instantanément au besoin. M. Ricord, qui a employé plusieurs fois ce procédé avec succès, soit pour le varicocèle, soit pour les varices des jambes, présente trois malades dont un porte encore la ligature en place.

L'Académie a procédé, dans cette séance, par voie de scrutin, au remplacement de M. Lodibert dans la section des remèdes secrets. M. Guibourt ayant obtenu la majorité a été nommé.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 JANVIER.

AMPUTATION DU COL UTÉRIN.

La malade sur laquelle M. Amussat a pratiqué cette opération est âgée de 32 ans, d'une forte constitution.

(1) « Le lactate de fer avait été préparé et gratuitement fourni, dit M. Bouillaud, par M. Gélis, pharmacien, rue St-Denis, 305. »

Les règles, venues à 14 ans, avaient toujours été régulières jusqu'au moment où l'affection cancéreuse s'est déclarée.

Mariée à 29 ans, Madame P. a eu deux enfans : le premier est mort à l'âge de deux ans, le deuxième à trois mois.

Il y a cinq mois, la malade perdit une grande quantité de caillots sanguins; une sage-femme fut appelée, qui assura avoir trouvé le fœtus enveloppé de ses membranes.

Était-ce bien un avortement? Madame P. ne se croyait enceinte que de six semaines. Et ces pertes n'étaient-elles point au contraire occasionnées par l'affection qui se développait alors? Ce qui le prouverait, c'est que depuis ce jour madame P. s'est constamment affaiblie, les pertes de sang ont continué; des douleurs aiguës dans la région hypogastrique, des pesanteurs vers le rectum, de la fièvre, firent penser au docteur Duhamel qui fut alors appelé, qu'une métropéritonite se déclarait.

Tous ces symptômes cédèrent au bout de quelques jours à un traitement antiphlogistique. La malade se croyant guérie, parce qu'elle n'éprouvait plus de douleur, parce que, malgré de légère pertes de sang, elle pouvait vaquer à ses affaires, renonça aux soins de M. Duhamel.

Mais les pertes devinrent plus considérables, et la malade, qui s'affaiblissait sans cesse, dut de nouveau avoir recours à M. Duhamel.

Ce médecin porta le doigt dans le vagin; et, après un toucher minutieux, crut reconnaître une affection très grave du col utérin; la lèvre postérieure était considérablement accrue.

Un second examen eut lieu au spéculum; alors, M. Duhamel, qui d'abord avait cru à la présence d'un polype, put se convaincre qu'il avait affaire à une affection beaucoup plus grave; mais pensant qu'une opération pouvait délivrer sa malade il la conduisit chez M. Amussat. Celui-ci pratiqua le toucher et reconnut que la lèvre postérieure du col était énorme, ulcérée et saignante, et que la lèvre antérieure beaucoup moins malade était cependant épaissie et granuleuse; mais l'odeur forte, repoussante, presque caractéristique, lui donna de suite la crainte d'avoir affaire à une affection cancéreuse.

Le spéculum appliqué fit reconnaître qu'en effet la lèvre postérieure du col était fongueuse.

Cette femme, forte encore malgré ces pertes auxquelles sa maladie avait donné lieu, demandait qu'on prît un parti décisif à son sujet; l'amputation du col pouvait, d'après M. Amussat, être tentée. Mais cette opération qui a causé tant de débats, que plusieurs praticiens rejettent complètement, pour être faite, devait être appuyée par des hommes dont le nom a un grand poids dans la science.

M. Amussat envoya la malade chez M. Récamier, en le priant d'examiner attentivement l'utérus, et lui dire son avis tant sur sa maladie que sur l'opération.

M. Récamier, après avoir touché par le vagin et le rectum, crut reconnaître un engorgement de l'utérus, et craignant que cet engorgement ne fût un indice que la maladie avait gagné le corps, cet habile praticien pensa que l'extirpation du col n'était pas praticable; cependant après un nouvel examen il se range à l'avis de MM. Amussat et Duhamel.

Ce fut le 21 janvier que M. Amussat pratiqua l'opération en présence de MM. Duhamel, Bouchacourt, Puyoo, Pigeollet, Dusseris et Levaillant. La malade fut placée en face du jour, sur une commode recouverte d'un drap plié en quatre, et maintenue par des aides, comme dans l'opération de la taille sous-pubienne.

M. Amussat implanta sur la tumeur deux airignes qu'il introduisit sur le doigt indicateur, sans se servir de spéculum, et chercha par des tractions modérées à amener le col utérin. Mais les airignes se détachèrent et entraînèrent des portions de la tumeur. Il fallut la replacer sur la lèvre supérieure qui présentait plus de consistance; les tractions amenèrent alors le col à la vulve. Alors M. Amussat pratiqua à l'aide d'un petit bistouri droit une section d'avant en arrière sur le col dont toutes les parties se présentaeint à l'action de l'instrument tranchant, au moyen d'une espèce de torsion que l'on faisait subir à cet organe avec les airignes; cependant toute la tumeur ne fut pas enlevée, afin d'éviter que l'utérus en s'échappant n'empêchât de voir et saisir les vaisseaux qui donnaient du sang. Une artère saisie fut tordue, et la section du col achevée avec de forts ciseaux recourbés sur le plat.

La malade éprouva d'assez vives douleurs pendant l'opération; mais elle ne perdit qu'une légère quantité de sang. Immédiatement après elle fut mise dans son lit; on lui recommanda de tenir les cuisses rapprochées et de faire des injections froides et acidulées s'il survenait un écoulement sanguin.

Un bistouri boutonné et concave serait peut-être préférable, dit M. Amussat, aux ciseaux dont il s'est servi pour bien mener l'opération. C'est la crainte de blesser la paroi postérieure du vagin qui a fait rejeter par M. Amussat l'usage du bistouri pointu.

M. Amussat pense qu'il faut couper de haut en bas, afin de voir les vaisseaux et de les tordre avant de faire la section complète qui détermine la rétraction de l'utérus. Si on avait affaire à une tumeur volumineuse, il faudrait détacher par portion pour faciliter la torsion des artères, et inciser d'avant en arrière; ainsi les vaisseaux seraient tordus, au fur et à mesure qu'ils se présenteraient.

M. Amussat conseille, pour s'opposer à la récidive, malheureusement si fréquente, de cautériser profondément la plaie avant la cicatrisation complète, et sans attendre que sa surface soit le siége de végétations de nature douteuse.

Un cautère doit être établi à la cuisse, et la malade soumise à un traitement dépuratif.

Aujourd'hui, 28 janvier, la malade est dans l'état le plus satisfaisant; elle n'a eu qu'une fièvre légère depuis l'opération.

Cette opération doit donner lieu à plusieurs réflexions; et d'abord l'amputation était parfaitement indiquée par la nature de la tumeur et par sa forme.

M. Amussat recommande d'éviter d'introduire les airignes dans des parties ramollies, ulcérées, puisque par les tractions on déchire les parties, et on est obligé d'y revenir. On pourrait aussi remplacer ces doigts des aides par des instrumens plats comme des couteaux d'ivoire, qui écarteraient aussi très bien les grandes lèvres, et laisseraient plus de place à l'opérateur.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, D'APRÈS LES LEÇONS DE M. LE PROFESSEUR VELPEAU; par G. JEANSELME. — 1 vol. grand-18, de près de 700 pages. Chez J.-B. Baillière. Paris, 1840.

Le titre de cet ouvrage indique suffisamment quel en est le but et la portée. Ce n'est point un long traité des maladies des yeux, avec de longues discussions théoriques sur les espèces, les variétés; d'interminables descriptions de lésions organiques que l'imagination a souvent grossies et diversifiées; c'est un bon résumé des connaissances pratiques que nous possédons maintenant sur la matière, réduites à un volume abordable par les intelligences qui ne veulent et ne peuvent étudier les maladies d'un seul organe avec cette longueur de temps, cette patience d'investigations qu'exigent toutes les *spécialités*.

Sans donner ici l'indication même sommaire des sujets traités dans ce livre, nous nous bornerons à signaler dans les trois grands chapitres ayant pour titre 1° des maladies des paupières; 2° des maladies du globe de l'œil; 3° maladies des voies lacrymales, les points sur lesquels M. Velpeau a émis de nouvelles idées ou modifié celles qui avaient déjà cours dans la science.

L'étude des blépharites a surtout fixé l'attention du professeur de la Charité; sa division est fort simple; elle comprend les espèces *muqueuse*, *glanduleuse*, *granuleuse*, *ciliaire* et *purulente*, tantôt séparées, isolées, souvent réunies à divers degrés. La blépharite muqueuse correspond à la conjonctivite palpébrale des auteurs; c'est l'ophthalmie simple d'un grand nombre; elle existe sous forme de plaques égales ou inégales, de formes variées et d'un rouge plus ou moins prononcé. Comme il y a le plus souvent augmentation dans la sécrétion du mucus palpébral, les Allemands l'ont nommée blépharite *catarrhale*. La blépharite glanduleuse, qui affecte les glandes de Meibomius, a pour caractère 1° une espèce de ruban transversal ayant la convexité tournée en arrière, 2° l'augmentation de la sécrétion des glandes de Meibomius, etc.

La blépharite granuleuse, que beaucoup d'auteurs n'ont considérée que comme une conséquence de l'ophthalmie catarrhale ou purulente, est décrite avec soin, et à part, car elle peut être indépendante de cette dernière, exister soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

La blépharite ciliaire ou psorophthalmie, teigne des paupières de plusieurs auteurs, rattachée par quelques-uns à un principe psorique, en est si souvent indépendante, que parmi les nombreux malades atteints de cette maladie et admis à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Velpeau, pas un seul n'était atteint de la gale.

Cette espèce de blépharite, dont les auteurs ont négligé de donner une description complète, est digne de fixer l'attention des praticiens, par les dangers qui peuvent l'accompagner, tels que la chute des cils, la kératite, etc.

M. Velpeau ne confond pas la blépharite purulente avec l'ophthalmie purulente proprement dite. Du reste, il admet avec Saunders que le nom de puriforme conviendrait peut-être mieux que celui de purulente souvent exagéré. C'est surtout la blépharite puriforme des nouveaux nés qui rentre dans cette catégorie.

Au reste, l'histoire du traitement des différentes variétés de la blépharite prouve que cette division est parfaitement fondée. A la blépharite muqueuse s'appliquent plus spécialement les astringens sous forme de collyre; à la blépharite glanduleuse le précipité blanc, le nitrate d'argent sous forme de pommade; à la blépharite des nouveaux-nés les collyres, mais fortement chargés de nitrate d'argent; mieux vaut encore, dans ces cas, la cautérisation directe avec le nitrate d'argent que son emploi en solution.

L'inflammation de la conjonctive oculaire, conjonctivite proprement dite, peut se présenter à l'état simple, conjonctivite *simple*, ou accompagnée de *chémosis*; elle peut être partielle, *papuleuse*, *granuleuse*, enfin *purulente*. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne de chacune de ces espèces, dont il établit avec soin les caractères anatomiques, en fondant sur eux ses divisions. M. Velpeau s'est plusieurs fois très bien trouvé de l'emploi des saignées dites coup sur coup dans le chémosis inflammatoire ou phlegmoneux (p. 135); mais dans le plus grand nombre des cas il les regarde comme insuffisantes si ce n'est

comme inutiles, et préfère les applications de sangsues sur la conjonctive aux scarifications. Pour la conjonctivite papuleuse il a surtout recours à la cantérisation avec le nitrate d'argent en nature; et quant à la conjonctivite granuleuse, son traitement repose sur les mêmes bases que la blépharite, de même espèce. Le traitement de la conjonctivite purulente doit être surtout antiphlogistique dès le début, les saignées coup sur coup, les sangsues sur la conjonctivite. M. Velpeau les préfère encore dans ce cas aux scarifications avec ou sans cautérisation. Il s'est bien trouvé dans quelques cas de l'emploi du cubèbe et du copahu à hautes doses, et maintenant il a surtout recours à la dissolution concentrée de nitrate d'argent, 4 grammes de ce sel pour 32 grammes d'eau. Depuis quelques semaines l'emploi de ce médicament lui a fourni de beaux succès à l'hospice de la Charité.

Les phlegmasies de la cornée sont décrites avec beaucoup de soin; M. Velpeau leur a consacré un excellent article dans la dernière édition du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE; ses idées sur ce point sont ici reproduites fidèlement; on voit que la photophobie et la douleur sont regardées par M. Velpeau comme des symptômes inhérens à la kératite; toutefois ils peuvent exister sans elle s'il y a iritis ou rétinite. Du reste, la photophobie est peu marquée dans la kératite chronique et dans la kératite diffuse; elle acquiert son plus haut degré d'intensité dans la kératite avec ulcération; le contact de l'air avec la surface ulcérée rend facilement compte de ce phénomène. A la douleur et à la photophie nous devons ajouter le larmoiement, qu'il n'est pas possible de confondre avec une hypersécrétion muqueuse. M. Velpeau décrit trois nuances de kératite : superficielle, interstitielle et profonde, pour l'état aigu; à l'état chronique, où en général elle a été mal étudiée, si ce n'est par M. Mirault, d'Angers, en 1834 (ARCH. GÉN. DE MÉD., 2e série, t. IV, p. 553), la kératite n'offre pas moins d'intérêt, surtout par sa résistance aux moyens thérapeutiques.

Les contusions, les piqûres et les coupures de la cornée font le sujet d'un chapitre intéressant et neuf sous le titre de blessures de la cornée.

Pour M. Velpeau, ce que les auteurs ont décrit sous le nom de sclérotite n'est point une maladie propre à la membrane albuginée de l'œil; on n'y trouve, d'après lui, qu'un assemblage de symptômes se rapportant à une inflammation de la cornée ou de l'iris; en dernière analyse, M. Velpeau nie dans l'état actuel de la science l'existence de la sclérotite; il se fonde 1° sur l'explication des injections vasculaires attribuées à cette inflammation, explication que donne suffisamment la phlegmasie de l'iris ou de la cornée dont les vaisseaux tapissent la sclérotite avant d'arriver à ces membranes, s'anastomosent bien des fois avec les canaux sanguins de cette dernière; 2° sur la nécessité d'admettre trop fréquemment cette phlegmasie, car rien de plus commun que cette injection; 3° sur la rapidité avec laquelle on la voit se produire et disparaître; 4° sur la difficulté de rattacher la photophobie et le larmoiement à la maladie d'un organe de protection, qui n'entre pour rien dans l'accomplissement des fonctions visuelles, et qui n'a aucun rapport avec la sécrétion des larmes. Au reste, M. Velpeau le dit lui-même, cette question n'est point encore jugée; il ne regarde pas la maladie comme impossible, loin de là; seulement il pense qu'elle n'est point encore cliniquement et anatomiquement démontrée.

L'histoire des phlegmasies et des blessures de l'iris mérite également une honorable mention; les conséquences de ces phlegmasies et de ces lésions font le sujet de chapitres inéressans sur les déplacemens les adhérences de l'iris, et l'opération de la pupille artificielle. A l'article exophtalmie, M. Jeanselme a rapporté cette belle observation de ligature de la carotide primitive, pratiquée l'année dernière par M. Velpeau, pour une tumeur sanguine qui avait déterminé la saillie des deux yeux; viennent ensuite le cancer de l'œil; de courtes et bonnes considérations pratiques sur la prothèse oculaire; puis l'étude de la myopie, de la presbytie, du strabisme, de la diplopie, de l'héméralopie et de la nictalopie; l'histoire des maladies des voies lacrymales; enfin, comme appendice, M. G. Jeanselme expose les idées de M. Velpeau sur la spécificité des ophthalmies.

M. Velpeau, fidèle à sa distinction anatomique des phlegmasies oculaires, la maintient dans sa manifestation symptomatique; si des symptômes différens se manifestent, c'est que le même tissu n'est pas lésé, ou qu'il l'est à des degrés divers, sans que pour cela telle ou telle cause occulte, tel principe morbide se manifeste plus spécialement par tel ordre de symptômes, ou telle série de lésions. Au reste, nous ne ferons que glisser légèrement sur cette question, dont le simple énoncé exigerait de longs détails, et la discussion d'immenses développemens. A-t-elle toujours été bien comprise, et bien exposée? Je ne le pense pas. Dans tous les cas, rendons justice à M. Velpeau pour ses efforts constans à simplifier l'ophthalmologie, à la considérer non à part, mais comme une branche de la chirurgie, tout en l'étudiant et la développant d'une manière aussi complète que l'exige l'état actuel de la science. M. G. Jeanselme aura bien mérité aussi des praticiens et des élèves dans l'exposé fidèle des leçons du professeur de la Charité, et dans le bon choix des faits que lui auront fournis la plupart des ophthalmologistes modernes, allemands, anglais, italiens et français. Enfin, pour que rien n'y manque, l'ouvrage se termine par un court résumé de thérapeutique et de formules ophthalmologiques.

VARIÉTÉS.

— La société médico-chirurgicale de Bruges propose la question suivante pour le concours de 1841 :

« Faire un exposé historique des progrès que le diagnostic médical a faits depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours. »

Une médaille d'or, de la valeur de 300 francs, sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur cette question.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou latin, devront être remis, francs de port, avant le 1er janvier 1831, au secrétaire de la société.

Les auteurs devront inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un billet cacheté, qui portera à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

— On nous écrit de Dijon :

« Les administrateurs de l'hôpital de Dijon viennent d'arracher à ses fonctions le médecin en chef, nommé en 1806, avec la certitude de l'inamovibilité dont avaient joui ses devanciers.

» Le motif d'exclusion est fondé sur ce que ce médecin est le plus ancien en exercice, c'est-à-dire sur les trente-quatre années pendant lesquelles il a rempli ses fonctions avec zèle, dévouement, activité et désintéressement, puisque, pendant vingt-sept ans il ne recevait que 100 fr. chaque année : ce n'est donc pas l'intérêt pécuniaire qui l'engage à réclamer la conservation de ses fonctions.

» L'administration s'étant réservé la faculté de continuer aux médecins sa confiance, si elle le juge convenable au bien du service, le médecin en chef a réclamé pour lui la justice, et pour les malades l'humanité des administrateurs, auxquels il a écrit trois fois sans avoir obtenu une réponse. Il leur adressait, dans sa dernière lettre, la question suivante :

« Est-il convenable au bien du service que de tous les médecins attachés à l'hôpital les administrateurs privent seul de ses fonctions, auxquelles il est attaché, celui que la comptabilité leur prouve être le plus économe, c'est-à-dire faisant le moins de dépense pour les médicamens; celui enfin que le mouvement de l'hôpital leur apprend être le médecin qui guérit et sauve le plus de malades dans l'établissement? »

« L'exposé de ces divers faits dispense de tout commentaire. »

— Les personnes qui ont souscrit à ma traduction du TRAITÉ DE CHIRURGIE DE CHÉLIUS sont invitées à me faire parvenir, *franc de port*, leurs nom et adresse avant le 1er avril, afin que je puisse leur faire parvenir un supplément qui est sous presse. Les personnes seulement qui s'adresseront *à moi*, en m'indiquant le libraire chez lequel elles ont acheté leur exemplaire, recevront ce supplément gratuitement et franco.

J.-B. PIGNÉ,
rue de la Sorbonne, 5.

— La première livraison du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, du docteur FABRE, est en vente. Nous rendrons compte de cet ouvrage qui convient aux praticiens et aux élèves, à cause de la modicité du prix, de la promptitude de la publication et du soin avec lequel y seront traitées les principales questions scientifiques.

L'ouvrage aura paru *en un an*.

Prix de la livraison de 200 pages environ, 2 fr. — Id. de l'ouvrage entier (12 liv., 4 vol.), 24 fr. pour Paris, et 32 fr. par la poste.

On souscrit à Paris, rue de Bussy, 13, et chez les principaux libraires des départemens et de l'étranger.

— CLINIQUE MÉDICALE, ou choix d'Observations recueillies à l'hôpital de la Charité (clinique de M. Lherminier); par G. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 4e édition, revue, corrigée et augmentée. — Paris, 1840; 5 vol. in-8. Prix 40 fr.

Chez Fortin-Masson et comp., libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1, et chez Crochard et comp., rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 7. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 15 FÉVRIER 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonuement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — Ou s'aboune à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, prés de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — Ou ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Note sur une monstruosité nouvelle (portion de fœtus vivant au dépens du testicule). —Quelques observations de maladies rémittentes bilieuses. — II. Revue des Journaux de médecine allemands. Sur le traitement des fractures.—Nouvelles observations d'épisiorraphie.—Six observations remarquables.—Observation d'une rétroversion de l'utérus en état de gestation.—Remarques sur l'inflammation de la membrane de Demours.—Du croup.—Douzième rapport des maladies internes qui ont été traitées à l'hôpital de Sainte-Catherine à Stuttgard, depuis le 1er juillet 1838 au 30 juin 1839. — Peroxide de fer hydraté contre le vert de Schéele. —Sur l'origine du cancer des veines et sur la possibilité de transmettre le carcinome de l'homme aux animaux.—Luxation traumatique ancienne du bras dont la réduction a été favorisée par la section sous-cutanée d'une portion du grand pectoral et des ligamens articulaires. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 4 févier. — Académie de médecine: séance du 11 février. — IV. Correspondance médicale. Observation d'une maladie des voies urinaires chez l'homme.—Seconde notice sur la conservation des cadavres par les injections d'acide arsenieux. — V. Bibliographie. Quelques recherches sur le favus.—VI. Variétés. — VII. Feuilleton. Lettre médicale.

THÉRATOLOGIE.

NOTE SUR UNE MONSTRUOSITÉ NOUVELLE, PORTION DE FOETUS VIVANT AU DÉPENS DU TESTICULE; présentée à l'Académie des sciences, le 10 février 1840, par M. le docteur A. Velpeau.

Le cas dont j'ai l'intention d'entretenir aujourd'hui l'Académie est un des plus étranges dont les sciences d'observation aient eu à s'occuper jusqu'ici; ce cas, qui intéresse tout à la fois la chirurgie, l'anatomie pathologique, la génération et la physiologie en général, paraît en effet n'avoir pas d'analogue dans les faits connus. Il s'agit d'une portion vivante de fœtus fixée dans le testicule d'un homme adulte où elle semble s'être développée et avoir vécu depuis la naissance. C'est une particularité si contraire à ce que l'on sait, si incompréhensible au premier abord, qu'on serait autorisé à en contester la réalité, si je n'en avais pas la preuve matérielle dans les pièces ici présentes, si le malade et la tumeur n'avaient pas été observés par plusieurs centaines de médecins ou d'étudians, si l'opération n'avait pas été pratiquée en plein amphithéâtre, sous les yeux de 500 personnes. Voici le fait en peu de mots :

Le nommé Gallochat, d'Esternay, jeune homme âgé de 27 ans, bien constitué, n'ayant jamais éprouvé de maladie grave, fut adressé vers le milieu de janvier au professeur Andral, qui le fit aussitôt passer dans ma division, à l'hôpital de la Charité.

Examinant le malade, je vis qu'il portait au côté droit des bourses une tumeur du volume du poing à peu près, et dont je montre le dessin pris d'après nature, avant et après l'opération, par les soins de MM. Daveil, Macé et Bordier, étudians en médecine; cette tumeur, qui paraissait étrangère à la substance du testicule et dont la peau n'offrait aucune analogie avec celle du scrotum, ne me sembla point appartenir à la classe des tumeurs connues. Bien que plusieurs chirurgiens crussent pouvoir la rapporter, les uns aux tumeurs cancéreuses, d'autres aux tumeurs fibreuses, quelques-uns à la dégénérescence tuberculeuse, je ne jugeai pas qu'il fût possible d'adopter leur avis. Remarquant, en outre, que son origine remontait à la naissance du jeune homme, qu'on ne s'était pas aperçu de son commencement, qu'elle n'avait jamais causé de douleurs, qu'aucun travail pathologique ne s'y était établi, qu'elle était insensible à la pression, qu'il était possible de l'inciser, de la piquer, de la traverser de part en part, sans causer la moindre souffrance; tenant compte de l'aspect du tissu cutané qui en constituait la surface extérieure, de son élasticité, des duretés qui se présentaient à son intérieur, d'une mèche de poils qui sortait par une sorte d'ulcère de sa partie postérieure, d'un

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Notre dernière épître date de l'année dernière, et contre les us et coutumes du feuilleton, nous avons laissé venir l'année nouvelle sans payer à nos lecteurs le tribut obligé de vœux, de prédictions, d'annonces et de conjectures, banal aliment de la curiosité qui se replie, pantelante et blasée, d'une année sur une autre, et projette dans l'avenir l'ennui du présent. Qu'importe à la condition médicale le changement du millésime? Quand la fête des mensonges congratulatoires a bourdonné dans les rues et dans les salons, rien n'est changé dans le cercle de notre existence spéciale; mêmes soins, mêmes fatigues, mêmes ennuis, même agitation d'idées et d'intérêts, mêmes larves de la maladie, même impuissance de l'art, même silence de la mort journellement interrogée dans nos amphithéâtres, et soit que l'année s'éteigne dans la lassitude d'un labeur uniforme, ou qu'elle se renouvelle avec une verbeuse salutation d'espérance, c'est pour nous que le fabuliste romain a dit :

Clitellas dum portem meas.

Cette année 1840, maintenant entamée, a été l'objet de tant de rumeurs singulières, de tant d'appréhensions, de tant d'étranges vaticinations, que des esprits, fermes contempteurs des oracles populaires, n'ont pu se défendre d'une sorte d'attente curieuse; or, voyez l'injustice: la médecine a été oubliée jusques dans les prophéties, et cette année, notée de loin, toute grosse de merveilles et de nouveautés, n'en promettait d'aucune sorte à notre pauvre profession, pas même la loi régénératrice qu'elle va demander à chaque ministère et dont l'apparition à la tribune législative aurait vraiment imprimé à cette année un cachet exceptionnel, extraordinaire; il n'est comète dans le ciel qui eût marqué notre époque d'un signe aussi prodigieux que l'exhibition de la susdite loi en plein parlement; il n'est météore ni constellation qui nous aurait suscité un plus long étonnement : mais hélas! la constellation que nous attendons ne se montre pas encore; nos télescopes sont vainement braqués sur l'horizon médical; elle appartient sans doute à la classe des nébuleuses et nous ignorons par quel orbite elle devra passer pour devenir quelque jour visible à nos regards. Si de votre observatoire, plus élevé que le mien, vous la signalez enfin, ne manquez point de m'en donner avis, et que je ne sois point le dernier à saluer la comète médicale de 1840.

L'Académie de médecine a, suivant l'usage antique et solennel, recomposé son bureau et ses commissions; puis, elle a envoyé au roi une députation qui n'a soufflé mot sur la situation de la médecine et le besoin d'une réforme légale; puis, elle a repris ses séances, ses rapports, ses discours et ses scrutins. Le nouveau président qu'elle s'est donné comprend l'importance de ses fonctions; les convenances du fauteuil lui sont familières comme s'il l'occupait depuis longtemps; que s'il exerce parfois sur l'assemblée une action qui rappelle quelque peu les allures

tubercule rougeâtre qui existait en avant au fond d'une autre ouverture, et de matières glaireuses ou grumeleuses, que le malade en avait quelque fois expulsé, je m'arrêtai à l'idée d'une *tumeur fœtale*, d'un *produit de conception*.

Voulant obtenir des renseignemens précis sur les premiers temps d'une aussi singulière production, je fis écrire au médecin d'Esternay, à M. Senohle, qui me répondit avec empressement en ces termes : « A l'âge d'environ quatre mois, la mère du jeune Gallocbat vint me montrer son enfant; il portait alors une tumeur ou seulement un gonflement des bourses, que je reconnus n'être qu'un pneumatocèle; à quelques mois de là, je remarquai, en examinant une seconde fois le malade, une légère tumeur enflammée qui me parut n'être qu'un *léger* phlegmon et qui céda aux simples topiques émolliens; je n'en avais plus entendu parler, lorsque an bout de trois ou quatre ans on m'apprit que la tumeur de cet enfant grossissait toujours. » Bien que ces détails soient fort incomplets et que M. Senoble, qui a depuis si longtemps perdu de vue le jeune Gallocbat, soit dans l'impossibilité de m'en fournir de beaucoup plus précis, ils me fortifièrent pourtant dans ma première opinion, qui parut tellement singulière aux personnes auxquelles j'en fis part, que je restai seul de mon avis. Je conçus dès lors le projet d'extirper la tumeur dont il s'agit sans enlever le testicule, de pratiquer en quelque sorte une *opération césarienne sur l'homme*. Les détails de l'opération appartenant en entier à la chirurgie ne m'occuperont point en ce moment; il me suffira de dire qu'elle a été terminée comme je le désirais.

L'examen de la tumeur a permis de constater dans la masse l'existence de presque tous les élémens anatomiques du corps des mammifères. Ainsi, sa couche extérieure est évidemment de nature cutanée; sa substance principale est un mélange de lamelles et de fibres, qui donnent l'idée des tissus cellulenx, adipeux, fibreux et musculaire. Dans son intérieur, nous avons trouvé deux petits kystes remplis de matière analogue à l'albumen ou à l'humeur vitrée; un autre kyste, large comme un œuf de perdrix, contenait une matière d'un jaune verdâtre et demi-liquide comme le méconium; dans un quatrième sac dont les figures ci-jointes donnent la figure exacte, il existe une masse grumeleuse, d'un jaune sale, concrète et entourée de poils; cette matière analysée, examinée au microscope par M. d'Arcet, s'est montrée avec tous les caractères de la matière sébacée, et des écailles épidermiques. Etudiés par M. Mendl, les poils de ce kyste ont paru ne pas avoir de capsules à leur extrémité. De l'un de ces kystes, celui qui était plein de matière verdâtre, sortait la mèche de poils qu'on voyait à l'extérieur, si bien qu'il existe là une ouverture ayant quelqu'analogie avec l'anus.

Enfin, au milieu de tous ces élémens, nous avons trouvé de nombreuses portions de squelette parfaitement organisées, appartenant incontestablement, comme on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la pièce, à de véritables os et non à des productions accidentelles; ces os, qui étaient partout enveloppés d'une sorte de périoste, dont les pièces diverses, mobiles les unes sur les autres, offrent des articulations réelles, peuvent être divisés en trois catégories. Le premier groupe est essentiellement composé de trois pièces dans lesquelles j'ai cru reconnaître la clavicule, le scapulum et une partie de l'humérus. Le deuxième groupe, beaucoup plus volumineux que le premier, semble appartenir au bassin, ou bien à la base du crâne; c'est le corps du sphénoïde ou bien le sacrum qui en constituerait la partie centrale. La troisième série enfin, paraît comprendre des portions de vertèbres ou des fragmens d'os indéterminés.

Quoi qu'il en soit du nom que doivent porter les différentes pièces que je viens d'indiquer, toujours est-il qu'elles appartiennent à un produit de fécondation, à un fœtus déjà fort avancé dans son développement. Ayant en ce moment les objets mêmes à mettre sous les yeux de l'Académie, je ne crois pas avoir besoin d'insister sur les preuves qu'il serait possible d'invoquer à l'appui de mes assertions. L'existence du fait est absolument sans réplique. Resterait maintenant à en donner l'explication; or, je n'ai point trouvé que ce genre de monstruosités eût encore occupé les tératologistes. Dans la monstruosité dite par inclusion qu'ont établie Dupuytren, MM. Geoffroy et Olivier, l'un des fœtus, absorbé par l'autre, s'est toujours montré entouré d'un kyste, et à l'état de corps étranger dans les tissus du fœtus qui a continué de vivre. Dans les exemples relatés par Saint-Donat, Prochaska, Dietrisch, Eckl, etc., de débris de fœtus trouvés dans les bourses, il est toujours question de tumeurs enkystées, d'os nécrosés, de parties organiques dénaturées par la suppuration en état de décomposition. Chez le sujet dont je parle tout, au contraire, avait continué de vivre. La tumeur anormale avait sa couleur, sa consistance, sa sensibilité propre, tout à fait indépendantes de l'individu qui la supportait; une ligne nette, bien tranchée, en séparait les tégumens de la peau du scrotum. Je l'ai pincée avec toute la force possible; je l'ai piquée au moyen de divers instrumens; le jeune homme y avait lui-même enfoncé plusieurs fois un couteau sans faire naître la moindre sensation douloureuse; et cependant toutes les plaies qu'on y établissait saignaient abondamment, s'enflammaient, se cicatrisaient comme celles de toute autre région du corps; rien d'ailleurs n'indiquait chez elle le plus léger état maladif. Les corps et tous les élémens qu'on y a trouvés ont donné l'idée de tissus ou produits normaux, sans qu'on ait pu y constater l'existence de la plus petite gouttelette de pus, d'aucun os carié ou nécrosé, d'aucun cartilage altéré, de la moindre production fongueuse!

Quand, d'un autre côté, on remarque que la tumeur avait le volume du poing, que le chirurgien qui la vit à l'âge de quatre mois y fit à peine attention, qu'on la prit d'abord pour un pneumatocèle, puis plus tard pour un petit phlegmon, qui se termina par résolution, il est difficile de croire que son volume fût aussi considérable à la naissance du sujet, qu'au moment où je l'ai vue. Une masse pareille, chez un enfant de quelques mois, eût certainement attiré à un haut degré l'attention et du médecin et de la famille; il faut se rappeler en outre qu'au dire de M. Senoble, cette tumeur a continué de croître au moins jusqu'à l'âge de six ou sept ans, et que le jeune homme, qui prétend l'avoir toujours portée avec les mêmes caractères, ne peut guère faire remonter ses souvenirs qu'à cette même période de sa vie; il faudrait donc en conclure que les portions du fœtus dont je viens de parler *ont vécu et se sont développées en même temps que l'individu qui les portait, qu'il y avait là deux êtres accolés l'un à l'autre*.

Maintenant comment le fait a-t-il pu s'établir? Est-ce que pendant la vie intra-utérine une partie d'un fœtus, dont le reste aurait disparu, se serait collée au scrotum de manière à y rester sous forme de bourgeon ou de greffe, ou bien serait-ce les restes d'un fœtus d'abord entré dans le ventre de l'autre, puis descendu par la tunique vaginale qui aurait à la fin usé de dedans en dehors les enveloppes du scrotum pour s'épanouir à l'intérieur? ou bien enfin aurions-nous affaire à une création de toute

---

de la défunte présidence, c'est sans doute par une sorte d'involontaire déférence pour les précédens qu'elle lui a legués; c'est une imitation lointaine, mitigée, qui ressemble à un acte de courtoisie envers cette présidence, laquelle n'a point précisément brillé par ce genre de qualité. Ainsi l'excellent caractère du nouveau régulateur des travaux académiques se dénote jusques dans les légers écarts qu'il emprunte du passé plutôt qu'il ne les commet; M. Bally peut fort bien se passer des traditions que l'année dernière a suspendues au fauteuil; il trouvera dans la sagesse de son esprit, dans ses habitudes calmes et modératrices, dans son intelligence des conditions sérieuses du travail scientifique, le moyen de signaler son passage dans la direction de l'Académie et de fournir à son successeur une plus louable somme de précédens, une meilleure tradition de formes et d'influence qu'il n'a trouvé lui-même dans le siége qu'il occupe.

Parmi les commissions que l'Académie a renouvelées, il en est une dont l'importance n'est peut-être pas assez sentie; nous voulons parler de celle qui est chargée de préparer le choix des membres correspondans; ce titre n'a-t-il pas été dispensé quelquefois sans un discernement sévère? Combien de noms obscurs, en province, qui en sont revêtus? L'Académie ne peut vouloir pourtant le discrédit des distinctions qu'elle décerne; pour en maintenir la valeur, elle doit ne les accorder qu'à bon escient; elle ne saurait apporter trop de soin à la rédaction des listes où elle choisit ses correspondans; beaucoup de noms figurent là, poussés par un menu vent d'intrigue; d'autres y sont inscrits avec une plume trempée de bienveillance et de camaraderie; en général, il existe un procédé facile pour introduire un nom de plus dans la liste des candidats au titre de correspondans, procédé bien connu de nos confrères de province. On produit tant bien que mal un mémoire, on l'adresse à l'Acaddémie, on obtient pour rapporteur un académicien selon son cœur et ses prétentions; le rapport se fait attendre, mais enfin il monte à la tribune, non sans sommation préalable et réitérée du président, et, dans les conclusions, automatiquement adoptées par l'assemblée, s'agite une ambition de correspondant, presque toujours satisfaite au jour des fournées annuelles. Il faut que cet honneur ne soit plus au prix d'une production éphemère et souvent dénuée de mérite réel; il faut que l'Académie ne convie à ses relations officielles que des intelligences éprouvées, et si elle ne peut se recruter de gloires et d'illustrations (chose pourtant si pullulante par le temps qui court), qu'elle ne s'adjoigne au moins que de sincères et laborieuses notabilités; la province n'en manque point, Dieu merci; il ne s'agit que de la connaître un peu mieux; mais quand Paris croira-t-il qu'il existe vraiment une province, et, dans cette province, sève et force, idées et mérite?

Le bureau central d'admission aux hôpitaux vient de s'ouvrir à un nouveau service que l'on appellera, dit-on, *urologie*; à ce nouveau service on a joint un nouveau nom, nouveau, non pas dans la science et dans l'art à coup sûr, M. Leroy d'Etiolles s'y est fait une large place, mais dans le livre d'or où sont inscrits, de par le droit du concours, les titulaires passés et présens du bureau central. Il y a clameur; on proteste, on pétitionne, on s'insurge; les réglemens sont invoqués avec colère, et le conseil-général qui les a faits va recevoir une rude leçon de jurisprudence administrative. Pour nous, nous confessons notre incompétence sur le point légal; nous n'avons pas fait du code hospitalier et de ses appendices une étude assez minutieuse pour nous ériger en maître du litige; la création d'un service nouveau emporte-t-elle, pour la nomination du titulaire, l'obligation



pièce de la part du testicule? Mais je m'arrête, ce sont là des questions délicates de haute physiologie et d'anatomie transcendante que je ne puis ni ne veux aborder avant que les pièces qui me permettront de les soulever, aient été soumises au jugement de l'Académie.

MÉDECNE PRATIQUE.

QUELQUES OBSERVATIONS DE MALADIES RÉMITTENTES BILIEUSES, recueillies à Nantes pendant les mois d'août et de septembre 1839; communiquées par M. le docteur PADIOLEAU.

Les prétentions exagérées qu'avaient fait concevoir les progrès de l'anatomie pathologique sont réduites à leur juste valeur; et l'on reconnaît aujourd'hui, avec le père de la médecine, dans les causes d'une foule de maladies, ce τι θεῖον inexplicable par les seules lumières de notre raison.

Ne sommes-nous pas, en effet, forcés d'avouer tous les jours, d'abord que si la considération de l'organe malade est importante, celle de l'état général, de la cause essentielle, de la diathèse ne l'est pas moins, et, en second lieu, que la connaissance exacte de la lésion entre souvent pour bien peu, comme élément, dans notre conduite thérapeutique, étant alors obligés de nous en rapporter à ce que l'expérience sagement raisonnée a pu nous apprendre.

Ainsi il est difficile de se refuser à admettre des influences dont les effets ont été qualifiés du nom de constitutions médicales, qui, survenant à des intervalles plus ou moins éloignés, impriment aux maladies une allure toute particulière, et réclament impérieusement un mode spécial de traitement.

Ce sont là des vérités de fait qui constituent la seule science médicale véritable, car elles existent avant et longtemps après les systèmes.

L'illustre Jean-Pierre Franck expliquait par cette considération importante la faveur rapide que dut obtenir la doctrine de Brown sous l'impression d'une constitution éminemment atonique.

C'est la connaissance de ce génie des maladies épidémiques qui a procuré à Sydenham les brillans succès qui ont immortalisé son nom. C'est le génie qui a tracé la marche qu'a suivie Baillou dans les épidémies de pneumonie malignes dans lesquelles les saignées étaient meurtrières; c'est lui qui a inspiré, dans leur pratique heureuse, Stoll, Franck, Tissot, et, pour parler des médecins de nos jours, les docteurs Double, Fouquier, Récamier, etc.

On comprend, en effet, en lisant ces savans observateurs, que l'ensemble de l'organisme peut répondre, de bien des manières différentes, à l'excitation d'un foyer inflammatoire, suivant son état actuel, suivant la constitution épidémique régnante; qu'une inflammation peut être, par conséquent, accompagnée de conditions générales bien variées, et que des maladies, bien différentes au fond, peuvent néanmoins présenter des analogies extérieures très grandes, se ressembler par les altérations fonctionnelles et conduire ainsi à des erreurs de diagnostic.

Les médecins, dit Hildenbrand, qui nient les vérités fondées sur l'observation et prétendent rendre raison des fièvres populaires si stables, par l'influence des causes domestique qui sont si variables, ou sont aveugles, ou ne veulent pas ouvrir les yeux: ils sont entièrement dignes de pitié.

En 1830, pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous eûmes une constitution épidémique, dans laquelle le génie intermittent semblait planer sur toutes les maladies, et M. Marion de Procé obtenait du sulfate de quinine, dans les affections les plus variées, les plus brillans succès.

Cette année, depuis le 15 août jusque vers la fin de septembre, j'ai remarqué que la constitution médicale imprimait également le caractère intermittent ou périodique à une foule de maladies qui ne cédaient qu'à l'administration des sels de quinine, dès qu'elles recevaient cette modification, quelle que fût d'ailleurs leur nature primitive.

Sans doute il y aurait de l'exagération à dire que toutes les affections qui ont régné à Nantes, pendant les mois d'août et de septembre, ont présenté une physionomie identique, et que le sulfate de quinine était toujours indiqué; car, pour ne parler que des cas que j'ai été à même d'observer, j'avouerai que j'ai vu un assez bon nombre d'affections éruptives et intestinales (les varioles et les varioloïdes ont été nombreuses), qui étaient loin de réclamer le fébrifuge. J'ai même remarqué que dans les premiers jours du mois d'août, l'état saburral constituait, en quelque sorte, le fond des maladies, et les éméto-cathartiques, précédés d'une saignée, me réussissaient alors merveilleusement.

Vers la fin de septembre, je rencontrai beaucoup de coliques et de dévoiemens qui cédaient comme par enchantement à l'ipéca, lorsqu'un julep calmant avec le sirop de morphine avait été sans résultat; mais il est bon de noter qu'une partie du mois de septembre a été marquée par une humidité constante de l'atmosphère qui, en frappant d'inertie et de faiblesse la peau et les muqueuses, donne lieu d'abord à une suppression de transpiration, et par solidarité, au transport sur la muqueuse intestinale des matières excrémentitielles sécrétées par la surface cutanée; et alors les nausées, les vomissemens, les dévoiemens qui en résultaient, au lieu d'être les preuves du caractère inflammatoire de la muqueuse gastrique, n'étaient que le caractère d'un état général qui s'observe assez fréquemment, et qui a déjà été décrit par plusieurs bons observateurs sous le nom de *diathèse bilieuse*.

Mais au milieu de ces aspects divers, quelquefois même incohérens et difficiles à déterminer, que prenaient les maladies, sans doute parce que nous étions dominés par une température très variable, toujours est-il que le caractère rémittent devait être fréquemment pris en grande considération, et que le quinquina et le sulfate de quinine devenaient des auxiliaires utiles et souvent même indispensables dans un grand nombre de cas.

Citons actuellement quelques observations qui viennent à l'appui de ce que j'ai avancé.

OBS. I. — Madame Derruay, rue Route de Rennes, âgée de 70 ans, est d'une constitution molle et lymphatique, mais elle jouit ordinairement d'une assez bonne santé.

Le 4 septembre, elle me fit appeler pour une toux assez forte qui la gênait beaucoup depuis quelques jours.

Au mn arrivée, je trouvai la respiration courte, la toux fréquente, sans expec-

---

du concours? Voilà la question dans ses véritables termes; dans l'ordre universitaire où domine aussi la loi du concours, les institutions de chaires ne sont pas soumises à celle nécessité; le ministre de l'instruction publique a droit de nomination première; il nous paraît fort naturel, fort convenable, fort logique d'appliquer semblables conditions au procès qui remue le bureau central; car il y a plus qu'analogie, il y a identité de fonctions. Quant à l'opportunité, à l'utilité de la création nouvelle, il n'appartient qu'au conseil-général de l'apprécier, sauf l'avis de l'expérience médicale qui probablement ne lui a pas fait défaut. Une branche nouvelle s'ajoute à la chirurgie; elle acquiert en quelques années un développement remarquable; les résultats la couvrent d'une sanction incontestée; pourquoi n'aurait-elle sa place au bureau central? La division du travail médico-chirurgical ne peut que tourner au profit des malades; elle existe au dehors, dans le monde où l'opulence appelle à son lit les soins directs de l'intelligente spécialité: pourquoi les pauvres en seraient-ils privés dans les hôpitaux? Objecter les inconvéniens d'une extension illimitée de ce principe, c'est se précipiter dans l'absurde et rejeter le bien par la crainte du mal qu'il avoisine par sa limite extrême.

Le conseil-général songe si peu à resserrer les voies d'admission des jeunes capacités au service hospitalier que par des mouvemens sagement combinés dans le personnel, il vient d'en faire surgir plusieurs au grand jour de cette scène expérimentale. Des mutations, des retraites ont été opérées, non sans quelques difficultés, non sans quelque tourmente dans les rapports de l'administration supérieure avec d'honorables confrères vieillis dans la pratique des hôpitaux; mais les accommodemens ne se sont pas fait attendre; le conseil-général a su faire à tous les droits leur part, et les déplacemens qui avaient fait naître ces sollicitudes sont aujourd'hui des faits accomplis, paisiblement accomplis, et dont le premier effet est d'amener sur le champ de la clinique nosocomiale de jeunes talens qui ne tarderont pas à l'illustrer à leur tour. MM. Voisin et Leuret ont remplacé M. Ferrus en sa qualité de médecin des aliénés à l'hospice de Bicêtre. Le partage d'un service, dans la direction supérieure duquel M. Ferrus a fait tant de bien, réalisé des vues si utiles, entraînera sans doute des inconvéniens. Il sera difficile et peut-être impossible de donner à chacun des deux médecins des attributions égales, de disposer les localités, de classer les malades de manière à satisfaire au zèle et des amours-propres naturellement rivaux. On s'expose à perdre l'influence salutaire que peut avoir dans la direction d'un établissement d'aliénés l'unité de principes et de pouvoir; mais la grande importance acquise depuis une dixaine d'années par la division des aliénés à Bicêtre et à Ste-Anne rendait cette mesure nécessaire. Les fatigues inséparables d'un service placé hors de Paris, et qui se compose de 800 à 900 malades, en altérant la santé de M. Ferrus, l'ont seules déterminé à donner sa démission. Si la retraite prématurée de ce médecin distingué est à regretter dans l'intérêt de la science et de l'humanité, l'administration du moins ne pouvait lui donner de plus dignes successeurs.

La clinique de M. Rostan a émigré de l'hôpital de perfectionnement à l'Hôtel-Dieu; deux hospices, l'Hôtel-Dieu et la Charité, concentrent ainsi les quatre cliniques médicales de la Faculté; est-ce un avantage que de placer deux cliniques internes sur le même terrain? Nous le pensons, si la répartition des malades-entrans est dirigée de manière à fournir aux deux services une égale variété de faits. Une utile rivalité doit naître d'un si étroit voisinage; les élèves se porteront

toration; pouls vif et développé, et une chaleur cutanée assez intense. L'auscultation ne me fit reconnaître que du râle sibilant et muqueux dans différens points du thorax.

Je pratiquai immédiatement une saignée du bras de 10 à 12 onces; j'ordonnai des fomentations huileuses sur la poitrine; un verre de lait d'ânesse pour le soir, et un julep calmant pour la nuit.

Le lendemain, trouvant peu d'amélioration dans l'état de ma malade, et le sang tiré de la veille m'ayant présenté une couenne assez épaisse, je réitérai la saignée.

Le soir, madame D. était très bien; la chaleur fébrile avait diminué; le pouls simple était presque sans fréquence; la respiration n'était point gênée; une expectoration facile de crachats opaques annonçait la résolution de la phlegmasie, et que la coction, comme disaient les anciens, commençait à s'opérer. Cette amélioration avait été précédée d'une légère transpiration.

Le lendemain matin, je trouvai l'état de ma malade bien changé : la respiration était accélérée; la fréquence du pouls avait beaucoup augmenté, et la température de la peau était beaucoup plus élevée que la veille. De plus, l'expectoration s'était supprimée, et la toux paraissait fatiguer beaucoup la malade.

J'attribuai cette recrudescence de l'inflammation à ce que la malade s'était levée le matin pour aller à la selle, et avait traversé, les jambes nues, lorsqu'elle était en moiteur, une pièce de son appartement pour se rendre dans un autre.

Je pratiquai une troisième saignée; j'ordonnai un looch kermétisé et de la moutarde aux pieds.

Le soir, il y avait une amélioration bien sensible. La malade avait vomi après avoir pris deux cuillerées de sa potion. Elle se trouvait très soulagée; la peau était halitueuse et le pouls simple et sans fréquence.

Le 7 au matin, état tout aussi grave que la veille. La nuit avait été mauvaise, le lait d'ânesse avait passé difficilement, et la malade se plaignait d'une douleur assez violente dans le côté droit de la poitrine. Un bruit de râle très manifeste se faisait entendre dans cette partie du thorax. Dans quelques endroits, c'était un bruit analogue au râle trachéal des mourans. La prostration et l'assoupissement étaient portés assez loin.

Inquiet de cet état, je pensai à une fièvre insidieuse. J'ordonnai 8 sangsues pour combattre la douleur du côté, et 12 grains de sulfate de quinine à prendre par cuillerée, dans une potion anodine, de demi-heure en demi-heure.

Le soir, l'état de madame D. était beaucoup plus satisfaisant. Il y avait eu un évanouissement à la chute des sangsues; mais la malade s'était trouvée notablement soulagée au milieu de la journée. Toute la potion fébrifuge avait été prise.

Le 8, l'état de la malade continue à être satisfaisant; elle a dormi une partie de la nuit. Le pouls est faible et petit, mais sans fréquence; transpiration abondante. (Deuxième potion avec 6 grains de sulfate de quinine; légère alimentation.)

A compter de ce moment, tous les accidens cessèrent, et madame Derruay se rétablit promptement.

Mon attention n'avait d'abord été fixée que sur le catarrhe inflammatoire dont madame Derruay me paraissait atteinte, et le succès des antiphlogistiques était bien propre à me confirmer dans cette opinion.

Ayant néanmoins remarqué que l'amélioration qui se manifestait ne se soutenait pas, qu'il y avait de la transpiration le matin, et qu'en outre il régnait à cette époque beaucoup de fièvres intermittentes, je ne pensai pas que les paroxismes et les rémissions qu'elle éprouvait dussent être comparées aux exacerbations fébriles que l'on remarque ordinairement dans la bronchite; car l'ensemble des symptômes devenait un guide certain sous le rapport des indications curatives. Je me décidai donc, malgré la toux et l'oppression, à tenter le sulfate de quinine, et j'eus bientôt lieu de m'en applaudir.

Souvent, dans les fièvres pernicieuses, l'exsanguité de la langue est un signe précieux qui doit tenir le praticien en éveil et l'engager à administrer le sel fébrifuge; car alors il ne court aucun risque de nuire à son malade: mais ce signe n'existe pas toujours, et il est même à remarquer qu'une langue rouge et lisse n'est pas toujours une contre-indication à l'administration du sulfate de quinine sous l'influence duquel, quand il est bien indiqué, on la voit promptement se ramollir et devenir humide. L'observation suivante va nous en offrir une preuve convaincante.

Obs. II.—M. le chevalier H., âgé de 22 ans, avait été pris, à sa campagne du Buron, d'une affection inflammatoire qui avait été regardée comme une gastrite. Déjà 25 sangsues avaient été appliquées à l'épigastre; des cataplasmes, des bains avaient été prescrits, et comme il n'y avait point d'amélioration, une seconde application de sangsues avait été ordonnée lorsque je fus appelé auprès du malade vers la fin du mois d'août.

Je le trouvai avec ce teint jaune-paille et cette altération profonde que l'on rencontre si souvent dans les fièvres rémittentes pernicieuses. Le pouls mollasse et sans vigueur, ainsi que la faiblesse du malade me parurent contre-indiquer une nouvelle application de sangsues, quoique la langue fût rouge et sèche et chargée d'un enduit jaunâtre au milieu. Il était alors trois heures du soir.

Sur les dix heures, il y eut une exacerbation fébrile bien marquée. Le pouls devint raide et fréquent, la peau brûlante et la respiration accélérée. La nuit se passa dans une agitation extrême et dans le délire.

Le lendemain matin, sur les cinq heures rémission de tous les symptômes alarmans. Le pouls est débile et presque imperceptible. Le malade accuse un *brisement* dans tous les membres et se plaint d'une grande faiblesse. Toute la figure a une teinte ictérique, la langue est sale et très rouge, la soif est vive. Il y a un léger empâtement dans l'hypochondre droit; la pression de l'estomac ne paraît pas douloureuse.

J'administrai alors dix-huit grains de sulfate de quinine par paquet de trois grains à une demi-heure d'intervalle, et comme on désirait qu'il fût transporté à Nantes pour que je lui continuasse mes soins, je lui fis prendre quelques cuillerées de café pour lui donner un peu d'énergie.

Le voyage qui ne fut que de deux heures fatigua beaucoup M. H. Il eut plusieurs défaillances et n'arriva qu'avec beaucoup de peine jusqu'à son hôtel.

Cependant la nuit fut moins mauvaise que la précédente. Il dormit trois heures d'un bon sommeil, et le lendemain matin il y avait une rémission complète.

Il prit alors dix grains de sulfate de quinine en trois doses, et dès ce jour-là même la langue dérougit et devint plus molle et plus humide. Le malade demanda des alimens. Deux potages lui furent accordés; un massepain avec un peu de vin rouge coupé avec de l'eau de Seltz.

La nuit suivante fut très bonne. Je le mis alors à l'usage d'une macération de quinquina à l'eau. Et à compter de ce moment le teint s'éclaircit de plus en plus, l'appétit se prononça davantage, et au bout de huit jours M. H. était déjà rétabli.

Existait-il dans l'observation que je viens de rapporter une phlogose de la muqueuse gastrique? C'est probable. L'état de la langue, la teinte ictérique, le dégoût des alimens, l'appétence des boissons froides étaient pour moi les symptômes évidens d'une gastrite. Cependant je ne pensai pas que l'on dût faire une seconde application de sangsues parce qu'il était à peu près certain que le point d'irritation né dans les capillaires de la muqueuse ne s'était point encore propagé dans toute la membrane, et que ces symptômes gastriques me paraissaient les indices d'un type pernicieux réclamant le quinquina plutôt que les sangsues.

Et, en effet, l'amélioration qui se manifesta promptement sous l'influence des stimulans et du sulfate de quinine vint me confirmer dans l'opinion que j'avais déjà que la phlogose gastrique ne s'oppose point à ce que l'on traite les fièvres rémittentes par le quinquina quand cette médication est bien indiquée, de même que la phlogose du parenchyme pulmonaire ne contre-indique point l'administration du sulfate de quinine dans les

---

plus aisément d'un service à l'autre; ils pourront confronter les cas observés dans l'un avec ceux que présente l'autre, contrôler un enseignement par un autre, et cumuler, pour ainsi dire, dans la direction de leurs études, l'expérience de deux professeurs. La migration de M. Rostan permettra l'agrandissement de la clinique obstétricale; et là ne devront point se borner les améliorations que sollicite cette division importante; la marche du service intérieur prête à de justes critiques; les rapports des sages-femmes préposées avec l'interne et ses auxiliaires veulent être modifiés; il ne convient pas que l'interne reste ici sur le troisième plan, et que son action soit circonscrite dans des limites aussi nuisibles à son instruction que peu dignes de la virilité médicale.

Le concours pour la chaire de pathologie interne touche à sa dernière péripétie; les thèses sont sévèrement feuilletées par l'argumentation; cette épreuve ne laissera point que d'agir sur l'esprit des juges; elle a eu des vicissitudes marquées; elle a relevé telle candidature, déprimé telle autre; on a généralement remarqué le volume des dissertations; la plupart dépassent cent pages; quelques-unes sont presque des ouvrages. Est-ce abondance ou stérilité? En dix jours, accordés à l'élaboration de cette œuvre, on n'a pas le temps d'être court. Il est pourtant des sujets qui ne comportent qu'une médiocre ampliation et qui, sous la plume des candidats, se dilatent singulièrement et s'apauvrissent d'une luxuriante richesse de composition. Il faut signaler ce défaut, nous avons presque dit cette manie, car il va croissant avec les concours. Les thèses qui ont fait éclore autrefois des luttes célèbres, sont moins étendues; pour peu que l'émulation du volume grossisse, nous aurons des dissertations de concours en deux ou trois tomes. Quant à l'issue du combat, doute ou réserve; plusieurs noms se brisent, à demi-scandés, sur des lèvres discrètes; les chances sont calculées avec une versatile arithmétique de passion et d'intérêt; les scrutins se succèdent dans la sollicitude conjecturale des tenanciers de chaque candidature; mais il n'y a de certain qu'une seule chose, à savoir, qu'un homme de talent montera dans la chaire vacante, escorté d'approbation et d'envie, comme il advient presque toujours. Trop de véritable mérite s'est produit dans cette lutte pour que le choix du jury puisse s'égarer; et quand ce choix aura retenti par la voix de son président, la Faculté comptera certainement dans ses rangs un professeur distingué de plus, en même temps qu'il lui restera pour des luttes ultérieures une brillante réserve de concurrens éprouvés. Les propos qui circulent, les combinaisons qui naissent et meurent chaque jour dans les entretiens et causeries, et jusqu'à ces saillies de l'esprit français qui ne fait défaut nulle part, tout cela pourrait agacer votre curiosité, mon cher confrère; mais vous n'avez garde de m'en demander la reproduction dans ces lignes; vous êtes habitué, comme moi, à laisser aux intérêts, aux droits rivaux leur libre sphère d'action et voire même d'agitation : les bruits de la publicité ne doivent point troubler le travail de la justice; ce travail est assez difficile déjà, assez chanceux, assez tourmenté pour qu'on fasse autour de lui silence et paix. Après le verdict, les murmures et les réclamations; cela est de règle; et pour n'être jamais maudit, le juge ne devrait jamais condamner. A Montpellier, ce moment est arrivé; le concours pour la chaire de pathologie externe est terminé; M. Bouisson échange sa moderne robe de professeur de Strasbourg contre l'épitoge antique du professorat de Montpellier. La carrière de M. Bouisson est une série de triomphes; le concours l'a fait successivement, en moins de huit ans, interne à l'hôpital Saint-Eloi, chef des travaux anatomiques de la Faculté, agrégé

fièvres rémittentes avec pneumonie que j'ai eu occasion d'observer avec M. Marion de Procé.

Nous savons, au reste, par des observations bien faites qu'une irritation peut être détruite par une irritation. Ainsi une patte de grenouille, imbibée d'une liqueur alcaline, s'irrite; mais si on la plonge dans l'alcool, l'irritation disparaît, parce que les liquides dérangent leur ancienne direction et prennent un autre cours. C'est ainsi que l'inflammation aiguë de l'œil se guérit par l'insillation de quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent.

Au reste, je ne prétends pas que le sulfate de quinine soit un moyen de guérir toutes les phlogoses de la muqueuse gastrique qui compliquent les accès de fièvres. Ici, comme dans presque toutes les affections morbides, les indications à remplir sont de deux sortes; les unes qui se rapportent à la lésion organique elle-même; les autres à cette condition vitale, à cette modification du système nerveux qui est sous l'empire de la constitution médicale.

Bien plus, il est des cas, et Broussais nous a prouvé qu'ils étaient bien plus fréquens qu'on ne l'avait cru jusqu'à lui, où la gastrite est la cause unique des affections périodiques. C'est alors que l'estomac révolté contre le souverain fébrifuge se joue de tous les toniques permanens et diffusibles, comme nous allons le voir dans l'observation suivante.

Obs. III. — Madame Rouet, femme d'un capitaine de navire, âgée de 34 ans, d'une constitution délicate, avait été prise à l'Isle-Dieu d'une fièvre d'accès contre laquelle on avait employé les purgatifs et le sulfate de quinine.

Mais coupés pour quelque temps, les accès reparaissaient plus tard avec une nouvelle intensité.

Venue à Nantes vers la fin du mois d'août, elle est encore prise d'un accès de fièvre avec frisson, et le lendemain d'un second plus fort que le premier.

Appelé auprès de la malade pendant le stade de chaleur, je la trouvai avec un pouls vif et fréquent; une rougeur foncée des éminences malaires et une céphalalgie sus-orbitaire très violente. Les yeux étaient injectés; la langue blanchâtre au milieu était rouge à la pointe et sur les bords. Il existait en même temps de l'anorexie et un désir très grand des boissons acides. Il y avait de plus une douleur épigastrique assez forte et une petite toux sèche et sacadée.

Soupçonnant chez ma malade une irritation de la muqueuse gastrique qui entretenait la fièvre, et cette toux que je regardais comme stomacale, je fis appliquer de suite douze sangsues au creux de l'estomac avec ordre de les faire bien saigner. A la chute des sangsues, il s'établit une transpiration abondante, et le lendemain la malade n'avait plus ni toux ni fièvre.

Je la tins à un régime adoucissant au racahout et à l'usage des viandes froides.

Huit jours après, comme elle se trouvait très bien, elle mangea une douzaine d'huîtres à son déjeuner; mais dès le jour même il y eut une espèce d'indigestion qui fit reparaître un accès de fièvre; cependant il n'eut pas de suite; et depuis ce moment, Madame Rouet a repris de l'embonpoint et de la fraîcheur, et sa santé est meilleure qu'elle n'a été depuis longtemps.

Obs. IV. — Dans les premiers jours du mois de septembre, je fus appelé en consultation pour madame L. sur les boulevarts que soigne habituellement le docteur Esmein. Cette dame, âgée de 86 ans, d'un caractère gai et aimable, est parfaitement conservée.

Des menaces d'apoplexie nécessitent de temps en temps quelques applications de sangsues. Quelques jours auparant des symptômes assez graves marqués surtout par un embarras de la parole et une déviation de la langue avaient engagé notre confrère à recourir à ce moyen. De plus, un vésicatoire avait été placé à chaque jambe, et la malade s'en était trouvée très bien. Cependant depuis ce moment, elle éprouvait, vers le milieu de la journée, un trouble nerveux qui la fatiguait et qui inquiétait sa famille.

Après avoir examiné attentivement l'état de la malade, nous convînmes, le docteur Esmein et moi, de lui faire prendre une macération de quinquina à l'eau, quoiqu'il ne parût pas exister de fièvre chez elle; mais à cause de cette disposition aux fièvres pernicieuses qui régnait alors.

Le lendemain et le surlendemain, les accidens ne se rencontrèrent pas, et la malade m'ayant paru assez bien je cessai de la voir.

Huit jours après, on m'envoya demander précipitamment au milieu de la journée pour me joindre à mon confrère.

La malade était alors dans l'état le plus grave. La figure était profondément altérée, le pouls était petit, intermittent, filiforme. Depuis le matin, elle avait laissé aller plusieurs fois sous elle. Tout faisait présumer qu'elle succomberait prochainement.

J'appris de mon confrère que la veille pour remédier à la constipation, elle avait pris un lavement purgatif qui avait provoqué deux selles, mais que le soir il l'avait trouvée assez bien.

Cependant on avait remarqué que depuis deux jours la malade s'était plainte du froid sur les quatre à cinq heures de l'après-midi, et que les nuits n'avaient pas paru aussi bonnes que les précédentes.

Le matin même de notre réunion, on avait voulu revenir à la macération de quinquina, mais elle avait suscité des vomissemens, et des selles fréquentes avaient eu lieu.

Après avoir interrogé avec soin la famille, j'appris qu'une demi-heure avant notre arrivée, madame L. avait été prise d'un tremblement bien marqué, et qu'elle était alors tombée dans cette prostration qui avait alarmé ses enfans.

Jugeant dès-lors qu'elle était sous l'impression d'un accès pernicieux, nous regardâmes le cas comme très grave.

Cependant, nous fîmes appliquer 25 grains de sulfate de quinine sur la surface des vésicatoires, et nous ordonnâmes une potion stimulante à prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure. Nous convînmes de la revoir à neuf heures du soir.

Contre notre attente, nous trouvâmes notre malade dans un état bien meilleur; le pouls s'était relevé; il y avait de la chaleur fébrile; mais la physionomie n'était plus aussi altérée.

Nous ordonnâmes alors une potion avec 12 grains de sulfate de quinine à prendre par cuillerée, dès que la fièvre serait tombée.

Le lendemain à dix heures, nous revîmes la malade : son état avait subi une notable amélioration; il n'y avait pas eu de selles depuis la veille; la physionomie était bonne; le pouls excellent, et la gaîté était revenue à notre malade. Nous fîmes continuer la potion, dont la moitié avait été prise.

Le lendemain, elle prit encore quelques grains de sulfate de quinine, et les accidens cessèrent pour ne plus reparaître.

Est-ce le lavement purgatif qui avait rappelé chez cette malade des accès disparus depuis plusieurs jours? Les vomissemens et la diarrhée avaient-ils pour cause une phlogose de la surface interne des voies digestives?

Quoi qu'il en soit, la potion stimulante et le sulfate de quinine qui nous parurent les seules chances de salut, non seulement ne développèrent point un état inflammatoire, mais, sous leur influence, les vomissemens et la diarrhée cessèrent, et la malade revint promptement à un état de santé que nous n'osions espérer, et qui ne se démentit pas.

Obs. V. — M. G., notaire, rue d'Orléans, d'une constitution faible et nerveuse, ressentit, le 12 septembre, une douleur de tête et un état de malaise qui le forcèrent à garder le lit.

Appelé le lendemain auprès de lui, je le trouvai avec une fièvre très forte, une céphalalgie frontale intolérable.

A l'aspect de sa physionomie, qui offrait un mélange de rougeur et de jaune citronné, je pensai qu'il pouvait être atteint d'une fièvre rémittente. La langue

---

premier nommé de Montpellier, professeur à Strasbourg, et maintenant le voilà assis dans la chaire de Dugès. L'amitié qui nous lie étroitement au jeune et brillant successeur de Dugès nous défend de le louer ici comme nous le suggèrent justice et vérité. Qu'il nous soit permis seulement de féliciter l'illustre école de Montpellier du choix qu'elle vient de faire. On n'articule contre M. Bouisson qu'un seul grief, sa jeunesse : il n'a pas vingt cinq ans. Heureux grief! charmant grief! A lui donc l'avenir, l'expérience qu'il ne peut avoir encore, mais qu'il acquerra, à coup sûr, je vous en réponds, et lumineuse et positive et solidement amassée sur un fonds de science rigoureuse et de logique naturelle dont nous n'avons rencontré nulle part ailleurs une si précoce réunion. Ceux qui se sont recriés contre l'admission de la candidature d'un professeur oublient que pareil fait s'est passé à l'école de Paris, quand feu le professeur Flamand, de Strasbourg, y vint disputer la chaire d'accouchemens et balancer le succès de Desormeaux. M. Flamand ne fut point nommé; en est-il moins resté un professeur facile, lucide, un praticien remarquable? Notez que M. Flamand a concouru, professeur d'accouchemens, pour une chaire d'accouchemens. C'est la physiologie que M. Bouisson enseignait à Strasbourg; il a lutté à Montpellier pour une chaire de pathologie externe; vaincu, qu'avait-il joué, compromis? Son titre de physiologiste n'était pas en cause. Vainqueur, il justifie deux fois le choix qu'avait fait en lui l'école d'Alsace, et il honore, en les quittant, la sagacité de ses premiers juges. La Faculté de Strasbourg qui vient de nommer un professeur de physique et qui ouvre en ce moment un concours pour la chaire toujours vacante de médecine légale, fait sans doute en M. Bouisson une perte regrettable; mais elle a vie et force, elle ne saurait déchoir avec des hommes tels que Bégin, Forget, Stoltz, Ehrmann, Fée, etc. Avec ses tendances positives et le large développement des études anatomiques dont elle est pour ainsi dire la patrie, avec ses cliniques actuelles, avec ses traditions de science sincère, avec le souffle excitateur de l'Allemagne assise vis-à-vis d'elle, sur l'autre rive du Rhin, la Faculté de Strasbourg sera toujours un centre éminent du commerce médical, un riche entrepôt d'idées et de faits : ses destinées sont assurées, elles peuvent devenir brillantes : à elle de les comprendre.

Ne finissons point cette causerie sans nous adresser la formule monacale : « Frère, ou confrère, il faut mourir. » La mort vient de frapper sur notre personnel des coups si redoublés que ce salutaire avertissement est tout-à-fait de circonstance; il est vrai qu'il l'est toujours, et, pour nous servir d'un mot usé : la plus forte actualité, c'est la mort. Richerand, Marc, Lodibert, Yvan, viennent de tomber, fruits desséchés par le temps, de l'arbre académique. Il y a beaucoup de bien à dire de ces quatre hommes, qui ont eu des vicissitudes diverses; les deux derniers, officiers de santé supérieurs de l'empire, associés par la fortune de leur noble carrière aux combats et aux travaux de cette glorieuse époque. Marc, attachant son nom à la médecine légale par des travaux que recommandent surtout deux qualités, moins communes qu'on ne pense, le bon sens et le jugement. Richerand, qui taillait sa plume avec le bistouri, pour la rendre chirurgicale; homme d'esprit et de fortune, il a failli surprendre la gloire; il n'a saisi que l'illustration passagère, qui dore, on ne sait pourquoi, certains noms plutôt acceptés que reçus. Entre Desault et Bichat, il s'est mis à écrire la chirurgie de l'un et la physiologie de l'autre, amplifiant, modifiant, classifiant, verbifiant; il a fait besogne de littérature; et pourtant, n'allons pas rabaisser cette

était blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe; il y avait une soif très vive, de la douleur à l'estomac et une agitation extrême.

Pour tâcher de diminuer la douleur de tête dont il se plaignait principalement, je fis une saignée de 12 onces. J'ordonnai en outre des compresses froides sur le front et de la moutarde aux pieds. Tout fut inutile; la nuit se passa dans une anxiété extrême, et le lendemain, le mal de tête existait toujours.

Le malade sollicitait avec instance une seconde saignée; mais le sang, quoique couenneux, n'offrait qu'un caillot sans consistance; le pouls était sans résistance, et le devant de la poitrine présentait une rougeur insolite qui me faisait supposer que cette scène pourrait bien se terminer par une éruption varioleuse.

J'engageai le malade, qui était dans une espèce de rémission, à attendre jusqu'au soir, afin que la maladie se dessinât plus nettement.

Le soir, à neuf heures, la fièvre étant beaucoup plus forte, le mal de tête ayant repris une nouvelle intensité, et M. G. disant qu'il ne pouvait plus résister à la douleur, je fis appliquer 8 sangsues à la cheville du pied, avec ordre de les faire bien saigner. Elles donnèrent abondamment, et le malade ayant eu un évanouissement à quatre heures du matin, on arrêta le sang. Il s'endormit ensuite.

Sur les huit heures, je trouvai une rémission complète; plus de mal de tête; pouls souple, quoique très faible; le malade avait mouillé deux chemises; il n'y avait point d'éruption.

Craignant alors un troisième accès de fièvre, je fis donner 12 grains de sulfate de quinine en trois doses, malgré les douleurs d'estomac dont il se plaignait toujours, et l'état de la langue qui était rouge à la pointe.

La journée se passa assez bien; il se borna à prendre du bouillon de poulet; car il existait une anorexie complète.

La nuit fut marquée par le retour d'un accès de fièvre assez léger.

Le lendemain, M. G. était très bien, et j'aperçus alors quelques boutons varioleux disséminés sur les membres et sur la figure.

Je continuai néanmoins le sulfate de quinine à faible dose, et, à partir de ce moment, la convalescence commença et ne fut entravée par aucun accident.

Les accès de fièvre qui se sont manifestés ici n'étaient-ils que les symptômes précurseurs de cette légère éruption variolique qui se manifesta?

A cette époque, il est vrai, il régnait beaucoup de varioles et de varioloïdes; mais j'observais un bien plus grand nombre de fièvres intermittentes. Ainsi, dans une seule famille de la rue des Ollivettes, j'avais trois personnes atteintes de fièvre intermittente quotidienne; dans une autre, j'en avais deux. Deux de mes ouvriers, dans la société de secours mutuels, étaient alors sous l'influence d'accès rémittens avec des douleurs de tête, extrêmement violentes et tellement opiniâtres, qu'elles avaient résisté aux saignées générales, aux sangsues derrière les oreilles et aux vésicatoires à la nuque : elles ne cédèrent qu'au sulfate de quinine donné à haute dose. A l'Hôtel-Dieu, deux ou trois individus avaient succombé à des fièvres pernicieuses.

Je pensai donc qu'il était prudent d'administrer ici le fébrifuge, et, malgré la rougeur de la langue et les douleurs épigastriques, il ne parût produire que des résultats très heureux, puisque l'appétit et le bon état de toutes les fonctions furent bientôt rétablis dans leur première harmonie.

Je terminerai par une observation qui pourrait prouver encore combien une cause morbide identique détermine des effets en apparence différens, selon les organes sur lesquels son action s'exerce avec le plus de violence.

Obs. VI. — Un jeune homme avait contracté une blennorragie, qui paraissait avoir cédé aux applications de sangsues au périnée, aux bains et au repos, lorsque le 10 septembre, dans la nuit, il fut reveillé par des douleurs extrêmement violentes dans la verge, qui durèrent pendant deux ou trois heures.

Le lendemain, je lui fis prendre un bain de siége d'une heure, et j'ordonnai, en outre, des frictions avec une pommade composée d'opium et de mercure.

Malgré ces moyens, notre jeune homme fut encore réveillé avec les mêmes douleurs, qui ne furent pas moins longues que la nuit précédente.

Je fis appliquer alors quinze sangsues au périnée, et j'ordonnai pour la nuit une potion calmante, avec une once de sirop de morphine. Je conseillai également d'appliquer à l'épigastre un cataplasme émollient, arrosé de laudanum; et un quart de lavement, avec une décoction de guimauve et de têtes de pavot, fut pris au moment de se coucher.

Mais je n'obtins néanmoins que de faibles résultats. Je me décidai alors à donner 15 grains de sulfate de quinine; dès-lors les douleurs disparurent complètement et ne se remontrèrent plus depuis ce moment.

Je pourrais de même rapporter un cas extrêmement curieux de fièvre pernicieuse masquée sous les symptômes d'une hydrocéphale aiguë chez une petite fille de six ans, et dont triompha le sulfate de quinine; mais, cette observation appartenant à une autre épidémie de fièvres insidieuses, je n'ai pas cru devoir la mentionner ici.

Mon but, au reste, dans ce travail, est uniquement de prouver combien il importe au médecin de ne pas se laisser dominer par un système exclusif; car c'est souvent faute de saisir les indications et les contre-indications que nous éprouvons de si grands mécomptes dans l'action des médicamens. Le médicament peut bien avoir, en effet, les mêmes propriétés; mais les dispositions organiques du sujet peuvent être changées, mais les conditions qui avaient présidé à son heureux emploi ne sont plus les mêmes. Examiner, par conséquent, toutes les circonstances qui font naître les indications; étudier les causes de toute espèce qui suscitent des phénomènes pathologiques, et ces phénomènes eux-mêmes dans toutes leurs circonstances appréciables, afin de déterminer la nature et la proportion relative des causes qui nécessitent l'application de méthodes antipathiques en apparence, tel est, il me semble, le but auquel doit tendre le thérapeutiste. Et grâce à ce point de vue compréhensive de la science, nous ne ririons plus de ce respect qu'inspirent à certains médecins les ouvrages immortels des Baillou, des Sydenham, des Baglivi, des Stoll, des Dehaen, qui tous reconnaissaient les modifications importantes qu'impriment aux maladies les différentes constitutions médicales dont ils savaient apprécier la valeur par rapport à la thérapeutique de ces affections.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL FUR CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, publié par GRAEFE et WALTHER.

Le troisième cahier du vingt-huitième volume contient : 1° *Sur le traitement des fractures;* par le docteur de Grauvogel; 2° *Extirpation de tumeurs enkystées, l'une située dans la région lombaire, l'autre au cou;* par le docteur Konrad de Glogau (absolument rien d'intéressant); 3° *Amputation de deux jambes et extirpation des doigts aux deux*

fonction, qui est utile dans la science et qui a pour effet d'élargir le cercle de compréhension de ses faits et de ses principes. Par l'élégance et la clarté du style, Richerand a propagé les connaissances physiologiques et chirurgicales; il a emmiellé les bords du vase au breuvage amer; il n'y a versé goutte ni gouttelette; mais grâce à l'aimable artifice, il l'a fait passer de bouche en bouche, et son nom à la suite, et voilà comment la science se vulgarise et comment se forment des renommées artificielles.

Peu de jours après que les dépouilles mortelles de Richerand eurent reçu, dans la basilique de Saint-Sulpice, avec un imposant appareil de splendeur funéraire, les prières libératrices d'un archevêque, une voiture s'arrêtait vis-à-vis de sa maison, à la porte de l'hôtel de Joseph II; un vieillard, presque octogénaire, y montait péniblement pour être conduit à l'Hôtel-Dieu où il est mort le lendemain; ce vieillard, qui a demandé et obtenu de mourir à l'hôpital, est le docteur Mollet, ancien docteur-régent de l'ancienne école de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine sous la république et membre résident de l'Athénée médical; il avait servi comme médecin en chef dans les armées de l'empire; un vieux général, son client de guerre, a payé les frais de son séjour à l'hôtel. Ici un catafalque splendide, là une table d'amphithéâtre, sur l'un et l'autre les restes mortels d'un confrère. O vous qui avez des fils ou des frères à placer dans une carrière et qui avez songé à celle de la médecine! O vous, examinateurs, qui interrogez les candidats au bonnet doctoral, *nunc intelligite, nunc erudimini.*

M. L.

— M. le docteur Brault, pharmacien en chef, premier professeur du Val-de-Grâce, vient d'être nommé inspecteur, membre du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Fauche, décédé. Cette nomination complète ce conseil qui se compose comme suit:

Médecine : MM. Moizin et Gasc.
Chirurgie : MM. Larrey et Pasquier père.
Pharmacie : M. Brault.

— M. le docteur Donné commencera le mercredi 19 février, à trois heures, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois (Clinique de la Faculté, place de l'École-de-Médecine), son cours particulier d'observations microscopiques; ces leçons pratiques auront lieu les mercredis et vendredis.

Les études microscopiques prenant de plus en plus d'extension et d'importance, M. Donné, dont les efforts tendent à populariser ce genre d'observation, a réuni tous les moyens propres à rendre les démonstrations instructives et faciles; non seulement il met à la disposition des élèves un grand nombre de microscopes pour répéter les expériences; mais, à défaut du soleil pendant l'hiver, il a fait établir un appareil à gaz oxi-hydrogène pour éclairer le microscope solaire; il montrera en outre les applications du daguerréotype à l'étude de l'anatomie de texture et de l'histoire naturelle en général.

mains chez un vieillard affecté de sphacèle; par le même (guérison complète au bout de six semaines); 4° *Cas de suppuration du rein, suivi de guérison*; par le docteur Hancke (un individu tombé du haut d'un bâtiment élevé est venu à porter sur le rein droit; celui-ci est entré en suppuration; le pus s'est fait jour à travers la vessie et l'urètre, et l'individu a guéri); 5° *De l'artichaut, l'anti-rhumatismal par excellence*; par le docteur Dieterich (l'auteur rapporte plusieurs observations de rhumatisme dans lesquelles il a employé le suc ou l'extrait d'artichaut (cynara scolymus); en examinant scrupuleusement les observations de l'auteur, nous ne ratifions nullement ce titre pompeux; aussi attendrons-nous d'ultérieures expériences pour nous prononcer définitivement à ce sujet); 6° *Hydrencéphalie aiguë compliquée de pneumonie*; par le docteur Zyncker (cette dernière maladie, complètement méconnue pendant la vie, a été constatée par l'autopsie; l'auteur remarque qu'il n'existait pendant la vie pas le moindre signe, qui aurait pu faire soupçonner la pneumonie et l'auscultation?); 7° *Guérison du cancer cutané par le chlorure de zinc*; par le docteur Wetzlar (observation d'un ulcère cancéreux, situé sur le nez, et guéri par l'application de la pâte phagédénique de Canquoin (GAZETTE MÉDICALE, p. 763 et 780, 1834)); 8° *Sur l'emploi de l'élatérium contre l'hydropisie*; par le docteur Haomano (notices historiques sur cette substance, suivies de deux observations très incomplètes); 9° *Sur la coxarthrocace*; par le même (rien de saillant); 10° *Nouvelles observations d'épisiorraphie*; par le docteur Koch; 11° *Observations chirurgicales*; par le docteur Seofftlehen (rien de nouveau); 12° *Infection remarquable de la syphilis*; par le docteur Mayer, de Berlin (un homme probablement atteint d'une syphilis constitutionnelle datant de dix ans, la communique à sa femme enceinte; celle-ci traitée par le mercure accouche à terme de deux enfans dont l'un petit, chétif et couvert de pustules, meurt bientôt; l'autre était fort et très bien portant; la femme, toujours bien portante, était accouchée antérieurement deux fois, et avait mis au monde deux enfans forts; enfin, après cette dernière couche, la troisième, elle eut quelques mois après des condylomes pour lesquels on eut de nouveau recours à un traitement mercuriel, et elle accoucha pour la quatrième fois quelques mois après d'une petite fille bien portante); 13° *Plusieurs observations tendant à prouver la possibilité des naevi materni par les envies ou frayeurs des femmes enceintes*; par le docteur Koehler; 14° *De l'emploi du chlorure de chaux en topique dans le traitement des ulcères chroniques*; par le docteur Gottel; 15° *Observation d'un goître énorme qui a disparu par l'emploi de l'iode*; par le même.

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES; par le docteur DE GRAUVOGEL.

L'auteur, ayant eu à traiter un individu qui s'était fracturé les deux fémurs à la fois, a mis en usage un appareil qui lui a parfaitement réussi et dont il donne la description, ainsi que le dessin. C'est une espèce de châssis rectangulaire formé de deux attelles longues et fortes, placées sur les côtés externes des deux membres abdominaux et dépassant l'une et l'autre en haut la crête de l'os des îles, et en bas la plante des pieds. Les deux attelles sont jointes ensemble par trois traverses, dont deux passent l'une derrière les points et l'autre derrière les malléoles du blessé; la troisième est au-dessous de la plante des pieds, et se trouve percée de plusieurs mortaises à travers lesquelles on fait passer les bandes qui doivent servir à opérer l'extension permanente.

Les extrémités des attelles sont retenues par une ceinture du bassin qui sert à opérer la contre-extension en prenant à l'aide de sous-cuisses des points d'appui sur les tubérosités sciatiques et les plis de l'aîne.

A l'aide de cet appareil, le bassin et les deux extrémités inférieures forment un tout inflexible ayant la figure d'un carré long et susceptible d'être soulevé en totalité et sans secousses lorsque des besoins naturels exigent le déplacement du malade. A l'aide de cordons qui sont accrochés sur les côtés de l'appareil et qui passent par un anneau ou une poulie au plafond, il devient très aisé de soulever tout l'appareil (1).

NOUVELLES OBSERVATIONS D'ÉPISIORRAPHIE; par le docteur KOCH.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent déjà l'heureux résultat qu'a obtenu M. Koch de cette opération ingénieuse, inventée par M. Fricke, pour remédier au prolapsus de la matrice. Aux modifications que M. Koch a déjà apportées à cette opération, il joint l'usage d'un nouvel instrument, c'est-à-dire une aiguille semblable à celle de Deschamps, avec laquelle il fait la suture chevillée de préférence à toute autre.

(1) Cet appareil nous semble loin d'être aussi avantageux que celui employé par M. Bonnet, de Lyon, dans une circonstance à peu près semblable.

Encore aujourd'hui le médecin de Munich rapporte trois observations où cette opération a été couronnée d'un plein succès.

OBS. I. — Lisette P., âgée de 28 ans, portait depuis 4 ans un prolapsus de la matrice ayant le volume d'une tête d'enfant et pendant entre les cuisses. L'orifice de l'utérus était tuméfié et entr'ouvert; il y avait un écoulement abondant et des excoriations douloureuses.

Après que la malade eut employé sans succès beaucoup de moyens, on la décida pour l'épisiorraphie qui fut faite, le 28 avril 1838, d'après la méthode ordinaire de M. Kopp. Une tuméfaction considérable des petites lèvres rendit pour un moment le succès de l'opération très douteux. L'inflammation fut combattue à temps, et le rapprochement assez bien pratiqué pour obtenir une cicatrice qui établissait un pont d'environ deux pouces de large et suffisant pour soutenir les parties; il restait une petite ouverture au-devant de la fourchette par où passaient les fluides sécrétés en abondance.

La malade a été délivrée de ses infirmités jusqu'aujourd'hui, et peut de nouveau servir comme domestique.

OBS. II. — Clara N., âgée de 30 ans, affectée d'un prolapsus de l'utérus, fut opérée par l'épisiorraphie au mois de juin 1838. Comme l'urine corrodait la plaie et les sutures, on mit une sonde à demeure; mais le méat urinaire était si flasque, et l'urètre si élargi que le liquide s'écoulait en dehors de l'instrument; celui-ci fut ôté comme inutile, et néanmoins la cicatrisation s'opéra au bout de huit jours.

Quelques mois après, l'opérée vint voir M. Kopp, et lui annonça qu'elle était enceinte depuis peu de jours avant son opération qui elle-même avait été précédée de la dernière menstruation. La grossesse se passa bien. Le 18 février, des douleurs d'accouchement se déclarèrent, et à l'arrivée de M. Kopp, la tête prenait déjà sur le périnée. Le chirurgien parvint à engager à travers la petite ouverture du vagin qui restait son doigt jusqu'au-devant de la tête, repoussa celle-ci, et engagea ensuite un bistouri boutonné derrière la membrane étendue au-devant du vagin, l'incisa sur ses deux côtés, et la fit tomber comme un pont-levis. L'accouchement se fit ensuite promptement. Quelques heures après, M. Kopp releva le lambeau abattu, le fixa de deux côtés avec des points de suture simples. La cicatrisation ne fut pas aussi parfaite que la première fois à cause de l'écoulement des lochies, mais elle fut pourtant suffisante pour maintenir les parties.

OBS. III. — Jolie Fr., âgée de 46 ans, portait un prolapsus volumineux de la matrice depuis 20 ans et étant encore incommodée par des fréquentes envies d'uriner, se décida enfin pour l'épisiorraphie; celle-ci fut faite le 9 janvier 1839.

L'auteur se servit alors pour la première fois de l'aiguille dont nous avons parlé et parvint à terminer l'opération beaucoup plus lestement. L'écoulement continuel des urines auquel on n'a pas pu remédier entrava la cicatrisation, et il ne se forma qu'une bride insuffisante pour retenir complètement l'utérus; mais celui-ci fit de nouveau hernie à la première menstruation. Le 11 mars, le chirurgien remédia à cette rupture par une nouvelle suture qu'il pratiqua cette fois-ci comme pour le bec-de-lièvre. L'urine inonda encore l'appareil; cependant la cicatrice se fit mieux et devint plus étroite; elle retint très bien l'utérus.

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRATISCHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Le cahier d'août 1839 contient : 1° *De l'emploi interne des eaux minérales renfermant du sel de cicerine, et en particulier du bain Elmen, près de Magdebourg*; par le docteur Zohmeier; 2° *Six observations remarquables*; par le docteur Kreysig; 3° *Observation d'une rétroversion de l'utérus en état de gestation*; par le docteur Flamm; 4° *Quels sont les signes diagnostiques découverts dans ces derniers temps pour reconnaître les maladies du pancréas?* par le docteur Burger (recherches historiques qui n'arrivent à aucune conclusion positive); 5° *Mélanges*.

SIX OBSERVATIONS REMARQUABLES; par le docteur KREYSIG.

Nous avons déjà rendu compte (GAZ. MÉD. p. 790, 1839) des deux premières observations. La troisième contient l'histoire d'une inflammation chronique des glandes lymphatiques dans la fosse iliaque droite, survenue pendant une fièvre intermittente qui compliquait une grossesse et persista après l'accouchement. L'inflammation passa en suppuration, et finit par se faire jour à travers le canal digestif.

La quatrième est un abcès dans le bassin d'une femme qui avait fait une chute peu de temps avant ses couches; cet abcès s'ouvrit dans la vessie et la malade a guéri.

Le sujet du cinquième cas est un individu qui a éprouvé pendant dix ans différens symptômes morbides par suite d'un coup de pied de cheval reçu dans le creux de l'estomac.

La sixième observation, enfin, contient l'histoire d'une perforation de l'estomac par suite d'ulcération de cet organe avec épanchement de matière dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION D'UNE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS EN ÉTAT DE GESTATION; par le docteur FLAMM, de WASSCHAU.

Le cas de rétroversion, dont M. Flamm rapporte l'histoire, a donné lieu aux accidens les plus graves, tels que compression de la vessie, impossibilité d'uriner et de rendre les matières fécales, fièvre urineuse, anasarque et affection des organes respiratoires. L'accident a eu lieu à la fin du quatrième mois de la grossesse par suite de faux pas que la femme grosse fit sur un chemin raboteux. Après que la malade eut beaucoup souffert pendant presque un mois, elle eut recours aux soins de M. Flamm qui, après avoir reconnu la cause de tous ces accidens, parvint à replacer l'utérus dans sa position normale; la femme avorta le lendemain et mourut le surlendemain. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'inflammation dans les organes de la génération et les parties voisines. Le bassin était un peu plus ample qu'à l'ordinaire. Il est encore digne de remarque que la femme qui fait le sujet de cette observation avait déjà accouché sept fois sans avoir éprouvé le moindre accident.

III. MONATSSCHRIFT FÜR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par d'AMMON.

Le cahier de septembre et octobre contient les articles originaux suivans : 1° *Du rapport du cervelet avec les organes génitaux*; par le docteur Rumpelt (l'auteur cherche à démontrer, dans ce long mémoire, que, conformément à l'opinion de Gall, le cervelet est le siége des passions sexuelles); 2° *Remarques sur l'inflammation de la membrane de Demours*; par le professeur Rau; 3° *Observation de blépharoplastie*; par le docteur Heidenrich (rien de saillant); 4° *Anatomie pathologique des organes auditifs d'une sourde-muette*; par le docteur Mansfeld; 5° *Cas de cysticerque celluleux vers la conjonctive d'un enfant*; par le docteur Horing (GAZ. MÉD. p. 636, 1839); 6° *Du croup*; par le docteur Hennemann; 7° *Trois observations de bronchotomie pour cause de croup, suivies de mort*; par le même; 8° *Sur la découverte des images réfléchies par la surface des divers milieux transparens de l'œil*; par le professeur Rau, de Bern. (M. Rau écrit à ce journal à l'occasion de l'observation de M. Sanson sur cette particularité, que M. Purkinje avait déjà indiquée en 1823 (COMMENTATIO DE EXAMINE PHYSIOLOGICO ORGANI VISUS ET SYSTEMATIS CUTANEI QUAM PRO LOCO IN GRATIOSO MEDICORUM ORDINE RITE OBTINENDO, 1823, Vratislav, VIII, p. 58, c. TABUL. LITH., p. 28). Les images réfléchies par la surface de la cornée et de la face antérieure de la capsule cristalline comme des signes de diagnostic importans; 9° *Mélanges*.

REMARQUES SUR L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DE DEMOURS; par le professeur RAU, de Bern.

Sans entrer dans les discussions sur les dimensions de la membrane de Demours, qui, d'après Unna, ne s'étendrait que jusqu'au bord pupillaire dans la chambre antérieure, l'auteur nous communique ici ses propres remarques sur ce qu'il a observé dans l'inflammation de cette membrane; ce sujet étant encore peu étudié, nous donnerons ce mémoire avec tous les détails qu'il mérite.

La maladie peut se borner à cette portion de membrane, qui revêt la face interne de la cornée, ou bien à celle qui tapisse la face antérieure de l'iris, ou bien peut s'étendre aux deux à la fois ou successivement : de là, des phénomènes divers que nous allons indiquer.

L'inflammation de la face interne de la cornée se manifeste à son début exclusivement par un obscurcissement généralement léger et uniforme à la surface interne de la cornée, n'altérant ni le brillant extérieur, ni la transparence de cette membrane, et lui faisant réfléchir la lumière de la même manière que le ferait un verre concave, dont la face interne aurait été usée à la meule. Néanmoins, l'œil perd son expression de vie et prend une apparence vitreuse toute particulière. Les taches blanches, jaunâtres, sous forme d'îlots, et parfois groupées en nombre considérable atteignant au plus les dimensions d'un grain de millet, et ne pouvant être distinguées des autres obscurcissemens qu'à l'aide de la loupe qui les fait voir ponctuées, et qui jusqu'à présent ont été considérées comme pathognomoniques, manquent toujours au commencement, et n'existent pas constamment dans la suite de la maladie, le plus souvent ces taches s'observent à la partie moyenne et inférieure de la cornée; elles ne doivent pas être considérées comme des symptômes essentiels, mais comme des phénomènes de la maladie; analogues aux phlyctènes qui se montrent à la face externe et pouvant être rapprochées des produits morbides que nous allons décrire plus bas.

L'inflammation de la membrane qui revêt l'iris se reconnaît dans les yeux bleus ou gris à une teinte verdâtre de l'iris, qui ne semble pas altéré dans sa texture; dans les yeux plus foncés en couleur, au contraire, l'iris n'est dans le principe qu'un peu moins brillant. La pupille, peu mobile, devient moins noire, moins régulièrement ronde, reste dilatée, ou bien conserve un diamètre moyen, quelle que soit l'intensité de la lumière qui l'éclaire. Le rétrécissement de l'iris, donné comme constant par la plupart des auteurs, ne paraît être qu'exceptionnel et coexister avec l'inflammation de la substance même de l'iris. Lorsque la maladie n'est pas la suite d'une inflammation de la sclérotique, comme cela arrive dans quelque affection rhumatismale, la conjonctive n'est que peu compromise. Seulement à l'entour de la cornée il y a un réseau vasculaire très fin, dont la réplétion plus ou moins forte donne la mesure de l'augmentation ou de la diminution de l'inflammation interne; l'injection du reste de la cornée n'est dans aucun rapport avec cette dernière. Si la maladie continue, il se forme, de même que dans toute autre séreuse, des exsudations; et celles-ci donnent lieu à ces obscurcissemens ponctués à la surface interne de la cornée, tandis que le trouble enfumé n'est qu'un symptôme douteux. Rarement il y a augmentation de sérosité dans la chambre antérieure avec saillie plus prononcée de la cornée et refoulement de l'iris, constituant l'hydrophthalmie aiguë. Cette dernière maladie peut, au reste, exister sans hypopyon. L'auteur n'a jamais observé des extravasations sanguines dans ce cas; seulement il vit quelquefois des flocons albumineux se déposer dans l'humeur aqueuse, à la partie la plus déclive de la chambre antérieure et résister pendant longtemps à l'absorption.

Si c'est la membrane, revêtant l'iris, qui est plus particulièrement affectée, la maladie peut s'étendre en partie à l'uvée et en partie à la capsule antérieure du cristallin. Dans le premier cas, on voit dans la pupille, presque immobile, de petites franges brunâtres, isolées ou groupées en plus grand nombre au bord inférieur de la pupille qu'on sépare. Les franges rayonnent de la face postérieure de l'iris vers la pupille et se rapprochent à mesure qu'elles augmentent de dimension, sans cependant l'atteindre complètement et former ainsi l'occlusion de la pupille. Le plus souvent le centre de la pupille reste libre, lors même que ces franges ont persisté longtemps, ou lorsque la pupille se ferme; cela n'arrive que par les exsudations blanchâtres qui naissent du bord pupillaire lui-même. La zône que représente l'iris change ordinairement de couleur; elle paraît plus foncée, parce que l'uvée devient plus apparente à travers son tissu raréfié et le bord pupillaire est parfois renversé en arrière.

Ces phénomènes sont ordinairement accompagnés d'une tension de l'œil avec une pression sourde à la région sous-orbitaire. Il n'y a le plus souvent point ou très peu de photophobie, à moins que la substance de l'iris ne soit en même temps affectée; il en est de même de la sécrétion des larmes, qui n'est aucunement augmentée lorsque la maladie est simple. Lorsqu'il se fait une accumulation de sérosité dans la chambre antérieure de l'œil, la tension devient plus forte et la douleur au front plus vive. La vue s'éteint en peu de temps d'une manière caractéristique, en ce qu'elle devient enfumée, nébuleuse et complètement nulle, avant même qu'il y ait des exsudations considérables. Plusieurs malades ne s'aperçoivent de leur affection que par l'affaiblissement de leur vision, et même des médecins ont pu la confondre avec l'amaurose.

Dans son début, l'inflammation prend une marche chronique; sa durée est indéterminée, s'étendant à plusieurs semaines et même plusieurs mois, selon la nature de ses causes ou de ses complications. Souvent elle reste stationnaire pendant quelque temps, puis augmente de nouveau brusquement, et dans quelques cas fâcheux occasione la cécité, qui alors ressemble plutôt à l'amaurose qu'à la cécité produite par obstacle mécanique au passage de la lumière.

Cette maladie peut être idiopathique, mais le plus souvent elle est consécutive à une inflammation de la choroïde ou de la sclérotique; dans le premier cas, elle peut être traumatique, suite de kératonyxis ou spontanée par diathèse scrofuleuse, et alors elle débute par la portion qui revêt la face interne de la cornée.

D'après l'auteur, la maladie s'observe rarement chez les enfans; on la rencontre surtout sur des individus qui sont restés scrofuleux après la puberté.

Dans l'âge avancé, elle est le plus souvent une suite de l'affection de la choroïde; elle est liée à une pléthore abdominale, aux hémorroïdes, à la goutte, à l'aménorrhée, ou à l'âge de retour chez les femmes. Lorsqu'elle est la suite d'une sclérotite, elle constitue la maladie qui a été souvent décrite sous le nom d'iritis rhumatismale; elle est alors accompagnée d'une photophobie plus grande, d'un rétrécissement de la pupille et suit une marche plus aiguë.

M. Rau a souvent observé l'inflammation de la membrane de Demours,

coïncidant avec des éruptions cutanées, mais jamais suite d'une métastase, sans vouloir en nier la possibilité.

Quelque grave que soit cette affection, elle n'est pas hors des ressources de l'art; on peut même y remédier lorsqu'elle a déjà amené la cécité. M. Ran est constamment parvenu à guérir les malades chez lesquels il l'a observée.

Le traitement doit être principalement résolutif, tout en ayant égard aux causes qui peuvent être en jeu; les mercuriaux, et principalement le calomel, contrairement à l'opinion d'Alexandre Vatson et Haffner, doivent tenir le premier rang. Le calomel est employé seulement dans les inflammations idiopathiques; on y joint le soufre doré d'antimoine, les poudres de Dower, la digitale, etc., lorsqu'il y a complication de scrofules, de rhumatisme, etc. La salivation, sans être nécessaire, n'est pas dangereuse. Selon que la maladie est compliquée d'engorgemens abdominaux, d'hémorroïdes, etc., on en tiendra compte dans le traitement et on emploiera avec succès des sangsues à l'anus et des saignées aux pieds; les sangsues autour de l'œil sont rarement utiles, sauf les cas d'inflammations traumatiques. Par contre, on aura recours aux dérivatifs, mais on n'appliquera pas de collyre sur les yeux; on fera des frictions mercurielles autour de l'orbite, et on y joindra de la belladone ou de la jusquiame, s'il est nécessaire de dilater la pupille pour rompre les exsudations commençantes lorsqu'elles existent.

L'auteur administre avec succès le sénéga uni au soufre doré à l'intérieur; il a aussi vu des effets surprenans par l'emploi de l'huile de térébenthine, tant recommandée par les médecins anglais contre l'iritis; le sublimé tient pourtant ici le premier rang. Jamais M. Ran n'a été dans le cas de faire la ponction de la cornée. On prévient les récidives en prescrivant au malade un régime en rapport avec sa constitution et les causes qui ont produit l'inflammation de la membrane de Demours.

DU CROUP, par le docteur HENNEMANN, de Mecklenbourg-Schwerin.

L'auteur rapporte un résumé de la brochure de M. le professeur Heyewisch sur le croup, qui tend à démontrer que le vomitif est le moyen par excellence, pour ne pas dire l'unique ressource, contre le croup. M. Hennemann partage complètement cette manière de voir, qui est fondée sur une grande pratique. A cet effet il ordonne coup sur coup le vomitif suivant, recommandé par Albers de Bremen, ou de Sachs, à Ludwigslust:

Prenez :	Camphre	0,025 grammes.
	Tartre stibié	5 à 10 centigr.
	Quelquefois kermès minéral	0,075 grammes.
	Vin d'ipécacuanha	2,4 »
	Mucil. de gomme arabique	8 »
	Sirop de guimauve	24 »
	Eau distillée	60 »

Sirop à prendre toutes les dix à trente minutes une cuillerée à café. Dans l'intervalle on fera boire de l'eau sucrée tiède ou un mélange de lait et d'eau.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

DOUZIÈME RAPPORT DES MALADIES INTERNES QUI ONT ÉTÉ TRAITÉES A L'HOPITAL DE SAINTE-CATHERINE A STUTTGARD DEPUIS LE 1er JUILLET 1838 AU 30 JUIN 1839, par le docteur CLESS.

Ce qui nous a d'abord le plus frappé dans ce rapport qui est très bien fait, c'est que le nombre des guérisons surpasse de loin celui qu'on obtient généralement dans les hôpitaux; sur 1523 malades il y eut 1368 guérisons et 42 morts; 15 sortirent non guéris, 6 incurables et 92 restèrent en traitement. Le rapport des morts à ceux qui ont été guéris est donc de 1 : 34, 07.

L'auteur rapporte quelques observations qui, bien qu'intéressantes, ne nous apprennent rien de nouveau: un des faits les plus remarquables dans ce rapport, c'est la fréquente complication des affections du cœur avec le rhumatisme.

177 individus affectés de rhumatisme ont été traités, parmi lesquels il y avait 108 femmes. Sur 171 malades, qui ont été examinés avec soin, on a trouvé sur 64 les signes physiques d'une affection plus ou moins graves du cœur; tantôt c'était la péricardite caractérisée par un frottement et des bruits voilés, tantôt c'était l'endocardite reconnaissable par les bruits de soufflet, de râpe ou de scie.

Il est à remarquer que parmi les 171 malades affectés de rhumatisme, il n'y en avait réellement que 107 chez lesquels il existait de la fièvre; ainsi chez presque les deux tiers de ces derniers, le rhumatisme était compliqué d'une affection du cœur; proportion démesurée! Les maladies du cœur étaient loin d'être toujours en rapport avec le degré de la fièvre et l'intensité des douleurs dans les parties externes; tantôt avec une fièvre intense et des douleurs violentes des articulations. Le cœur était complètement libre; tantôt avec peu de fièvre et de douleurs rhumatismales; l'affection du cœur était évidente. Rien de constant quant à l'époque de l'invasion de cette dernière; tantôt elle précédait, tantôt elle suivant le rhumatisme. Le plus grand nombre des malades affectés d'une maladie du cœur se plaignaient de palpitations, de douleur et depression dans la région du cœur; d'autres ne se doutèrent pas même de leur maladie en l'absence de tout symptôme subjectif.

PEROXIDE DE FER HYDRATÉ CONTRE LE VERT DE SCHÉELE; par le docteur SPAETH D'ESSLINGEN.

L'observation suivante où le peroxide de fer hydraté a été employé avec un succès remarquable contre l'arsénite de cuivre est très importante.

OBS. — A. B., âgé de 3 ans, fils d'un peintre de paysage, lécha une coquille ronde, encore pleine de vert de Schéele. Déjà, après une demi-heure, l'enfant, ordinairement florissant, avait une figure pâle, décomposée; la bouche était barbouillée d'une couleur verte; la langue aussi était tout à fait verte. L'enfant eut de violens vomissemens, de la diarrhée et des douleurs violentes dans le bas ventre. Il jeta les hauts cris, tint son ventre serré avec les deux mains, et courut par la chambre en criant continuellement. Il se plaignit aussi d'une violente soif. On lui fit boire de l'eau froide, et on prescrivit 15 grammes de peroxide de fer hydraté qu'il prit en quatre fois dans l'eau chaude. A peine s'était-il passé une heure depuis l'emploi de l'antidote, que les vomissemens et la diarrhée cessèrent, ainsi que les douleurs et la soif.

Le lendemain matin, tous les symptômes d'empoisonnement avaient disparu, et le petit malade était rétabli au bout de peu de jours.

V. JAHRBÜCHER DER IN-UND AUSLÄNDISCHEN GESAMMTEN MEDICIN, publié par le docteur SCHMIDT.

Ce journal, qui est uniquement destiné aux analyses ou extraits de la bibliographie médicale périodique et non périodique, contient par exception, dans le premier cahier du vingt-cinquième volume, un article original d'un haut intérêt; c'est ce qui motive l'emprunt que nous lui faisons actuellement; car nous suppléons, d'ailleurs, par nos propres analyses, à celles que ce journal contient ordinairement.

SUR L'ORIGINE DU CANCER DES VEINES ET SUR LA POSSIBILITÉ DE TRANSMETTRE LE CARCINOME DE L'HOMME AUX ANIMAUX; par le docteur KANGENBECK, à Gœttingue.

L'auteur a été conduit par des recherches microscopiques faites sur des tissus malades à reconnaître que le siége des carcinomes existe très souvent dans le système veineux, sans cependant admettre l'opinion de Cruveilhier, qui, comme on sait, regarde le carcinome comme se développant primitivement et constamment dans les veines. Cependant, l'auteur est parvenu à constater, dans deux cancers de l'utérus, suivis de carcinome dans les poumons, que les veines pulmonaires renfermaient dans l'intérieur de leur cavité, soit libre, soit adhérente à leurs parois, de la matière carcinomateuse reconnaissable à l'aide du microscope, par sa forme cellulense propre. Les molécules de matière cancéreuse, charriés dans le torrent de la circulation veineuse, peuvent s'arrêter sur un point quelconque de ce système, se développer et prendre de l'accroissement; de même que toute autre molécule organique qui augmente de volume sous forme cellulense, comme cela a été tant de fois vérifié par les physiologistes, tels que Schleiden, Schwann et Muller, qui ont fait des observations sur les êtres celluleux tant végétaux qu'animaux.

Les élémens du cancer peuvent se trouver dans le torrent de la circulation, de trois manières différentes; ou bien ils s'engendrent dans le sang, sont charriés avec lui et s'arrêtent à un point quelconque du tissu cellulaire, pour se développer et prendre de l'accroissement, ou bien un cancer se forme dans un tissu solide quelconque, et une partie du fluide dont il est imprégné se trouve absorbé par des veines ou des lymphatiques, et entraîné dans le sang, où il peut donner lieu à la formation de nouveaux cancers; ou, enfin, des cancers déjà ulcérés peuvent corroder les veines et les lymphatiques, rendre leur cavité béante et permettre l'introduction de parcelles ou de cellules cancéreuses, qui sont autant de germes de nouveaux cancers.

L'auteur n'a pas encore pu démontrer expérimentalement la formation primitive des cellules cancéreuses dans le sang; mais d'après ses recherches microscopiques faites sur le sang d'individus déjà affectés de cancer, il en admet la possibilité, ainsi qu'il le fera connaître plus tard.

Quant à la seconde et la troisième explication, elle peut être admise, en ce qu'on trouve la face interne des parois des veines rugueuse par de la matière cancéreuse, lorsque ces veines ont leurs racines dans un organe affecté de cancer; c'est ainsi que la maladie se développe dans les veines du foie, si le mal primitif a son siége aux extrémités de la veine-porte, et qu'il s'observe dans les veines du poumon, lorsque l'affection primitive est en rapport avec les deux veines-caves. Dans deux observations de cancer de l'utérus, l'auteur a vu dans les veines du bassin la matière cancéreuse de Cruveilhier, sous forme de petits grains et cellules de fibre coagulée, ayant le double du volume des globules du pus. La plus grande partie de la masse contenue dans les veines formaient des petits grains oblongs, transparens, et ayant la moitié du volume des globules de sang, et en tout semblables aux petits grains qu'on observe dans les cellules carcinomateuses, de manière qu'on ne pouvait les prendre que pour le contenu des cellules cancéreuses rompues. Les veines iliaques et cave-inférieure, ainsi que le cœur droit, étaient médiocrement distendus par du sang fluide; dans ce sang, on trouva çà et là, à l'aide du microscope, quelques cellules renfermant des noyaux d'une couleur jaune apparente, et beaucoup de ces petites granulations semblables à celles trouvées dans les veines du bassin; on rencontra les mêmes particularités dans le sang du cœur droit, dans l'artère pulmonaire et dans les capillaires du poumon; mais, dans ces derniers vaisseaux, les grains carcinomateux étaient plus nombreux et plus adhérens aux parois; dans le parenchyme du poumon lui même, on trouva de nouveaux foyers cancéreux. A cette occasion, l'auteur fait un singulier rapprochement, en disant que les germes ou cellules cancéreuses transportées dans un autre organe s'y développent en cancer volumineux, comme le germe ou l'ovule de l'ovaire transporté dans l'utérus se forme en fœtus. Il envisage donc les cellules du cancer comme des véritables êtres organisés qui ne demandent qu'à être fixés dans une place convenable pour se développer et se multiplier; sous ce rapport, l'auteur ne fait donc que répéter l'opinion de ceux qui ont nommé les cancers des tissus parasites.

M. Langenbeck a renouvelé, à plusieurs reprises, sur des chiens et des lapins, des expériences de M. Alibert, pour savoir s'il ne serait pas possible de transporter quelques cellules carcinomateuses dans le torrent circulatoire de ces animaux et d'y faire développer le cancer: il échoua d'abord parce qu'il s'était servi de sanie écoulée d'ulcères cancéreux, mais dans laquelle les cellules cancéreuses n'étaient plus dans leur état d'intégrité; il résolut donc de prendre des cellules fraîches de cancers récemment extirpés sur des individus vivans et de les introduire dans des veines d'animaux; quelque différente que soit l'organisation de ceux-ci d'avec celle de l'homme. Plusieurs lapins, sur lesquels furent faites les expériences, en injectant de la matière dans les jugulaires, moururent au bout de 12 à 24 jours, avec tous les symptômes de suffocation, parce que la matière cancéreuse avait probablement obstrué les vaisseaux capillaires du poumon; mais une autre expérience, pratiquée sur un chien, eut un résultat des plus remarquables.

Obs. — On fit, le 8 juin 1839, sur un chien fort, âgé de 2 ans, en présence de plusieurs personnes, l'ouverture de l'artère fémorale gauche et on retira environ 240 grammes de sang, qu'on débarrassa de sa fibrine en le battant, et l'on y mêla ensuite environ 15 grammes de suc cancéreux blanchâtre, pris sur une tumeur encore toute chaude, qui avait été enlevée deux heures auparavant, en désarticulant l'humérus. Ce sang fut ensuite injecté dans la veine fémorale gauche; immédiatement après l'animal respira avec difficulté, mais il se remit bientôt. Pendant deux jours, le chien parut malade et eut la fièvre; la respiration était libre et l'animal était en apparence rétabli au bout de huit jours; plus tard, il maigrit considérablement, malgré une grande voracité. Le 10 août on le tua en lui coupant la moelle allongée et on le disséqua en présence de ceux qui avaient assisté à l'expérience. En ouvrant le thorax, les deux poumons paraissaient sains; cependant à la face antérieure des deux poumons on remarqua deux ou trois petites saillies lenticulaires, qui ressemblaient en tout aux carcinomes récens du poumon humain et dont la texture fut vérifiée au microscope; on trouva aussi dans l'intérieur du poumon gauche un noyau tuberculeux du volume d'une fève, de nature cancéreuse, en ce que les cellules qui ont été trouvées et observées au microscope étaient identiques avec celles prises dans la tumeur de l'humérus désarticulé.

Quoique nous ne soyons pas très disposés à conclure avec l'auteur qu'il y eût identité entre les tubercules trouvés dans le tissu du poumon du chien sur lequel il a fait son expérience et la structure du cancer, nous ne voulons pas révoquer en doute la possibilité de la transmission du carcinome de l'homme sur les animaux. Nous attendons avec impatience la solution de ce problème des nouvelles expériences que M. Langenbeck nous promet.

VI. RUST'S MAGAZIN FÜR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le premier cahier du 55e volume contient: 1° *Remarques sur l'encéphalite des enfans, hydrencéphale aiguë*; par le docteur Schlegel. (C'est un long mémoire, ne contenant rien de saillant. L'auteur se loue surtout de l'emploi des sangsues, des fomentations et des irrigations froides sur la tête.) 2° *Choléra sporadique, produit par l'usage de la viande d'une vache malade*; par le docteur Nolte; 3° *Observation d'une fille affectée de cyanose, arrivée à l'âge de 17 ans*; par le docteur Mayer. (A l'autopsie on trouva le poumon droit atrophié et l'aorte prenant son origine des deux ventricules à la fois.) 4° *Extirpation d'un énorme lipôme renfermant de la matière stéatomateuse et situé à la cuisse gauche.*

VII. GAZETTE MÉDICALE DE BERLIN.

LUXATION TRAUMATIQUE ANCIENNE DU BRAS DONT LA RÉDUCTION A ÉTÉ FAVORISÉE PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE D'UNE PORTION DU GRAND PECTORAL ET DES LIGAMENS ARTICULAIRES; par M. DIEFFENBACH, de Berlin.

Nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère, M. Mayor, de Lausanne, la communication et la traduction de l'intéressante observation qu'on va suivre. Elle est extraite de la GAZETTE MÉDICALE de Berlin, du 18 décembre dernier. Nous ferons remarquer, à l'occasion de cette observation, que la section d'un muscle, dans le cas de luxation traumatique ancienne, n'a qu'un rapport indirect avec la méthode que nous avons proposée pour la cure des luxations congéniales; dans l'un et l'autre cas, il s'agit de faciliter la réduction de la luxation au moyen de la section des muscles: mais, dans le premier, cette pratique n'est qu'un moyen accidentel, exceptionnel; dans le second, c'est un PRINCIPE GÉNÉRAL, qui ressort de l'étiologie même de la difformité, c'est une ressource nécessaire, indispensable, au même titre que la section des muscles rétractés dans le pied-bot, le torticolis et les déviations de l'épine. Nous ferons remarquer d'ailleurs que notre confrère et ami, M. le docteur Kuhn, qui connaissait et avait vu appliquer notre méthode de traitement des luxations congéniales et pseudo-luxations produites par la rétraction musculaire, a le premier proposé, dans sa thèse inaugurale, 28 février 1839, de recourir à la même méthode pour faciliter la réduction des luxations traumatiques, et combattre quelques-uns de leurs accidens.

Voici d'ailleurs l'intéressante observation de M. Dieffenbach.

Obs.—M. Th., propriétaire, âgé de 30 et quelques années, eut, il y a deux ans, à la suite d'une chute de cheval, une luxation du bras droit, laquelle, méconnue dans les premiers momens, ne put, plus tard, être réduite, malgré tous les efforts de plusieurs médecins et chirurgiens. Des tentatives récentes furent également sans résultat, et M. Th. se rendit à Berlin afin de s'assurer si son mal était décidément incurable. Le malade, quoique élancé, pâle et plutôt maigre, paraissait vigoureusement constitué, et ses muscles étaient fortement dessinés; l'épaule malade était d'un pouce plus élevée que l'autre. L'acromion formait un bord tranchéal; le moignon de l'épaule était fortement enfoncé vers sa région extérieure, le bras, plus mince que le gauche, et restait éloigné du corps. La tête humérale était située à la partie antérieure du thorax, tout près de la clavicule, à deux pouces de la fourchette du sternum. Le malade éprouvait constamment un sentiment de froid dans le membre; mais celui de fourmillement avait cessé. Le pouls de l'artère radiale droite était un peu plus faible qu'à gauche. Le membre ne servait à aucun usage, et la main seule pouvait rendre de légers services. Lorsqu'on cherchait à faire mouvoir le bras dans différens sens, on causait de violentes douleurs dans l'endroit où la tête était logée. Celle-ci était entourée d'un lacis de tégumens tendineux, au milieu desquels elle s'était comme enfouie. Si l'on essayait d'écarter le bras du corps, on voyait le grand pectoral, le très large du dos, le grand et le petit ronds se tendre douloureusement. Ces trois derniers muscles paraissaient déjà durs et tendus, quoique le bras ne fût point remué. Un essai de réduction du bras, sans l'incision de ces muscles et des tissus qui constituaient de nouvelles articulations, eût été très dangereux, et la réduction même impossible; mais je comptais sur le succès si je parvenais à couper, sous la peau, tout ce qui me faisait résistance. Le malade consentit volontiers à se laisser opérer à la clinique de la Charité, afin que ce cas pût servir à l'instruction d'un grand nombre de jeunes médecins. Je dois faire observer que j'ai toujours réduit une grande quantité d'anciennes luxations en étendant le malade sur une table; et c'est dans cette position que se plaça M. Th. Un drap long, plié sur lui-même, à la largeur de 8 à 9 pouces, entoure le thorax sous l'aisselle droite, de manière que ses extrémités passent obliquement sur l'épaule saine, où elles sont saisies par six aides. Un long et large drap entoure la main du bras luxé, et est également saisi par six aides; sur la partie supérieure de l'humérus et vers la cavité axillaire, est un autre drap que saisissent trois nouveaux aides. Lors donc que les six premiers aides tirent en sens inverse des six autres, les trois derniers tirent de côté et en bas. Ceci, du reste, n'est pas nouveau. Tout étant donc ainsi disposé, j'ordonnai d'abord une simple extension, qu'on augmenta graduellement; puis je fis suspendre, pour introduire sous la peau un bistouri étroit et concave, avec lequel j'incisai la partie la plus fortement tendue du grand pectoral, tout près de son tendon. Celui-ci s'écarta aussitôt avec le craquement qu'on connaît. Là dessus, je pénétrai de nouveau sous la peau, vers le bord postérieur de la cavité axillaire, et je coupai successivement le très large du dos et les grands et petits ronds. Tous ces muscles s'écartèrent avec un bruit de craquement qu'augmenta encore la résonnance du thorax. Enfin, j'entrai, avec le bistouri, sur trois points différens du bord de l'humérus, et je coupai également et

sous la peau les ligamens épais, durs et de nouvelle création qui entouraient l'articulation bâtarde. Je fis alors diminuer les tractions, et j'exécutai quelques rotations pour dégager la tête. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang des plaies, dont l'étendue n'était pas plus considérable que celle d'une saignée. Maintenant commença de nouveau une violente traction des deux côtés inverses, puis je fis tirer rapidement aussi les trois autres aides; sur quoi, je pris moi-même la direction de l'humérus, lequel se porta rapidement dans la cavité glenoïde, où il se fixa : les deux épaules eurent alors un semblable aspect. Après cela, le thorax, l'épaule et le bras furent entourés de bandes, et l'appareil tout entier fut enduit d'empois. Au bout de quelques heures, ce moyen contentif se trouva sec et dur, et capable d'empêcher toute espèce de mouvemens du côté droit. Il ne survint aucun symptôme fâcheux, et le malade souffrit même moins que la plupart des individus auxquels j'ai dû réduire d'anciennes luxations. J'enlevai l'appareil le neuvième jour; les épaules étaient égales, et on n'y apercevait ni gonflement, ni point douloureux. Les piqûres vers l'aisselle étant complètement guéries, à peine en découvrait-on la trace, et il n'existait pas davantage de collection sanguine ou purulente dans le voisinage. On put déjà faire exécuter quelques mouvemens au bras. Ils n'étaient pas, à beaucoup près, aussi gênés que dans ceux qui ont lieu quelquefois après la réduction de certaines luxations récentes, parce que, chez ces dernières, il existe souvent et longtemps une contraction douloureuse des muscles qui ont été si fortement tendus (1). La section des muscles qui s'opposaient à la réduction, et celle des tissus articulaires anormaux a produit, dans le cas actuel, non seulement la possibilité de la réduction, mais elle a pare encore aux accidens consécutifs. Tous les muscles qui ont été coupés sont si exactement réunis, qu'on ne peut plus apercevoir l'endroit où leur section a eu lieu, et le membre est parfaitement rendu à ses fonctions normales.

M. Mayor accompagne cette observation des remarques suivantes :

Puisque je suis en train de citer des faits qui peuvent éclairer la thérapeutique des luxations, je vais, mon cher confrère, vous traduire également une notice extraite de celles de Froriep :

« En Russie, le traitement des fractures et des luxations ne relève pas nécessairement du domaine chirurgical, mais l'état établit certaines personnes pour cette spécialité. C'est ainsi que M. de Roos raconte que, dans l'hôpital de Ste-Marie, les tentatives des chirurgiens ayant été infructueuses pour réduire trois luxations de la cuisse, la direction fit appeler un certain M. Matwelf, lequel, après un déploiement considérable de forces et avec beaucoup d'adresse, en est venu à bout. Chez l'un de ces malades, il employa trois bains tièdes le premier jour, et le lendemain matin, après un quatrième bain, il tenta la reposition d'après toutes les règles de l'art, mais également sans aucun succès. Alors, mettant de côté tout à fait les moyens ordinaires recommandés jusqu'ici, il plaça le malade sur un lit, où il le fit tenir fortement par deux personnes qui pressaient sur le bassin. Lui-même saisit la cuisse luxée avec ses bras et ses mains, de manière que la jambe vint à être placée derrière son dos et le jarret sur son épaule. Maintenant, sans s'embarrasser davantage des principes de la chirurgie et de l'anatomie, et n'obéissant qu'aux lois de la mécanique, il fit usage de toutes ses forces, afin d'éloigner la tête fémorale du lieu qu'elle occupait, et de la rapprocher de la cavité cotyloïde. La cuisse devint son levier; ses mains, ses bras et ses épaules furent la puissance destinée à agir sur le levier, et la place située entre la tête luxée et la cuisse articulaire fut le point où aboutirent tous les efforts de l'opérateur. On le vit alors imprimer à la cuisse, tantôt des mouvemens de flexion, tantôt de rotation; puis ces mêmes mouvemens simultanés. Sa figure était cramoisie, et les veines de sa tête et de ses bras semblaient devoir sauter de plénitude. Tout à coup, on entendit le bruit sourd et connu qui accompagne la réduction, et tout fut fini. M. Matwelf est placé à la cour pour le traitement des fractures et des luxations, et son expérience, ainsi que sa dextérité dans cette partie, lui valent d'être fréquemment appelé dans les établissemens de la couronne, en ville, chez le militaire, comme aussi dans la pratique civile (FRORIEP, 1838, 6 vol. n. x). »

Que dites-vous de ce rebouteur qui s'avise de faire de la mécanique pour réduire des luxations difficiles, et qui réussit? Mais ne croyez-vous pas, mon cher confrère, qu'il réussirait mieux encore en combinant ces lois immuable de la mécaniques avec des connaissances solides en anatomie, et en faisant une juste part à l'influence de la physiologie. Jusque-là, en effet, il ne sera qu'un empirique aveugle, et rien de plus. Mais s'il a en ici le tort grave de mettre de côté les notions anatomiques, en revanche, il a sagement agi de donner du pied aux principes, et aux *principes actuels* de la chirurgie; car, sans cette judicieuse précaution, il aurait eu la douleur de laisser trois hommes estropiés et malheureux.

Encore un mot. Mon fils a réduit, cette nuit même (1er février), une luxation de l'humérus, en plaçant le bout d'un bâton *bien rembourré* dans le creux de l'aisselle, et en appuyant l'autre bout contre le pied du lit. Un seul aide exerçait les tractions sur le coude, l'avant-bras était fléchi, et de haut en bas, au moyen d'un mouchoir plié en cravate et *tordu* sur l'extrémité inférieure du bras luxé. Rien de plus facile, de plus commode et de plus expéditif. Pourquoi? Parce que c'est conforme à la raison et aux BONS PRINCIPES.

(1) NOTE DE M. MAYOR. Ces muscles n'étaient si violemment tendus que parce que la tête était fortement ramenée en haut et comme tordue. Or, rien de plus facile que de la tirer en bas et de la faire rouler, de dedans en dehors, pour la rapprocher de la cavité glenoïde, et la mettre en rapport avec cette dernière. Voyez plutôt sur le cadavre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER.

MORT DE BLUMENBACH.

M. Arago donne, d'après une lettre de M. Humboldt, quelques détails sur les derniers momens du célèbre Blumenbach, un des huit associés étrangers de l'Académie; l'illustre vieillard s'est éteint à Gœttingue le 22 janvier, à l'âge de 88 ans, sans souffrance et sans redouter la mort qu'il voyait approcher. « Je sais bien, dit-il, peu de temps auparavant, qu'elle a frappé à ma porte, mais je ne lui ai pas encore dit d'entrer. »

SECTION D'UN DES MUSCLES DE L'ŒIL DANS LE STRABISME.

M. Dieffenbach annonce qu'il a obtenu plusieurs guérisons dans des cas de strabisme, en coupant, au moyen d'une incision étroite pratiquée dans la conjonctive, le muscle droit interne de l'œil. Dans ces cas la personne louchait en dedans.

ACTION DE LA GARANCE SUR LES OS.

M. Flourens lit une première note relative à des expériences qu'il a faites sur le singulier phénomène de la coloration en rouge que présentent les os chez les animaux dans les alimens desquels est entrée une portion plus ou moins considérable de garance (*rubia tinctorum*).

Ce phénomène, connu depuis des siècles, et que l'on trouve mentionné dans un recueil de secrets et curiosités naturelles, publié par un médecin de Paris, Antoine Mizaud, en 1572, n'a été réellement un peu étudié que dans le siècle dernier. Belchier, chirurgien de Londres, est le premier qui ait fait à ce sujet des expériences dont les résultats consignés dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES pour l'année 1736, laissent encore beaucoup à désirer.

Plus tard, le célèbre Duhamel traita le même sujet, et y porta cette sagacité et cette persévérance qui font un des caractères de ses travaux; il précise une foule de points sur lesquels les recherches de Belchier avaient laissé du vague. D'ailleurs, il n'épuisa pas encore complètement la question, et, il faut le dire, il ne parvint pas à convaincre tous les physiologistes. Il est vrai que parmi ceux qui refusèrent d'admettre l'exactitude des faits qu'il annonçait, il s'en trouva peu qui prirent la peine de répéter ses expériences.

M. Flourens, en entreprenant ce travail, a dû porter son attention sur des points dont n'avait pu s'occuper son célèbre professeur; ainsi il a dû essayer séparement la garance en nature et son principe colorant, l'alizarine. Ce n'est pas tout, et dans les garances du commerce, les chimistes ont signalé des différences de composition qui tiennent vraisemblablement à la nature du sol, et dont on pouvait soupçonner que les effets sur l'économie animale offraient des différences. Cette prévision, comme on le verra bientôt, s'est trouvée pleinement confirmée.

Les expériences de M. Flourens ont été faites à la fois sur des mammifères et sur des oiseaux, mais c'est seulement des résultats obtenus sur ces derniers animaux qu'il fait connaître les résultats à l'Académie.

Les oiseaux sur lesquels il opérait étaient des pigeons très jeunes, de deux à trois semaines au plus. Chez les uns, la garance était mêlée en poudre aux alimens, c'est ce que l'auteur nomme *régime de la garance*; il en montre les résultats dans les préparations anatomiques portant le n. 1 et 2.

Le numéro 1 est le squelette d'un pigeon qui a été soumis pendant quatorze jours au régime de la *garance d'Avignon*; les os sont d'un beau rouge, mais d'un rouge bien moins foncé que ceux du squelette numéro 2, provenant d'un pigeon soumis pendant six jours seulement au régime de la *garance d'Alsace*.

Cette moindre intensité de la garance d'Avignon, par rapport à la garance d'Alsace, s'est reproduite dans toutes les expériences comparatives. Avec la première, il a fallu toujours plus de temps, plus de substance pour obtenir un certain degré de coloration, et il est même une intensité de teinte que donne la garance d'Alsace, et qu'on ne parvient jamais à atteindre avec celle d'Avignon.

La pièce n. 3 est le squelette d'un pigeon dont les alimens ont été mêlés pendant deux jours avec de l'*alizarine*. L'animal n'en a pris en tout que deux ou trois grammes, et cependant ses os sont très rouges, quoique d'une teinte plus terne et moins intense que celle du n. 2, dans lequel, il est vrai, l'usage de la garance d'Alsace a été continué pendant six jours.

Le n. 4 est le squelette d'un pigeon dont les alimens ont été mêlés, pendant un jour seulement, avec de l'alizarine, et les os, quoique moins rouges encore que dans le cas précédent, sont néanmoins d'un rouge encore très prononcé.

Dans les expériences qui précèdent, la garance n'avait été donnée à l'animal que mêlée avec les alimens ordinaires. La pièce n. 5 est le squelette d'un pigeon à qui la garance d'Alsace a été donnée seule. L'animal a pris 40 grammes en deux repas de 20 grammes chacun. Pendant les premières vingt-quatre heures, il n'y

a point en effet sur les os, comme on s'en est assuré en mettant à découvert un os recouvert seulement par la peau, comme à l'aileron; le pigeon est mort au bout de 52 heures. Les os sont d'un rouge très foncé.

Dans tous les squelettes dont il vient d'être parlé, les cartilages, les ligamens et des portions plus ou moins considérables de périoste ont été conservés, ce qui permet de voir avec quelle précision la garance atteint, décèle toutes les parties osseuses et respecte toutes les autres. Tous les os sont rouges et les os seuls; les ligamens, les tendons, les cartilages conservent leur couleur ordinaire; tout ce qui déjà est os a pris la couleur rouge.

Duhamel avait cru apercevoir chez quelques oiseaux, pendant leur vie, un commencement de coloration dans quelques parties de l'œil. Après les avoir disséqués, dit-il, je reconnus qu'il n'y avait de teint que la capsule ou plutôt le chaton qui reçoit le cristallin. M. Flourens a vu dans tous les pigeons soumis au régime de la garance un cercle rouge autour de l'iris et la dissection lui en a révélé le siége. Ce cercle, qui se colore en rouge et qui est la seule partie de l'œil qui se colore ainsi (car ni le cristallin, ni sa capsule, ni le corps vitré, ni sa membrane ne changent jamais de couleur), est ce cercle de petites pièces osseuses qui, comme on sait, se trouve entre les deux lames de la partie antérieure de la cornée. Aussi, les yeux des mammifères, chez lesquels ce cercle osseux n'existe pas, n'offrent-ils jamais de cercle rouge par suite du régime à la garance.

Belchier avait vu les os d'un coq soumis au régime de la garance devenir rouges au bout de seize jours. Duhamel ne tarda pas à reconnaître qu'il faut bien moins de temps pour rougir les os. Il obtint le rouge pur en trois jours, un rose vif en trente-six heures, et un rose pâle en vingt-quatre heures. Dans les expériences de M. Flourens, les effets ont été beaucoup plus rapides encore.

La pièce n. 10 est le squelette d'un pigeon qui n'a fait qu'un repas de garance d'Alsace, et qu'on n'a laissé survivre que vingt-quatre heures à ce repas unique. Cependant, tous les os sont du rouge le plus vif. La pièce n. 11 est le squelette d'un pigeon qui n'a fait aussi qu'un seul repas de 5 grammes de garance, et qu'on n'a laissé vivre que cinq heures après. Les os sont un peu moins rouges que ceux du précédent, mais encore très rouges.

Ces résultats, ainsi qu'il a été dit, ont été obtenus sur des pigeons de deux à trois semaines au plus. Des pigeons adultes offrent au contraire à peine un commencement de coloration après plusieurs jours de régime à la garance. L'effet est d'autant plus faible que l'animal est plus vieux et son ossification plus avancée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER.

MORT D'OMODEI.

M. le président annonce à l'Académie la mort d'un de ses correspondans étrangers, le docteur Omodei.

M. LEROY-D'ETIOLLES présente à l'Académie des instrumens qu'il a imaginés pour extraire sans incision une épingle tombée dans la vessie d'une femme et introduite par l'urètre.

L'un de ces instrumens est basé sur le mécanisme du lithomètre de M. Leroy ou brise-pierres de M. Heurteloup; l'autre est la pince d'Astley-Cooper modifiée.

Pour extraire une tige allongée à travers un canal étroit, il faut ou qu'elle se place suivant la longueur du canal ou qu'elle se plie en deux, de manière que ses bouts soient dirigés en arrière; les instrumens de M. Leroy-d'Etiolles produisent ces deux effets: l'épingle, par exemple, saisie en travers est forcée de tourner sur elle-même, de se placer en long dans la direction de l'instrument et de le suivre dans son mouvement de sortie.

Par un léger écartement ménagé entre les deux branches élastiques de l'instrument, M. Leroy-d'Etiolles montre que l'on peut extraire des portions de brise-pierres dont une manœuvre imprudente aurait amené la rupture. Il dépose sur le bureau l'épingle qu'il a extraite et les divers instrumens dont nous venons de parler.

M. BARTHÉLEMY lit au nom de la section de médecine vétérinaire un rapport sur l'élection qui doit avoir lieu prochainement; le nombre des candidats sur lesquels l'Académie est appelée à voter a été fixé à 6 par la commission. Ces conclusions sont adoptées.

RHUMATISME ARTICULAIRE TERMINÉ PAR SUPPURATION.

M. GERDY achève la lecture de son rapport commencé dans la dernière séance. (Nous reviendrons plus tard sur ce travail.)

Une discussion s'élève à ce sujet.

M. ROUX pense qu'il s'agit d'une périostite; rappelant en peu de mots les caractères généraux de cette phlegmasie, il insiste sur sa terminaison fréquente par suppuration, sur la carie, et plus spécialement sur la nécrose qui en est la conséquence. Dans le plus grand nombre des cas, la dénudation de l'os amenée par la suppuration est suivie de l'ulcération ou de la gangrène du tissu osseux; mais quelquefois les choses ne se passent pas ainsi: l'exfoliation n'a pas lieu, et l'adhésion se fait dans le foyer de la dénudation. Du reste, si le plus souvent la nécrose est superficielle, elle offre des aspects différens suivant les circonstances dans lesquelles elle se forme; elle varie aussi suivant l'espèce d'os qui en est le siége. Ainsi le séquestre des os courts, du calcanéum par exemple, ne ressemble pas à celui du tibia, du fémur. Un fait digne d'attention, c'est que la périostite des membres inférieurs est beaucoup plus fréquente que celle des supérieurs, et qu'on l'observe plus souvent chez les jeunes sujets que chez les adultes, et surtout que chez les vieillards.

M. BOUILLAUD revient sur l'interprétation de M. Gerdy, et se demande si c'était bien un rhumatisme. Il rapproche ce fait d'autres cas à peu près analogues dans lesquels l'affection rhumatismale n'était pas douteuse, et qui montrèrent à l'autopsie de la suppuration dans les jointures et dans les gaînes musculaires; l'histoire de l'anatomie pathologique du rhumatisme n'est donc pas aussi incomplète qu'on voudrait bien le dire. Du reste, il faut bien distinguer du rhumatisme proprement dit la névralgie rhumatismale, qui est passagère qui ne laisse point de traces après elle.

M. GERDY s'attache à établir les caractères distinctifs de la carie et de la nécrose; la carie est une phlegmasie avec ulcération, l'os se crible de trous, que traversent des vaisseaux de nouvelle formation.

Dans la nécrose, les os restent durs et compactes, les parois des canalicules ne s'amincissent pas, les vaisseaux s'oblitèrent. Si les séquestres sont parfois devenus spongieux, c'est qu'il y a eu précédemment carie; les esquilles dans ce dernier cas offrent donc un aspect particulier.

Revenant sur la nature rhumatismale de la maladie dont il a reproduit l'histoire, M. Gerdy s'attache surtout à démontrer que sa production sous l'influence du froid humide en est en quelque sorte le cachet; mais il établit une distinction entre le rhumatisme, suivant qu'il est avec ou sans inflammation. C'est une maladie spéciale que le rhumatisme; l'inflammation n'est pour elle qu'une lésion secondaire et nullement essentielle.

(L'insertion du travail et du rapport est votée, avec des remercîmens à l'auteur.)

EAUX DE BAGNÈRES DE LUCHON.

M. BOULLAY lit, en son nom et en celui de MM. Pelissier et Caventon, un rapport favorable sur un travail de M. Fontan ayant pour objet les eaux minérales de Bagnères de Luchon.

(Renvoi au comité de publication, inscrire M. Fontan sur la liste des membres correspondans; adopté.)

TUMEUR DU SCROTUM FORMÉE PAR LES DÉBRIS D'UN FOETUS.

M. VELPEAU met sous les yeux de l'Académie une tumeur qu'il a récemment enlevée sur le scrotum d'un jeune homme de 21 ans, entré dans son service à la Charité. *(Voir ci-contre la note de M. Velpeau).*

MORVE AIGUË CHEZ L'HOMME.

M. BÉRARD jeune présente à de l'Académie des pièces anatomiques provenant d'un palefrenier qui a succombé à la morve, dans son service à l'hôpital Necker. Les ulcérations et les pustules des fosses nasales, celles de la peau, la nature des accidens et des circonstances qui les ont précédés ne permettent pas d'élever le moindre doute sur la nature de la maladie. (Renvoyé à la commission de la morve.)

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE MALADIE DES VOIES URINAIRES CHEZ L'HOMME; par M. J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

URÉTHRITES; DEUX BUBONS INGUINAUX; CHANCRES SUR LE GLAND; ASTHÉNIE DU PÉNIS A 45 ANS; USAGE DES CANTHARIDES PRODUISANT UNE CYSTITE, UNE HÉMATURIE ET UNE GASTRITE AIGUES; EXCÈS DE TABLE; COURSES LONGUES ET PÉNIBLES FAITES A CHEVAL; DYSURIE; CATHÉTÉRISME DÉMONTRANT L'EXISTENCE D'UN OBSTACLE SIÉGEANT A LA PORTION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE; TROIS CAUTÉRISATIONS; ISCHURIE ET DISTENSION GRADUELLE DE LA VESSIE; CATHÉTÉRISME D'ABORD IMPOSSIBLE, RÉUSSISSANT ENSUITE; DOULEURS EXCESSIVES S'OPPOSANT A CE QU'ON LAISSE LA SONDE A DEMEURE; RÉTENTION D'URINE PENDANT DOUZE HEURES; NOUVELLE DISTENSION DE LA VESSIE; TENTATIVES INUTILES DE CATHÉTÉRISME; PREMIÈRE PONCTION SUS PUBIENNE; SYNCOPE CONVULSIVE DURANT LAQUELLE LE BANDAGE DE CORPS EST ROMPU ET LA CANULE DU TROIS-QUARTS CHASSÉE HORS DE LA VESSIE; ÉCOULEMENT DES URINES PAR L'URÈTRE, PLUS ABONDANT ET PLUS FACILE; NOUVELLES, MAIS INUTILES TENTATIVES DE CATHÉTÉRISME; RÉTENTION D'URINE ET DISTENSION TRÈS RAPIDE DE LA VESSIE; SECONDE PONCTION SUS-PUBIENNE INCOMPLÈTE ET NE VIDANT PAR LA VESSIE; LE MALADE URINE LARGEMENT PAR L'URÈTRE; UNE EXPLORATION FAITE PAR LE RECTUM FAIT DÉCOUVRIR UNE HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DE LA PROSTATE JUSQUE-LA MÉCONNUE; URINES CONTENANT UNE TRÈS GRANDE PROPORTION DE PUS BIEN LIÉ; CONVALESCENCE; NOUVEAUX ACCIDENS ET MORT.

OBS. — M. Y, employé supérieur dans une administration, âgé de 54 ans, d'un tempérament sanguin nerveux, avait tellement abusé de toutes les jouissances pendant sa jeunesse, qu'il éprouva, dès l'âge de 45 ans, une asthénie du pénis, suivie d'une taciturnité dont la société des jeunes femmes, la lecture de quelques ouvrages érotiques et de nombreuses distractions ne purent le débarrasser. Dans cette occurrence, un vil médicastre lui prescrivit des *diablotins d'Italie*, dont on sait que les cantharides constituent presque seules toute la propriété, mais surtout le danger. Il en abusa au point d'avoir un priapisme très douloureux, une cystite aiguë avec hématurie, et une gastrite, aiguë aussi, dont un traitement rationnel, le régime et sa bonne constitution triomphèrent en assez peu de temps

vant de recourir à de pareils excitans, M. Y. avait compté quatre uréthrites, dont une avec gonflement testiculaire, deux bubons inguinaux terminés par résolution, et cinq à six chancres sur le gland. On avait abusé des préparations mercurielles toutes les fois que le malade s'était trouvé dans l'obligation de subir de nouveaux traitemens.

Bien que d'aussi rudes épreuves dussent tempérer les penchans de M. Y., il n'en continua pas moins, lorsqu'il fut guéri, d'avoir des rapports très fréquens avec les femmes, de se livrer à son goût prononcé pour la bonne chère, et de passer chaque jour trois ou quatre heures dans un café, où il prenait de fortes doses de café pur avec du rhum.

A son retour de courses longues et multipliées, faites à cheval dans le courant du mois de décembre 1830, M. Y. éprouva une légère difficulté pour uriner qui alla en croissant jusqu'en septembre 1831. A cette époque, il réclama les conseils de M. le docteur Gergerés, qui eut la bonté de me faire appeler et de partager avec moi tous les soins ultérieurs du traitement. La proposition que nous fîmes d'explorer l'urètre fût souvent rejetée, et ce ne fut qu'en désespoir de cause que le malade consentit à cette opération.

Je ne trouvai d'obstacle qu'au commencement de la portion prostatique du canal, que je cautérisai trois fois sans bénéfice aucun. La dysurie fut plus prononcée; l'urine coulait par gouttes rares et souvent interrompues; la vessie se distendit graduellement et dépassa bientôt l'ombilic de trois travers de doigt, sans que le malade éprouvât ces atroces douleurs, cet impérieux besoin d'uriner et ces tiraillemens dans les aînes qui caractérisent cette dangereuse période des rétentions d'urine. Cet état fut accompagné d'une prostration extrême des forces, de la perte de l'appétit, d'une soif vive, de la bouffissure du visage, de l'infiltration du bas des jambes, tout cela sans qu'on pût noter aucun trouble du cœur. Le malade répondait à toutes nos questions que son mal consistait en une pesanteur non douloureuse du bas-ventre.

Ce fut bien inutilement que M. Gergerés et moi nous essayâmes de sonder le malade: un obstacle qui nous parut insurmontable paralysa tous nos efforts. Mais un habile confrère, appelé en consultation, fut plus habile et plus heureux que nous ne l'avions été, et pénétra de vive force dans la vessie. La présence de la sonde fit jeter les hauts cris à M. Y., qui nous dit très énergiquement qu'il préférait mourir plutôt que de supporter un moment de plus des douleurs aussi atroces. Force fut à notre honorable confrère de retirer l'instrument qu'il eût été si important de laisser à demeure!

L'application d'un bon nombre de sangsues au périnée et à l'hypogastre, des cataplasmes émolliens placés sur les mêmes parties, et un demi-bain, n'amendèrent que bien faiblement la douleur des tissus transpercés par la sonde en argent, sonde qu'on n'avait cependant laissée dans la vessie que le temps nécessaire pour la vider.

Cette opération terminée, la rétention des urines fut complète pendant douze heures, et ce ne fut qu'après un demi-bain qu'elles reprirent leur cours, embarrassé par l'urètre. Les proportions de l'urine sécrétée, et arrivant incessamment dans son réservoir, n'étant plus les mêmes que celle de l'urine évacuée, la vessie acquit le volume qu'elle avait la première fois, mais en laissant le malade à peu près impassible, car il ne se plaignit que d'un sentiment de tension, de plénitude et de pesanteur abdomino-vésicale, sans véritable douleur. Nous recourûmes au cathétérisme sur nouveaux frais. Notre manœuvre fit avancer un peu la sonde vers un point où elle fut pressée et retenue comme dans un étau, point qu'elle ne put dépasser, quoique nous l'eussions engagée dans la portion prostatique de l'urètre, et conséquemment très près du col de la vessie. M. Y..., souffrant beaucoup de nos tâtonnemens, refusa de les laisser continuer, et adopta avec empressement la ponction sus-pubienne que nous proposâmes, et sur laquelle il nous demanda des explications qui le satisfirent. Je procédai à cette opération le 9 décembre avec un trois-quarts droit, vidai la vessie et laissai une canule à demeure, en prenant les précautions indiquées en cas pareil.

Le soulagement fut aussi rapide que complet.

Arrivant seul chez le malade (trente-deux heures après l'opération), je le trouvai dans un état très satisfaisant et assis près d'un gros feu qui avait considérablement élevé la température de sa chambre. M. Y., s'étant levé pour que je consolidasse l'appareil, fut pris subitement d'une syncope convulsive effrayante, tomba sur son fauteuil et se renversa, quoi que je fisse pour l'y maintenir assis. Pendant toute cette agitation le bandage de corps se rompit, et la canule en argent, que je me disposais à remplacer par une en gomme élastique, fut chassée violemment hors de la vessie, qui aurait très certainement été perforée sans cet accident. Des aspersions d'eau froide, largement faites sur le visage, firent bientôt cesser cet état. Le malade urina beaucoup plus facilement et en plus grande quantité par l'urètre dans la nuit et les deux jours suivans qu'avant la ponction. Cette circonstance nous faisant présumer que nous éprouverions moins de difficultés pour tenter de nouveau le cathétérisme, nous y procédâmes sans réussir. Les douleurs furent plus fortes que jamais; le col de la vessie demeura très irrité; l'urine cessa de couler, et la vessie se distendit plus rapidement que les deux premières fois. Dans cette occurrence, nous nous décidâmes à faire une seconde ponction sus-pubienne, mais avec le trois-quarts courbe du frère Côme, que nous n'avions pas à notre disposition pour la première cystocenthèse. Je plongeai cet instrument immédiatement au-dessus du lieu de la ponction précédente, dont l'ouverture s'était déjà oblitérée, et fus arrêté par un corps résistant lorsque j'avais à peine fait pénétrer deux pouces de la canule dans la vessie: ce fut en vain que j'essayai de passer outre. L'urine, qui s'était d'abord écoulée par la rainure du poinçon, n'arriva plus par la canule dès que je fis quelques tentatives pour franchir l'obstacle rencontré. Ce cylindre métallique amena au dehors environ trois onces d'un sang pur et riche en fibrine. La prudence m'imposant l'obligation de retirer la canule, je laissai M. Y. fort inquiet d'une position dont il calculait trop bien les conséquences probables.

Fort embarrassé moi-même, et ne sachant que faire dans une aussi fâcheuse conjoncture, j'allai le jour même (12 décembre), et deux heures après l'opération, demander des avis à la Société de médecine assemblée, à laquelle je racontai le plus exactement possible tout ce qui s'était passé jusqu'alors. Plusieurs membres de cette compagnie savante prirent la parole et me donnèrent d'excellens conseils.

Mais quelle fut notre surprise, lorsqu'allant revoir M. Y., six heures après cette seconde et si malencontreuse ponction, nous le trouvâmes ivre de joie, urinant largement par l'urètre, ayant vidé sa vessie une première fois, et se mettant à genoux sur son lit pour nous faire voir le jet d'urine, qui était en effet presque aussi gros et presque aussi fort qu'en parfaite santé! Les urines furent très sanguinolentes pendant cinq à six jours, sans qu'on pût noter la plus légère douleur de vessie ou de son col. Toutefois, en réfléchissant à la série des phénomènes et des incidens heureux ou malheureux qui s'étaient successivement offerts à notre observation, mon confrère et moi nous fûmes portés à penser, beaucoup trop tard sans doute, que la glande prostate était malade, et avait été la véritable cause de l'obstacle apporté au cours des urines. L'introduction du doigt indicateur dans le rectum nous fit en effet découvrir une hypertrophie considérable de cette glande empiétant très sensiblement sur le diamètre de la dernière portion du gros intestin.

A dater du 19 décembre, les urines cessèrent d'être sanguinolentes, et continrent en grande proportion du pus se déposant bien lié au fond du vase de nuit Je cachai cette circonstance à M. Y..., qui continua d'aller de mieux en mieux. Dès le 25 du même mois, le pus cessa tout à coup de paraître dans les urines, dont la vessie se débarrassait toujours fort aisément. La bouffissure du visage, l'infiltration du bas des jambes et la tension abdominale disparurent en très peu de jours; l'appétit se prononça, la convalescence fit des progrès sensibles; l'exploration de tout l'abdomen et l'analyse des fonctions remplies par les viscères de son département me démontrèrent que tout était à peu près rentré dans l'ordre. Le malade reprit sa sérénité et nous étonna par le gracieux et le piquant de ses causeries, durant lesquelles il donnait les preuves de l'instruction la plus solide et la plus variée.

Mais cet état de choses n'était qu'un leurre, car dix ou douze jours après l'état si satisfaisant et si inespéré dont je viens d'esquisser les principaux traits, une petite quantité de pus reparut dans les urines qui coulaient toujours largement par l'urètre. La prostate, explorée à diverses reprises par le rectum, diminua graduellement de volume, et finit par ne plus pouvoir être distinguée; la bouffissure du visage, sa pâleur d'abord, puis sa couleur jaune paille et l'anasarque se montrèrent de nouveau; l'appétit se perdit; la maigreur, dissimulée par l'œdème général, fit des progrès rapides; le mal moral fut la conséquence des maux physiques, et M. Y., aigri par son affreuse position, dont il avait la conscience, refusa de nous répondre et de prêter l'oreille aux encouragemens et aux consolations que M. Gergerés et moi nous lui prodiguions chaque jour. Ce malade s'éteignit dans les premiers jours de mars 1832, et n'éprouva, du reste, pendant tout le temps que dura le dépérissement lent et graduel qui l'entraînait dans la tombe, ni ces douleurs cuisantes qui sont comme le cachet des maladies des voies urinaires, ni cette chaleur fébrile si incommode, ni ces angoisses, ni ce malaise qui sont les préludes d'une fin prochaine toujours devancée par les progrès incessans du marasme.

La nécropsie, permise d'abord à force de sollicitations, nous fut ensuite refusée. — Malgré cette lacune, je me permettrai d'ajouter quelques réflexions à cette observation déjà si intéressante par elle-même.

Un fait capital, matériel et facile à constater, mais ignoré, non soupçonné, se révèle à nous lorsqu'il n'est plus temps de remédier aux désordres qu'il a suscités dans l'organisme, et ce fait est l'existence bien démontrée d'une tuméfaction considérable de la glande prostrate dont tous les phénomènes observés chez M. Y. n'ont été que les conséquences. Mais, ni l'habile praticien appelé en consultation avec nous, ni les membres de la société de médecine dont nous allâmes réclamer les avis, ne songèrent, pas plus que nous-mêmes, à cette tuméfaction de la glande prostrate, que le point de l'urètre sur lequel la sonde avait toujours été arrêtée aurait cependant dû faire soupçonner. Ce fut là une erreur grave de diagnostic, et je la confesse humblement parce qu'il y a quelque mérite à dire tout haut: *Je me suis trompé!* Cette erreur est, du reste, assez commune dans la pratique, et a été commise plusieurs fois par des hommes éminens, et j'ai eu moi-même l'occasion de la signaler sur plusieurs malades, notamment sur un négociant de cette ville (Bordeaux), qui fut la victime d'une pareille méprise il y a à peu près un mois.

Je sais bien qu'on trouve signalés dans tous les ouvrages qui traitent des maladies des organes génito urinaires chez l'homme, les phénomènes à l'aide desquels on peut aisément reconnaître les engorgemens de la prostate. Tous les praticiens savent, en effet, que, dans la majorité des cas, l'exploration de cette glande, faite avec le doigt indicateur introduit dans le rectum, décèle son état maladif, sa tuméfaction plus ou moins douloureuse; bien que dans quelques circonstances, et particulièrement lorsque la portion moyenne, pédiculée ou non pédiculée, proémine dans la vessie, on ne puisse rien découvrir par ce mode d'exploration, le meilleur de tous, et dont l'omission, qu'on peut reprocher à quelques médecins, laisse les maladies de la prostate si souvent méconnues. La sonde ne s'arrête d'ailleurs que sur l'un des points de la portion prostatique de l'urètre, ou plutôt au col même de la vessie; on rencontre alors aussi une matière visqueuse et puriforme dans l'urine; les malades éprouvent un sentiment habituel de pesanteur à la marge de l'anus et au col vésical; l'urine coule de jour en jour par un jet de moins en moins volu-

mineux, et finit par ne s'échapper que goutte à goutte, ce qui dépend, non du rétrécissement organique de la portion prostatique de l'urètre, mais bien de la compression du canal par la prostate indurée ou hypertrophiée (1). Eh! bien les choses se passent souvent tout autrement. Quel est le médecin, quels sont les praticiens, en effet, qui n'ont pas constaté par les nécropsies, des variétés d'engorgement de la prostate, sans qu'on eût soupçonné la moindre apparence de tuméfaction pendant la vie (2)? L'exploration faite par le rectum avait été sans résultats; la sonde courbe avait pénétré facilement dans la vessie; les urines ne charriaient point cette matière visqueuse et puriforme signalée plus haut; les malades ne se plaignaient jamais de pesanteur et de cuisson à la marge de l'anus et au col vésical. Le seul phénomène patent était la dysurie ou la rétention complète des urines que l'introduction d'une sonde dans la vessie faisait cesser à l'instant. On avait donc à se demander, en cas pareil, s'il existait réellement une tuméfaction de la prostate ou une paralysie de la poche urinaire, question de la plus haute importance, sur laquelle M. Leroy d'Etiolles a fixé l'attention des praticiens, en démontrant, par les faits, qu'un grand nombre de cas de rétention d'urine, attribués à une paralysie de la vessie, n'étaient en réalité que des engorgemens de la prostate qu'il était impossible de reconnaître sur le vivant. Ces faits sont, du reste, assez communs et d'une telle gravité qu'on ne saurait trop les signaler à l'attention des gens de l'art, qui négligent l'étude si difficile et si complexe des maladies des organes génito-urinaires.

Quoi qu'il en soit de notre erreur de diagnostic, n'anticipons pas sur les faits et analysons-en les circonstances cardinales.

Et d'abord, en laissant de côté les antécédens maladifs de M. Y., un fait se présente à moi, et ce fait consiste dans la presque impossibilité d'uriner. L'exploration attentive de l'urètre me démontre qu'un rétrécissement central, que je cautérise trois fois inutilement, siége au commencement de la portion prostatique de ce canal. Il y a plus, ces cautérisations augmentent la dysurie, et la vessie se contractant presque inutilement pour expulser l'urine qui vient des reins en plus grande quantité qu'il n'en peut passer par la très petite filière de l'urètre, est énormément distendue, mais sans que cette ampleur anormale fasse pour ainsi dire souffrir le malade. Cette particularité que j'ai déjà observée chez quelques individus, et notamment sur un malade que j'ai vu plusieurs fois en consultation avec M. le docteur Gachet, de Bordeaux, cette particularité qui s'est représentée trois fois chez M. Y., tenait à l'habitude que la vessie avait depuis longtemps contractée d'être dilatée au-delà des limites ordinaires, et probablement aussi à ces nuances si variées d'organisation qui font que telles personnes souffrent horriblement de ce dont telles autres n'éprouvent qu'une légère impression.

Comme il y avait absolue nécessité de vider promptement la vessie, un confrère nous succédant dans les tentatives de cathétérisme, et plus hardi que nous, fait pénétrer la sonde de vive force dans ce réservoir. Cette manœuvre occasionne de si fortes douleurs qu'on est obligé de retirer l'instrument immédiatement après avoir évacué l'urine; presque immédiatement aussi survint une rétention complète d'urine qui dure douze heures. Je laisse à d'autres le soin de décider s'il n'eût pas mieux valu dans ce cas, s'il ne vaudrait pas toujours mieux dans des cas semblables, pénétrer dans la vessie par une voie artificielle, qu'à l'aide d'un cathétérisme forcé, d'une véritable ponction, ou plutôt d'une déchirure brutale de la prostate que des praticiens d'une très grande réputation ont en à se repentir d'avoir pratiquée.

Mais quelle imprudence, nous dira-t on peut-être, d'avoir fait une ponction sus-pubienne avec un trois quarts droit, et d'avoir laissé une canule droite à demeure dans la vessie! Nous répondrons que nous n'opérions ainsi que fortuitement, et que nous n'éprouverions aucune répugnance à opérer encore de la même manière, quoique nous connaissions ce fait malheureux cité par Sharp, d'un malade qui succomba après la ponction hypogastrique faite avec un instrument droit (1). Assurément si l'on plonge un trois-quarts droit à l'aventure et sans précaution, on pourra opérer la vessie d'outre en outre, aller blesser le péritoine, traverser la cloison recto-vésicale et pénétrer dans le rectum; certainement aussi la canule droite laissée à demeure, sans prendre les précautions antre part indiquées, pourra blesser la vessie par une pression continue et abandonner ce viscère revenant sur lui-même au fur et à mesure que l'urine est évacuée, et se cachant derrière le pubis, lorsqu'il est vide. Mais nous soutenons qu'on ne fait courir aucune espèce de danger aux malades en ponctionnant la vessie de façon à diriger un peu le poinçon du trois-quarts droit vers son bas fond. Nous citerons ailleurs le fait unique et fort curieux d'un malade chez lequel on fit onze ponctions hypogastriques avec le trois-quarts droit, dont on laissait la canule, droite aussi, dans la vessie (2).

Un incident non prévu et qui pouvait avoir les suites les plus graves (syncope convulsive et canule chassée hors de la vessie) nous révèle le bienfait d'une première ponction. En effet, l'urine ayant cessé tout à coup de passer par l'urètre pendant que la canule du trois-quarts est demeurée dans la vessie, ce liquide n'a plus irrité la portion prostatique du canal et le col vésical, dont la phlogose s'amende par le repos. Nous eûmes la preuve de ce fait par le moins de difficulté avec laquelle le malade urina (par l'urètre s'entend) pendant les soixante heures qui suivirent la sortie obligée de la canule droite. Néanmoins, comme la dysurie existait encore à un certain degré, nous cherchâmes de nouveau à faire pénétrer une sonde dans la vessie. Ce cathétérisme, fait avec tous les ménagemens possibles, réveilla les douleurs assoupies du col de la vessie, l'irrita violemment et produisit une rétention d'urine.

Une seconde ponction devenant indispensable, nous la fîmes incomplète, parce que nous fûmes arrêtés par un corps résistant, sur la nature duquel nous allâmes vainement demander des explications à des praticiens haut placés dans l'opinion de tous leurs confrères. Plus tard nous pûmes positivement nous assurer par le toucher qu'il existait une hypertrophie considérable de la prostate, dont la portion moyenne proéminait dans la vessie. Or, voici ce qui dut se passer dans l'incident si remarquable que nous avons rapporté: la canule du trois-quarts courbe heurta fortement une tumeur résistante, qui fut déchirée ou entamée, puisque environ trois onces de sang s'en écoulèrent. Cette évacuation sanguine, cette espèce de saignée locale fortuite dégorgea les tissus, opéra la détumescence de la portion de prostate proéminant dans la vessie, et fit cesser ainsi la compression et l'oblitération du col de la vessie, au travers duquel le malade et nous fûmes si agréablement surpris de voir l'urine sortir avec la plus grande facilité.

Bien que nous eussions la presque certitude que la prostate avait été détruite par la suppuration, nous pensâmes néanmoins que ce travail, produit d'un travail inflammatoire aigu, enté accidentellement sur une phlegmasie chronique, sortait en trop grande quantité de la vessie par l'urètre pour que cette glande en fût l'unique source. Très probablement une cystite latente avait dû exister et se transmettre aux reins par les uretères. Or, nous ne voyons que les organes sécréteurs de l'urine qui aient pu fournir une aussi grande quantité de pus. Ce ne sont là, du reste, que des conjectures formées avec la réserve qui doit toujours présider à l'explication de faits ou de circonstances dont les nécropsies n'ont pu mettre en lumière le côté matériel.

SECONDE NOTICE SUR LA CONSERVATION DES CADAVRES PAR LES INJECTIONS D'ACIDE ARSÉNIEUX; par le docteur CH. DUJAT.

La lettre de M. Cannal, insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 4 de ce mois, me fournit l'occasion de présenter aux personnes intéressées les moyens de s'assurer de l'innocuité des injections arsenicales et de leurs avantages pour la conservation des cadavres. MM. Lenoir, Maisonneuve, Boinet, Rendu, Masse, Després, Thivet, leurs élèves et bien d'autres, à l'école pratique, dissèquent depuis plusieurs mois des sujets conservés par ce procédé. Aucun d'eux n'en a été incommodé; ils ont constaté qu'il ne s'en dégageait aucune odeur particulière, alliacée ou autre. L'odeur alliacée, contre l'opinion de M. Gannal, n'appartient pas à l'hydrogène arsenique, mais seulement à l'arsenic métallique à l'état de

(1) La prostate devient de plus en plus consistante et dure chez les vieillards, et peut alors presser fortement l'urètre, empêcher l'émission de l'urine sans avoir acquis plus de volume, et sans qu'on puisse affirmer que la dysurie ou une véritable rétention d'urine tient à cette cause. On consultera à ce sujet, et avec beaucoup de fruit, les RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA PROSTATE DES VIEILLARDS, lues à la séance publique de la société anatomique, le 3 février 1836, par Auguste Mercier, interne des hôpitaux, in-8°. Cet excellent mémoire renferme de très bonnes notions sur les changemens qu'éprouve la prostate chez les vieillards.

(2) M. F. L. Senn, chirurgien très distingué de Genève, a observé plusieurs fois que la prostate était placée tout à fait en haut, qu'alors l'urètre et le col vésical étaient très voisins du rectum, et qu'il était conséquemment impossible de toucher cette glande à travers les parois de l'intestin — Voyez son travail sur les différentes méthodes de tailles sous-pubiennes (Paris, 1825, in-4°), qui est surtout remarquable par des considérations anatomiques sur la prostate.

« Dans une des séances de la société médico-pratique (1831), M. Jobert communiqua un fait assez rare de glande prostrate vicieusement développée. Elle se trouvait tout entière au-dessus du canal de l'urètre, au lieu de se trouver au-dessous. Les conduits prostatiques et éjaculateurs avaient la même position. » (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 9e année, t. 26, pages 228 et 229, 1831.)

(1) Sharp. RECHERCHES CRITIQUES SUR LA CHIRURGIE, p. 158.

(2) Robin de Brissac. ANNALES DE BROUSSAIS.

vapeur; aussi il y a lieu de s'étonner que M. Gannal dise l'avoir remarquée sur les cadavres injectés avec l'acide arsénieux.

Deux sujets injectés dans le même temps à l'école pratique, l'un par M. Gannal, d'après son procédé (pavillon H), et l'autre, par M. Maisonneuve, par la solution d'acide arsénieux (pavillon E), m'ont permis de comparer le résultat des deux procédés. Le sujet de M. Gannal avait la teinte livide, terreuse qu'on rencontre plus souvent dans les tableaux des peintres que sur le cadavre. Le sujet de M. Maisonneuve avait conservé sa couleur normale, j'oserai même dire que la peau avait pris tant soit peu de vivacité; on en conçoit très bien la raison : les sels d'alumine blanchissent les tissus, tandis que l'acide arsénieux les rougit légèrement. Sur tous les deux, après quelque temps, l'épiderme s'enlevait par le frottement dans les points qu'on avait négligé de tenir bien secs; moins cependant sur le sujet de M. Gannal. Les parties contuses, celles dépouillées de leur peau, se sont également, sur tous les deux, couvertes de moisissure; l'état humide de l'atmosphère alors a déterminé cette altération: là où la peau était intacte il n'y avait pas de moisissure. L'un comme l'autre n'avait pas contracté d'odeur bien remarquable. La couleur blanchâtre uniforme sur les tissus mis à découvert du sujet de M. Gannal, rendait leur distinction difficile; de plus, l'acétate d'alumine altère les scalpels; le sujet injecté avec la solution d'acide arsénieux avait conservé sa couleur dans toute ses parties, sauf une coloration un peu plus rouge; l'arsenic n'altère nullement les instrumens. Les muscles du sujet de M. Gannal avaient perdu leur cohésion; ils se déchiraient facilement; rien de changé dans les tissus de l'autre sujet. Placés dans la même atmosphère, ils ne se sont pas desséchés; il serait difficile d'arriver à une dessiccation complète en hiver; en toute autre saison, pour conserver à la peau son aspect, il faudrait tenir le sujet dans un coffre de plomb hermétiquement fermé, car, en se desséchant, la peau des sujets injectés à l'acide arsenieux prend une couleur brune foncée comme celle des momies égyptiennes. J'ai devant les yeux un morceau de peau du sujet de M. Gannal, et bien que la dessiccation ne soit pas encore complète, elle a pris aussi une couleur brune.

Je n'aurais d'autre moyen de prouver que l'arsenic conserve bien le cadavres, que les rapports sur l'exhumation de personnes empoisonnées par les composés d'arsenic, que cela suffirait pour amener la conviction. Dans le TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE de M. Orfila, t. IV, p. 319, on lit dans le rapport de M. Lepelletier sur l'examen d'une femme de 40 ans, empoisonnée par le sulfure jaune d'arsenic, et exhumée après plus de trois mois. « Les viscères abdominaux et notamment le tube digestif se trouvent si bien conservés, qu'il eût été possible de les faire servir aux études anatomiques; rapports mutuels, couleur spéciale, résistance, continuité, volume, etc., tont se rencontre dans un état analogue à celui du cadavre inhumé seulement depuis quelques jours, au milieu des circonstances les plus favorables. Les muscles de l'abdomen avaient conservé leur couleur vermeille, le péritoine était à l'état normal. Quant aux parties qui n'avaient pas été en contact avec l'arsenic, elles étaient dans un état de putréfaction plus ou moins avancé. Un autre cadavre, celui d'un homme de soixante ans, exhumé le 2 juillet 1829, après plus de neuf mois, empoisonné aussi par le sulfure jaune d'arsenic, a été trouvé dans l'état de putréfaction le plus avancé dans toutes les parties hors de l'influence de l'arsenic; mais l'auteur du rapport a noté que « les muscles de l'abdomen étaient d'un rouge sombre sans putréfaction. Le tube digestif était dans un état d'intégrité parfaite, le péritoine était intact, luisant; on reconnaissait encore les taches rouges sans putréfaction de la muqueuse, caractérisant la phlegmasie produite par le poison (p. 324 du même ouvrage). » Les faits de ce genre sont trop connus des médecins légistes pour que j'aie besoin d'en citer d'autres; d'ailleurs M. Gannal reconnait lui-même que l'acide arsénieux, en se combinant avec l'albumine et la gélatine des cadavres, s'oppose à la fermentation putride en donnant naissance à des produits nouveaux imputrescibles.

Comme je suis sur le point de quitter Paris, les médecins cités plus haut pourront répondre aux nouvelles objections présentées contre un procédé que j'ai cherché à populariser; ils éclaireront les personnes qui ne seraient pas encore convaincues de l'innocuité des injections arsénicales et de leur avantage sur tous les autres moyens de conserver les sujets pour les dissections.

Je profite de cette seconde notice pour signaler un fait qui n'est pas sans importance pour les anatomistes. J'ai fait macérer dans l'eau un bras injecté avec la solution d'acide arsenieux, et entièrement desséché depuis six mois; ce bras a presque repris son volume normal, et il a pu être disséqué avec tout autant d'avantage que celui d'un sujet frais.

BIBLIOGRAPHIE.

QUELQUES RECHERCHES SUR LE FAVUS; par M. LETENNEUR, de Châlons. — 27 pages in-4 (dissertation inaugurale). Paris 1839.

L'auteur de cette dissertation n'a point eu l'intention de faire l'histoire générale des favus; il s'est borné à présenter quelques considérations sur le siége, la marche et l'anatomie pathologique qui laissent tant à désirer, malgré les nombreux travaux des dermatologistes modernes. Les considérations dans lesquelles il entre sur ces différens points nous paraissent s'éloigner assez des idées généralement reçues, et les observations sur lesquelles elles reposent semblent assez exactes et minutieuses pour que nous croyions devoir en offrir ici une courte analyse.

SIÉGE DU FAVUS. La croûte faveuse se développe toujours à la superficie de la peau, à l'orifice du goulot d'un follicule pileux; elle est même en général d'autant plus profondément enchassée dans cet orifice qu'elle est plus ancienne et que le poil autour duquel elle s'est formée a un volume et une dureté plus considérables; il est rare qu'elle attaque la face profonde du derme; ce n'est donc pas, comme le croient la plupart des auteurs, dans le corps même des follicules que se développe le favus.

LÉSION ÉLÉMENTAIRE ET MARCHE DE LA MALADIE. L'auteur a confirmé la plupart des recherches de M. Baudelocque sur l'anatomie de la croûte du favus; mais bien que combattant son opinion sur la forme primitive sous laquelle se développe cette affection, il prouve que, comme le pensait Bateman et comme l'ont toujours professé MM. Biett et Rayer, c'est sous la forme pustuleuse qu'il débute.

La pustule faveuse a toujours son siége à l'orifice extérieur d'un canal pilifère exactement arrondi; elle est formée par l'accumulation sous l'épiderme d'une petite quantité de pus blanc-jaunâtre ne différant pas sensiblement du pus phlegmoneux; elle dépasse à peine le niveau de la peau et est traversée dans son centre par un ou même par deux poils. Sa durée varie depuis un jusqu'à quatre jours, mais jamais plus. Elle est remplacée par la croûte faveuse qui ressemble à un entonnoir dont le sommet est très court et le pavillon très évasé. La face extérieure de la croûte faveuse est recouverte par l'épiderme, et par sa face profonde elle donne naissance à un prolongement mamelonné qui s'enfonce dans le canal pilifère; il est lui même traversé par un canal qui donne issue au cheveu. Mais ce n'est pas dans l'intérieur du follicule pileux lui-même que se secrète la matière faveuse et que se forment les premiers élémens de la croûte, en constituant ce que M. Baudelocque désigne sous le nom de *tubercule*; car alors la croûte serait toujours en contact avec le tissu cellulaire sous cutané, et l'observation démontre qu'elle pénètre à peine jusqu'au milieu de l'épaisseur du derme, à moins que cette membrane ne soit détruite et perforée, ce qui ne peut avoir lieu que quand la maladie est déjà très ancienne.

Pendant le développement successif des différens phénomènes que présente la teigne, au milieu de désordres dont la peau est le siége près de la racine des cheveux, ceux-ci présentent des altérations très remarquables; ils ne tardent pas à se dessécher, à se raccourcir, diminuent d'épaisseur, perdent leur poli et offrent une coloration moins foncée; on peut alors les arracher avec la plus grande facilité; à la place qu'ils occupaient, on voit surgir de nouveaux cheveux dont l'altération est encore plus prononcée; et cependant si on met ces cheveux à découvert, au moyen de coupes faites sur le cuir chevelu, on voit que depuis leur origine dans le fond du follicule, jusqu'au point où ils sont embrassés par la croûte faveuse, ils sont aussi colorés, aussi gros que ceux qui n'ont pas été soumis à l'influence de la maladie. On ne remarque entre eux à l'œil nu ou à la loupe aucune différence; ce n'est qu'à l'extérieur et dans l'épaisseur même de la croûte que les cheveux subissent cette sorte d'atrophie; c'est qu'au moment où ils sortent de la peau, ils ne sont plus lubréfiés par ce liquide huileux destiné à les préserver de l'influence que l'air et les autres agens physiques exercent sur les corps organiques non vivans; c'est que le liquide faveux lui-même a vraisemblablement sur eux une action altérante particulière.

M. Letenneur pense avec M. Biett que la source de ce liquide faveux, sécrété précisément là où devrait être versée la matière grasse qui dans l'état normal forme un enduit aux cheveux, se trouve dans les petits cryptes qui sont disposés régulièrement autour du goulot des follicules pileux.

Quant à la facilité avec laquelle on arrache les cheveux, lorsque la teigne existe depuis un certain temps, et qui a été considérée comme une preuve de la maladie du bulbe, il est facile de démontrer qu'elle dépend de

onte autre cause; la solidité du cheveu ne dépend pas seulement de son implantation dans le follicule pileux, mais aussi et surtout de ses rapports avec le canal pilifère qu'il remplit exactement et avec l'épiderme. Lorsque, autour d'une croûte faveuse, l'épiderme s'est détaché, que le goulot du follicule est dilaté; que la croûte elle-même a été ramollie par la suppuration on par l'application de cataplasmes ou de pommades, tous les liens naturels du cheveu sont détruits, et il cède nécessairement à la moindre traction exercée sur lui. C'est ce qui arrive aux dents qui deviennent très rapidement vacillantes, et tombent même quelquefois spontanément, lorsque, sous l'influence d'une maladie locale ou générale, le tissu des gencives a perdu sa consistance habituelle sans que le follicule dentaire soit lui-même affecté.

FORMATION DES CICATRICES, LEURS EFFETS. Lorsque la croûte a plusieurs lignes et même un pouce de diamètre, les tissus perdent leur élasticité, et il est rare qu'il ne se forme pas au-dessous d'elle une ulcération qui probablement entraîne la destruction des cryptes d'où sortait la matière faveuse; dès lors il peut se former une cicatrice qui est plane, luisante, indélébile, semblable à celle d'un vésicatoire longtemps entretenu et au milieu de laquelle apparaissent çà et là quelques cheveux, tantôt flétris tantôt intacts; mais de nouvelles pustules ne tardent pas à se former à leur base et finissent presque toujours par les détruire. Si lorsque la cicatrice est récente, on recherche les bulbes des poils, on les retrouve encore au-dessous; mais avec une perte de volume suivant leur hauteur et leur épaisseur. A cette époque, ils contiennent dans leur intérieur un point noir et allongé, formé par le cheveu, dont l'issue au dehors ne peut avoir lieu à cause de l'oblitération du canal qui devrait lui livrer passage.

De cette disposition, il doit résulter un arrêt de sécrétion dans le follicule pileux, et, par suite, une atrophie complète de l'organe sécréteur; c'est aussi ce que l'observation a confirmé; car plusieurs mois après la formation de la cicatrice, on trouve accolées à la face interne du derme et adhérentes à cette membrane de petites granulations demi-transparentes qu'on ne rencontre pas ailleurs, et que M. Letenneur regarde comme les restes du follicule pileux; elles ne contiennent plus le point noir qui y existe lorsque la cicatrice est récente; enfin, ces granulations elles-mêmes paraissent avoir entièrement disparu au bout de quelques années. Aussi conclut-il et avec raison de ces recherches intéressantes que l'alopécie qui succède à la teigne est incurable, non parce que le bulbe a été primitivement affecté, mais parce que sur le cuir chevelu, comme sur les autres parties de la peau, les poils ne traversent pas les cicatrices.

TRAITEMENT. Il résulte de ces faits que pour le traitement local on doit se proposer deux buts différens, ou bien favoriser la formation d'une cicatrice, on bien faire disparaître la maladie, de manière à prévenir l'oblitération des orifices des follicules pileux, et par conséquent à prévenir l'alopécie; mais les moyens propres à obtenir ces deux buts, et surtout le dernier qui est de beaucoup préférable, sont encore fort incertains et d'une application peu aisée. Dans ce cas encore, nous avons à regretter que science ait marché moins vite et moins sûrement que l'empirisme; mais cette réflexion n'ôte rien à nos yeux du mérite des recherches anatomiques de M. Letenneur sur le siége et la marche de la maladie.

VARIÉTÉS.

— L'état sanitaire à Vienne est très affligeant. Le typhus et les fièvres gastriques deviennent plus nombreuses et prennent un caractère plus alarmant. Le nombre des malades est tellement grand à Vienne, qu'il n'y a plus de place dans les hôpitaux, et qu'il faut les transporter ailleurs. Au nombre des dernières victimes on cite la femme de M. Clay, chargé d'affaires de l'Amérique du Nord.

PRIX DE VACCINE DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le premier prix, de la valeur de 1,500 fr., sera partagé entre MM. Boisson, d.-m. à Lure (Haute-Saône); Clermont, d.-m. à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Thomas, à Saint-Etienne (Loire).

Des médailles d'or ont été décernées à MM. Bonfils, d.-m. à Haroué (Meurthe); Cayrel, à Toulouse (Haute-Garonne); Couraux, à Villé (Bas-Rhin); Fontan, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Des médailles d'argent ont été décernées aux médecins dont les noms suivent: MM. Adam, d.-m. à Moncornet (Aisne); Auger, à Pithiviers (Loiret); Barrey, à Besançon (Doubs); Madame Barthelemy, s.-f. à Vierzon (Cher); MM. Baudry, à Evreux (Eure); Bavay père, à Crozon (Finistère); Benézech, à Conques (Aveyron); Bert, à Moutiers (Côte-d'Or); Bloudiot, à Orbaix (Marne); Bonafous, ch. aide-m. à Constantine (Algérie); Bonnet, méd. à Coutances (Manche); Madame Bory, s.-f. à Lachapelle (Creuse); MM. Boubon, à Saint-Chély (Lozère); Bouignes, à Aurillac (Cantal); Bourrée, à Montigny (Côte-d'Or); Bourzac, à Charras (Charente); Jean Buès, à Valonne (Basses-Alpes); Boisson, à Terrasson (Dordogne); Carilian, à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes); Cayre Mirabel, à Reuilly (Indre); Cazes, à Aspet (Haute-Garonne); Chabanon, à Uzès (Gard); Charoppin, à Pons (Charente-Inférieure); Chrétien, à Thann (Haut-Rhin); Cruveilhet, à Alassac (Corrèze); Damiac, à Lodève (Hérault); Daniel, à Saint-Julien (Jura); Dautour, à Estampes (Gers); Defresnoy, à Elincourt-Sainte-Marguerite (Oise): Madame Delabrosse, à Toutry (Côte-d'Or); MM. Delemar, à Lille (Nord); Demenneuch, à Bourbourg (Nord); Madame Dessalles, s.-f. à Villandrant (Gironde); M. Drouet, à Saint-Philibert (Loire-Inferieure); Madame Duchatel-Coquet, s.-f. à Ardes (Pas-de-Calais); MM. Dupourqué, à Salies (Basses-Pyrénées); Eudes, à Bayeux (Calvados); Fallières, à Cuq-Toulza (Tarn); Formier, à.... (Aude); Forest, à Martingues (Bouches-du-Rhône); Fourcy, à Doutilly (Seine-et-Marne); Gaffé, à Saint-Valery (Somme); A. Galpin, à Pontvallain (Sarthe); Galtier, à Requista (Aveyron); Genin, à Charmes (Vosges); Madame Géraud, s.-f. à Curvale (Tarn); MM. Gonon-Dallary, à Sury (Haute-Loire); Jules-Aug. Goupil, à Nemours (Seine-et-Marne); Guillo, à Prades (Pyrénées-Orientales); Homet, à Sasselot (Seine-Inférieure); Houeix, à Ploermel (Morbihan); Jean, à Aups (Var); Lafage, à Mont-de-Marsan (Landes); Laumont, à Bourmont (Haute-Marne); Ledeschante, à Paris (Seine); Leseigneur, à Valéry (Seine-Inférieure); Madame Limosin, s.-f. à Romorantin (Loir-et-Cher); MM. Lombal, à Dombasle (Meuse); Luroth, à Bischwiller (Bas-Rhin); Maréchal, à Wassigny (Aisne); Martin, à Avignon (Vaucluse); Martin, à Tessé-la-Madeleine (Orne); Maupetit, à Chaunoy (Vienne); Mélier, à Saint-Arnoult (Seine-et-Oise); Mercier, à Saint-Lupicin (Jura); Merland, à.... (Vendée); Millet, à Cusset (Allier); Miresse, à Guérande (Loire-Inférieure); Miroille, à Venderesse (Ardennes); Moussier, à Saint-Vallier (Drôme); Nichet, à Lyon (Rhône); Ollet fils, à Boule-d'Amont (Pyrénées-Orientales); Orlowski, à Saint-Etienne-Lovarence (Rhône); Pagès, à Saugues (Haute-Loire); Pasquier, à Saint-Cirq (Lot); Péronnier, à Romans (Drôme); Peyroux, à Bourbon-l'Archambaud (Allier); Pézeral, à Charolles (Saône-et-Loire); Plissard, à Guériguy (Nièvre); Polinière, à Lyon (Rhône); Ponpard-Dujaunay, à Segré (Maine-et-Loire); Pourcelot, à Pierrefond (Oise); Prévost, à Rédon (Ille-et-Vilaine); Rach, à Benfeld (Bas-Rhin); Camille Renaud, à Loches (Indre-et-Loire); Robbé, à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir); Roché, à Caraman (Haute-Garonne); Rosec-Maisonneuve, à Ploudalmezeau (Finistère); Rousset, à Sarreguemines (Moselle); Roussilhe, à.... (Aude); Sonm, à Oust (Arriége); Sulpici, à Saint-Yrieix (Haute-Vienne); Testu, à Saint-Jean-de-Bournay (Isère); Théin, à Dunkerque (Nord); Thiaudière, à Gençai (Vienne); Trichard, à Chaufailles (Saône-et-Loire); Tripier, à Pont-Rémy (Somme); Félix Vernhes, à Niort (Deux-Sèvres); Villeneuve, à Tréguier (Côtes-du-Nord); Winter, à Nancy (Meurthe).

— On vient de publier à Bruxelles une contrefaçon de l'ouvrage de M. Reveillé-Parise: PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT, ETC. Les éditeurs ont sans doute fait preuve de sagacité et de goût en s'appropriant cet ouvrage, mais ils auraient bien dû respecter le texte original et ne pas rendre l'auteur complice de leur méfait en qualifiant cette contrefaçon de QUATRIÈME ÉDITION. La vraie et bonne édition est la troisième, qui vient d'être publiée à Paris, portant le millésime de 1839. C'est celle-là que voudront acquérir les appréciateurs de l'excellent ouvrage de M. Reveille-Parise, car la contrefaçon est pleine de non sens.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 22 FÉVRIER 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. De la morve chez l'homme, chez les solipèdes et quelques autres mammifères. — Nouvel appareil pour contenir les hernies inguinales directes. — Leçons cliniques sur les ankyloses et leur traitement. — II. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séances des 10 et 17 févier. — Académie de médecine: séance du 18 février. — III. BIBLIOGRAPHIE. Observation sur l'hydrolate de laurier-cerise. — IV. VARIÉTÉS. — V. FEUILLETON. Un mot sur la valeur intellectuelle de la femme et sur sa destination dans la famille et dans la société.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE LA MORVE CHEZ L'HOMME, CHEZ LES SOLIPÈDES ET QUELQUES AUTRES MAMMIFÈRES, extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, le 10 février 1840; par MM. BRESCHET et RAYER.

De même que l'anatomie et la physiologie comparées jettent une vive lumière sur l'anatomie et la physiologie humaines, de même l'étude des maladies chez les animaux servira à dissiper bien des doutes et des incertitudes qui règnent encore dans la pathologie de l'homme. Cette voie, indiquée par l'ancienne Académie des sciences et par la Société royale de médecine, a été parcourue brillamment par plusieurs membres de l'Académie des sciences et surtout par Vicq-d'Azir. Il est permis, il est même louable de puiser à toutes les sources, lorsqu'il s'agit de servir la société et de préserver l'homme de maladies contagieuses, non-seulement graves mais encore presque constamment mortelles.

Nous voulons parler principalement de la morve et de la rage.

Une demande adressée à l'Académie des sciences par M. le ministre de la Guerre, sur les causes de la grande fréquence de la morve parmi les chevaux de l'armée, en France, nous a déterminés à vous faire connaître, Messieurs, les recherches et les expériences que nous avons entreprises, M. Rayer et moi, sur la contagion de la morve et sur son mode de transmission à l'homme. Bien que ces questions ne soient pas indiquées d'une manière directe et positive dans la demande de M. le ministre de la guerre, elles réclament cependant tout l'intérêt et toute la sollicitude des hautes autorités administratives.

Nous ne sommes pas encore très avancés dans nos recherches, mais nous avons pensé qu'en faisant une esquisse rapide de l'état de la science sur ces grandes questions, nous pourrions contribuer à jeter quelque lumière sur un point très important d'hygiène publique et de pathologie comparée. Dans un second travail, nous exposerons les résultats de nos études expérimentales.

Les considérations sur la morve nous amèneront naturellement à traiter, dans une autre notice, de la rage et de son développement. Dans cette partie, qui suivra de très près celle-ci, l'un de nous se bornera à raconter, ainsi qu'il en a pris l'engagement, les principales expériences qu'il a faites, et il laissera à l'Académie et à toutes les personnes que ces questions intéressent, de prononcer sur la cause de la rage, son mode de développement et de transmission.

DE LA MORVE. — La morve, une des plus cruelles maladies de l'espèce chevaline, possède la funeste propriété de se transmettre, soit par inoculation, soit par infection, à d'autres animaux, et notamment à l'homme.

Feuilleton.

UN MOT SUR LA VALEUR INTELLECTUELLE DE LA FEMME, ET SUR SA DESTINATION DANS LA FAMILLE ET DANS LA SOCIÉTÉ (1).

Lorsque l'on compare un sexe à l'autre, sous le rapport de la nature et du développement des facultés intellectuelles, on ne tarde pas à voir ces dernières se diviser comme d'elles-mêmes en deux series bien tranchées, facultés de bienveillance ou d'amour, facultés d'entendement pur ou égoiste. Et, si l'on examine avec quelque attention, d'une part, les ouvrages de l'esprit produits par les femmes depuis l'antiquité jusqu'à nos jours; d'autre part, ce qu'elles sont, disent, écrivent actuellement sous nos yeux, il deviendra évident que, pour ce qui a trait aux plus sérieuses et aux plus profondes facultés de l'entendement, pour le génie des sciences, de l'administration, de la politique, leur infériorité à l'égard du sexe masculin est radicale et nécessaire. Sous tous ces rapports divers, un ou deux noms de femmes surnagent à peine sur la vague du passé. Mais ces noms, qui pourrait les comparer à ceux de Platon, d'Aristote, d'Euclide, d'Archimède, de Newton, de Bacon, de César, de Cromwell, de Richelieu; aux noms de tous ces hommes immenses qui ont porté si loin les limites de la science, de la puissance et de la gloire humaines, qui ont lu dans le cœur de l'homme et dans le ciel, qui ont calculé les mouvemens des astres, ou découvert ceux de la vie dans des êtres qui en paraissaient à peine doués, qui ont tracé le code des sciences et de leurs découvertes, ou donné des lois aux nations; qui, enfin, ont tenu d'une main à la fois ferme et adroite les rênes des empires, ou, dans l'art sanglant de la guerre, ont montré tout ce que la nature humaine peut offrir, à la défense d'un peuple ou d'une idée, de courage, de sang-froid et de soudaines combinaisons?

Je sais quelles raisons on croit pouvoir donner pour expliquer cette absence de tout nom scientifique dans les annales du sexe. La science du ciel, dit-on, celle de la terre, celle du cœur de l'homme, ne sont pas de simples dons de la nature; le génie doit y être fécondé par une longue étude, par un travail tellement opiniâtre qu'on l'a pris quelquefois pour lui. Et où la femme trouverait-elle les moyens de féconder en elle le génie des sciences? Où sont les écoles où elle puisse apprendre à en bégayer la langue? les gymnases où se pénétrer de leur esprit? les laboratoires où en observer et en reproduire les phénomènes? Après avoir perdu ses premières années dans les amusemens d'une éducation frivole, elle ne tarde pas à arriver à l'âge où, par l'effet d'une révolution presque subite, sa constitution lui prescrira, à chaque période lunaire, un certain repos du corps et de l'es-

(1) Ce morceau est extrait d'un ouvrage sur la physiologie intellectuelle du cerveau. Il fait partie du chapitre qui traite du système nerveux de la femme, considérée dans ses rapports avec les facultés de son intelligence.

Le fait de cette transmission, longtemps contesté, a acquis, dans ces derniers temps, une certitude qui peut servir de base soit à des études de pathologie comparée, soit à des règles administratives d'hygiène publique. C'est à ce double titre que nous soumettons, M. Rayer et moi, à l'Académie, un résumé succinct de nos premières recherches sur la morve.

Longtemps on a cru, et plusieurs vétérinaires croient encore, que la morve est une maladie particulière et exclusive aux solipèdes (1); mais des observations et des expériences récentes, dont plusieurs nous sont propres (2), ne laissent aucun doute sur la possibilité de la transmission de la morve à l'homme et à d'autres animaux, tels que le chien (3), le bouc (4) et le mouton (5).

L'étude comparative de la morve dans ces différentes espèces montre que toutes ne sont pas également aptes à contracter cette maladie, et qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les solipèdes: chez eux, et chez eux seuls, le développement spontané de la morve a été observé, et parmi eux cette maladie peut être propagée par inoculation, par contagion et par infection.

Le développement spontané de la morve et sa transmission par infection n'ont pas encore été observés chez les ruminans; mais la morve a été inoculée avec succès au bouc et au mouton. Le chien, parmi les carnivores, est absolument dans le même cas; il paraît qu'il peut habiter impunément les écuries où sont rassemblés des chevaux morveux, et pourtant il peut contracter la morve par l'inoculation d'une humeur morveuse.

Chez l'homme, le développement spontané de la morve n'a pas été observé; mais elle peut résulter d'une inoculation accidentelle, et il y a de fortes raisons de croire qu'elle peut se développer, soit à la suite de l'application d'une matière morveuse, provenant du cheval ou de l'âne sur une membrane muqueuse, soit par un séjour habituel dans des écuries où sont rassemblés des chevaux morveux. Toutes les personnes sur lesquelles on a observé la morve avaient été, soit par la nature de leur profession, soit par celle de leurs études, en rapport habituel avec des chevaux morveux ou farcineux: c'étaient des palefreniers, des élèves, ou des médecins vétérinaires.

C'est, au reste, une chose remarquable que le développement spontané, dans certaines espèces d'animaux, de plusieurs maladies auxquelles d'autres espèces sont étrangères ou qu'elles n'offrent que lorsque ces maladies leur ont été transmises par contagion. Chez l'homme, on ne voit pas naître certains poisons morbides, tel que celui de la rage, si fréquent chez le chien; tel que celui de la pustule maligne observée souvent chez les animaux ruminans; tel enfin que celui de la morve, dont le développement spontané n'est pas rare parmi les solipèdes; mais, malheureusement, l'homme, dans certaines conditions, est apte à absorber ces poisons morbides, à en ressentir tous les effets et dans toute leur intensité.

Cette particularité est bien digne de fixer l'attention des pathologistes et des naturalistes; car si l'homme ne présente pas spontanément ces maladies, ce n'est pas qu'il ne soit soumis aux influences auxquelles on les attribue. Les fatigues, les exercices forcés, la mauvaise nourriture, l'accumulation d'un grand nombre d'individus sains ou malades dans un petit espace (comme dans les prisons, les hôpitaux, etc.); toutes ces conditions (analogues à celles auxquelles les vétérinaires attribuent généralement le développement spontané de la morve) ne l'ont jamais produite chez l'homme.

Chez l'homme, il y a donc certaines conditions inhérentes à son organisation, conditions ignorées, auxquelles il doit de ne pas présenter, comme les solipèdes, le développement spontané de la morve. Les ruminans et les carnivores sont dans le même cas.

C'est, d'une part, ce développement spontané de la morve chez les solipèdes, et la facilité avec laquelle cette maladie se propage parmi ces animaux; et d'autre part, la moindre facilité avec laquelle elle se communique à d'autres espèces et à l'homme en particulier, qui ont fait penser, jusque dans ces derniers temps, que la morve était une maladie particulière au cheval, à l'âne et au mulet. Une dernière circonstance a contribué à propager cette erreur. La pathologie comparée étant peu cultivée, les médecins n'ont pas cherché, chez l'homme, une maladie dont le type leur était inconnu, et les vétérinaires, par la nature de leurs études et de leurs travaux, ne pouvaient guère avoir l'occasion d'en signaler l'existence chez l'homme. Pourtant, Messieurs, une triste et malheureuse circonstance a semblé indiquer récemment que cette occasion ne leur a pas toujours manqué; car depuis moins d'une année deux élèves vétérinaires sont morts de cette affreuse maladie à l'école d'Alfort, après avoir été en rapport avec des chevaux morveux (1).

Quant au poison morbide de la morve, et qui réside essentiellement dans la matière du jetage des narines, il est une première remarque à faire. On sait que la morve peut être aiguë ou chronique, c'est-à-dire qu'elle peut parcourir rapidement ses périodes en quelques jours, ou n'arriver au terme fatal qu'au bout de plusieurs mois, de plusieurs années même. Or, dans ces deux formes d'une même maladie, la propriété contagieuse du jetage est loin d'être la même. La morve aiguë se transmet beaucoup plus facilement que la morve chronique, et même celle-ci se transmet difficilement, hors les cas de paroxysmes ou d'acuité qu'elle présente, de temps à autre, dans son cours, lorsque les animaux qui en sont atteints ont travaillé plus activement que de coutume, ou par suite d'autres causes qui ont influé sur la marche de la maladie. Ce fait, au reste, de l'inégale virulence d'une même maladie, dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique, a son analogue chez l'homme, dans la siphilis. On sait, en effet, qu'à l'état chronique, la blennorrhagie et le chancre se transmettent difficilement par contact; que l'ichor des ulcères

(1) « Il y a une huitaine d'années, on ne reconnaissait encore qu'une seule espèce de morve; elle était contagieuse, personne ne le contestait, mais seulement pour les solipèdes. » Barthélemy (BULLET. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. III, 1838, p. 89).

(2) MÉMOIRES DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. VI, et BULLET. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. III.

(3) Docteur Burgess (THE LANCET, 1837); M. Renault (BULLET. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. IV); Leblanc (BULLET. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. IV).

(4) Lettre de M. Prinz, de Dresde, à M. Rayer.

(5) Renault (BULLET. DE L'ACAD. ROYALE DE MÉD., t. IV.)

(1) Un de ces cas a été communiqué à l'Académie de médecine, par M. Renault, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort; l'autre cas a aussi été présenté à cette même société savante, par M. Marchand, élève interne à la maison royale de Charenton.

---

prit; où les progrès de son intelligence seront de plus en plus entravés par les secousses de la plus douce et de la plus terrible des passions; où sa destination ultérieure lui fera une nécessité de sacrifier au besoin de plaire celui d'enrichir sa mémoire et de mûrir sa raison. Puis viendra l'instant où une fonction, qui n'est que trop souvent une maladie, demandera à la femme, pour les souffrances qu'elle entraîne et les sacrifices qu'elle impose, tout son courage et tout son dévoûment; où les devoirs d'épouse et de mère seront pour elle les premiers de tous; où tout ce qu'ils réclament de temps, de sollicitude incessante, elle devra, pour le reste de sa vie, trouver le souverain bonheur à l'accorder. Enfin, apparaîtra l'époque souvent mortelle, mais toujours difficile et dangereuse. où, sans cesser d'être épouse et mère par les devoirs et par le cœur, elle ne doit plus l'être par les organes; alors peut-être quelques instans d'une liberté plus grande et plus fructueuse pourraient être accordés à la culture de l'esprit, aux exigences de la science. Mais le temps de tout cela est passé, le temps des pensées énergiques, de l'espérance qui les grandit, de l'enthousiasme qui les colore. Et d'ailleurs, sur quoi ces travaux se fonderaient-ils? Sur des études que n'ont permises ni l'enfance, ni la jeunesse, ni l'âge mûr de la femme, et qui désormais ne sauraient plus être faites; sur des idées que rien n'a préparées, que tout a étouffées au contraire, quand dans l'homme même elles ont besoin, pour germer et prendre racine, de tous les secours de l'éducation et du temps? On le voit, dans la vie du sexe, il n'y a jamais, il n'y a jamais eu place pour les travaux que nécessite la science. Comment voudrait-on lui en demander les fruits?

La vérité de tout ce tableau, ce n'est assurément pas moi qui la contesterai. Mais, s'il est vrai, qu'est-ce qu'il prouve? C'est, en somme, que la constitution de la femme, les devoirs, bien plus, les nécessités qui en découlent, lui interdisent formellement, non pas peut-être l'entrée du péristyle de la science, mais, à coup sûr, celle de son sanctuaire. De par l'organisme de la femme, les certitudes savantes de la physique, les incertitudes non moins savantes de la physiologie, les ignorances de la philosophie, les immenses horizons de l'histoire, les luttes écrasantes de la politique, tout cela n'est pas de son ressort; et pour ma preuve, je pourrais m'arrêter là. N'est-ce pas, en effet, dans cette divination des lois de la nature, dans ce gouvernement, cette manutention des hommes et des choses, que réside la supériorité intellectuelle par excellence, la puissance véritable? Que si on voulait la placer dans les chefs-d'œuvre de la poésie et des arts, dans toutes ces pompes merveilleuses de l'imagination, qui est bien aussi une puissance, croirait-on avoir porté, pour le sexe, la question sur un meilleur terrain? Homère, Virgile, Dante, Le Tasse, Milton, Phidias, Apelle, Canova, Gluck, Beethoven, et mille autres noms aussi glorieux, sont-ce des noms de femme? Et parmi tous les noms célèbres du sexe, en est-il un, un seul qui puisse rappeler, même de loin, l'objet des labeurs immortels de tous ces géans de notre espèce?

Sans doute, il est arrivé deux ou trois fois dans le cours des siècles que, par une méprise fatale, la nature ait placé dans une poitrine de femme quelque fibre de la lyre de Virgile, dans la tête de Corinne une étincelle de la flamme qui animait Goëthe et Byron, et il a pu résulter de là des chants que le monde s'est étonné d'entendre, des écrits qu'une plume d'homme ne désavouerait pas, des couronnes que le sexe le plus fort ne garde pour lui seul que parce qu'il ne voit pas avec qui les partager. Mais qui ne sait à quel prix ont presque toujours été obtenus ces trophées de la lyre féminine, quelles déplorables erreurs a trop souvent dissimu-

vénériens anciens est peu contagieux, et que le pus des ulcères consécutifs ne l'est pas.

L'inégale puissance de la propriété contagieuse de la morve aiguë et de la morve chronique avait conduit dans ces derniers temps plusieurs vétérinaires à considérer ces deux formes d'une même affection comme deux maladies distinctes, et cette erreur n'a pas peu contribué à répandre en France, mais en France seulement, une erreur beaucoup plus grave, celle de la non-contagion de la morve.

Si une foule de faits bien observés n'avaient pas démontré depuis longtemps la contagion de la morve parmi les solipèdes; si l'opinion de la noncontagion, trop facilement adoptée par la plupart des vétérinaires français et propagée parmi ceux de l'armée, n'était abandonnée aujourd'hui par plusieurs de ceux qui refusaient de l'admettre, lorsqu'ils étaient jeunes d'expérience; si, disons-nous, l'immense majorité des vétérinaires de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la Belgique, de l'Italie et de l'Espagne, ne croyait à la contagion de la morve; le fait de la transmission de la morve à l'homme, observé en Allemagne et en Angleterre, bien constaté par nous, à l'hôpital de la Charité et à l'Hôtel-Dieu, et par plusieurs de nos collègues placés à la tête des hôpitaux et de l'enseignement, par MM. Andral, Bouillaud, Husson, etc., ainsi que par plusieurs de nos jeunes confrères, MM. Nonat, Becquerel, Bouley, etc., ne laisserait plus d'incertitude sur ce sujet.

Pour compléter cette démonstration, nous ajouterons que nous avons reporté la morve de l'homme sur le cheval et sur l'âne, en leur inoculant l'humeur de l'éruption morveuse; et cette expérience, répétée par d'autres observateurs, a donné le même résultat (1).

Mais la mort n'est pas également transmissible aux différentes espèces d'animaux. Parmi les solipèdes, elle se transmet plus facilement à l'âne qu'au cheval, et se développe avec une promptitude et une intensité remarquables chez l'âne. C'est ce que savent bien les expérimentateurs, qui se servent de préférence de cet animal quand ils veulent développer artificiellement la morve aiguë.

L'étude comparative de la morve dans les différentes espèces d'animaux, et en particulier chez les solipèdes et chez l'homme, démontre que, dans ces espèces, l'expression symptomatique éprouve quelques modifications qui, sans empêcher de reconnaître l'identité de la maladie, méritent cependant d'être signalées.

Vous savez, Messieurs, que les vétérinaires, pour reconnaître l'existence de la morve chez le cheval, se sont spécialement attachés à trois symptômes: *jetage* plus ou moins abondant par les narines; *engorgement* des ganglions lymphatiques sous-maxillaires; *ulcérations* de la membrane muqueuse des fosses nasales. Eh bien! chez l'homme, dans un certain nombre de cas, ces symptômes sont obscurs, ou ne peuvent être que difficilement constatés pendant la vie. Il en est même deux qui peuvent manquer complètement. Et d'abord, l'écoulement morbide des narines (écoulement sur lequel les vétérinaires ont tant insisté), quelquefois n'a pas lieu chez l'homme, ou ne se manifeste que lorsque d'autres caractères ont déjà fait reconnaître la maladie. Cette différence tient à un fait tellement simple, qu'ici nous balancerions à le rappeler, si, pour n'en avoir pas tenu compte, on n'avait, lors du premier cas de morve aiguë observé chez l'homme, en France, cas où ce symptôme avait manqué, contesté l'existence de la morve. Chez le cheval, la matière morbide, sécrétée par la membrane muqueuse des fosses nasales enflammées, s'écoule par la partie la plus déclive des fosses nasales, par les narines; chez l'homme atteint de la morve aiguë, jeté dans une prostration extrême, le plus souvent couché sur le dos et horizontalement, l'humeur morveuse s'écoule presque toujours en petite quantité par le nez; mais cette humeur tombe plus abondamment dans la gorge, circonstance qui provoque chez l'homme une expuition muqueuse et sanguinolente qu'on n'observe point chez le cheval. D'un autre côté, bien que la maladie fasse une empreinte caractéristique sur la membrane pituitaire, chez l'homme comme chez le cheval (c'est-à-dire une éruption particulière), l'énorme différence qu'il y a entre les dimensions de la cloison des fosses nasales chez l'homme et chez le cheval, entre les narines de l'homme et celles du cheval, fait que ce caractère essentiel est moins prononcé et toujours moins apparent chez l'homme.

Quant aux caractères de l'éruption nasale, quant à son siége, quant à la nature de l'humeur sécrétée dans la morve aiguë, tout est identique chez l'homme et le cheval. L'éruption se montre non seulement sur la membrane muqueuse de la cloison, mais encore sur les cornets et sur la partie postérieure du voile du palais; quelquefois, mais plus rarement chez l'homme, on voit l'éruption morveuse s'étendre des fosses nasales à la surface antérieure du voile du palais et dans l'intérieur de la bouche; disposition qui est plus rare chez le cheval.

Quant à l'*engorgement des ganglions* lymphatiques sous-maxillaires, qui existe souvent chez le cheval dans la morve aiguë, on le rencontre rarement chez l'homme. Cette existence de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires dans une espèce, et l'absence du même engorgement dans l'autre, avait été une autre source d'incertitudes pour quelques vétérinaires, témoins des premiers cas de morve aiguë observés à Paris chez l'homme; mais ce fait de l'absence du *glandage* chez l'homme trouve, au moins en grande partie, son explication dans une différence de rapport et de voisinage entre les fosses nasales et les ganglions sous-maxillaires chez l'homme, et les mêmes ganglions chez le cheval. En effet, chez le cheval, ces ganglions ont des rapports bien plus directs avec les vaisseaux et les ganglions lymphatiques de la partie postérieure des narines. On comprend aussi que ces ganglions soient plus fréquemment affectés chez le cheval, vu la grande étendue de l'inflammation morveuse des fosses nasales.

Quant à l'éruption nasale elle-même et aux ulcérations qui la suivent, il y a l'identité la plus frappante. Mais l'éruption chez l'homme, lorsqu'elle n'est pas abondante, ne peut quelquefois être constatée qu'après la mort. Il est rare qu'on rencontre les mêmes difficultés chez le cheval, dont les fosses nasales, à cause de l'ampleur des narines, peuvent être plus facilement explorées.

Pour constater la morve chronique chez l'homme, il se présente d'autres difficultés qu'on ne rencontre pas chez les solipèdes. Tout cheval qui à un écoulement chronique par les fosses nasales, des ulcérations sur la cloison ou sur les cornets, un épaississement, une induration de la membrane muqueuse, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires (*glandage*), qui offre enfin les altérations dont nous mettons sous les yeux de l'Académie une fidèle représentation, est déclaré morveux; mais, chez l'homme, il ne suffit pas de constater des ulcérations dans les narines,

(1) Voyez la note de M. Bouley fils, interne à l'Hôtel-Dieu.

lées la magie de ses accords, quels tristes écarts elle a dû faire oublier? Et parmi les femmes qu'un talent véritablement viril a rendues dignes de pareils honneurs, que celles qui ont pensé dans la pureté de leur cœur qu'avant et bien avaot les mérites de l'intelligence et les enivremens de la poésie, marchent les devoirs de fille, d'épouse, de mère, de femme enfin, que celles-là disent tout ce que leur ont coûté d'amers mécomptes et d'affreux déchiremens d'esprit, une renommée forcément imparfaite et des travaux que n'oot encore couronnés ni le dieu qui inspirait Homère, ni la muse qui préside aux jeux du théâtre, ni celle qui grave sur l'airain les grands enseignemens de l'histoire.

Qu'est-ce donc qui jusqu'à présent a empêché la femme de cueillir toutes les palmes, et les plus hautes palmes, qui attendent les œuvres de l'imagination, ces œuvres où l'instinct du génie est presque tout, où les études préliminaires, favorables sans doute à soo développement, sont loin d'avoir, comme dans les travaux de la science, une importance indispensable? Pourquoi pas d'Homère, pas de Dante, pas de Michel-Ange féminin? Pourquoi rien de véritablement grand, étendu, profond, dans les œuvres artistiques de la femme? Pourquoi? Parce que dans les productions de l'esprit, je voulais dire dans l'esprit lui-même tout se tient, tout se complète, tout est solidaire; parce que la même main qui a donné à la femme sa constitutioo et ses devoirs d'épouse et de mère lui a donné en même temps une organisation nerveuse et une nature spirituelle qui fussent eo rapport avec sa destination, qui ne fussent pas pour elle une source perpétuelle de vœux et d'efforts impuissans, qui ne lui montrassent pas le but en lui ôtant tout espoir de l'atteindre; parce qu'en un mot le grand dispensateur, avare pour la femme des dons du génie, a été pour elle prodigue de ceux du cœur, du cœur qui est la femme tout entière, la pierre angulaire de son existence, de ses devoirs, de sa mission, de son bonheur, du cœur, dont le nom résume cette série de facultés que j'ai appelées facultés d'amour, par oppositioo aux facultés d'entendement pur ou égoïste.

Mais aimer, pour la femme, ce n'est pas sacrifier à un besoin de plaire dont l'excès et la persistance finissent presque toujours par devenir funestes, toutes les pudiques vertus de son sexe et les obligations qu'elles imposent; c'est encore bien moins puiser dans la société si souvent corrompue qui l'environne, quelquefois même dans sa propre famille, l'exemple de ces passions désordonnées, dont le code, avec toutes ses turpitudes, remplit ces livres dangereux qu'une littérature sans conscience et sans frein offre en foule à sa jeune pensée. Ce ne serait pas même chercher aux froissemens d'une union mal assortie, un remède dans ces daogereuses distractioos du cœur, où l'imagioation, d'abord seule coupable, ne tarde pas à entraîner dans ses égaremens et la raison et les organes qu'elle est appelée à retenir.

Aimer, pour la femme, c'est trouver, dès ses plus jeunes années, dans son propre cœur et dans l'exemple de sa mère, le principe de ces affections de famille de toute sorte qui élèvent si haut à mes yeux une femme qui est ce qu'elle doit être et qui sent ce qu'elle vaut. Aimer, c'est voir dans la tendresse qu'a pour elle un honnête homme, et dans celle qu'elle lui porte bien plus encore, le fondement du bonheur domestique et l'origine facile et pure de tous les devoirs de l'observation desquels il est inséparable; aimer, c'est avoir pour le fils d'uo époux ainsi vertueusement chéri, ces trésors inépuisables de dévouement, de sollicitude, d'amour enfin, qu'elle commence, en réalité, à leur prodiguer avant leur naissance,

une destruction plus ou moins complète de la cloison (même avec engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires), pour assurer qu'il est atteint de la morve chronique. On sait, en effet, que les narines de l'homme peuvent être le siége d'ulcérations profondes avec écoulement fétide, engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, dans des conditions où non seulement il est impossible d'admettre l'existence de la morve, mais où ces lésions appartiennent évidemment à un autre ordre de maladies. Ainsi, à la suite des maladies vénériennes invétérées, la membrane muqueuse des narines s'enflamme quelquefois et s'ulcère, les os se carient et un écoulement plus ou moins fétide a lieu; et s'il existe en même temps des ulcères dans la gorge, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient. Chez les scrofuleux, chez les individus atteints de lupus (*dartre rongeante*), les fosses nasales s'ulcèrent aussi parfois et deviennent le siége d'écoulemens fétides. Donc, avant d'admettre que des ulcérations dans les narines, avec sécrétion morbide et fétide, observées chez l'homme, sont de nature morveuse, il faut prouver d'abord que ces ulcérations et le *glandage* qui peut les accompagner, ne sont ni syphilitiques ni scrofuleuses. Au reste, c'est ce qu'on a pu faire dans un cas que nous avons observé, et c'est ce qui a été fait dans plusieurs autres qui ont été signalés dans ces derniers temps.

Si des ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses des narines peuvent, jusqu'à un certain point, simuler la morve chronique du cheval, chez l'homme; d'un autre côté, nous avons la certitude que de véritables morves chroniques, et reconnues plus tard pour telles, ont été prises d'abord pour des affections vénériennes des narines. Ces affections morveuses, chroniques, avaient presque toujours été précédées d'engorgemens et d'abcès farcineux.

Dans le petit nombre de cas de morve chronique qu'on a observés chez l'homme, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires a été rarement noté; de sorte que cet engorgement, auquel on attache tant d'importance chez le cheval (comme signe de morve chronique), chez l'homme dans un cas d'affection chronique des narines, indique plutôt qu'elle est de nature scrofuleuse vénérienne que morveuse. Non seulement, dans plusieurs cas de morve chronique bien constatés chez l'homme, cet engorgement n'existait pas, mais nous l'avons toujours rencontré (et nous insistons sur ce fait) dans des ozènes syphilitiques accompagnés d'ulcérations de la gorge. Chez les scrofuleux, ces engorgemens sont même si fréquens qu'ils sont un des caractères extérieurs les plus ordinaires de la maladie. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires, aigu ou chronique, chez l'homme, est souvent aussi l'indice de lésions diverses de la mâchoire inférieure, d'une inflammation du cuir chevelu, d'une ulcération de la bouche ou du pharynx, etc. En résumé, le *glandage*, symptôme d'une grande valeur et constant dans la morve chronique du cheval manque souvent chez l'homme dans la morve chronique et se rencontre fréquemment dans d'autres cas d'ulcérations chroniques non morveuses des fosses nasales et de la gorge chez l'homme.

On a vu chez l'homme, comme chez les solipèdes, l'éruption morveuse dans le larynx; mais elle paraît être plus fréquente chez l'homme, si nous en jugeons d'après ce que nous avons observé.

Quant à la pneumonie lobulaire, que l'un de nous (M. Rayer) a signalée comme une des lésions de la morve farcineuse chez l'homme, son existence, comme élément de la morve aiguë farcineuse chez le cheval, après avoir été d'abord contestée par plusieurs vétérinaires, a été depuis reconnue un si grand nombre de fois qu'il ne reste plus de doutes à cet égard. Sous ce rapport l'analogie est complète dans l'homme et les solipèdes.

Quant aux lésions de la peau, dans la morve aiguë, si l'on compare les cas qui ont été observés chez l'homme à ceux qu'on a le plus généralement recueillis chez le cheval, on est frappé d'une première différence. Presque tous les cas de morve aiguë (si l'on excepte celui qui a été rapporté par M. Marchand, de Charenton) ont été des cas de morve aiguë farcineuse, c'est-à-dire dans lesquels une éruption morveuse s'est déclarée non seulement dans les narines et dans les voies de la respiration, mais encore à la peau, avec des abcès farcineux dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sans doute on voit chez le cheval aussi des boutons à la peau et des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire; mais la proportion de ces cas n'est pas aussi considérable que chez l'homme. Il y a, en outre, ceci de remarquable que chez l'homme l'éruption se montre à peu près indistinctement sur tous les points de la surface du corps (la face exceptée où l'éruption est plus fréquente); tandis que chez le cheval l'éruption apparaît plus ordinairement sur les parties dépourvues de poil, telles que le fourreau et le pourtour de la bouche. D'autres régions peuvent cependant être le siége de l'éruption, mais plus rarement. De même aussi, lorsqu'on transmet la morve du cheval au chien, par inoculation, le scrotum est quelquefois atteint d'inflammation et de gangrène, tandis que les autres parties sont épargnées.

Il est vrai qu'en général la morve aiguë, étant regardée comme inoculable et comme pouvant se transmettre à d'autres animaux, on se hâte de sacrifier les chevaux qui en sont atteints, et bien avant que la maladie ait parcouru toutes ses périodes. Toutefois il demeure constant que l'éruption morveuse est plus rare à la peau chez le cheval que chez l'homme.

La structure différente de la peau chez l'homme et chez le cheval semble expliquer jusqu'à un certain point la différence qu'on observe dans l'étendue et la fréquence de l'éruption cutanée morveuse. Il paraît même, en étudiant comparativement les maladies fébriles, éruptives, chez l'homme et les mammifères, que l'agglomération des poils dans le tissu de la peau est un obstacle au développement des éruptions. Ainsi, non seulement l'éruption morveuse chez le cheval se montre spécialement sur le museau et le fourreau, mais c'est également sur les parties dépourvues ou peu pourvues de poils, sur les lèvres, sur le pis et dans l'espace inter-inguinal, que se voit l'éruption aphteuse dans l'espèce bovine; de même encore l'éruption vaccinale (l'analogue de la variole de l'homme) s'observe sur le pis et le pourtour des lèvres; de même encore l'éruption du claveau et celle du charbon chez les moutons se montrent sur les parties dépourvues de laine.

Chez le cheval atteint de morve aiguë farcineuse, le tissu cellulaire et les vaisseaux lymphatiques qui le parcourent s'enflamment et suppurent comme chez l'homme. Chez le cheval comme chez l'homme atteint de la morve farcineuse, on a trouvé des filtrations de pus et des dépôts de lymphe plastique dans les interstices des faisceaux musculaires; mais le tissu cellulaire du cheval présente plus rarement que celui de l'homme les abcès multiples, volumineux et étendus que nous avons observés dans la morve farcineuse de l'homme. Ce fait tiendrait-il à une moindre aptitude du tissu cellulaire à suppurer chez le cheval; inégale aptitude,

---

et qui ne se tariront qu'à sa mort. Et lorsque tous ces amours de fille, de sœur, d'épouse, de mère, sont satisfaits, ou plutôt, bien qu'ils ne le soient jamais, la femme trouve encore dans son cœur la source intarissable de cette tendre pitié, qui se répand sur tout ce qui l'environne, qui sait calmer d'un mot, d'un cri, d'une larme les plus poignantes douleurs; qui s'interpose comme un lien, comme un rempart parmi les haines et les violences, triste apanage du sexe le plus fort; qui enfin pousse un être faible et délicat, que blesse une odeur mauvaise, qu'offense un geste douteux, au milieu des asiles ouverts par la charité aux infirmités les plus rebutantes, et jusque sous les verroux que ferme la société sur les perversités les plus dangereuses, quelquefois même les plus obscènes.

L'homme n'a rien à mettre en comparaison de pareils dévouemens, de pareilles pitiés, de pareilles amours. Il n'est ni fils, ni frère, ni époux, ni père, ni amant même, comme la femme est fille, sœur, épouse, mère, amante. Le cœur, les facultés affectives, aimantes, voilà le partage, le triomphe de la femme, et ce partage, ce triomphe, ne sont-ils pas assez beaux ? Qu'est-ce que l'esprit auprès du cœur ?

Mais cet esprit dont je refuse le germe à la femme quand il porte le nom de génie, et dont je ne veux pas qu'elle tourmente en vain les facultés, elle devra pourtant en étendre et en approfondir la culture beaucoup plus que ne lui conseilleraient peut-être les plus déterminés partisans de son émancipation. S'il est très parfaitement inutile qu'elle puisse exercer dans plusieurs langues étrangères cette disposition à la parole qu'on ne saurait lui refuser, il ne l'est pas qu'une connaissance assez étendue de la langue et de la littérature de son pays, en l'associant aux jouissances intellectuelles qui sont plus spécialement le partage de l'autre sexe, donne à son esprit une élévation qui le mette de niveau avec son cœur et qu'elle n'obtiendrait jamais de la culture même approfondie des beaux-arts.

Au lieu de ces talens frivoles qui n'ont guères d'autre résultat que d'arracher la femme au caractère modeste de sa vie et de ses vertus, et dans lesquels, chose remarquable, elle n'a jamais égalé l'autre sexe, elle devra connaître, du système du monde, non point assurément les calculs mathématiques qui l'établissent, mais les résultats généraux qui l'exposent. Ainsi devra-t-elle encore, et plus encore, enrichir sa mémoire des principales données de l'histoire générale et des faits particuliers de celle de son pays. Ainsi, pour entrer dans quelques autres détails de noms propres, la chronologie, la géographie, la géologie, la physique même, devront demander à son attention des heures qu'elle emploie d'ordinaire à tourner les pages d'un solfége, ou à modeler son imagination sur les coulagieuses passions des romans. Ainsi, en éclairant, en affermissant son esprit, donnera-t-elle une base plus solide à ses affections. Ainsi, se montrera-t-elle la digne compagne de l'homme, de l'homme qui a fondé toutes ces sciences et qui ne veut pas en jouir seul. Ainsi, surtout, se mettra-t-elle à même de prendre à la première éducation de l'enfance toute la part à laquelle elle a droit et devoir de lui imposer par la supériorité de ses connaissances, comme elle s'en fait aimer par l'excellence de son cœur et par les mille soins touchans dont elle la protége.

Je suis loin de croire que le monde fasse tous les demi-siècles de ces pas de géans qui le rapprochent, comme de plein saut, de cette perfection vers laquelle l'entraîne une tendence irresistible. Je suis loin surtout de croire qu'il y ait de

bien plus remarquable dans d'autres espèces d'animaux, chez lesquels on produit assez difficilement la suppuration : chez les oiseaux, par exemple.

Chez l'homme comme chez le cheval, dans la morve farcineuse, plusieurs fois nous avons observé de petits dépôts de pus entre le périoste et les os du crâne; plusieurs fois aussi nous avons vu les os atteints de carie. De semblables altérations sont assez rares chez le cheval pour que des vétérinaires les aient méconnues ou en aient contesté l'existence (1).

Quant à la fréquence relative des altérations des os dans la morve farcineuse chez l'homme et les solipèdes, il n'est pas possible de l'indiquer aujourd'hui, faute de recherches comparatives suffisantes. L'étude de ces lésions morveuses des os, faite comparativement chez le cheval et chez l'homme, est d'autant plus intéressante que plusieurs médecins, ne sachant pas que de semblables lésions eussent été observées dans la morve du cheval, n'ont pas balancé, en les voyant chez l'homme morveux, à les rattacher aux caries vénériennes, lors même qu'il n'existait aucun phénomène concomitant de syphilis, et lorsque la preuve d'une infection vénérienne ne pouvait être fournie. Ce fait de lésions des os, reconnues pour morveuses chez le cheval, et attribuées par quelques-uns à la syphilis chez l'homme, pourrait être cité, entre beaucoup d'autres faits, pour prouver l'utilité d'une étude parallèle et comparative des maladies de l'homme et des animaux.

On a observé chez l'homme comme chez les solipèdes, dans la morve farcineuse, une inflammation des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, et à peu près dans la même proportion.

Les lésions de l'appareil digestif sont peu remarquables chez l'homme et chez le cheval, si l'on en excepte celles du foie et surtout celles de la rate, dans laquelle on retrouve des noyaux analogues à ceux qui sont connus sous le nom impropre d'abcès métastatiques, et qu'on observe le plus souvent à la suite des phlébites, notamment chez les amputés et dans les infections dites purulentes.

On a quelquefois trouvé de semblables dépôts dans les reins, chez l'homme et le cheval.

En résumé, toutes les lésions observées dans la morve aiguë et dans la morve chronique chez le cheval, ont été rencontrées dans la morve aiguë et dans la morve chronique chez l'homme. Les différences qu'on remarque et que nous avons indiquées, savoir, chez l'homme, la moindre abondance du jetage, parfois l'expuition de l'humeur des narines, la plus grande fréquence de l'éruption pustuleuse et gangréneuse de la peau, la rareté ou l'absence du glandage, paraissent dépendre de différences non moins frappantes qu'on remarque dans l'étendue et la structure des parties affectées chez les solipèdes et chez l'homme.

Le diagnostic de la morve aiguë ne présente pas aujourd'hui plus de difficultés ni plus d'incertitude chez l'homme que chez les solipèdes. A une époque où l'existence de cette maladie n'était pas soupçonnée des médecins, et où ils n'étaient pas dans l'habitude d'examiner les fosses nasales après la mort, la morve aiguë restait le plus souvent confondue avec la pustule maligne; ou bien on la désignait sous le nom d'affection charbonneuse avec éruption anomale. Mais la morve aiguë farcineuse diffère de la pustule maligne par une foule de caractères. Dans la morve, les symptômes généraux d'affection précèdent l'éruption à la peau. Au contraire, l'affection charbonneuse est primitive et d'abord locale dans la pustule maligne. Dans cette dernière, on n'observe ni les abcès multiples farcineux, ni l'éruption morveuse et caractéristique dans les narines. En résumé, la morve aiguë farcineuse chez l'homme est peut-être de toutes les fièvres éruptives celle dont le diagnostic est le plus facile, et cela est si vrai qu'il n'y a pas une seule erreur de diagnostic sur une quinzaine de cas qui se sont succédé assez rapidement dans nos hôpitaux, à Paris.

Chez l'homme, des abcès multiples et une éruption pustuleuse et gangréneuse à la peau sont souvent les premiers signes positifs de l'infection morveuse, et ils sont bien caractérisés avant que l'éruption des fosses nasales et le *jetage* puissent être constatés. Chez le cheval, au contraire, la certitude du diagnostic repose surtout sur l'existence du *jetage* et sur celle d'une éruption pustuleuse et gangréneuse dans les fosses nasales, éruption facile à apercevoir sur la cloison du nez, en écartant légèrement les narines.

Le diagnostic de la morve chronique est beaucoup plus facile chez le cheval que chez l'homme. En effet, hors le petit nombre de cas où un corps étranger, introduit accidentellement dans les fosses nasales, ou une dégénérescence cancéreuse des mêmes parties, détermine un écoulement habituel par les narines, tous les cas d'écoulement nasal chronique, avec glandage, appartiennent à la morve chronique. En de tels cas, les vétérinaires n'ont pas, comme les médecins, à rechercher si les ulcérations nasales ne sont pas plutôt syphilitiques ou scrofuleuses que morveuses.

Les vétérinaires et les médecins ont jusqu'à ce jour complètement échoué dans le traitement de la morve. Pour les solipèdes, la morve à l'état aigu et à l'état chronique est incurable dans l'immense majorité des cas, et chez l'homme elle est constamment mortelle. Ce qu'il importe donc, dans l'état actuel de la science, c'est de prévenir le développement de la morve chez les solipèdes, en éloignant toutes les causes qui peuvent donner lieu à son développement, ou qui peuvent favoriser sa transmission par infection ou par contagion. Ce qu'il importe surtout, c'est de ne plus propager le doute sur la propriété contagieuse de cette maladie, propriété contagieuse prouvée par les ravages que fait ordinairement la morve parmi les chevaux d'un même établissement, lorsqu'un ou plusieurs chevaux morveux y sont introduits; contagion prouvée par les ravages de la morve dans les casernes de l'armée française, où les réglemens sanitaires sont incomplètement appliqués; contagion prouvée sans réplique par la transmission de la morve du cheval à l'homme; par la nature des professions de tous les individus frappés de cette affreuse maladie (tous avaient eu des rapports avec des chevaux morveux), contagion prouvée par le développement de la morve chez le cheval et chez l'âne, lorsqu'on leur inocule une humeur morveuse provenant soit du cheval, soit de l'homme atteints de la morve; contagion prouvée enfin par tant de faits, par tant d'expériences et de témoignages, que le moment est venu, et l'occasion nous en est présentée, de mettre un terme aux incertitudes, aux irrésolutions de l'administration, dont les doutes ne pourraient se prolonger sans être préjudiciables aux intérêts matériels de l'armée et à la santé des hommes.

---

(1) D'autres vétérinaires ont fait mention de ces altérations des os. (DICTIONNAIRE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, par Hurtel d'Arboval, article FARCIN. — THE VETERINARIAN, OR MONTHLY JOURNAL OF VETERINARY SCIENCE.)

---

ces époques privilégiées où s'accomplisse, en quelques années, la besogne de plusieurs siècles. Les choses ne vont pas aussi vite. Quand le fruit est mûr, il se détache de lui-même. Avant cet instant, tous les efforts humains ne l'enlèveraient pas de la branche; tout au plus pourraient-ils l'y pourrir, et forcer à attendre qu'une saison nouvelle amenât de nouveaux fruits et une nouvelle maturité. Ainsi recule quelquefois l'humanité quand elle croit prendre un nouvel élan vers la borne de ses destinées. La civilisation, dit Herder, est comme un homme ivre, qui, pour regagner sa maison, fait un pas en avant, un pas sur les côtés, souvent plusieurs pas en arrière, mais qui finit toujours par arriver. Dans cette marche ascensionnelle les efforts individuels sont bien peu de chose, ceux des masses sont tout, et ceux-ci sont rarement dans la main des hommes.

Toutefois, dans la part qu'il est donné à notre époque de concevoir et d'accomplir dans tout ce progrès, je veux dire dans cet accroissement simultané du bonheur et de la moralité de l'homme, l'éducation est évidemment appelée à jouer un grand rôle; et par éducation je n'entends pas le résultat de cette déplorable incertitude dans la direction de la jeunesse, qui la promène d'Athènes à Vienne, de la langue de Démosthène et de Cicéron à celle de Goëthe et de Shakespeare, de l'éternelle histoire des Atrides aux férocités dégoûtantes des rois chevelus, des sommets abruptes de la science aux vallées fleuries des arts et de la littérature; tantôt croyant avec Helvétius et M. Jaccotot que l'intelligence humaine est un champ d'une fertilité toujours égale, et qu'il ne s'agit que de le labourer de la même façon pour qu'il donne, chez tous les hommes, les mêmes fleurs et les mêmes fruits; tantôt allant, avec Lavater et Gall, saisir, dans les traits de la physionomie, ou sous les bosses du crâne, le signe du génie ou de la sottise, et, suivant la réponse de l'oracle, donnant à l'enfant une éducation qui fasse de lui un Newton, un Homère, un Richelieu, un saint Vincent de Paul, ou qui le condamne à la poussière des boutiques ou à tourner la roue du gagne-petit.

Mais j'entends par éducation cette direction morale de la jeunesse, à la fois honnête et éclairée, qui, plaçant le cœur avant l'esprit, le bien avant l'intérêt, donnant pour auxiliaires aux bons sentimens les idées vraies, ferait de la famille le foyer de cette éducation, et des bons exemples domestiques, son principal moyen. Là, dès le berceau, l'enfant apprendrait tout à la fois à bien sentir, à bien penser, à bien agir. Et de qui l'apprendrait-il le mieux, si ce n'est de celle qui, après lui avoir transmis avec le sang, avec le lait, le germe de ses sentimens et de ses idées, est encore appelée, par son contact de toutes les heures, sa sollicitude de tous les instans, à diriger les premiers actes d'une attention qui s'éveille, d'une mémoire qui se meuble, d'un jugement qui se développe et s'affermit, tâche d'abord peut-être facile, mais qui plus tard nécessitera un savoir que les malencontreux flatteurs du sexe n'ont pas encore songé à lui donner. On ne forme pas des hommes avec le frivole bagage de l'éducation actuelle des femmes, avec leurs gentilles causeries, avec leurs talens essentiellement incomplets. Il y faut autre chose et beaucoup plus. Le cœur et la tête y sont intéressés.

Que la femme donc, pour sa part du domaine intellectuel, acquière ces connaissances, qui feront d'elle non plus seulement la mère de ses fils, mais leur guide, leur institutrice, et par cela même l'institutrice du genre humain. Elle n'y perdra rien en amabilité, en grâces, pas plus qu'elle n'y perdra la blancheur de sa peau, ou la gracilité de sa voix; mais elle y gagnera en valeur réelle, elle s'élèvera dans sa propre estime, dans celle de son mari, dans la confiance et le respect de ses

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVEL APPAREIL POUR CONTENIR LES HERNIES INGUINALES DIRECTES, présenté à l'Académie de médecine, par M. MALGAIGNE.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un malade affecté d'une hernie inguinale directe du côté gauche, qui n'avait pu être soulagé par aucun des bandages ordinaires, et dont la hernie est parfaitement contenue par un appareil tout à fait spécial. Voici d'abord l'histoire de cet homme.

OBS. — C'est un peintre en bâtimens, âgé de 43 ans, attaché à l'hospice de la Salpêtrière. Il ne connaît personne dans sa famille qui ait été affecté de hernie, à part sa grand'mère qui mourut à l'Hôtel-Dieu d'une hernie étranglée. A l'âge de 20 ans, en voulant arracher un cuvier pris dans la glace, et exerçant surtout des efforts de tracion de la main droite, les mains glissèrent et lâchèrent prise, le corps fut violemment plié en arrière, et il n'évita la chute que par un effort énergique de redressement; à l'instant il sentit à l'aîne gauche une douleur légère, qui se dissipa immédiatement; et ce ne fut que trois à quatre jours après qu'en se levant de table, il ressentit une nouvelle douleur à l'aîne accompagnée cette fois d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. M. Lallement, chirurgien de la Salpêtrière, reconnut une hernie inguinale pour laquelle le malade alla réclamer un bandage au bureau central. Ce premier bandage tenait bien, et il en porta ainsi plusieurs autres. Mais il y a quatre ou cinq ans, comme il travaillait au dôme de la Salpêtrière, il trouva que les sous-cuisses le coupaient, et il ôta le bandage. Il demeura ainsi un an entier, pendant lequel la hernie grossit beaucoup, et il se déclara du côté droit une petite hernie secondaire. Au bout de ce temps, il ne put continuer à travailler sans bandage; mais désormais aucun appareil ne maintint la hernie d'une manière efficace.

Cet homme est revenu, le 27 novembre dernier, au bureau central, où je faisais alors mon cours clinique sur les hernies. La hernie gauche était dans l'état où vous la voyez, offrant 13 centimètres en hauteur verticale, 25 centimètres de circonférence; soit qu'elle ait été directe d'abord ou qu'elle le soit devenue depuis, il n'y a aucun vestige du canal inguinal, et la hernie sort et rentre par un trou qui admet l'extrémité de trois doigts réunis et qui mène directement dans l'abdomen.

M. Blin essaya d'abord plusieurs de ses bandages, dont aucun ne put contenir la hernie. M. Jalade Lafont l'entreprit à son tour et ne réussit pas mieux. Comme je comptais parmi mes auditeurs plusieurs bandagistes, l'un d'eux, M. le docteur Peturet, désira essayer ses bandages sur cet homme; il s'y reprit à trois fois différentes, et enfin il y renonça. Voici le dernier bandage appliqué par M. Peturet; la pelote est à bec de corbin, mais montée sur un ressort français; et malgré la force du ressort, il était à présumer qu'il échouerait.

Je fis alors fabriquer par M. Cresson un bandage à ressort anglais, avec pelote à bec de corbin; et dès le second essai la hernie fut maintenue. Au bout de huit jours, notre hernieux revint, son bandage tenait encore; mais il déterminait dans tout l'abdomen une sensation de pression si forte qu'elle étouffait le malade et l'empêchait de manger. Il avait des coliques tellement vives, qu'une fois il en avait perdu connaissance; il accusait aussi une boule qui remontait jusqu'à la gorge et qui l'étranglait. Tout cela augmentait quand il avait mangé, en sorte qu'il résolut de se passer de manger pendant deux jours afin de s'accoutumer au bandage; mais les douleurs continuèrent, et il se décida à laisser sa hernie libre. Voici le bandage de M. Cresson : il n'a qu'une force égale à celle du bandage de M. Peturet, équivalant à 2 kilogrammes, mais toute cette force est employée.

En presence d'un cas aussi difficile, je revins à une idée qui m'avait occupé depuis quatre ans, et que j'avais même alors communiquée déjà à l'Académie. Elle était fondée sur ce principe lumineux de M. Mayor, qu'en fait de bandages ou d'appareils les meilleurs sont ceux qui imitent le mieux l'action de la main. Or, pour maintenir ces hernies directes, le moyen le plus simple est de refouler la peau dans l'anneau en y enfonçant le doigt. J'avais donc essayé de fixer sur les plaques des pelottes ordinaires une saillie digitale en bois, en caoutchouc, etc.; quand le bandage était appliqué, il maintenait parfaitement tant que l'individu demeurait immobile; mais aux moindres mouvemens du tronc, la pelote soumise aux impulsions du ressort allait heurter contre la circonférence de l'anneau, et delà des douleurs : ou même en sortait tout à fait, ce qui était plus fâcheux encore.

Enfin, j'eus l'idée de faire ma pelote, si je peux lui donner ce nom, indépendante du ressort. Je fis donc faire en bois par un tourneur, une espèce de champignon dont la tête arrondie présente 22 millimètres de diamètre, supportée par une tige un peu plus mince, fixée elle même au centre d'une plaque circulaire de 57 millimètres, et la hauteur totale du champignon monté sur sa plaque était de 40 millimètres. Le champignon introduit dans l'anneau, soutenu par un bandage très faible, la contention fut parfaite; mais une demi-heure ne s'était pas passée que la circonférence de la plaque contondait les chairs de la partie interne et supérieure de la cuisse; le champignon semblait aussi pénétrer un peu trop profondement. Je transformai ma plaque circulaire en ovalaire, ne lui laissant dans sa plus grande largeur que 42 millimètres; je la fis légèrement rembourrer du côté du champignon, ce qui rendait la pression plus douce et diminuait la hauteur de l'instrument, et de cette façon elle remplit exactement tout ce que j'en attendais.

Vous la voyez en place sur ce malade; elle est maintenue par un bandage que j'avais sous ma main, bandage français, à deux pelotes sur un seul ressort, bandage si mauvais que, sur mes représentations, l'administration des hôpitaux a décidé qu'on ne s'en servirait plus pour les indigens. La pression de celui-ci n'équivaut pas à un kilogramme.

Du reste, l'expérience a mille fois appris qu'on ne saurait juger à l'instant même de la bonté d'un bandage; je voulus que mon malade eût porté le sien pendant dix jours avant de le montrer à mon cours, et j'ai laissé écouler trois semaines avant de le présenter à l'Académie. La hernie est parfaitement contenue dans toutes les positions et dans tous les efforts. Le malade mange avec appétit, digère bien, va bien à la selle. La peau, refoulée par le champignon, n'a pas donné le moindre signe d'irritation; et enfin, il y a disparition complète des coliques, qui auparavant tourmentaient quelquefois le malade des journées tout entières.

Je n'ajouterai que peu de mots à cette communication. Sous le rapport de la contention par les bandages, les hernies inguinales se classent naturellement en trois catégories : celles qui traversent le canal dans toute sa longueur, ce sont les plus faciles; celles où le canal est dilaté et déjà détruit en partie par le rapprochement des anneaux; et, enfin, les hernies directes, les plus difficiles de toutes, et celles contre lesquelles j'ai vu échouer plus d'une fois toutes les ressources des bandagistes. Le nouvel appareil que je viens de présenter à l'Académie modifie singulièrement cet état de choses; en effet, les hernies directes deviennent désormais aussi faciles à contenir que les hernies qui traversent tout le canal, et ce sont les hernies de la deuxième catégorie qui passent au troisième rang sous le rapport de la difficulté.

Enfin, je dirai que j'ai aussi appliqué des champignons de cette espèce à la contention des hernies ombilicales, et spécialement à la cure radicale de ces hernies chez les jeunes enfans. J'en ai plusieurs en traitement actuellement, quand les résultats seront assez nombreux, et j'aurai l'honneur de les communiquer à l'Académie.

---

enfans; et là est la véritable influence que de pauvres novateurs réclament pour elle, sans savoir où la placer.

F. LÉLUT.

— En annonçant le résultat du concours de pathologie externe à la faculté de Montpellier, nous n'avons pas donné d'une manière assez précise le classement des candidats à la la suite des epreuves : voici ce classement d'après le procès-verbal du concours : MM. Buisson, Lafosse, Andrieux et Jaumes.

— M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, a été élu membre de l'Académie française, en remplacement de M. Michaud. Le compétiteur de M. Flourens était M. Victor Hugo.

— On a placé le 17 de ce mois, dans la salle des séances des professeurs, le buste en marbre de Broussais donné par M. le ministre de l'intérieur.

La commission du monument qui doit être érigé au Val-de-Grâce à ce célèbre medecin, a arrêté que le modèle de la statue serait exécuté en bronze.

Le buste et la statue sont dus au ciseau de M. Bra.

— Le 29 janvier dernier, M. Thuillier, nommé professeur d'accouchement à l'école secondaire médicale d'Amiens, a été installé dans ses fonctions. M. le recteur de l'Académie, dans une brillante improvisation, a fait l'éloge de M. le docteur Routier, qui occupait précédemment cette chaire; il a exposé en même temps les titres du nouveau professeur, si digne de lui succéder.

— M. le docteur H. Bouvier, membre de l'Académie de médecine, passe en qualité de médecin de l'hospice de Larochefoucauld à l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Cruveilhier, médecin à l'hôpital de la Charité.

— MM. les docteurs Tourdes, Dumas, Trainquier et Malle viennent d'être admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 2 mars prochain devant la Faculté de medecine de Strasbourg, pour la chaire de médecine légale.

— DE LA STATISTIQUE APPLIQUÉE A LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE; par M. CASIMIR BROUSSAIS, médecin ordinaire et professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, 1840, 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— INSTRUCTION PRATIQUE SUR L'USAGE DES POIDS DÉCIMAUX EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE, propre à familiariser en peu de temps les médecins et les pharmaciens avec le système métrique, par le docteur MIQUEL, rédacteur en chef du BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE; brochure in-18, avec un tableau séparé, collé sur toile, facile à mettre dans un portefeuille. Prix : 1 fr. 50 c.

Paris, au bureau du BULLETIN, rue Ste-Anne, 25, et chez les principaux libraires de Paris et des departemens.

HOPITAUX.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES ANKYLOSES ET LEUR TRAITEMENT, professées par M. VELPEAU, à l'hôpital de la Charité; rédigées par M. A. DEVILLE, élève à cet hôpital, et revues par le professeur.

Jusques dans ces derniers temps, les ankyloses complètes avaient été regardées comme incurables. A l'exception de M. Velpeau, qui en dit un mot en 1836, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE (article GENOU), aucun chirurgien ne s'était avisé de leur appliquer le moindre traitement énergique. Une fois seulement, on a cité un chirurgien de Paris, qui, soignant une jeune fille, dont le genou était ankylosé, fit fléchir violemment la jambe et entendit dans le genou un craquement. La jeune fille mourut des suites de l'opération. Ce fait, rapporté en 1831 à l'Académie de médecine, par M. Amussat (1), ne devait pas encourager beaucoup les praticiens, et les observations de Job-a-Meckren de Bartholin (2), de Fabrice de Hilden, avaient toujours paru peu concluantes.

Malgré cela, M. Louvrier, médecin dans le département du Doubs, ayant imaginé une machine à cet effet, osa essayer de rompre brusquement les ankyloses; il paraît même avoir obtenu des succès qui l'engagèrent à venir l'an dernier à Paris, afin de mieux faire connaître les résultats auxquels il prétendait être parvenu.

Le premier malade qu'il opéra à Paris au moyen de sa machine fut une femme, à l'hôpital Necker. Il avait pratiqué plusieurs autres opérations semblables hors des hôpitaux, et aucun accident grave n'était survenu, lorsque M. Velpeau, ayant eu connaissance de ces faits, et voulant voir par ses propres yeux quels étaient les résultats du traitement de M. Louvrier, lui a confié deux femmes, qui ont été toutes deux opérées à la Charité. On n'a pas obtenu de l'opération dans ces cas tout le succès qu'en attendait M. Louvrier. Il y a eu chez les malades luxation du tibia en arrière et chez la dernière opérée une escarre considérable sur le genou.

A l'occasion de ces deux malades et de quelques pièces anatomiques d'ankyloses, M. Velpeau a fait plusieurs leçons (3); dans lesquelles, après avoir examiné les diverses variétés d'ankyloses, il a recherché quel en était le traitement, et, en particulier, quels dangers pouvaient résulter de la rupture brusque des ankyloses.

Dans ces leçons, dont j'ai extrait en grande partie mon travail, la question des ankyloses n'est pas résolue entièrement (elle ne peut pas l'être maintenant), mais elle y est beaucoup éclairée.

DES ANKYLOSES ET DE LEURS DIVERSES VARIÉTÉS.

A des époques différentes de la science, le mot *ankylose* a désigné des maladies différentes; on ne le définit pas aujourd'hui comme il y a un siècle, et pour s'en convaincre on n'a qu'à comparer les écrits de Duverney et de Boyer à ce sujet.

Anciennement on définissait l'ankylose *toute impossibilité de remuer les articulations*; en sorte que l'on comprenait sous ce mot des arthrites, des tumeurs blanches et plusieurs autres maladies. Aussi admettait-on des ankyloses tuberculeuses, inflammatoires, etc.

Aujourd'hui ce sens a été restreint : on entend par ankylose un état mécanique des articulations, qui en empêche les mouvemens sans qu'il y ait *maladie* encore existante, sans qu'il y ait douleur. Par conséquent, une ankylose est un résultat de maladie, et non une maladie; c'est une infirmité, comme la *cicatrice* d'une maladie; on ne pourrait la considérer comme une maladie réelle qu'en ce sens qu'elle empêche l'accomplissement de certaines fonctions.

Partant de là, on divise les ankyloses en deux grandes classes, savoir : les *ankyloses complètes ou vraies* et les *ankyloses incomplètes ou fausses*. Les premières sont constituées par la soudure des os; les secondes consistent dans une raideur des articulations, déterminée non par la soudure des os, mais par l'état des parties molles environnantes.

ANKYLOSES COMPLÈTES OU VRAIES.

Les ankyloses vraies présentent plusieurs variétés importantes à connaître.

Ainsi, il est possible que toute l'étendue des surfaces articulaires soit soudée. M. Velpeau en a vu plusieurs exemples. Dans un cas, à la hanche, la tête du fémur était si intimement soudée avec la cavité cotyloïde qu'après avoir scié l'os de la cuisse et l'os coxal verticalement, on se trouva dans l'impossibilité d'apercevoir aucune trace de séparation entre eux. Ce genre d'ankyloses ne se présente guère que dans les articulations orbiculaires. Dans les autres articulations, les os ne sont pas assez bien moulés, ne s'emboîtent pas assez exactement pour qu'il y soit fréquent; il y a ici, le plus souvent, soudure inégale, incomplète, n'occupant que quelques-uns des points des surfaces articulaires; c'est ce qu'on rencontre surtout dans les articulations ginglymoïdales. Il est rare alors que de grandes étendues des surfaces articulaires soient soudées; le plus communément la soudure est disséminée. Cela est utile à savoir; on explique ainsi comment, quand on rompt une ankylose, il est possible que la rupture ait lieu plutôt dans l'endroit de l'ancienne articulation qu'au-dessus ou au-dessous. Dans ces ankyloses, il y a, en général plus de surfaces libres que de parties soudées; en effet, les maladies qui les amènent ont souvent leur point de départ dans les parties molles environnantes, en sorte que les cartilages ne sont pas toujours détruits en entier. Détruits seulement dans de petites portions des surfaces articulaires, même quand le mal a débuté par les os, c'est dans ces points que la soudure se fait.

Les ankyloses vraies peuvent-elles survenir, sans maladie articulaire préalable, d'un contact prolongé des surfaces cartilagineuses? C'est là une question à examiner et assez difficile à résoudre maintenant; on ne possède pas à ce sujet assez de faits. On a cru quelquefois qu'il en était ainsi. On a cité sous ce rapport diverses histoires, par exemple, celle de ces Fakirs de l'Inde, qui, étant restés, par esprit de mortification, dans une immobilité absolue pendant des années entières, ont eu leurs articulations ankylosées. Mais ces histoires, dont rien ne démontre l'exactitude, n'ont aucune valeur. Si l'existence des ankyloses, par suite d'une immobilité prolongée, n'est pas démontrée, cela ne veut pas dire cependant qu'elles ne puissent pas se produire. Il est certain, et on l'observe fréquemment dans les hôpitaux, que des malades, après être restés deux ou trois mois immobiles, ont les articulations raides; cela survient surtout au genou, où il se produit si souvent des ankyloses fausses à la suite des fractures de cuisse, parce que les parties molles du membre se sont raccourcies ou endurcies et que les muscles ont perdu l'habitude de se contracter. En réalité, ce ne sont pas là des ankyloses; mais cette immobilité pourrait en produire, car la synovie, qui n'est exhalée que s'il y a production de mouvemens, ne l'est plus dans les cas d'immobilité; les surfaces des cartilages, pressés par l'action des parties molles voisines, perdent leur poli, s'usent, disparaissent; dès-lors, les surfaces osseuses, étant en contact, doivent, dit-on, se souder. M. Velpeau ne nie pas la possibilité de ces soudures; seulement il n'en a jamais vu, et, comme les observations citées à ce sujet ne sont pas très détaillées, c'est, suivant lui, une question à revoir.

Les ankyloses vraies, quelles qu'elles soient, s'établissent à peu près toutes par le même mécanisme; que les cartilages soient détruits par une pression ou dissous par la maladie, cela revient au même, c'est-à-dire au contact des surfaces osseuses, sous l'influence d'un certain degré d'irritation.

ANKYLOSES INCOMPLÈTES OU FAUSSES.

Les ankyloses fausses présentent des variétés bien plus nombreuses encore que les précédentes, par suite du grand nombre de causes qui peuvent les produire. Nous allons examiner quelques-unes de ces causes, qui sont au nombre de cinq principales :

1° Une ancienne brûlure, une cicatrice, dont le tissu peut devenir très dense, très résistant, et empêcher la mobilité des parties voisines.

2° Toute plaie avec déperdition de substance, comme les plaies par arme à feu.

3° Une phlegmasie des parties molles, qui séparent l'articulation de la peau, ou du tissu cellulaire, qui sépare les ligamens, comme chez les goutteux.

4° Une maladie des muscles ou des tendons, qui a amené leur rétraction.

5° Une maladie ancienne de l'articulation, comme une hydarthrose ou toute autre arthropathie, qui, si elle dure longtemps, et si on n'y prend pas garde, au genou, par exemple, laisse entraîner le membre dans la flexion; puis, la maladie, étant guérie, laisse une ankylose par suite de la rétraction des muscles fléchisseurs.

M. Velpeau n'a pas insisté davantage sur les variétés que peuvent présenter les ankyloses, toutes ces maladies, d'ailleurs, examinées par lui, en 1836, dans l'article du dictionnaire cité, et en 1839, dans le premier volume de sa MÉDECINE OPÉRATOIRE, étant aisées à comprendre dès qu'on en connaît les causes. Ce qu'il est utile de savoir on d'établir en ce moment, c'est qu'une ankylose ne mérite réellement ce nom que quand elle n'est plus accompagnée d'aucun état maladif des jointures; alors c'est une

(1) ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XXV, p. 569.
(2) Bibl. de Bonet, t. IV, p. 410.
(3) 31 décembre 1839, 3, 4, 14 et 24 janvier 1840.

difformité ou une infirmité, et non une maladie. La question qui reste est de savoir quels sont les inconvéniens de cette difformité, quels en sont les remèdes, et si ces remèdes peuvent être employés sans danger.

TRAITEMENT DES ANKYLOSES.

Les chirurgiens ont reconnu de bonne heure que, dans les ankyloses vraies proprement dites, la vie n'était pas compromise; comme il n'y a là qu'une difformité plus ou moins gênante, s'il y avait danger à en tenter la guérison, il vaudrait mieux les respecter. Les topiques n'y pouvant rien, on avait déclaré ces difformités incurables.

Pour les fausses ankyloses, au contraire, celles qui ne sont pas entretenues par une maladie des os, on a essayé dès longtemps d'y remédier; les traitemens employés en pareil cas ont été le plus souvent impuissans; ils consistaient, ou dans des mouvemens modérés, ou dans des extensions lentes, ou dans des topiques, des douches, etc. On peut voir le détail de ces indications diverses dans Duverney.

Fondé aujourd'hui sur de nouvelles recherches, on dit qu'il est possible de traiter avec succès, de guérir certaines ankyloses vraies, aussi bien que les ankyloses fausses.

EXCISION DES BRIDES.

Comme traitement des fausses ankyloses, il est une opération simple, facile, sans danger, M. Gidhella et M. Froriep avaient conseillé, pour celles qui tiennent au raccourcissement des ligamens, le traitement employé par Dupuytren pour les brides qui entraînent les doigts dans la flexion; c'est-à-dire de découvrir ces brides, puis de les exciser ou de les inciser. M. Velpeau n'a pas vu, dans le mémoire de M. Froriep, d'exemples concluans en faveur de cette opération; et, d'ailleurs, lui, ne l'emploierait pas.

TÉNOTOMIE.

D'autres chirurgiens, et M. Velpeau l'a proposé en 1836, ont conseillé, pratiqué la section sous-cutanée des tendons et des ligamens eux mêmes. On a déjà obtenu par ce procédé des résultats très satisfaisans. Cependant, si l'ankylose est bien ancienne, il peut y avoir alors une difficulté qui résulte du long contact où se sont trouvées les surfaces osseuses. Ainsi, dans les luxations anciennes de l'épaule, on voit le rebord de la cavité glénoïde s'user en partie, la tête de l'humérus s'user aussi, principalement vis-à-vis de ce rebord, se diviser en deux petites têtes qui font avec le bord affaissé de la cavité glénoïde une sorte d'articulation ginglymoïdale. De même, dans les fausses ankyloses anciennes, les condyles du fémur et les facettes du tibia sont ordinairement déformés, et il est souvent difficile, quelquefois même tout à fait impossible, de rétablir le membre dans son état primitif.

Pour les ankyloses vraies, il existe aujourd'hui deux modes de traitement qu'on a aussi proposés pour les fausses ankyloses; ce sont: 1° la section cunéiforme des os; 2° la rupture brusque de l'ankylose.

SECTION CUNÉIFORME DES OS.

Ce traitement n'a encore été mis en usage que trois ou quatre fois; il consiste dans une opération chirurgicale assez facile. On découvre un peu au-dessus ou au-dessous de l'articulation ankylosée un point de l'os dont on enlève un coin, une tranche, par un double trait de scie; on brise alors aisément l'os et on ramène le membre à sa direction normale. Cette opération est fort simple, mais on a ainsi une grande plaie et une sorte de fracture compliquée. M. Barton a mis ce procédé en usage en Amérique; on l'a aussi employé en France et en Angleterre pour redresser des cals anguleux. Dans le cas de cal anguleux, il n'est pas aussi dangereux que pour une ankylose; pour le cal anguleux, on obtient un redressement entier et régulier, tandis que, pour l'ankylose, on obtient une espèce de Z, et le redressement n'est pas régulier; il est vrai que, même dans ce cas, le pied poserait à plat sur le sol. C'est une opération à expérimenter. Voici comment M. Velpeau la décrit dans son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (deuxième édition, t. I, p. 594-95).

« Au genou, la section du tibia offrirait toutes les chances de succès: une incision en demi-lune, à convexité inférieure, s'étendant de la partie inférieure d'un des condyles du tibia à l'autre, permettrait de circonscrire un large lambeau de tégumens qui comprendrait dans sa base l'extrémité du ligament rotulien. Ce lambeau étant relevé par un aide, le chirurgien couperait en travers, un peu au-dessus de la tubérosité, la tête du tibia perpendiculairement jusqu'au voisinage du jarret. Reportant la scie à un pouce ou un pouce et demi au-dessous, il la dirigerait obliquement de bas en haut pour venir joindre le fond de la première section et séparer un coin de l'os. On éviterait ainsi l'artère tibiale antérieure et la nécessité d'agir sur le péroné. La fracture serait aisée à compléter par des tractions exercées sur la jambe. Le vide opéré de cette manière en avant mettrait à même de redonner au membre une grande partie de sa rectitude naturelle, sans le raccourcir ni le déformer outre mesure.

» L'appareil inamovible des fractures compliquées, et le rapprochement des lèvres de la plaie à l'aide de la suture ou des simples bandelettes, serait immédiatement mis en usage. L'artère recurrente du genou est la seule qui court risque d'être blessée quand on agit ainsi, et dont la ligature puisse devenir nécessaire.

» En supposant qu'il fallût scier le fémur plutôt que le tibia, on aurait à chercher le point de la cuisse où l'opération offrirait le plus d'avantages avec le moins de dangers.

» Le lieu le plus convenable serait alors immédiatement au-dessus du genou. Une incision en demi-lune, à convexité inférieure, et dont le bord libre correspondrait à un demi-pouce au-dessus de la rotule, permettrait de tailler un lambeau qu'on releverait de bas en haut, et qui mettrait à nu la face antérieure de l'os. La scie en séparerait alors un fragment disposé comme celui dont j'ai parlé dans l'article précédent. Redressant ensuite la jambe, on ferait disparaître l'échancrure osseuse en rapprochant le plan inférieur du trait de scie de son plan supérieur. Le lambeau de parties molles abaissé, puis retenu en place au moyen de la suture ou des bandelettes agglutinatives, recouvrirait aussitôt le tout; il ne resterait plus qu'à entourer le membre d'un appareil inamovible. »

DE LA RUPTURE VIOLENTE ET BRUSQUE DES ANKYLOSES.

Cette méthode pourrait être nommée *ankylotripsie*, comme l'a proposé M. Bérard, s'il s'agissait toujours de rompre; mais on se borne parfois au redressement des parties, et alors ce mot ne convient plus. Les noms ne manqueront pas, si la méthode est bonne.

La méthode qui consiste à redresser brusquement les ankyloses comporte un appareil effrayant; elle ne paraît pas rationnelle; elle a donc rencontré une forte opposition. Dans l'examen de cette méthode, plusieurs questions se présentent: Cette méthode peut-elle être appliquée? Vaut-elle mieux que ce que l'on possède? Est-elle dangereuse? Enfin, est-il utile de redresser ainsi les ankyloses?

La *possibilité* du redressement brusque des ankyloses est une question jugée aujourd'hui; d'ailleurs, elle n'a jamais été niée; et la preuve, c'est qu'on s'est toujours élevé contre cette opération.

Est-elle dangereuse? Le redressement brusque des ankyloses vraies a paru si dangereux que les chirurgiens s'y sont opposés. Pour bien comprendre les dangers qu'on a toujours craints et ceux qu'on a réellement à craindre sous ce rapport, il faut revenir sur quelques variétés des ankyloses.

Au genou, les ankyloses peuvent présenter cinq variétés principales: le tibia seul peut être soudé avec le fémur; il en est de même pour la rotule; le tibia peut être soudé incomplètement au fémur, en même temps que la rotule y est soudée complètement; l'inverse peut aussi avoir lieu; enfin, il peut y avoir soudure complète à la fois du tibia et de la rotule au fémur. Relativement à la soudure de la rotule seule, on pourrait en faire plusieurs variétés, selon le lieu où l'os se trouve; ainsi, elle peut être soudée dans le lieu qu'elle occupe normalement, ou au-dessus, sur la ligne médiane ou sur l'un des condyles du fémur. Cette déviation de la rotule se fait plutôt vers le condyle externe que vers le condyle interne. La raison en est simple; en général, le genou est incliné en dedans, et par suite a rotule est portée en dehors. Cependant, la déviation de la rotule a lieu quelquefois en dedans.

Maintenant, voyons comment on a entendu les dangers qui peuvent résulter de la rupture brusque des ankyloses.

On a d'abord parlé de la douleur qui, théoriquement, paraît effrayante. L'expérience n'a pas prouvé qu'on se fût trompé. Assurément, cette opération est horriblement douloureuse pour beaucoup de sujets; mais, comme elle dure peu, la douleur perd bientôt de son acuité. D'ailleurs, les malades eux-mêmes passent là-dessus.

On a dit qu'il fallait s'attendre à une inflammation intense, aiguë, très dangereuse au genou. Effectivement, quand il se développe dans le genou une inflammation purulente, les malades succombent, ou bien on les ampute, très rarement ils peuvent guérir par résolution, et des abcès se forment. La crainte d'une inflammation de cette nature par suite de la rupture brusque d'une ankylose du genou était appuyée sur les dégâts qui doivent nécessairement résulter de l'opération. Mais ces dangers ne sont pas aussi constans que la théorie paraîtrait l'indiquer au premier abord; avant de s'appuyer sur les faits, on peut trouver dans la théorie elle-même des raisons pour diminuer l'importance présumée des dangers qui doivent survenir alors. C'est que les lésions et les fractures des membres, quand elles ne sont pas accompagnées de plaies aux tégumens, guérissent en général très aisément. M. Velpeau cite en particulier une femme dont la cuisse et le genou avaient été broyés par une roue de diligence et qui refusa l'amputation; elle guérit très bien de sa fracture, parce qu'il n'y avait point de plaie aux tégumens. Des faits analogues se sont si souvent répétés, que

M. Velpeau, qui les rappelle chaque jour aux élèves depuis dix ans, ne propose jamais l'amputation aux malades affectés de fractures, quelque compliquées qu'elles soient (pourvu, bien entendu, qu'il n'y ait pas déchirure de gros troncs nerveux ou artériels), s'il n'y a pas de plaie à la peau. Aussi est-il revenu le premier, parmi ses contemporains, à conseiller la rupture du cal anguleux. C'était déjà se rapprocher de la question actuelle, comme on voit; car avant d'avoir vu les faits nouveaux, M. Velpeau ne s'exagérait pas autant que la plupart des chirurgiens modernes les dangers de la rupture brusque des ankyloses. Reste à savoir maintenant si les faits viennent à l'appui de ses raisons. En laissant de côté les faits anciennement relatés, parce qu'ils ne sont pas assez détaillés pour avoir une grande valeur, et en prenant seulement les faits qui se sont passés sous nos yeux, nous sommes autorisé à dire qu'on s'est beaucoup exagéré, quant à l'inflammation, les dangers qui peuvent survenir dans le redressement brusque des ankyloses.

Les dangers qu'on peut craindre sont aussi relatifs aux déchirures; on peut rompre la peau, des nerfs, des vaisseaux, des ligamens pendant l'opération.

Si on rompt la peau, il y a danger réel; car alors on a une plaie contuse, et l'inflammation est inévitable; or, l'inflammation autour d'une articulation qu'on vient de rompre est une cause déterminante de suppuration, et c'est horriblement dangereux. Il peut arriver autre chose, c'est que l'inflammation fuse et s'étende, accident fâcheux en lui-même, et dont le voisinage de l'articulation rompue augmente encore la gravité. Encore, pourrait-on éviter parfois ces accidens, en prenant soin de la plaie. Il n'en serait pas de même pour la rupture des vaisseaux.

Si c'était seulement la veine poplitée qui fût rompue, M. Velpeau ne s'en inquiéterait pas beaucoup, parce qu'il a vu de très grands épanchemens sanguins se résorber rapidement et sans accidens; comme d'ailleurs la veine se cicatriserait bientôt, et que d'ailleurs elle serait de suite fermée par des caillots qui la comprimeraient, cet accident ne serait pas, en réalité, très grave.

Si c'est l'artère poplitée qui est rompue, le danger est sensiblement plus grand. Il est possible que les caillots sanguins la compriment et arrêtent bientôt l'hémorragie; mais comme cette artère est la seule qui aille à la jambe, si elle est oblitérée, on est dans le même cas que si on l'avait liée, et, de plus, les collatérales comprimées par le sang épanché ne pourraient pas la suppléer. Il semble malheureusement que l'observation soit déjà venue confirmer à ce sujet les prévisions théoriques. Chez un malade que M. Louvrier a opéré, la mortification de la jambe est survenue, probablement par suite de la rupture de l'artère poplitée, et il y a peu de jours on pensait qu'on serait trop heureux si on pouvait sauver le malade par l'amputation de la jambe.

Les déchirures portent difficilement sur les nerfs qui sont extensibles et résistans; d'ailleurs, un nerf étant rompu, il en reste un autre qui le supplée en partie. Il n'y a donc pas à s'en inquiéter beaucoup.

Il n'en est pas de même pour la rupture des ligamens. Dans les ankyloses anciennes qu'on redresse en entier et brusquement, M. Velpeau regarde la rupture des ligamens croisés comme à peu près inévitable; ces ligamens sont courts et se raccourcissent après un temps un peu long; ils sont peu extensibles, en sorte que dans le redressement brusque, ils doivent se déchirer souvent. Cette rupture n'amène pas d'inconvéniens immédiats; les ligamens rompus ne s'enflamment pas plus que ne le ferait du tissu cellulaire déchiré sous la peau. Mais, après la guérison, M. Velpeau doute que le membre puisse avoir alors une grande force. Cette rupture a effectivement été constatée chez la malade qui a succombé à l'hôpital Beaujon. La rupture des ligamens latéraux paraît possible quand l'ankylose est ancienne, quand elle a succédé à une maladie des parties molles avoisinant l'articulation; les ligamens latéraux ont dû se rétracter et se rompront alors probablement quand on redressera brusquement le membre. Si l'ankylose était due uniquement à une maladie des os ou à une rétraction de muscles, les ligamens latéraux pourraient ne pas être rompus.

Voilà donc plusieurs dangers réels que la théorie indique. Les faits observés viennent déjà les confirmer; une femme opérée par M. Louvrier a succombé; dans l'opération, il s'est fait une déchirure à la peau, et pour M. Velpeau, cette plaie a dû être le point de départ des accidens qui sont survenus; les ligamens croisés étaient déchirés et en suppuration. Un autre malade a une gangrène du pied et est en danger de perdre la jambe; il y a eu évidemment chez lui rupture de l'artère poplitée.

Outre les accidens déjà énumérés, il peut y en avoir d'autres; ce sont ceux qui résultent de la contusion à divers degrés. Si la contusion ne porte que sur les parties les plus profondes, il n'y a aucun danger à redouter; il se produira un épanchement, et nous savons déjà qu'il ne faut pas s'inquiéter des épanchemens qui existent sans plaies des tégumens. Si la contusion atteint la peau, il peut y avoir danger réel; car on peut comparer la contusion à une brûlure, et en établir quatre (même six) degrés analogues à ceux qu'on établit pour les brûlures: premier degré, lorsqu'il y a seulement excoriation de l'épiderme; deuxième degré, lorsque l'excoriation est plus profonde et comprend la surface du derme; troisième degré, lorsqu'il y a escarrification de toute l'épaisseur de la peau; quatrième degré, lorsque l'escarrification s'étend jusqu'aux parties profondes. Le premier et le second degré des contusions sont sans danger. Mais, dans le troisième degré, il n'en est pas de même; s'il y a escarrification, il faut d'abord que l'escarre tombe; quand l'escarre est tombée, il y a un ulcère, nécessairement suppuration, et, par conséquent, on a à craindre les mêmes accidens que dans la déchirure de la peau. Il y a cependant entre les deux cas cette différence, c'est que la plaie résultant de la déchirure suppure immédiatement, avant que l'inflammation adhésive ait eu le temps de se déclarer pour limiter la suppuration, tandis que, pour éliminer l'escarre, l'inflammation ne s'établit que par degré autour de la plaie. Dans la contusion au quatrième degré, si les os ou les parties environnantes peuvent être en contact avec l'atmosphère, c'est excessivement grave. Ce danger de l'escarrification de la peau était admis théoriquement; un fait récent est venu démontrer sa possibilité. Il a été offert par notre jeune fille du n. 21 de la salle Ste-Catherine, qui a été opérée en ces jours; cette jeune fille présente sur le genou une assez large plaque escarrifiée; jusqu'ici il n'y a pas eu d'accidens; mais nous ne sommes pas encore dans la période d'élimination. On ne peut pas savoir si l'escarre est ou non très profonde; M. Velpeau croit en comprendre l'origine; cependant il admet qu'on puisse s'en faire une autre idée. Il lui a semblé qu'au moment où on opérait l'extension, la traverse qui comprime au-dessus du genou était entraînée de haut en bas, et comme le genou de cette femme est un peu dévié en dedans, ce frottement, joint à la pression, a pu amener la formation de l'escarre en écrasant les tissus.

Tous les dangers que nous venons d'examiner existent et peuvent survenir dans le redressement brusque des ankyloses. Néanmoins, sur près de vingt malades qu'a opérés M. Louvrier, il n'y en a eu que trois chez lesquels des accidens se sont manifestés, et encore ne faut-il pas en accuser absolument l'opération en elle-même. Ainsi, chez la femme qui est morte, la plaie des tégumens s'explique très bien par la maigreur excessive du sujet et par une bottine très serrée qui a pu empêcher l'extensibilité de la peau. L'artère poplitée est extensible et ne risquera de se rompre que rarement. Quant à l'escarre qui a été produite sur le genou de notre jeune fille, on pourra l'éviter aisément, maintenant qu'on est averti.

Quel bien les malades peuvent-ils retirer du redressement brusque de leurs ankyloses?

Voici ce qu'on peut attendre d'une pareille opération, en laissant de côté les accidens dont nous avons déjà parlé.

Avant l'opération, la jambe est fléchie sur la cuisse et nécessite, pour le malade, l'emploi d'une jambe de bois.

Après l'opération, la jambe est droite ou *presque* droite.

Ici, le plus ou le moins n'est pas indifférent comme cela le serait au membre thoracique; car si la jambe étant redressée n'a pas assez de force pour soutenir le poids du corps, c'est une question que de savoir s'il ne vaudrait pas mieux la laisser pliée. Si le pied ne porte pas par toute sa face plantaire, il y aura moins de difformité, mais les fonctions ne s'exécuteront pas mieux; cependant, si l'articulation du genou est solide, en ajoutant au pied une machine artificielle, le malade pourra marcher en s'aidant d'une canne; dans quelque cas même, il pourra marcher sans canne; et dans ces deux hypothèses, son état sera bien amélioré. Il y a donc à attendre de trois choses l'une, dans le redressement brusque des ankyloses: 1° ou bien le membre est tout à fait redressé et le malade marche comme s'il n'avait pas de difformité; 2° ou bien le membre n'est pas complètement redressé, le pied ne touche le sol que par son extrémité, le talon est relevé, et le malade a besoin d'une machine pour marcher aisément; cet état est préférable pour le malade à celui où il était avant l'opération; 3° le pied ne porte pas entièrement sur le sol et l'articulation n'est pas solide; alors il aurait mieux valu pour le malade ne pas être opéré.

Si du pied nous passons au genou, la première question est de voir si les mouvemens de l'articulation se rétabliront. La théorie ne permet pas trop de le croire, car si on ne remue pas tous les jours l'articulation, elle se ressoudera; alors de deux choses l'une: ou le membre sera parfaitement droit et le pied posera à plat sur le sol: ce serait un résultat fort utile; ou bien le membre restera un peu fléchi, le pied ne portera plus à plat, et le malade ne pourra pas marcher sans moyens prothétiques. Dans ce dernier cas, si la soudure de l'articulation du genou est complète, ce sera encore une position assez heureuse pour le malade. Mais pour que cette soudure soit complète, il faut qu'il n'y ait pas de luxation.

La *luxation en arrière* se produit assez souvent, et pour bien comprendre le mécanisme de sa production, il faut connaître les différentes

variétés d'ankiloses du genou sur lesquelles nous avons insisté plus haut. La luxation en arrière survient quand la rotule est soudée en bas du fémur. Lorsqu'on opère la rupture d'une ankylose, le genou représente comme un compas dont les branches n'ont pas la même solidité; si la rotule est soudée en bas, il peut se faire que, dans le redressement rapide de la jambe, le tibia vienne heurter contre elle et la détacher; le redressement complet peut avoir lieu dans ce cas sans qu'il y ait luxation. Si la rotule est intimement soudée au fémur, ou placée de telle manière que le bord du tibia en se relevant ne la pousse pas fortement, elle ne sort pas de sa position, et elle empêche que la contraction des muscles extenseurs puisse se transmettre à la jambe; les muscles fléchisseurs, naturellement raccourcis pendant tout le temps qu'existait l'ankylose, ne trouvant aucun obstacle, peuvent porter le tibia en arrière. Cela est arrivé ainsi chez notre malade du n° 23 de la salle Sainte-Catherine et chez la malade de l'hôpital Beaujon. Or, s'il y a luxation de la jambe en arrière, M. Velpeau doute que ce redressement imparfait soit d'un grand secours pour les malades. Les conséquences possibles de cette luxation sont la rupture et la déchirure des vaisseaux poplités. M. Velpeau a vu un homme qui, étant tombé de cabriolet, eut un gonflement considérable au tour du genou; après quelques jours, lorsque ce gonflement eut cessé en partie, on put constater une luxation en arrière du tibia sur le fémur, qui fut suivie de la mortification d'une partie du pied et de la jambe; avec beaucoup de soin il guérit en conservant une difformité considérable, et quand il fut guéri on put constater que l'artère, en se coudant sur le tibia comme sur une poulie de renvoi, était seulement aplatie et non entièrement oblitérée, puisqu'on la sentait battre. Si, dans la luxation du tibia en arrière produite par le redressement brusque d'une ankylose du genou, il n'y a pas rupture des vaisseaux, que deviendra d'ailleurs le membre ? Ou il sera droit, et alors il sera plus court de 8 à 10 centimètres que l'autre membre; ou il sera courbé, et alors le pied incliné ne pourra reposer sur le sol que par la pointe; dans l'un et l'autre cas, lors même qu'on mettrait une machine au pied, il n'y aurait pas assez de solidité dans le genou pour permettre au malade de se servir de sa jambe, à moins qu'on ne mît au genou une machine particulière. La femme qui est couchée au n° 23 de la salle Sainte-Catherine est dans ce cas; depuis l'opération, il n'est survenu aucun accident, la jambe est presque droite, mais elle est luxée en arrière sur la cuisse, et la malade ne peut pas appuyer sur la jambe le poids de son corps, parce qu'il n'y a ni point d'appui, ni d'articulation au genou. Peut-être qu'avec du temps le tibia se soudera contre la partie postérieure des condyles du fémur, et il y aura un léger emboitement avec une solidité qui ne pourra toutefois jamais devenir bien grande, en sorte que cette femme n'est pas plus avancée après l'opération qu'avant. Il est vrai de dire que le jour où on l'opéra, au moment même de l'opération, M. Velpeau crut devoir prévenir qu'à son avis c'était un cas défavorable, présentant peu de chances de succès; il laissa faire l'opération, parce que la malade était venue la réclamer elle-même avec instance.

S'il n'y a pas soudure du tibia avec le fémur, qu'il y ait ou non luxation, il semble que la jambe doit être vacillante et très mobile, de sorte que les malades ne pourraient pas marcher sans soutiens.

Parmi les faits anciens de redressement brusque des ankyloses, il n'y en a aucun de concluant; d'ailleurs il sont tous relatifs au coude ou au poignet et sont donnés sans aucun détail.

Les faits récens connus par M. Velpeau, abstraction faite de ceux de M. Louvrier, sont au nombre de trois; l'un est relatif à une jeune fille qui avait une ankylose du genou; il y a environ dix ans elle fut opérée à Paris par un procédé qu'on ne connaît pas et mourut; on n'a là dessus aucun détail. Les deux autres faits ont été relatés par M. Cazenave (1), de Bordeaux; ils contiennent des choses si singulières qu'il faut connaître M. Cazenave pour les admettre : 1° Un homme s'enfonça une serpe dans le genou; un chirurgien qu'il alla consulter lui donna le singulier conseil de marcher beaucoup, ce qu'il fit; il se développa une violente inflammation que M. Cazenave fut appelé à traiter, et qui guérit en laissant le genou ankylosé; cet homme resta ainsi pendant deux ans. Au bout de ce temps, voulant un jour disposer des chevaux auprès d'une voiture, il laissa sa béquille, et les chevaux ayant fait un mouvement, il tomba sur le genou (tout cela est bien admissible); mais ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il se releva et retrouva les mouvemens de son genou comme s'il n'y avait jamais rien eu ! 2° Un ancien militaire avait eu, en 1814, une plaie par arme à feu, à la suite de laquelle le coude était resté ankylosé. En 1835, ce militaire fit une chute sur le coude, et à l'instant même il retrouva tous ses mouvemens, sans raideur, sans douleur, sans qu'il y eût sur le membre aucune contusion; le malade en fut si content qu'il ne prit aucune précaution et laissa l'ankylose se reformer, non pas d'une manière avantageuse pour lui, puisqu'il avait primitivement l'avant-bras fléchi sur le bras, tandis qu'il l'eut dans la direction même du bras, après son accident. Ce dernier fait prouverait deux choses, l'une, qu'il n'y a pas tant de danger à rompre les ankyloses qu'on aurait pu le croire; l'autre, que les ankyloses rompues peuvent se reproduire.

Les faits de M. Louvrier peuvent être rangés en plusieurs classes. Il y a des cas où il y a eu luxation du tibia en arrière; ici, rien qui contredise la théorie établie par M. Velpeau; si on a à craindre cet accident, il ne faut pas faire l'opération. Il y a des cas où la rotule était encore mobile ou l'est devenue par l'opération; ceux-là paraissent être très avantageux; les malades paraissent pouvoir marcher promptement avec ou sans canne. Dans d'autres cas, il a fallu maintenir pendant longtemps le membre dans l'immobilité, pour solidifier les articulations; alors les malades ne peuvent pas marcher sans béquilles.

Il serait à désirer que M. Louvrier réunît plusieurs de ses anciens malades, de manière à ce qu'on pût les examiner, les voir marcher. Dans le redressement brusque des ankyloses, il y a deux genres de résultats : les uns sont immédiats et suffisamment connus maintenant; les autres sont consécutifs : ce sont ceux qu'on ne connaît pas encore bien. L'ankylose n'est qu'une infirmité ; les malades qui en sont affectés peuvent marcher avec une jambe de bois ou d'autres moyens prothétiques. Si le redressement brusque n'amène rien de mieux, comme il entraîne des riques, on ne doit pas l'employer. Si on voyait marcher plusieurs anciens malades de M. Louvrier, opérés pour une *ankylose vraie*, et non pour des *ankyloses fausses* ou *incomplètes*, on saurait à quoi s'en tenir.

Il y aurait encore ici une question, celle des soins accessoires ou consécutifs à l'opération. Si le redressement est complet et la rotule mobile, M. Velpeau ne voudrait maintenir le membre dans l'immobilité que pendant huit à quinze jours, seulement pour obtenir la résolution des liquides épanchés; au bout de ce temps, il commencerait à faire exécuter de légers mouvemens qu'il étendrait tous les jours, et enfin il ferait marcher les malades. Si la rotule n'était pas déplacée ou s'il y avait luxation en arrière, comme on doit avoir pour but de produire une nouvelle ankylose, il faudrait ramener autant que possible les extrémités rompues bout à bout, soit d'une manière brusque, soit à la longue, et les y maintenir au moyen de notre bandage dextriné, tel que nous l'employons pour les fractures de cuisse; on laisserait ce bandage pendant un mois ou six semaines, jusqu'à ce que l'ankylose fût reproduite.

En résumé, voici à quoi nous arrivons :

Quand la rotule est mobile et qu'il y a simplement fausse ankylose, il faut préférer la section sous-cutanée des ligamens ou des tendons à la rupture brusque, parce qu'elle est moins dangereuse, moins douloureuse et qu'elle donne d'aussi bons résultats. D'ailleurs, pour les fausses ankyloses dues à une rétraction des tendons, le redressement brusque ne donnerait aucun résultat durable, les muscles ne seraient vaincus que pendant un certain temps; quand on abandonnerait le membre à lui-même, ils se contracteraient de nouveau, et reproduiraient l'ankylose.

Quand l'ankylose est vraie, il y a à choisir entre ces trois choses : ne rien faire, la section cunéiforme des os, la rupture brusque.

Si la soudure de la rotule est disposée de manière à ne pas permettre de rompre l'ankylose sans qu'il y ait luxation du tibia en arrière, il faut n'opérer que sur les instances pressantes des malades, et qu'après les avoir avertis eux ou leurs proches de ce qui peut leur arriver.

La section cunéiforme des os n'a pas encore été assez essayée; il faudrait de nouvelles tentatives pour la juger.

La rupture brusque est indiquée, si la flexion n'est pas tout à fait à angle droit, si la rotule n'est pas tellement soudée qu'on ne puisse avoir des chances de la détacher, ou bien si elle est tellement disposée qu'on puisse, malgré sa soudure, ramener le tibia sous le fémur. Dans tous ces cas, si l'ancienne ankylose est anguleuse, on pourra obtenir une ankylose droite à sa place.

En définitive, il n'est pas possible aujourd'hui de juger sans appel la question des ankyloses et de leur traitement. Il serait tout aussi injuste de vouloir porter trop loin l'application du redressement brusque des ankyloses que de le rejeter entièrement. M. Louvrier est allé trop loin dans les applications de sa machine, il reviendra plus tard et de lui-même à de plus justes bornes, lorsqu'il verra revenir à lui et se plaignant amèrement de leur position les malades qu'il aura opérés, et qui, dans les premiers temps, étaient enchantés de voir leurs membres redressés.

REMARQUES.

Je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de placer ici quelques extraits de l'article *Ankylose du genou*, publié, en 1836, par M. Velpeau dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE en vingt-cinq volumes. On pourra voir par

(1) JOURNAL DES CONNAISS. MÉD. CHIR., 1837, t. IV, p. 200-201.

ces extraits qu'à l'époque où il fit cet article (en 1835), M. Velpeau avait les mêmes opinions qu'aujourd'hui sur les ankyloses et leur traitement.

Ces extraits montreront aussi que dans le traitement tel qu'il l'emploie, M. Louvrier n'a guère fait qu'appliquer des idées théoriques déjà admises. En effet, M. Velpeau parle longuement dans son article de la *Rupture brusque des ankyloses*, laquelle, dit-il, est *assez difficile à opérer et assez dangereuse;* il examine même les contre-indications de cette opération. M. Louvrier n'a donc fait que deux choses : 1° il a surmonté les *difficultés* de l'application de la rupture brusque aux ankyloses du genou par la construction d'une machine ingénieuse, mais *trop compliquée;* 2° il a osé appliquer cette machine.

Le traitement des ankyloses par M. Louvrier n'est donc pas chose absolument nouvelle, c'est le mode d'application qui est nouveau. Cela est important à faire remarquer, parce que, tous les jours, en parlant de la rupture brusque des ankyloses, on l'appelle : *Nouveau traitement des ankyloses.*

Pour en revenir à l'article de M. Velpeau, la seule modification qu'ait subie son opinion consiste à ne plus regarder la soudure de la rotule comme une contre-indication formelle, et cela d'après les dires seulement de M. Louvrier qui prétend pouvoir réussir à détacher la rotule; car si nous consultons ce qui s'est passé sous nos yeux, nous verrons que chez les deux femmes opérées dans nos salles la rotule était soudée au fémur avant l'opération et qu'elle l'était également après.

Quoi qu'il en soit, voici ce que disait M. Velpeau en 1835 (1) :

« (2) Lorsque le tibia et le fémur sont réellement soudés et complètement immobiles l'un sur l'autre, la difformité doit être considérée comme irremédiable. Si la soudure est peu étendue ou disséminée, de manière à permettre quelques légers mouvemens, la prudence autorise-t-elle à rompre, soit brusquement, soit insensiblement, l'ankylose? Oui, si la difformité est assez grande pour rendre la station et la marche impossibles sans moyens prothétiques; non, dans le cas contraire. Quand la cuisse et la jambe font un tout droit, le malade peut marcher en boitant, il est vrai, mais assez bien pour qu'il fût imprudent de rétablir de vive force la mobilité du genou. La rupture des ankyloses, en effet, assez difficile en elle-même, est ensuite assez dangereuse, et le succès n'en est rien moins que certain, car la soudure tend sans cesse à se reproduire..... »

« Il faut donc, pour justifier de semblables essais, que la jambe soit dans un état de flexion ou de déviation qui en abolisse l'usage. Si le malade la réclame avec instance, l'opération doit être pratiquée; on s'en abstiendrait encore du reste, si la rotule était adhérente au fémur. Un ulcère, une ouverture quelconque qui permettrait à l'air de pénétrer dans l'article, serait également une contre-indication....... »

« Des brides, suite de brûlures, d'ulcérations, de déperdition de substance de toute espèce, de même que l'induration des ligamens, du tissu cellulaire, de quelques-unes des couches qui entourent le genou nécessiteraient des secours d'une autre espèce........ »

« En supposant que les brides fussent dues, non pas à une altération de l'aponévrose, comme l'admettent à tort Dupuytren pour les doigts et M. Froriep pour le genou, mais bien à la transformation fibreuse de la couche sous cutanée, il serait facile de les extirper ou de les inciser et de redonner ensuite par degrés au membre sa direction et ses mouvemens naturels. Pour peu que la peau fût mobile ou pût être écartée de la bride, j'aimerais mieux alors me servir d'un bistouri étroit, et par ponction latérale, suivre de tous points, enfin, la méthode employée pour la section du tendon d'Achille que de me conformer aux préceptes donnés par Dupuytren, et par M. Froriep (ENCYCLOGRAP. DES SC. MÉD., t. I, p. 252).

» Pour les indurations plus profondes même, tenant à l'aponévrose, aux ligamens latéraux ou de la rotule, cette méthode serait également meilleure que les incisions longues, multiples et profondes que M. Gidhella (BULL. MÉD. DE FÉRUSSAC, t. XIII, p. 67) dit avoir essayées avec succès. Il en serait de même pour la rétraction des muscles ou des tendons. »

....

« *Aucune de ces opérations n'aura de succès après tout si la rotule a perdu sa mobilité.* Quand elle existe seule, l'adhérence de cet os au devant ou à la partie inférieure des condyles du fémur ne paraît pas avoir suffisamment fixé l'attention des praticiens; l'action des muscles extenseurs de la jambe se trouve ainsi anéantie. Il en résulte que, dépourvus d'antagonistes, les muscles fléchisseurs entraînent insensiblement la tête du tibia dans le jarret, ou la jambe dans la flexion; que la mobilité, du reste, de l'articulation se soit maintenue ou qu'on l'ait rétablie par un procédé quelconque, peu importe, l'ankylose de la rotule n'en sera pas moins un obstacle insurmontable au rétablissement des fonctions du genou; elle ferait même que si, après avoir détruit les adhérences ou les autres causes de rétraction pathologique, on voulait tirer sur la jambe, elle se luxerait en arrière plutôt que de reprendre son degré d'extension et sa direction de l'état normal. »

(1) Je dis en 1835, car l'article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, qui a été publié en 1836, avait été écrit en 1835.

(2) Article *Genou* (ankylose), DICTIONN. DE MÉD. en quinze volumes, t. XIV, p. 135 à 137.

EXAMEN DE QUELQUES PIÈCES ANATOMIQUES D'ANKILOSES.

A sa leçon du 14 janvier 1840, M. Velpeau a présenté trois pièces anatomiques d'ankyloses assez curieuses.

La première pièce est une ankylose du genou donnée par M. Demeaux. La soudure est complète, et il n'y a plus de ligne de démarcation évidente; on voit seulement un petit trait assez difficile à suivre, tant il est peu marqué, qui indique à peu près cette démarcation. On peut se demander si, pendant la vie, on avait rompu brusquement cette ankylose, la rupture aurait eu lieu plutôt dans l'ancien interligne qu'au-dessous ou au-dessus; il est permis d'en douter, et il est même probable qu'il n'en aurait pas été ainsi, le tibia et le fémur présentant beaucoup moins de force, le premier au-dessous, le second au-dessus du lieu de leur soudure que dans ce lieu même. La rotule est aussi soudée au fémur, mais pas d'une manière si complète que le tibia; elle est encore libre dans le tiers de sa partie inférieure et un peu aussi par en haut, en sorte que, probablement, si on avait opéré le redressement brusque, le tibia serait venu arc-bouter contre l'angle de la rotule et l'aurait dessoudée.

La deuxième pièce est une ankylose du coude fournie par M. Debron, l'avant-bras faisant avec le bras un angle assez obtus. Ici la soudure est complète et intime entre le cubitus et l'humérus; leur tissu compacte se prolonge entièrement de l'un à l'autre, sans qu'il soit possible d'y voir aucune ligne de démarcation; de plus, le canal médullaire du cubitus a fini par s'aboucher avec celui de l'humérus, de manière que les deux os n'en forment plus qu'un seul coude dans son milieu. Evidemment, si on avait pratiqué ici la rupture, elle n'aurait pas eu lieu dans l'endroit où les os se sont soudés.

La troisième pièce qui appartient à M. Desprez est une ankylose incomplète du genou. Le tibia est encore mobile sur le fémur contre lequel il est serré seulement par son condyle externe. La rotule n'est soudée que dans une portion seulement de son étendue. Ici, il n'y a pas à en douter, le tibia, en venant arc-bouter contre l'angle de la rotule dans le redressement brusque, l'aurait nécessairement décollé. C'est là ce qui s'est passé chez quelques-uns des malades de M. Louvrier. Cette ankylose fausse se présente de manière à faire voir comment, dans des cas analogues, on ne pourrait pas obtenir le redressement complet du membre, sans avoir recours à une machine comme celle de M. Louvrier. Cela tient à deux circonstances : d'abord au rôle que joue la rotule et qui n'a jamais été bien compris; la rotule est un os sésamoïde destiné à transmettre à la jambe l'action des muscles extenseurs; si elle est soudée avec le fémur, cette action ne peut pas être transmise, et par suite la jambe ne peut pas être portée dans l'extension; alors, les muscles fléchisseurs dont l'action n'est plus contre-balancée entraînent le tibia en arrière, et d'autant plus que la rotule est soudée plus en arrière, ce qui se conçoit. Une seconde circonstance, c'est que dans ce cas on ne pourrait pas redresser le membre ankylosé au moyen de la section des tendons et des ligamens, puisque la rotule étant soudée fortement empêche ce redressement. Le redressement brusque, au contraire, fait deux choses à la fois : il déchire les ligamens et il détache la rotule qui va reprendre sa place accoutumée, en sorte que la jambe peut retrouver ses fonctions. Cependant il y a ici un cas défavorable, c'est que la rotule peut résister; alors le tibia cède et se luxe, même plus facilement qu'on ne le croirait, parce que dans les ankyloses, surtout celles qui sont anciennes, il y a un aplatissement très marqué des condyles du fémur à leur partie postérieure. C'est ce qui a lieu chez nos deux femmes opérées par M. Louvrier; la rotule n'a pas été détachée, il y a eu luxation du tibia en arrière du fémur.

La troisième pièce, si la rotule n'était pas soudée, présenterait un cas d'ankylose due à une rétraction des ligamens, et ferait voir qu'on peut remédier à ce genre d'ankyloses, autrement que par l'extension brusque, c'est-à-dire par la section des ligamens. M. Velpeau préférerait ici la section, parce qu'elle est infiniment moins douloureuse, moins brusque et plus chirurgicale; puis avec elle on voit ce que l'on fait, tandis que la déchirure, outre qu'elle présente plus de danger, ne peut jamais être dirigée comme on voudrait.

Les deux premières pièces, comme nous l'avons vu, prouvent que si on avait pratiqué la rupture, elle n'aurait pas eu lieu dans l'ancienne ligne de séparation, mais bien au-dessus ou au-dessous. Ce ne serait pas là une raison, néanmoins, pour ne pas rompre une ankylose; car une fois qu'elle est rompue, on redresse le membre et on le maintient dans la position que l'on désire, et comme on n'a l'intention que d'avoir une soudure, pourvu que le membre soit droit au lieu d'être anguleux, peu importe le lieu où se fait la rupture, si la direction du membre est bonne. Et lors même qu'il devrait se créer une articulation nouvelle, il n'y aurait pas grande nécessité que ce fût dans l'interligne, plutôt qu'un peu en dehors. Ce n'est donc pas là un motif pour rejeter le redressement brusque; M. Vel-

peau croit même que c'est là le cas où il convient le plus spécialement, parce qu'alors aucune autre méthode n'aurait pu réussir.

Autopsie de la femme qui était couchée au n° 23 de la salle Sainte-Catherine, et qui est morte à la suite d'une pleurésie.

Cette femme opérée vers la fin du mois d'octobre 1839, par M. Louvrier, avait au genou droit une ankylose depuis dix ans; la jambe était fléchie sur la cuisse à angle droit; la rotule et le tibia étaient soudés tous deux au fémur; tout travail pathologique avait cessé depuis longtemps. Cette malade n'était pas pour ainsi dire à M. Velpeau, elle n'était dans son service que pour être opérée par M. Louvrier. Dans l'opinion de M. Velpeau, ce cas était peu favorable; M. Louvrier l'admettait aussi; mais il pensa qu'il pourrait être de quelque utilité à cette femme. et il se décida à l'opérer. L'opération fut pratiquée, et donna aussitôt lieu à la formation d'une luxation (1).

Il n'est survenu aucun accident consécutif fâcheux. Mais, quand M. Velpeau vit la luxation, il se demanda si la malade retirerait un grand profit de l'opération; car il y avait un raccourcissement de deux à trois pouces, et si la malade eût vécu, il lui aurait fallu un soulier fabriqué exprès pour pouvoir marcher: de plus, la jambe n'était pas droite, elle était courbée, et le pied n'aurait pu reposer sur le sol que par son extrémité. Le membre n'aurait pas pu d'ailleurs supporter le poids du corps, puisqu'il y avait luxation complète du tibia en arrière du fémur, et que par une pression un peu forte, le fémur aurait dû céder et descendre en avant du tibia. M. Louvrier n'admettait pas tous ces inconvéniens; mais, dit M. Velpeau, en raisonnant avec lui, je me suis aperçu qu'il ne comprend pas l'histoire des ankyloses comme nous.

On mit sur le membre, depuis le pied jusqu'au haut de la cuisse un bandage dextriné; à l'aide de ce bandage et de béquilles, la malade pouvait assez bien marcher. Le bandage ayant été ôté un jour, il fut impossible à la malade de se tenir sur sa jambe, et même elle souffrait quand on la lui faisait remuer. En définitive, M. Velpeau resta avec cette idée que la femme n'avait retiré aucun avantage de l'opération, et que même, si elle avait vécu, elle s'en serait repentie; en effet, elle pouvait marcher assez bien auparavant avec son pilon, tandis qu'il lui aurait fallu pour pouvoir marcher avec sa jambe redressée, une machine avec des montans latéraux au genou, et un soulier particulier.

Malheureusement cette femme avait une constitution détériorée; elle a été prise, il y a un mois, d'un point pleurétique qu'on a traité vainement par des sangsues et des vésicatoires volans: elle était si faible qu'on n'a pas pu la traiter par des émissions sanguines abondantes. On avait cru d'abord à l'existence d'une caverne tuberculeuse; on s'était trompé, cette femme a eu un épanchement pleurétique rapide qui a amené la mort le 20 janvier.

A quelque chose, dit-on, malheur est bon. C'est ici le cas, puisque cette mort permet de voir ce qui se passe dans les articulations à la suite du procédé de M. Louvrier, chose qu'on n'avait pu encore voir. Il y a bien eu la malade de l'hôpital Beaujon, dont on a fait l'autopsie; mais, chez elle, il y avait eu un travail étendu dans l'articulation, travail qui l'avait nécessairement dénaturée. Chez notre femme, il n'y a eu aucun travail, aucune inflammation, et nous avons l'affaire de l'opération toute pure.

Voici, d'une manière très abrégée, ce qu'on a trouvé à l'autopsie:

Les muscles sont intacts. L'artère poplitée qu'on a injectée ne présente aucune lésion; il en est de même pour la veine poplitée.

La partie supérieure du tibia est placée en arrière du fémur; il y a luxation, mais luxation limitée par les muscles jumeaux, qui sont soulevés par les tubérosités du tibia et les emboîtent. Cette tension des muscles jumeaux avait réagi sur le talon, et cela explique l'apparence de pied équin présentée par la malade après l'opération.

Les ligamens latéraux, soit internes, soit externes, sont tout à fait intacts, ainsi que le ligament rotulien. Un des ligamens croisés, le postérieur, n'est pas déchiré; il est seulement allongé et rétracté en arrière; l'antérieur n'a pas été assez bien trouvé pour pouvoir dire ce qu'il était devenu.

On voit qu'avant l'opération le tibia était intimement soudé à la partie postérieure du fémur, et que, pour pouvoir détacher la rotule, également soudée, il aurait fallu que le tibia exécutât un mouvement de bascule qu'il lui était impossible d'exécuter. En effet, le tibia est très déformé dans sa partie supérieure où il est taillé en biseau dirigé en avant, formant un coin qui s'adapte à un coin analogue existant à la partie inférieure et postérieure du fémur. Le condyle externe est extrêmement mince, l'interne un peu plus épais. Il est évident que, lors même qu'on aurait ramené le tibia en avant, le fémur ne présentant rien pour le recevoir; la luxation, malgré tous les efforts qu'on aurait pu faire, se serait toujours reproduite.

En voyant cela, on se demande quelle aurait été, dans ce cas, l'utilité de la rupture brusque, puisque les os avaient une tendance à se remettre en contact par les mêmes points par lesquels ils étaient primitivement soudés.

Cette pièce anatomique prouve deux choses, d'après les détails succincts qui précèdent:

1° Dans la rupture brusque des ankyloses, il n'y a pas nécessairement rupture des ligamens, des tissus ni des vaisseaux avoisinant les articulations.

2° Quand une ankylose est complète et qu'il y a flexion à angle droit, il est douteux que la rupture brusque puisse apporter pour la suite un grand secours au malade, surtout si l'ankylose est ancienne, parce qu'alors les os se sont déformés et ont perdu leurs rapports.

L'autre malade a également succombé. L'escarre pénétrait jusqu'au fémur dont le condyle interne avait été brisé. Une vaste suppuration s'est établie dans le genou. Les parens et M. Louvrier ont retiré la jeune fille de l'hôpital: des symptômes d'infection purulente sont survenus, et la mort est arrivée dix jours après. Il n'y a point eu d'autopsie cadavérique.

(1) M. Bouchacourt dit avec raison: « M. Louvrier ne produit pas la luxation avec sa machine; souvent il l'achève seulement quand elle existe en partie. » C'est le cas de cette femme.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER.

DE LA MORVE CHEZ L'HOMME, CHEZ LES SOLIPÈDES ET QUELQUES AUTRES MAMMIFÈRES. (Voir ci-contre le mémoire de MM. Serres et Rayer.)

Après la lecture de ce mémoire, M. Magendie demande la parole et s'exprime ainsi:

« Notre honorable confrère vient de se prononcer d'une manière si affirmative, si absolue sur certaines questions de la plus haute gravité, que je n'ai d'autre moyen, voulant lui répondre, et croyant pouvoir le faire avec quelque avantage, que d'employer, moi aussi, quelques formules nettes et tranchées qui puissent lutter sans désavantage avec celles qu'il a employées.

» Je dirai donc à mon honorable confrère, sans aucune précaution oratoire: quand vous dites que la morve chronique est la même maladie que la morve aiguë, vous êtes dans l'erreur!

» Quand vous dites que la morve chronique est contagieuse, vous êtes encore dans l'erreur!

» Quand vous dites que la morve du cheval se transmet à l'homme par voie de contagion, vous exprimez une opinion que rien ne prouve et qui, si elle se propageait sur l'autorité de vos paroles, pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses.

» Je pourrais multiplier facilement le nombre de ces dénégations; mais je me borne pour le moment à ces trois points principaux, traités dans votre Mémoire; et quand l'Académie m'entend parler avec cette assurance elle est persuadée, je n'en doute pas, que j'ai des preuves et des expériences sur lesquelles sont fondées mes assertions; en effet, la morve du cheval est une maladie dont je me suis fréquemment occupé et sur laquelle j'ai fait de nombreux essais. Mais, indépendamment de mes études particulières, depuis trois ans je fais partie, comme délégué de cette Académie, d'une commission créée par le ministre de la guerre, laquelle commission a fait en grand des expériences de toute nature sur l'origine, la transmission et le traitement de la morve aiguë ou chronique. Plusieurs centaines de chevaux ont servi à ces recherches, qui vont prochainement faire l'objet d'un rapport au ministre, et que je m'empresserai de soumettre également à l'Académie. J'ai donc acquis le droit de parler sur ces matières et de m'exprimer sans détour ni restrictions, puisqu'aussi bien mon confrère m'en a donné l'exemple sans avoir les mêmes titres, car je cherche encore ce qu'il a fait par lui-même dans tout ce qu'il vient de nous dire.

» J'ai avancé tout-à-l'heure que mon honorable confrère était dans l'erreur quand il confondait en une seule et même maladie la morve aiguë et la morve chronique; c'est qu'en effet, à l'exception que dans les deux affections le nez est morveux et que l'animal est glandé: rien, d'ailleurs, n'est plus dissemblable: origine; phénomènes morbides, durée, lésions pathologiques, tout est différent. La morve aiguë est, en général, un mal qui parcourt rapidement ses périodes, qui compromet, dès son début, la vie de l'animal, le rend incapable d'aucun service, tandis qu'un cheval atteint de la morve chronique peut travailler, boire et manger, et même reproduire son espèce à peu près, comme s'il était bien portant, et cela pendant des mois et quelquefois des années. En un mot, il y a si peu de motifs de confondre ces deux maladies qu'elles peuvent se montrer en même temps sur le même animal et qu'il n'est pas difficile d'y distinguer ce qui appartient à l'une de ce qui appartient à l'autre.

Mais le point sur lequel j'insiste principalement, est ce qu'a dit M. Breschet de la contagion de la morve chronique; j'y insiste parce que ce point est celui sur lequel les vétérinaires ont fait le plus d'expériences, et aussi celui sur lequel ont

été plus particulièrement dirigées les recherches de la commission dont j'ai l'honneur de faire partie.

Nous avons fait, dans cette commission, tous nos efforts pour transmettre cette espèce de morve d'un cheval à un autre. Nous avons, par exemple, à diverses reprises, renfermé dans une même écurie et placé côte à côte quinze chevaux atteints de morve chronique et quinze chevaux sains. Ce contact s'est prolongé quelquefois plus d'une année, et nous n'avons jamais eu de raison de soupçonner la contagion; car presque tous nos chevaux sains sont sortis intacts de cette rude épreuve, et longtemps après ils conservaient encore une santé parfaite.

Il est d'autant plus important d'éloigner toute idée erronée touchant la morve chronique, que c'est surtout elle qui décime nos chevaux de troupe et cause au pays chaque année des pertes énormes. C'est pour prévenir ce mal que M. le ministre de la guerre consulte les officiers-généraux les plus expérimentés, qu'il s'adresse aux Académies, et qu'il a sagement résolu de soumettre cette grave question à des expériences directes, afin d'obtenir en France ce qui existe en plusieurs pays voisins, la disparition d'un fléau redoutable et dispendieux. Affirmer sans en donner la preuve irrécusable, sans avoir fait soi-même des expériences concluantes, que la morve chronique est contagieuse, c'est agir sans s'inquiéter des conséquences, c'est vouloir nous replonger dans la barbarie d'où nous nous efforçons de sortir, c'est en outre s'exposer à être formellement contredit par ceux qui ont étudié sérieusement la matière.

Les auteurs du mémoire que je réfute se sont exprimés d'une manière non moins imprudente sur une question qui intéresse l'hygiène publique. On est venu vous dire que la morve du cheval se transmettait à l'homme, et que cette transmission avait été contamment mortelle dans quinze cas récemment recueillis, les seuls que l'on connaisse. Mais avant d'énoncer devant l'Académie des sciences une assertion de cette gravité et qui va jeter l'épouvante chez tous ceux qui auront à approcher d'un cheval malade de la morve, n'eût-il pas été sage de discuter et d'établir par des preuves irrécusables la similitude qu'on suppose; pour ma part, moi qui ai étudié la morve du cheval, après avoir vu des malades atteints du mal que mes confrères nomment morve, je ne suis pas frappé de la ressemblance, et j'aurais été bien aise qu'on me l'eût fait saisir.

Pour prouver que ce mal jusqu'ici toujours fatal est le résultat de la contagion, notre confrère vous a dit que les quinze victimes avaient eu des rapports avec des chevaux morveux; mais avant d'admettre la contagion qui frappe si vivement les esprits vulgaires, n'aurait-il pas fallu s'assurer si les mêmes causes qui ont produit la morve chez les chevaux qui, dit-on, l'ont transmise, n'ont pas pu développer aussi une maladie grave chez les hommes qui y ont été exposés? Et à supposer que les deux maladies fussent semblables, comme le disent les auteurs du mémoire, ne pourraient-elles donc pas avoir une commune origine?

Mais notre confrère va beaucoup plus loin; il soutient que la prétendue morve de l'homme, nouvelle aujourd'hui, a toujours existé, et que pour le savoir il n'a manqué que des observateurs. La terre tournait, vous a-t-il dit, avant que Galilée l'apprît au monde. A ce brillant mais un peu étrange rapprochement, où nous apparaît tout à coup un Galilée de la morve de l'homme, je ne ferai qu'une simple remarque: pour découvrir le mouvement de rotation et de translation de la terre autour du soleil, il fallait le génie d'un grand homme; mais pour s'apercevoir qu'en habitant avec des chevaux morveux on gagne leur mal, que le nez coule, et qu'on meurt avec la figure mutilée, il faudrait tout juste l'esprit du plus innocent palefrenier. Et certes un tel fait tout à la fois si simple et si effrayant n'eût passé inaperçu ni dans les régimens, ni dans les campagnes, et encore bien moins dans les infirmeries des écoles vétérinaires, où tant d'hommes instruits et zélés soignent les animaux.

Si j'en juge par les études que j'ai faites moi-même sur cette maladie que je regarde comme nouvelle, et qui j'espère sera passagère, elle est du genre de celle que les médecins appellent charbonneuse; elle dépend d'une altération du sang, ce que j'ai constaté directement et ce qui est d'ailleurs prouvé également par les désordres qu'elle laisse après elle et qui sont ici représentés par de très beaux dessins et de magnifiques pièces en cire. Mais dans des questions aussi graves, aussi importantes, je n'approuve point qu'on s'appuie de représentation, où les idées de l'auteur et l'imagination de l'artiste ont dû nécessairement s'introduire: ce n'est pas trop, dans de telles circonstances, d'avoir la nature sous les yeux; car alors chacun peut l'interroger à sa manière, la voir sous des aspects divers, ce qu'il est interdit de faire quand on a seulement à sa disposition des imitations toujours infidèles, si on les compare à la réalité.

Je regrette donc, dans l'intérêt de la sécurité publique, que les auteurs du mémoire aient entretenu l'Académie des sciences d'une maladie encore fort obscure, jusqu'ici inévitablement mortelle, devant laquelle par conséquent la médecine est obligée d'avouer hautement son impuissance, surtout n'ayant à nous présenter aucun fait qui n'eût déjà été rendu public par la voie des journaux scientifiques et par les débats de l'Académie royale de médecine.

M. Breschet répond:

1° Que, dans son opinion et dans celle de M. Rayer, la morve aiguë et la morve chronique sont deux affections d'une même nature, d'une même origine; qu'il connaît, aussi bien que M. Magendie, les différences que ces deux espèces de morve présentent dans leur marche et leur expression symptomatique;

2° Qu'il a dit que la morve chronique était beaucoup moins contagieuse que la morve aiguë, mais qu'il affirme de nouveau que la morve chronique est contagieuse;

3° Que M. Magendie, en déclarant que *presque tous* les chevaux sains, mis par lui en rapport avec des chevaux morveux étaient sortis intacts, ne prouvé pas que les autres chevaux n'ont pas contracté la morve par contagion;

4° Que d'ailleurs la transmission de la morve chronique, parmi les solipèdes, est démontrée par des faits et des expériences que les assertions de M. Magendie ne détruisent en aucune façon;

5° Que les opinions de M. Magendie sur l'origine de la morve de l'homme sont erronées en tous points, et que pour ne citer qu'un seul fait, on ne peut attribuer à l'infection des écuries les cas de morve observés chez l'homme à la suite de l'inoculation accidentelle d'une humeur morveuse.

Enfin, qu'il défie M. Magendie de signaler une erreur anatomico-pathologique dans les représentations de la morve aiguë et de la morve chronique du cheval, et de la morve aiguë de l'homme, mises sous les yeux de l'Académie.

Note de M. Becquerel. — Quoique étranger par mes travaux habituels, dit M. Becquerel, aux questions qui viennent d'être traitées par MM. Breschet et Magendie, le nom de mon fils (Alfred) ayant été cité, je crois devoir faire connaître à l'Académie les faits qu'il a observés et qui sont de nature à l'intéresser.

Ces faits sont de deux espèces; ils résultent d'expériences faites par mon fils, conjointement avec M. Leblanc, médecin vétérinaire distingué de la capitale.

La première espèce comprend les faits relatifs à la transmission de la morve du cheval à l'homme. En voici un exemple:

Le nommé Devinque succomba, en février 1839, à la morve aiguë, à l'hôpital de la Charité. L'observation en a été rapportée peu de temps après par mon fils, dans la Gazette Médicale. Cet homme avait contracté la morve en couchant presque tous les jours sur la litière d'une écurie où se trouvaient deux chevaux malades.

La cause de cette maladie serait restée inconnue sans l'activité et le zèle scientifique de M. Leblanc qui, ayant appris que le propriétaire de ces deux chevaux les avait fait abattre à Montfaucon, s'y rendit avec mon fils.

Ils firent ouvrir devant eux les fosses nasales des deux chevaux, et reconnurent tous les caractères d'une morve chronique intense; ce fait leur prouva la transmission de la morve du cheval à l'homme.

La seconde espèce de faits est encore plus concluante: elle est relative à la transmission de la morve de l'homme aux animaux.

1er fait. Du pus recueilli dans les pustules du malade et du mucus produit de l'écoulement nasal furent inoculés par M. Leblanc et mon fils à une ânesse, qui ne tarda pas à succomber aux progrès de la morve aiguë; fait qui fut constaté en présence de plusieurs vétérinaires distingués. L'histoire de cette ânesse fut consignée dans un mémoire publié par M. Leblanc.

2e fait. Le même pus et le même mucus nasal furent inoculés par M. Leblanc à un cheval; des lésions morveuses et farcineuses se développèrent quelques jours après chez cet animal, qui fut abattu au bout d'un mois. A l'autopsie, on trouva des cordes des boutons de farcin (expression du médecin vétérinaire) sur le trajet des vaisseaux glosso-faciaux et des vaisseaux de la face interne d'un des membres postérieurs.

La muqueuse de la narine droite avait été ulcérée, comme on a pu le croire d'après une cicatrice que l'on y trouva; les sinus veineux sous-muqueux de cette narine étaient encore fort injectés. Ces caractères n'ont pas permis de méconnaître la nature morveuse de la maladie.

Je terminerai en présentant à l'Académie le résumé de quelques expériences faites récemment par M. Leblanc, et qui sont de nature à l'intéresser.

Il y a un mois environ, un homme atteint de morve aiguë succomba à l'Hôtel-Dieu; M. Leblanc inocula: 1° à un chien, du sang extrait pendant la vie de l'homme malade; 2° à un autre chien, du pus provenant des pustules et du flux nasal. Le premier animal auquel le sang fut inoculé ne fut point atteint; le second devint morveux. Je me borne à exposer ces faits, dont les physiologistes tireront telles conclusions qu'ils jugeront convenables.

M. Larrey fait remarquer que, pendant la guerre que la France a eu à soutenir pendant plus d'un quart de siècle dans les différens climats, avec les puissances de l'Europe et même de l'ancien continent, il n'a jamais vu ni entendu dire (bien qu'il ait suivi et étudié les épizooties qui ont attaqué plusieurs fois les armées), qu'un seul des cavaliers ayant soigné des chevaux morveux ou affectés de la morve eût contracté cette maladie.

Enfin, M. Larrey, sans contester les faits rapportés en faveur de la contagion, pense qu'on ne peut encore prononcer d'une manière positive sur l'existence réelle de cette contagion (du cheval à l'homme), et qu'une telle idée, d'ailleurs, répandue dans l'armée, pourrait produire sur les corps de cavalerie une impression extrêmement fâcheuse.

Sur la blancheur des cartilages articulaires chez des hommes dont les os présentaient une teinte rouge; note communiquée par M. Larrey.

Le fait signalé par Duhamel de la différence que présentent, sous le rapport de la coloration, les os et les cartilages des animaux soumis à l'usage de la garance, ayant été constaté de nouveau par les recherches exposées dans le dernier mémoire de M. Flourens, M. Larrey prend occasion de cette dernière communication, pour rappeler qu'il a lui-même signalé une différence semblable dans les effets produits sur les deux espèces de tissus sous l'influence de certaines causes pathologiques.

Dans le deuxième mémoire que j'ai communiqué à l'Académie sur le mode d'occlusion des plaies du crâne, avec perte de substance à cette boîte osseuse, j'ai fait remarquer, dit-il, que chez plusieurs jeunes invalides qui avaient succombé en 1832 aux effets du choléra-morbus indien, j'avais trouvé les os de ces jeunes sujets empreints d'une teinte rouge-garance, comme ceux des jeunes animaux nourris avec cette plante, et j'ai été le premier à observer ce phénomène chez l'homme; j'ai fait la remarque aussi que cette injection rouge se bornait exclusivement à la substance osseuse, sans pénétrer dans les cartilages diathrodiaux qui conservaient leur couleur blanche.

Note sur une monstruosité nouvelle; portion de foetus vivant aux dépens du testicule; par M. A. Velpeau.

(Commissaires: MM. Serres, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Breschet.)

(Cette note a été insérée dans notre dernier numéro.)

NOUVEL APPAREIL POUR L'ÉCLAIRAGE DU MICROSCOPE, AU MOYEN DE LA LUMIÈRE DU GAZ OXI-HYDROGÈNE; PAR M. AL. DONNÉ.

(Commissaires : MM. Chevreul, Flourens, Ad. Brongniart, Pouillet.)

J'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie sur les applications que j'ai faites du microscope solaire et du microscope éclairé par le gaz oxi-hydrogène, à la démonstration des objets microscopiques et à l'enseignement. Ce sujet, auquel j'ai consacré mes études et mes soins depuis plusieurs années, me paraît offrir assez d'intérêt pour mériter d'être examiné par une commission de l'Institut.

J'ai eu le bonheur de pouvoir faire étudier expérimentalement à plus de cent élèves, pendant l'été dernier, la texture des différens élémens de l'organisation animale et végétale, la composition des divers fluides, le phénomène si admirable de la circulation dans les animaux et dans les plantes; j'ai pu montrer tous les détails de fine anatomie, depuis la structure de la peau, dont l'image se peint si nettement sur l'écran avec la disposition décrite par M. Breschet et l'arrangement de ses couches démontré par M. Flourens, jusqu'aux molécules des tissus musculaire et nerveux, et aux produits pathologiques des membranes, à ceux de l'urine, etc., etc.

Je suis même parvenu à éviter l'inconvénient de la chaleur, si incommode au foyer du microscope solaire, sans l'emploi d'aucune substance intermédiaire.

L'inconstance du soleil dans notre climat étant bientôt devenue un obstacle insurmontable, au moins pendant huit mois de l'année, aux démonstrations que j'ai entreprises et au but que je poursuis, je me suis déterminé à appliquer la lumière du gaz oxi-hydrogène à l'éclairage du microscope; mais l'appareil, tel qu'on l'a construit jusqu'ici, était tout à fait impropre à un cours scientifique, aussi ce précieux instrument, capable de rendre de si grands services, est-il resté jusqu'ici un simple objet de curiosité à peu près sans application dans l'enseignement; j'espère que son usage va s'étendre, en même temps qu'il deviendra d'un emploi plus simple et plus commode.

Je me hâte de dire que c'est à M. Selligue, dont l'esprit inventif et fécond est bien apprécié de ceux qui connaissent ses travaux, c'est à son zèle et à son habileté que je dois la disposition ingénieuse du nouvel appareil dont je viens soumettre l'examen à l'Académie.

SUR UN OS NOUVELLEMENT DÉCOUVERT DANS LA MACHOIRE DES PERROQUETS.

M. Rousseau, à l'occasion d'une lettre de M. Jacquemin, dont l'analyse a été donnée dans le compte rendu de la séance précédente, s'attache à faire voir que l'os qu'il a signalé comme nouveau dans la tête des perroquets, et qui se trouve entre la partie inférieure et externe du bord du canal auditif, et la partie interne et médiane du bord postérieur de l'os carré, n'est point, comme l'a suppose M. Jacquemin, une pièce dépendante du système des canaux aériens du squelette, mais une pièce propre aux oiseaux du genre *psittacus*, et apparente surtout chez certaines espèces du Nouveau-Monde. Cette pièce n'a donc rien de commun avec le *siphonium* de la mâchoire de la corneille. Au reste, M. Rousseau fait remarquer que cette partie, qui sert à établir la communication entre les cellules aériennes de l'oreille et celles de la mandibule, avait été depuis fort longtemps décrite et figurée par Camper.

A la lettre de M. Rousseau sont jointes, comme pièces à l'appui, diverses têtes d'oiseaux.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER.

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre qui remplira, dans la section de physique la place laissée vacante par le décès de M. Dulong. La liste présentée par la section portait les noms suivans : 1° M. Despretz; 2° M. Babinet; 3° MM. Pellier et Peclet (*ex æquo*).

Le nombre des votans est de 57; majorité, 29. Au premier tour de scrutin, M. Babinet obtient 35 suffrages; M. Despretz, 19; M. Peclet, 2; il y a un billet blanc.

M. Babinet ayant réuni la majorité absolue des suffrages est déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

CIRCULATION DES PYROSOMES.

M. Audoin communique des observations de M. Milne Edwards sur ces animaux, qu'il a pu étudier vivans dans la baie de Villefranche. Je ne m'étais fait, dit ce naturaliste, qu'une idée bien imparfaite de l'organisation de ces animaux tant que je n'avais eu à ma disposition que des individus conservés dans l'alcool. Rien n'est plus curieux à voir que l'appareil respiratoire de ces petits êtres, lorsque les cils vibratiles dont chacune des fentes branchiales est garnie, se meuvent tout à la fois et tourbillonnent avec une rapidité extrême et une harmonie parfaite; mais ce qui m'a intéressé surtout, c'est la manière dont se fait la circulation du sang chez ces pyrosomes. Le cœur qui, je crois, avait échappé jusqu'ici aux recherches des anatomistes, est placé à la partie inférieure du corps, à côté et au-dessous de la masse viscérale : il a une disposition analogue à celle des ascidies. Il se contracte aussi d'une manière péristaltique, et encore ici la direction de ce mouvement vermiculaire change périodiquement. La direction du courant circulatoire change périodiquement aussi, tout à fait à la manière de ce qui a lieu chez les ascidies, et, comme chez ces animaux, les mêmes vaisseaux remplissent alternativement les rôles d'une artère et d'une veine.

Voilà donc ce mode de circulation si anomal constaté dans toutes les grandes divisions naturelles de la classe des tuniciers de Lamarck. Il m'a paru intéressant, dit en terminant M. Milne Edwards, de voir qu'un phénomène physiologique aussi remarquable, et qui n'a encore été aperçu dans aucun autre type du règne animal, ne manquât dans aucun des animaux dont se compose ce groupe intermédiaire entre les vrais mollusques et les polypes.

EMPLOI DE LA LUMIÈRE DRUMMOND POUR LA FORMATION DES IMAGES PHOTOGRAPHIQUES.

M. Biot présente plusieurs images opérées sur la couche d'iode par la lumière du gaz oxy-hydrogène, enflamme sur la chaux et agissant à travers un système de lentilles disposées pour produire divers degrés de grossissement. L'appareil optique employé est exactement un microscope solaire, dont le corps éclairant est la petite masse de chaux sur laquelle s'opère la combustion, et l'objet transparent dont on veut employer l'image agrandie y est aussi inséré de la même manière; mais au lieu de jeter l'image sur une toile blanche, insensible, comme on le fait d'ordinaire dans ce genre d'expériences, M. Donné la reçoit sur la couche d'iode de M. Daguerre, et elle y imprime très nettement l'image de l'objet, qui se trouve ainsi durable.

REMARQUES SUR LA LOI DES SUBSTITUTIONS DE M. DUMAS.

M. Pelouze présente des observations critiques sur le mémoire lu par M. Dumas dans l'avant-dernière séance, et d'abord il s'attache à faire voir que ce que l'auteur en tendait par cette expression en mai 1834, lorsqu'il en fit usage pour la première fois, était fort différent de ce qu'il lui a fait signifier plus tard, et que la nouvelle acception qu'il lui donnait en 1838 n'est même plus celle qu'il y a attachée dans ces dernières communications. Après cette discussion, M. Pelouze poursuit dans ces termes :

Par le mot substitution, entendez-vous exprimer seulement le résultat d'une réaction à la suite de laquelle une substance, perdant par exemple de l'hydrogène et le remplaçant par du chlore, équivalent à équivalent, s'est transformée dans une autre substance quelconque bien déterminée, alors votre loi se composera nécessairement des deux règles suivantes :

1° Lorsqu'un corps se transforme en un autre corps du même type, c'est toujours par substitution;

2° Lorsqu'un corps se transforme en un autre corps d'un type différent, ce n'est jamais par substitution.

La première de ces deux règles est évidemment exacte, car le nombre des équivalens contenus dans deux systèmes du même type étant le même, il faut bien que le nombre des équivalens, gagnés en passant de l'un à l'autre, soit égal au nombre des équivalens perdus. Qu'il y ait, par exemple, dans chacune de nos deux substances *dix équivalens*, le nombre *dix* devant se conserver ne pourra gagner quelques unités sans en perdre un nombre égal.

La seconde règle a donc seule un caractère particulier; mais par malheur elle est contraire à l'expérience. Les belles expériences de M. Regnault, si souvent citées par M. Dumas, et louée par lui à si juste titre, nous en offrent plusieurs exemples, dans lesquels la substitution du chlore à l'hydrogène a lieu, bien que le type initial ne soit pas conservé.

Un seul moyen nous reste donc de rendre conforme à l'expérience la loi des substitutions autrement qu'on ne l'a fait tout à l'heure, c'est d'y ajouter une idée nouvelle et nécessaire, celle d'une conservation de type, c'est enfin d'entendre par ce mot le résultat d'une réaction à l'aide de laquelle un corps s'est transformé dans un autre sans changer de type. Il sera vrai de dire alors, mais ce sera une pure affaire de définition, qu'il n'y a jamais substitution lorsqu'un corps passe d'un type à un autre; il sera également vrai de dire (et ce sera une affaire de simple arithmétique) que dans toute substitution les équivalens éliminés sont toujours remplacés par un nombre égal d'autres équivalens.

En effet, le type du corps primitif et celui du corps que l'on en déduit étant les mêmes, ces deux corps, d'après la définition du mot type, renfermeront le même nombre d'équivalens. Donc le nombre des équivalens nouveaux introduits ne peut manquer d'être égal à celui des équivalens qui sont partis.

Il restera maintenant à savoir quelle utilité on pourra tirer d'une loi qui n'est plus fondée que sur des mots.

Ainsi, en résumé, quand la loi des substitutions veut se distinguer de la théorie des équivalens, elle est dans la nécessité, ou de contredire l'expérience, si elle veut conserver un caractère chimique propre, ou de renoncer à tout caractère chimique, en s'absorbant pour ainsi dire dans la théorie des types, qui n'avait assurément à l'origine aucun rapport avec elle.

Disons maintenant un mot de la théorie des types.

Appuyer cette théorie sur la loi des substitutions paraît chose impossible après ce qu'on vient de voir; et en effet (nous le répétons encore une fois), si par le mot substitution on entend seulement parler d'un phénomène où un corps en remplace un autre équivalent à équivalent, il n'y a pas toujours conservation de type (soit mécanique, soit à plus forte raison, chimique) lorsqu'une substitution s'observe. Que si, au contraire, on attache *a priori* au mot substitution l'idée nécessaire d'une conservation de type, alors il est clair que les phénomènes de substitution ne peuvent servir en rien à définir les types, puisqu'eux-mêmes sont uniquement définis par ces mêmes types.

Quant à l'idée de grouper les substances chimiques en familles naturelles, dit en terminant M. Pelouze, cette idée est excellente sans doute, mais ce n'est pas la première fois qu'elle se présente à l'esprit des chimistes. Quel moyen nouveau nous donne-t-on de l'effectuer? Nous n'en voyons aucun jusqu'ici; mais sur ce point il est convenable d'attendre que M. Dumas ait publié la classification qu'il annonce.

ACTIONS DES ALCOOLS SUR LES ALCALIS.

M. Dumas communique les résultats d'un travail qui lui est commun avec M. Stass.

1° L'alcool pur $C^8\ H^{12}\ O^2$ se convertit, sous l'influence de la potasse hydra-

tée et de la chaleur, en hydrogène pur et en acide acétique également pur $C^8 H^8 O^4$.

2° L'esprit de bois $C^4 H^6 O^2$, dans la même circonstance, fournit de l'acide formique $C^4 H^4 O^4$, et de l'hydrogène pur.

3° L'éthal $C^{64} H^{68} O^2$, par la même réaction, se convertil en nn nouvel acide, l'acide $C^{64} H^{64} O^4$, et dégage de l'hydrogène pur comme les deux corps précédens.

4° L'huile de pommes de terre $C^{20} H^{24} O^2$, traitée de la même manière, fournit aussi de l'hydrogène en donnant naissance à un acide volatil liquide et oléagineux $C^{20} H^{20} O^4$.

Ce qui résulte clairement de ces quatre expériences, dit M. Dumas, c'est que tout alcool se convertit sons l'influence des alcalis hydratés en nn acide qui lui correspond, et qu'il le fait tonjonrs en perdant 4 volumes d'hydrogène et gagnant 2 volumes d'oxigène, conformément à la théorie des types et à la loi des substitutions. Ces résultats fournissent aussi le moyen d'expliquer l'action de l'alcool sur la baryte anhydre, action dont nous avions reconnu les résultats par des expériences certaines.

En dirigeant un conrant d'alcool pur sur de la baryte anhydre et chaude, MM. Dnmas et Stass ont vu se prodnire: 1° un gaz oléfiant que l'acide sulfurique de Nordhausen absorbe; 2° un gaz des marais qui reste après qne le gaz oléfiant a disparu et qu'on peut convertir au moyen du chlore en chlorure de carbone $C^4 CH^8$ qui lui correspond; 3° de l'hydrogène qui est indiqué par l'analyse eudiométrique. Ces gaz paraissent dériver des actions suivantes:

1° La baryte anhydre, en agissant sur l'alcool, donnerait de l'hydrate de baryte et du gaz oléfiant.

2° L'hydrate de baryte ainsi formé produirait, avec une nouvelle portion d'alcool, de l'hydrogène et de l'acétate de baryte;

3° L'acétate de baryte, en présence d'un excès de base, fournirait du gaz des marais et du carbonatee de baryte.

Nous n'avons pu saisir en ancune manière, poursuivent les auteurs, les conditions dans lesquelles se sont placés MM. Pelouze et Millon, qui ont annoncé, comme on sait, que l'alcool et les barytes anhydres fournissent: 1° du carbonate de baryte; 2° un gaz donnant son volume d'acide carbonique, absorbant deux fois son volume d'oxigène; en un mot, doué de la même composition que le gaz des marais, mais avec des propriétés différentes.

Après que M. Dnmas a achevé sa lecture, M. Pelouze répond que les résultats qu'il avait annoncés relativement à l'action de l'alcool sur la baryte anhydre, ont été obtenns de nouveau par lui et par M. Millon depuis leur dernière communication, et qu'en conséquence, si MM. Dumas et Stass ont obtenn des produits différens, c'est que sans doute ils se seront placés dans des circonstances de température différentes de celles qui avaient été indiquées.

APPLICATION DES PROCÉDÉS OPTIQUES AUX ARTS RELATIFS A LA FABRICATION ET AU RAFFINAGE DU SUCRE.

M. Biot ayant soumis aux épreuves de la polarisation circulaire une portion du jus de canne (vesou) qui a servi aux analyses de M. Peligot, a trouvé qu'à travers un tube de 152 millimètres de longueur ce liquide imprimait au plan de polarisation du rayon rouge une déviation de 18° vers la droite de l'observateur. D'après les expériences faites précédemment par l'auteur, et dont nous avons rendu compte à l'époque où elles furent communiquées à l'Académie, cette déviation est exactement celle que produirait une solution aqueuse de sucre de canne cristallisé où ce sucre entrerait dans la proportion pondérale de 20 pour 100, et la densité du jus observé dans le laboratoire de M. Pelouze est aussi presque exactement égale à celle d'une pareille solution.

Pour savoir si cette déviation est toute entière opérée par du sucre cristallisable, il aurait fallu l'intervertir par des acides; mais cette épreuve très-facile était ici inutile à faire, car, en desséchant dans le vide un poids connu du jus observé, M. Pelouze avait observé qu'il ne contenait sensiblement que 20 pour 100 de matières solides; or, comme le sucre de canne incristallisable a un pouvoir rotatoire moindre que le sucre cristallisable ou inverse, il en faudrait un poids plus grand pour produire la déviation observée, si une certaine portion de la masse en était formée, et par conséquent cette déviation appartient tout entière à du sucre cristallisable.

Cette épreuve physique confirme donc l'analyse de M. Péligot, et le résultat qu'elle a donné est une conséquence nécessaire de celui qu'il a obtenu; aussi, dit M. Biot, n'en aurais-je pas entretenu l'Académie, s'il n'offrait une occasion de montrer combien ce genre d'observation pourrait rendre de services à l'industrie du sucre.

Pour les colons d'abord, car puisqu'il est aujourd'hui reconnu que le jus de canne naturel, aprés la filtration, ne contient que du sucre cristallisable, la seule mesure de la déviation opérée par lui immédiatement après son extraction ferait connaître aussitôt sa richesse pour chaque localité, pour chaque sol, et l'on pourrait, en répétant la même épreuve, après les opérations successives que l'on fait subir au jus naturel pour l'évaporer, le clarifier, le concentrer, le réduire en grains; on saurait aussitôt et à tous les instans l'effet bon ou mauvais de chacune d'elles.

Pour les raffineurs, le procédé ne serait ni moins utile, ni plus difficile à employer. Il se vend et s'achète tous les jours des parties de sucre brut en grains d'une valeur considérable, sur lesquelles on n'a d'autre indice que leur plus ou moins de blancheur, de granulation et la connaissance du lieu d'où elles proviennent. Tout cela est fort vague, fort incertain et expose les acheteurs comme les vendeurs à beaucoup de mécomptes, même en ne supposant pas les falsifications dont le commerce commence à se plaindre. Or, on saurait très-précisément ce que ces produits contiennent de sucre cristallisable en en dissolvant un poids connu dans l'eau et mesurant la déviation qu'il imprime à la lumière polarisée. Seulement, il faudrait une fois avoir extrait par l'alcool le sucre non cristallisable que les sucres brutes contiennent, pour étudier son pouvoir rotatoire propre et le genre de modification que ce pouvoir éprouve sous l'influence des acides. Je n'ai pas fait ce facile travail, dit M. Biot, parce qu'il est juste d'en laisser la peine à ceux qui doivent en profiter pécuniairement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER.

M. Guéneau de Mussy lit un rapport officiel sur la demande d'un brevet d'invention pour un baume anti-rhumatismal. (Rejetée.)

GANGRÈNE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. Capuron lit, au nom de M. Baron, de feu Bertin, et au sien, un rapport arriéré sur un cas de gangrène survenue chez un nouveau-né qui vint au monde dans un état apoplectique. La mère, âgée de 20 ans, était primipare; les eaux s'étaient écoulées depuis la veille; la tête était fort basse, mais bien placée. L'enfant, du sexe féminin, avait la face violacée, la respiration embarrassée; le cordon ayant été coupé, il s'écoula une certaine quantité de sang. Dès-lors, les accidens cessèrent, et douze heures après, la petite malade était rendue à la vie. Cependant, de nouveaux accidens se développèrent; des phlyctènes apparurent à la peau, et huit jours après elle succombait à une gangrène étendue.

M. Capuron regrette qu'il n'ait pas été possible, dans ce cas, de jeter plus de jour sur la cause prochaine des accidens, en faisant l'autopsie. L'auteur de l'observation avait noté une altération dans les bruits du cœur, surtout pendant le systole, il aurait été intéressant de constater s'il y avait du côté du centre circulatoire quelques lésions graves. (Insertion aux bulletins.)

M. Rochoux demande ce qu'on entend par l'apoplexie des nouveau-nés, et si un accoucheur pourrait lui donner d'utiles renseignemens sur ce point.

M. Capuron insiste sur les caractères apparens de l'apoplexie plutôt que sur la lésion cérébrale elle-même.

M. Moreau regarde comme un fait très rare la gangrène survenue chez cet enfant. Il ne pense pas que l'écoulement prématuré des eaux et la longueur du travail qui en fut la conséquence puissent en donner une explication suffisante; car ces accidens sont très communs; au contraire, la gangrène dont il est question se voit très rarement. M. Moreau, répondant à la question de M. Rochoux, distingue l'état apoplectique de l'apoplexie proprement dite. Les nouveau-nés chez lesquels s'observe le premier état reviennent souvent à la vie; au contraire, dans l'apoplexie proprement dite, qui en diffère essentiellement, il y a des épanchemens sanguins au milieu de la substance cérébrale déchirée; ces épanchemens ont été vus dans diverses parties du cerveau.

Les conclusions de M. Capuron sont adoptées.

SUR L'EMPLOI DES NOUVEAUX POIDS EN MÉDECINE.

M. Bouvier lit une note sur ce sujet.

DU CONTRASTE ENTRE LE PÔLE CÉRÉBRAL ET LE PÔLE GÉNITAL DANS L'HOMME ET LA SÉRIE DES ANIMAUX.

M. Virey lit, sous ce titre, un travail dont nous publierons un extrait dans notre prochain numéro.

Une discussion s'élève à la suite du discours de M. Virey sur le plus ou moins de valeur des assertions qu'il a émises. MM. Rochoux, Gerdy, Londe, prennent successivement la parole.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

M. Séchaud lit un travail ayant pour titre *Considérations sur les fièvres intermittentes*. Nous y reviendrons lorsque MM. Villermé et Bricheteau, nommés commissaires, auront fait leur rapport.

NOUVEAU BANDAGE POUR LES HERNIES DIRECTES CHEZ L'HOMME

(Voir ci-contre cet article.)

TAILLE SUS-PUBIENNE CHEZ LA FEMME.

M. Souberbielle met sous les yeux de l'Académie la vessie et le reste de l'appareil urinaire d'une femme âgée de 43 ans, chez laquelle il a pratiqué l'opération de la taille par le haut appareil. Les reins sont profondément altérés, enflammés, suppurans et renfermant des graviers: les uretères dilatés. La vessie offre une poche dans laquelle existait un calcul; il y en avait plusieurs autres avec des facettes, résultat de leur frottement. La malade a succombé le douzième jour.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATION SUR L'HYDROTATE DE LAURIER-CERISE; par M. Paton, pharmacien (Dissertation inaugurale soutenue à l'école de pharmacie). — Paris, 1838, 24 pages in-4.

Parmi les médicamens dont l'action est incertaine, l'eau de laurier-cerise occupe une des premières places. Tel praticien, par exemple, l'a

administrée jusqu'à la dose de 12 onces en vingt-quatre heures et sans accident; tandis que tel autre la considère comme toxique à celle de quelques gros. De là, l'impossibilité pour les praticiens d'employer avec sûreté cette préparation, qui, cependant, paraît quelquefois douée de propriétés très énergiques; de là aussi le besoin de soumettre les divers modes de préparations employés pour cette eau distillée, et les recherches de M. Paton, dont nous allons reproduire les principaux résultats, sans le suivre dans les développemens techniques où il est entraîné par la nature même de son sujet.

L'auteur signale d'abord comme ayant contribué à accréditer les variations dans l'énergie de l'hydrotate de laurier-cerise, la différence apportée dans sa préparation qui, dans les premiers temps de son emploi, se faisait avec deux livres de feuille pour une livre d'hydrotate; tandis qu'aujourd'hui on en doit retirer deux livres. La nature du sol, sur lequel sont prises les feuilles du laurier destinées à la préparation, leur exposition à un soleil ardent sont des conditions qui influent beaucoup sur l'énergie de la préparation, mais qu'il est impossible de préciser d'une manière exacte.

Désireux de savoir si les différentes époques de la végétation influaient directement sur la quantité d'acide hydrocyanique que contient l'eau de laurier-cerise, et auquel elle doit toute son activité, M. Paton soumit à la distillation des feuilles prises à différentes époques sur des mêmes sujets, et commença le 15 juin, et finit le 30 août, par un temps généralement beau; il n'obtint pas des doses sensiblement différentes d'acide hydrocyanique; cependant, ce fut vers la fin de juillet qu'il trouva cet acide en plus grande quantité.

Voulant ensuite savoir combien l'eau de laurier-cerise qu'il avait préparée lui-même en 1838, avec une quantité considérable de feuilles de laurier-cerise que l'école de pharmacie avait mise à sa disposition, contenait d'acide, il la traita par un excès de nitrate d'argent, et obtint d'une livre d'eau de laurier-cerise une quantité de cyanure d'argent représentant 16 grammes d'acide hydrocyanique anhydre, ou 1 grain par once.

Des divers modes de préparation, celui qui paraît le plus avantageux à l'auteur, c'est celui à feu nu et exécuté de suite; il repousse surtout la préparation à la vapeur, qui ne lui a fourni que des produits très inférieurs.

L'opinion assez généralement reçue que l'eau de laurier-cerise s'altère très promptement est repoussée par M. Paton comme fausse. De l'eau préparée depuis deux ans lui a fourni à peu près la même quantité d'acide hydrocyanique, qu'à l'époque de sa préparation. Elle se conserve facilement quand elle est bien bouchée et dans des vases, autant que possible, toujours pleins. On y arrivera facilement, en ayant soin de la renfermer toujours dans de petits vases.

L'une des causes les plus fréquentes de l'infidélité de l'eau de laurier-cerise, c'est la mauvaise foi de ceux qui la fournissent. « A l'époque peu éloignée où elle fut introduite dans la thérapeutique, l'eau de laurier-cerise n'était préparée que par des pharmaciens; car alors la droguerie ne chargeait pas les officines de certains produits, dont une analyse sévère ferait connaître la fraude. Quelle eau de laurier-cerise fournit le commerce! Il en est de bonne, sans doute, mais combien peu! Grand nombre de fois j'ai recherché l'acide cyanhydrique dans ce produit, et, lorsque j'en ai trouvé, ce n'était que des traces. »

Le caractère d'un bon médicament étant d'offrir une composition identique, l'eau de laurier-cerise ne saurait actuellement être décorée de ce titre. Mais faudrait-il, comme on l'a proposé, lui substituer différens mélanges? M. Paton s'y oppose; car ce serait enlever à la matière médicale un produit dont les propriétés sont souvent avantageuses; il propose pour obvier aux inconvéniens signalés ci-dessus de lui donner un degré de valeur d'une facile appréciation : « Qu'on distille, dit-il, le laurier cerise à une époque fixe, au mois de juillet, par exemple; puis, qu'on apprécie la valeur du produit, au moyen d'un traitement direct par le nitrate d'argent; puis d'un second par la potasse ou la soude pure. le nitrate d'argent et l'acide azotique, et la quantité de cyanure obtenue indiquera la quantité d'acide cyanhydrique, et le médecin connaissant exactement la force du médicament qu'il prescrit, n'aura plus à craindre l'emploi d'une médication inerte, et encore moins ces effets toxiques redoutables qu'on a observés trop de fois déjà à la suite de l'administration de l'eau de laurier-cerise.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai lu, dans votre numéro du 8 de ce mois, comme addition à une NOTE SUR LA CHLOROSE, par M. le docteur Hœfer, les assertions suivantes, que je crois devoir réfuter :

« M. Faure nie l'influence des marais sur la production des fièvres, et à l'appui de son opinion, il cite Modon en Morée. M. Littré reproduit (RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, S V, *Fièvres intermittentes*) l'opinion de M. Faure. Quant à moi, qui ai vécu à Modon et aux environs, je déclare que la contrée en question est une des plus marécageuses que j'aie rencontrées dans mes voyages en Allemagne, en Hollande, en France et en Grèce. »

Loin d'avoir nié l'influence des marais sur la production des fièvres intermittentes, j'ai toujours dit que cette cause était la plus capable d'y donner lieu : on peut voir les pages 8, 43, 44, etc., etc, du travail que je publiai sur ces maladies en 1833.

J'ai appuyé sur un si grand nombre de faits recueillis en Espagne, en Grèce et en France, l'opinion que j'ai émise sur la nature de ces maladies, que, quand même, ce que j'ai dit du climat de Modon ne serait pas exact, ma manière de voir ne saurait en être ébranlée, une preuve de plus ou de moins, lorsqu'il y a déjà surabondance, ne pouvant être d'un grand poids. Mais je dois tenir à faire voir que ce n'est pas sans y avoir bien réfléchi que j'ai parlé du climat de Modon. Voici ce que je dis des environs de cette ville, à la page 60 :

« A Modon, on pouvait encore moins qu'à Navarin accuser l'influence des marais de produire les fièvres intermittentes; car, auprès de Modon, il n'y a point de marais. Une partie de la plaine est, à la vérité, couverte d'eau de pluie l'hiver; mais cette eau s'écoule et s'évapore dès les premières chaleurs, et on sait que cette contrée est bientôt ou demeure aride, en même temps que couverte de moissons. Il ne faut pas creuser (1) à une bien grande profondeur pour trouver l'eau; mais cette plaine n'offre aucun caractère des lieux marécageux. J'allais régulièrement m'y promener tous les jours, depuis une heure avant jusqu'à une heure après le coucher du soleil, et je n'en ai jamais été incommodé, non plus que beaucoup d'autres personnes qui avaient la même habitude. »

Je pourrais ajouter que de nombreuses familles vivaient dans des habitations insuffisantes, non seulement au bord, mais au milieu de ce prétendu marais, où l'on voyait de notre temps les restes d'un camp d'Ibrahim. Je me contente de rappeler ce peu de lignes écrites dans des vues éloignées de toute discussion, pour répondre à ce que dit M. Hœfer de la plaine de Modon. Si cet honorable confrère veut persister dans sa manière de voir, il en est bien le maître, et je ne prétends pas l'en faire revenir. S'il n'a vu, dans ses voyages, ni en Allemagne, ni en Hollande, ni en France, ni en Grèce, une contrée plus marécageuse que celle dont il s'agit, j'en suis étonné; car, en Morée même, j'en connais qui le sont bien davantage : au fond de la baie de Navarin, auprès de Pylos, ou du vieux Zonchio, est un marais dont l'influence ne fut que trop évidente sur les troupes françaises qu'on fit bivouaquer dans son voisinage en septembre et octobre 1828. Dans les plaines de l'Elide, on voit entre Pyrgos et Gastouni, et surtout autour de cette dernière ville, de vastes contrées marécageuses trop fertiles en fièvres intermittentes. Dans la partie sud-est de la plaine d'Argos, se trouvent entre les murs de Tyrinthe et Napoli de Romani, des terres marécageuses, dont les habitans de cette ville, la plus populeuse de la Morée, n'ont que trop appris à redouter le voisinage. Je pourrais aussi parler du marais de Lerne, situé à la partie sud-ouest de cette plaine et dont l'antique réputation est trop bien établie. Je pourrais également citer les environs d'Epidaure, aujourd'hui Epidavros, ceux de Démala, l'ancienne Trézène.

Mais je dois borner cette réponse déjà trop longue, et assurer que ni M. Littré, ni aucun autre écrivain scrupuleux n'auront jamais à se repentir d'avoir considéré comme vrais des faits physiques aussi patens que j'aurai dit avoir *vus*.

Je vous prie, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien, dans l'intérêt de la vérité, donner place à ces réflexions dans votre journal justement accrédité.

A. FAURE.

Médecin et professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

Le 11 février 1840.

—La première leçon du cours de microscopie de M. Donné, qui aura lieu dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois, clinique de la Faculté, mercredi prochain 26 février, à trois heures, sera publique.

(1) La plupart des puits très nombreux qu'il y a dans cette plaine, n'ont que dix à douze pieds de profondeur; ils ne tarissent pas, et certains fournissent de l'eau à la vessie. (M. Hœfer aura sans doute remarqué, comme moi, le moyen ingénieux dont on se sert pour y puiser l'eau nécessaire à l'arrosement des jardins. C'est là que je l'ai vu mettre en usage pour la première fois.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Note sur l'anthrakokali et sur l'emploi de ce médicament nouveau dans quelques affections herpétiques. — II. Revue des Journaux de médecine américains. Observations de plaies de tête.—Observation remarquable d'un cas de somnambulisme.—Sur les asiles destinés au traitement des aliénés.—Observation d'une tumeur osseuse naissant du bassin.—Extirpation d'une portion de côte pour une névralgie. — Observation de tumeurs douloureuses de l'urètre chez la femme. — Observations pratiques sur la chorée. — Observation de luxation de champ de la rotule. — Anévrisme de l'artère fémorale; ligature de l'iliaque externe. —Relevé des cas de fièvres reçues à l'hôpital de New-York pendant l'été de 1836.—Rapport statistique sur l'asile de Bloomingdale.—Observation d'affections nerveuses.—III. Travaux académiques. Academie de médecine : séance du 25 février. — IV. Bibliographie. Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers.—V. Feuilleton. De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ANTHRAKOKALI ET SUR L'EMPLOI DE CE MÉDICAMENT NOUVEAU DANS QUELQUES AFFECTIONS HERPÉTIQUES; par M. le docteur Polya, médecin de l'hôpital civil de Pest; communiquée par M. le docteur Maxime M. Jacobovics.

M. le docteur Polya, praticien distingué de la ville de Pest, a publié, en 1837, les rés ultats de ses observations et expériences cliniques sur l'emploi d'un nouveau remède, nommé anthrakokali, dans le traitement des maladies chroniques de la peau (1). Sa position spéciale de médecin en chef d'un hôpital secondaire, où tous les ans 650 à 700 malades sont reçus, et dont un très grand nombre présente des affections cutanées chroniques, lui a permis de vérifier les bons effets de ce nouveau traitement dans ce genre de maladies, dont la guérison radicale, dans la majorité des cas, est toujours restée un problème très difficile ou impossible à résoudre, même pour les praticiens les plus habiles.

Les faits choisis et les vues pratiques qui ont été publiés par M. le docteur Polya sont les fruits d'un travail assidu et impartial de plus de trois ans.

Comme les vrais observateurs de tous les âges, lui aussi a eu maintes fois l'occasion de constater :

1° Qu'un grand nombre de maladies de la peau sont héréditaires;

2° Qu'elles se montrent réfractaires très souvent au traitement le mieux dirigé;

3° Qu'elles se reproduisent avec une facilité et une opiniâtreté désespérantes;

4° Qu'après leur disparition spontanée, ou produite par les moyens de l'art, se développent souvent des affections dangereuses des organes internes.

Ces faits importans, qui se répètent tous les jours, l'ont conduit à admettre un vice interne, une diathèse particulière, qui produit et entretient un grand nombre de maladies de la peau.

En examinant les antécédens de ces affections, les succès et les échecs qu'il a eus dans leur traitement, il a trouvé :

(1) Observationes de herpete, ejus complicationibus, et remedio novo anthrakokali; scripsit Josephus Polya, med. doct., lib. reg. civitatis Pest physicus nosocomii civilis medicus ordinarius, societatis eruditorum Hung. membrum correspondens, etc.
Pestini, 1837.

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ ET DE LA FOLIE DANS LE RÉGIME PÉNITENTIAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Il y a un an environ un travail intitulé : *De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire*, fut soumis par M. Moreau-Chistophe, inspecteur général des prisons, au jugement de l'Académie de médecine. Dans ce travail, l'auteur a rassemblé les faits publiés par les médecins des pénitenciers d'Amérique et par MM. Gosse et Coindet, de Genève. Il a comparé, discuté et est arrivé à cette conclusion que le régime cellulaire n'a pas sur la mortalité et la production de la folie l'influence que MM. Gosse et Coindet tendaient à lui attribuer, d'après un trop petit nombre d'observations. Cette conclusion fut sanctionnée par le jugement de l'Académie, qui accorda son approbation au mémoire de M. Moreau et en vota l'impression.

Dans l'un des derniers numéros de la Gazette Médicale, M. Carrière a entrepris de réfuter le mémoire de M. Moreau - Christophe, auquel l'Académie de médecine n'a pas, dit-il, accordé une attention suffisante et dont elle n'a pas prévu les conséquences.

Attaché pendant cinq ans, comme premier interne, à la maison de Charenton, la question de la folie dans le régime pénitentiaire offrait pour moi quelque intérêt. Je l'étudiai avec soin à l'époque où M. Moreau présenta son mémoire à l'Académie, et je restai convaincu, comme lui, que les faits invoqués jusqu'à présent ne prouvent rien contre le régime pénitentiaire. Le travail de M. Carrière n'a pas changé cette conviction. Le sujet est si important, si éminemment médical, et je puis dire d'un intérêt si actuel, que vous me permettrez, M. le rédacteur, d'examiner, avec quelques détails, jusqu'à quel point M. Carrière a réfuté le mémoire de M. Moreau - Christophe, et d'ajouter quelques réflexions sur cette question de la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire.

Et d'abord dans sa lettre M. Carrière représente M. Moreau comme un partisan pur et simple du système de Philadelphie. « Nous aurons donc, dit-il, le système américain à peu près dans sa pureté primitive, si l'Académie ne songe pas à revenir sur le passé. » Ailleurs il suppose que le régime pénitentiaire qu'on veut appliquer en France entraîne, pour les détenus, « l'absence de mouvement, la pratique obligée du silence, l'uniforme immuabilité des impressions. » C'est contre de telles opinions que sont dirigés tous les argumens de M. Carrière qui voit dans la pratique obligée du silence une cause de phthisie laryngée, et dans l'uniforme immuabilité des impressions, une source de folie.

Assurément M. Moreau - Christophe a souvent défendu le système de Philadelphie, car il veut avant tout que les prisonniers ne puissent se voir entre eux, et le système de Philadelphie est le seul qui remplisse cette condition. Mais s'il emprunte à ce système sa base, il demande, quand il s'agit de l'appliquer à la France, d'importantes modifications qui en changent plusieurs conditions.

1° Que beaucoup de maladies de la peau se développent sans cause appréciable;

2° Que la gale avait souvent précédé le développement de quelques-unes de ces maladies;

3° Que beaucoup d'entre elles naissent et persistent sous l'influence des vices syphilitiques et scrofuleux.

De plus, le même praticien s'est convaincu :

1° Que les maladies de la peau qui succédaient à la gale ont été avantageusement modifiées, et quelquefois même elles ont disparu par l'usage interne du soufre; nombre de fois elles ont récidivé, n'affectant plus leur forme primitive, mais présentant la modification que leur avait d'abord imprimé le traitement sulfureux;

2° Les maladies de la peau qui se sont développées sous l'influence du virus vénérien sont souvent modifiées par un traitement mercuriel; mais dans beaucoup de cas on ne parvient pas à guérir radicalement ces affections compliquées, à l'aide du mercure seul;

3° La scrofule, qui occasione si souvent des maladies cutanées, cède dans un grand nombre de cas à l'emploi bien réglé de l'iode et des préparations iodurées : les engorgemens des glandes du cou, des aines, etc., même les affections des os s'améliorent, ou se guérissent; mais l'affection de la peau reste souvent telle qu'elle était, et, à l'heure qu'il est, la dartre rongeante scrofuleuse résiste aux traitemens usités avec une opiniâtreté presque invincible.

Les observations signalées portent à croire que, dans les éruptions syphilitiques, scrofuleuses et psoriques, ce n'est pas seulement le virus spécifique de ces maladies constitutionnelles qui engendre et entretient les affections de la peau, mais qu'il faut encore admettre une diathèse spéciale, qui les rend réfractaires aux remèdes propres, d'ailleurs, à guérir la gale, la syphilis, la scrofule.

Les remèdes qui agissent comme spécifiques dans ces trois ordres de maladies sont le soufre, le mercure et l'iode.

Pour avoir donc des résultats plus heureux dans la guérison des maladies cutanées, il fallait découvrir un remède qui agît comme spécifique contre le vice dartreux, un remède qui excitât une réaction générale et spéciale pour rétablir l'état normal dans l'organisme en général et dans la peau en particulier.

Pour atteindre ce but, M. le docteur Polya employa pendant quelque temps le soufre et le soufre doré d'antimoine, jusqu'à ce qu'une réaction générale (caractérisée par l'accélération du pouls, par l'odeur sulfureuse de la transpiration cutanée) se fût déclarée; cette réaction provoquée, il donna le carbure de fer (graphites), ou le charbon de terre (lithantrax), jusqu'à la dessiccation des plaques dartreuses.

Cependant cette méthode exigeait beaucoup de temps et ne répondait pas entièrement à son attente. Le charbon de terre, il est vrai, lui semblait avoir plus d'efficacité; or, pour augmenter ses bons effets, M. le docteur Polya chercha à le rendre plus soluble, et de là naquit l'idée d'une nouvelle préparation chimique, savoir, celle d'une solution du charbon de terre dans la potasse caustique; et cette nouvelle préparation, introduite dans la pratique, a surpassé toutes les espérances qu'il en avait conçues. Voilà ce qu'il en dit dans sa brochure (§ LXXI-XCII) :

PRÉPARATION DE L'ANTHRAKOKALI.

L'anthrakokali (d'ἄνθραξ, charbon, et *kali*, potasse) est une solution de la houille dans la potasse caustique.

On emploie l'anthrakokali simple et l'anthrakokali sulfuré.

Pour la préparation de ces remèdes on a besoin :

1° Du charbon de terre (*lithantrax niger*), celui que l'on trouve près du Pécs (*Quinque-Eclesiæ*; *Fünf-Kirchen*), en Hongrie, semble le meilleur à M. le docteur Polya;

2° De la chaux éteinte, ou hydratée (*calx extincta s. hydrata*);

3° Du carbonate de potasse (les deux derniers pour la préparation de la potasse caustique);

4° Des fleurs de soufre lavées.

L'anthrakokali simple est préparé de la manière suivante :

On dissout le carbonate de potasse dans 10 ou 12 parties d'eau bouillante; dans cette solution on jette successivement autant de chaux éteinte qu'il en faut pour mettre la potasse à nu. La solution ainsi obtenue ne contient que la potasse caustique; aussi l'eau de chaux ne peut y produire aucun trouble et les acides aucune effervescence. Ce liquide filtré, on le met de suite sur le feu, dans un vase de fer, et on le laisse évaporer, jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'écume et d'effervescence, et que le liquide présente une surface unie comme l'huile; à cette potasse caustique on mêle en agitant la poudre porphyrisée du charbon de terre à la dose de 160 grammes de charbon pour 192 grammes de potasse. On retire alors le vase du feu et on continue d'agiter la préparation avec un pilon, jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en une poudre noire homogène. On renferme cette poudre dans des flacons préalablement chauffés, et on les conserve dans un lieu sec.

Pour obtenir l'anthrakokali sulfuré, on prend 16 grammes de soufre, que l'on mêle exactement avec le charbon de terre, et on fait dissoudre ce mélange dans la potasse caustique de la manière indiquée ci-dessus.

CARACTÈRES PHYSIQUES DE L'ANTHRAKOKALI.

L'anthrakokali est une poudre noire, très ténue, communiquant sa couleur au doigt appliqué sur elle, d'une saveur sous-alcaline, âcre, produisant sur la langue une sensation de brûlure. L'anthrakokali simple est inodore ou d'une odeur de suie; l'anthrakokali sulfuré est d'une odeur hydrocyanique; exposée au contact de l'air, la poudre en absorbe l'humidité (sans s'y liquéfier), et ses molécules deviennent cohérentes; dans un air sec elle perd son humidité et sa saveur alcaline.

Elle est très soluble dans l'alcool et dans l'eau, sans changement de température. La solution préparée à froid (soit récente, soit exposée plusieurs jours à l'air) et filtrée est d'une couleur brun noirâtre; mise dans un vase mince, et placée entre l'œil et la lumière, elle est transparente; dans un vase plus large, elle perd sa transparence, tout en conservant sa limpidité.

La couleur de la solution de l'anthrakokali sulfuré est d'un vert noirâtre. La saveur de ces solutions est douce.

Une petite quantité de ces solutions versée sur une plaque de verre est transparente, d'un brun clair; si l'on y ajoute quelque acide minéral, des flocons noirs pulvérulens ne tardent pas de s'en séparer, et se pren-

---

C'est ce que M. Carrière paraît ignorer. Je regrette qu'il n'ait pas lu une lettre adressée à M. Ramon de la Sagra, imprimée l'année passée, et dans laquelle M. Moreau expose ses idées. Quant aux modifications qu'il croit que le système américain doit subir, je ne puis mieux faire que de citer textuellement les principaux passages de cette lettre : « Pour moi, je déclare, dit M. Moreau-Christophe, que dans mon opinion il n'y a d'admissible en France que le *système français*, c'est-à-dire que le système qui exclura tout à la fois de nos prisons le *silence absolu*, et la *solitude absolue*, les *conversations libres* et la *vie en commun* des détenus.

» Ceci peut vous paraître paradoxal, mais écoutez-moi bien, je vous prie.

» Je crois que le silence qui semble de l'essence du caractère américain, et qui, sous ce rapport, peut lui être infligé, comme règle de discipline, sans plus le blesser que des coups de bâton, est, par cela même, antipathique au caractère de notre nation, nation essentiellement expansive, essentiellement communicative, essentiellement bavarde, tranchons le mot. Je crois de plus, avec le docteur Coindet, que le *silence absolu* alanguit le système digestif, débilite les organes de la respiration, et présente dès lors de véritables dangers pour la santé de ceux auxquels on l'impose. Voilà pourquoi je ne veux pas du système d'Auburn.

» Je crois, avec le docteur Gosse, que la *solitude continue* aggrave nécessairement les effets de la réclusion sur le corps et sur l'âme; qu'elle influe puissamment sur le développement des sentimens tristes et pénibles; qu'elle prédispose aux maladies du bas-ventre, de la poitrine, de la tête, des vaisseaux lymphatiques et aux affections mentales. Je crois de plus que l'absence de toute distraction, de toute occupation, de tout exercice, jointe à l'isolement absolu prolongé, exerce également une action désastreuse sur le cerveau, en concentrant toute l'activité de l'individu sur cet organe et en le surexcitant. Voilà pourquoi je ne veux pas du *solitary confinement* de Philadelphie.

Après avoir prouvé que la règle du silence ne peut empêcher d'une manière absolue les conversations des détenus entre eux, et que la vie en commun est un foyer de corruption, M. Moreau - Christophe poursuit ainsi :

« Ce que je veux, c'est ce que veut la raison; c'est ce que veut la loi; c'est ce que veut la justice; c'est

» 1° Que les prisonniers, prévenus ou condamnés, soient tous complètement isolés les uns des autres, aussi bien le jour que la nuit, pendant toute la durée de leur détention, de manière que chacun soit constamment préservé du dangereux contact de l'autre, et ne puisse jamais ni le voir, de peur de le reconnaître ou d'en être reconnu, après la sortie de prison; ni lui parler même par signes, de peur qu'il ne s'établisse entre eux des communications de pensées et d'actions qui seraient un jour aussi préjudiciables à la société qu'à eux-mêmes.

» 2° Que cette séparation des détenus entre eux soit opérée de telle sorte qu'elle ne puisse pas plus nuire à leur raison et à leur santé que ne le ferait leur vie en commun.

» 3° Qu'il importe, à cet effet, que l'administration ne sequestre les détenus de la société perverse de leurs compagnons de crime ou de débauche, que pour les initier à des habitudes sociales nouvelles, en les mettant *souvent en rapport* avec des honnêtes gens avec lesquels ils puissent *causer* et dont l'exemple et les conseils puissent leur apprendre ce qu'il faut faire pour vivre heureux dans le monde et pour n'user de la liberté que Dieu leur a donnée sur la terre que pour

nient en masse peu à peu; c'est le charbou qui était dissons dans la potasse.

La température du baiu Marie n'imprime aucun changement à ces solutions; elles affectent les papiers de tournesol comme la potasse libre. Les acides u'y produisent qu'une légère effervescence.

Le précipité charbouneux qui se forme dans la solution aqueuse est très uoir et insipide.

En mêlant de l'anthrakokali à l'alcool et en l'enflammant, il brûle à la fin de la combustion avec une flamme couleur cobalt et l'on a un résidu de potasse et de charbou de terre.

ACTION DE L'ANTHRAKOKALI SUR L'ORGANISME EN GÉNÉRAL, ET SUR LES AFFECTIONS HERPÉTIQUES EN PARTICULIER.

On administra à un individu bien portant 50 centigr. de l'anthrakokali dans l'espace de dix heures, et trois bouillons pour toute nourriture. Il s'en suivit un orgasme général, accompagné de cuisson à la peau, d'élévation du pouls et de brisement des membres. La nuit suivante une sueur abondante abattit ces phénomènes d'excitation. Le lendemain, la sueur devint visqueuse, et il y eut des évacuations alvines de matière noire. La transpiration cutanée continua d'être augmentée les deux jours snivans. Tels furent les phénomènes remarquables de cette médication.

Quand les fonctions digestives étaient en bon état, M. P. a administré ce médicament sous la forme suivante dans les maladies de la peau :

Rp. Anthrakokali simplicis........... 10 centigrammes.
Pulveris rad. liquiziticæ........... 25 —
m. f. pulv. æquab. d. pro dosi.

Et chaque malade prenait trois à quatre des doses ci-dessus par jour.

Quelques-uns, dès la première nuit, éprouvèrent des chaleurs passagères, avec accélération du pouls, suivies de sueurs générales plus ou moins copieuses, avec sensation d'ardeur à la peau. Le plus grand nombre ne fut pris de ces symptômes que du cinquième au septième jour; d'autres même du quatorzième au quinzième; le plus petit nombre enfin le trentième jour environ.

Ces sueurs sont ordinairement chaudes; quelquefois pourtant elles sont froides, et elles reviennent plus ou moins longtemps, le matin surtout, bien que les malades soient couchés sur la paille et légèrement couverts; et, chose digne de remarque, ces sueurs n'entraînent à leur suite ni faiblesse ni pâleur; loin de là; le corps se sent allégé, plus dispos, et le teint de terreux qu'il était devient plus clair et plus vif.

Ces sueurs *générales* ont un nombre indéterminé de nuits; lorsqu'elles ont cessé, le malade en éprouve encore de *partielles*, qui sont chaudes ou froides et reviennent pendant un temps plus ou moins long. Les sueurs locales affectent surtout les parties atteintes de l'éruption; cependant c'est sous les aisselles, sur les mains, les jambes, sur le talon et le dos du pied, et sur les parties génitales qu'on les rencontre le plus ordinairement; elles durent souvent jusqu'à l'extinction de la maladie. Néanmoins, on a vu un très petit nombre de malades n'éprouver de sueurs ni générales ni locales.

Les sueurs décrites constituent l'action *générale* du remède sur l'organisme.

Aussitôt que les sueurs nocturnes apparaissent, les plaques dartreuses augmentent, deviennent plus rouges et secrètent davantage; bien plus, on voit apparaître de nouvelles éruptions accompagnées de prurit nocturne, ou bien le malade est tourmenté par une urticaire ou par un érysipèle. Chez quelques malades, il se développe la nuit sur divers point des vésicules prurigineuses qui disparaissent le matin, et l'absence de l'épiderme déchiré par les doigts du malade n'en laisse voir que les traces.

Après que ces phénomènes de réaction locale ont duré un certain nombre de jours, le prurit, la rougeur, la sécrétion morbide de l'éruption diminuent, et quand la dartre est sans complication, l'amélioration en est manifeste. Cependant si la maladie est très intense, malgré cette rémission, on voit souvent, dans un délai plus ou moins court, la rougeur, le prurit et la sécrétion renaître avec plus d'activité, et peu à peu la maladie reprend son premier état, ou bien l'amendement se prononce; et, chose étrange, ces exacerbations reviennent très souvent au retour de la pleine lune, soit par quelque influence inconnue ou par simple coïncidence.

La réaction générale et locale que nous venons de signaler ne suffit pas pour amener la guérison de l'éruption; mais il faut ordinairement que la réaction devienne fébrile, qu'elle soit accompagnée de fièvre dont le travail spécial (*reactio medicinalis specialis*) est à même de produire ce résultat. Pour provoquer cette fièvre réactive, on doit continuer l'usage de l'anthrakokali, bien au-delà de la cessation des sueurs jusqu'à saturation complète de l'économie.

Il faut donc distinguer deux effets dans cette médication : l'un *général* qui se manifeste par les *sueurs*, et l'autre tout *spécial*, qui est annoncé par la *réaction fébrile*.

Sous l'influence de la réaction fébrile, l'éruption, qui paraissait être à son déclin, reprend une nouvelle activité et présente tous ses caractères à un degré plus élevé; à mesure que la fièvre s'apaise, l'éruption diminue et la guérison fait des progrès lents mais sûrs.

La réaction générale produite par l'anthrakokali est tantôt bénigne, modérée, et tantôt violente, énergique. Dans le cas d'une réaction modérée on peut continuer le remède; mais, dans le cas contraire, il faut le suspendre, et souvent même on est obligé d'amortir ses effets par l'emploi du nitre.

Les organes digestifs ne s'affectent qu'au début de la réaction; plus tard, quoique la vitalité du système sanguin soit toujours plus ou moins classée, les fonctions des autres organes restent toujours à l'état normal.

Le retour de la fréquence et de la force normale du pouls indiquent la fin de la réaction spécifique; et si l'éruption disparaît, sans plus revenir sous aucune forme, sans entraîner à la suite des affections des organes internes, c'est une preuve que la réaction qui a précédé ce changement a été la réaction véritable (*reactio genuina*), et non point une fausse réaction, un mouvement fébrile, comme on en voit souvent après un écart de régime.

De tout ce qui vient d'être avancé, il résulte :

Que dans les dartres, l'anthrakokali possède la vertu d'exciter une réaction générale et locale, et une expérience de trois années a prouvé l'efficacité de ce remède pour la guérison radicale de ces maladies. Appuyé sur ces faits, M. le docteur Polya dénonce l'anthrakokali comme un *spécifique anti-dartreux*.

L'anthrakokali ne détruit pas l'appétit, mais il le régularise. Une dose

---

accomplir les fins de cette loi fondamentale de toute sociabilité humaine : Ne jamais faire à autrui ce qu'on ne voudrait pas qui nous fût fait à nous-mêmes. »

Ici, M. Moreau-Christophe démontre les excellens effets du travail combiné avec l'isolement des detenus. Il cite l'opinion de M. Guillot, entrepreneur, depuis vingt ans, des travaux dans les principales maisons centrales de France et qui offre de prendre l'engagement écrit de fournir du travail à *tous* les detenus, dans toutes les prisons de France, sous la seule condition de la *séparation des détenus entre eux*. Il montre que la prison de Glascow, en Ecosse, où le système du travail séparé est pratiqué depuis dix-sept ans est la *seule* prison du royaume où les recettes couvrent, à peu de choses près, tes dépenses. Puis il continue :

« 5° Que de même que l'esprit de l'homme a besoin de distraction, de même le corps de l'homme a besoin de mouvement et d'activité. C'est pour cela qu'il faut au prisonnier, lors surtout qu'il a une longue détention à faire, non seulement un metier pour activer ses jambes et ses bras et les fatiguer, s'il se peut, mais encore un lieu bien aéré où il puisse prendre *un exercice journalier*....., toujours, bien entendu, separé des autres prisonniers, car c'est là la garantie essentielle que lui doit la société et que la société se doit à elle-même, en le séquestrant momentanément de son sein. »

« Si à Cherry-Hill, si à Glascow, poursuit M. Moreau, les prisonniers, sans promenoirs et sans secours, se portent aussi bien, sinon mieux, que dans les prisons communes, où il existe des préaux, que serait-ce donc dans nos prisons à longs termes, où les prisonniers, détenus isolément comme je le comprends, auraient des cours ou des galeries pour se promener ? »

Il résulte, en effet, des plans de MM. Blouet, Guillot et de plusieurs autres, qu'il serait facile de faire promener chaque détenu une demi-heure par jour. « Et certes, dit M. Guillot, on n'aurait pas à craindre qu'un individu qui parcourrait, tous les jours, l'espace d'une demi-lieue, perdît l'usage de ses jambes. »

J'ai dû faire ces longues citations, non seulement parce qu'elles détruisent complètement les attaques de M. Carrière, mais surtout parce qu'il importe au moment où la discussion va s'ouvrir devant les chambres, qu'on sache bien ce que l'on veut. Combien de personnes, en effet, n'ont-elles pas, comme M. Carrière, l'opinion que c'est encore le régime cellulaire, à peu près dans toute sa rigueur, qu'on demande, tandis que cela n'est rien moins que vrai !

Il y a quatorze ans, M. Taillandier, qui faisait imprimer à cette époque le rapport de M. Livingston, sur le code pénal de la Lousiane, posa separément à MM. Esquirol et Pariset la question suivante : Un homme condamné à passer dix ans de sa vie dans la séquestration, privé de toute communication extérieure, ne voyant pas même le geôlier chargé de subvenir à ses besoins, ou le voyant sans pouvoir en obtenir de réponses, ne finirait-il pas par perdre la raison ? On pourra lire, dans le rapport fait à l'Académie de médecine sur le mémoire de M. Moreau-Christophe, les reponses que firent les deux célèbres médecins, tous deux partisans du système de Philadelphie modifié. Je ne les rapporterai pas ici. Ce que je veux montrer, c'est que la question médicale à poser aujourd'hui diffère complètement de celle que M. Taillandier fit à MM. Esquirol et Pariset, il y a quatorze ans. Voici, en effet, ce qu'il s'agit de décider aujourd'hui.

Un détenu peut-il, sans que sa santé en soit altérée, vivre dans une cellule avec une petite cour attenante au rez de-chaussée, ou une seconde cellule pour la

de 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, si elle est accompagnée d'un écart de régime, détermine facilement une fièvre intense, avec des vomissemens et une diarrhée bilieuse. La constipation ne suit jamais les sueurs provoquées par ce remède.

L'urine dans quelques cas est augmentée; d'autres fois, elle offre un sédiment terreux, abondant, coloré en bleu et adhérent aux parois du vase.

Si l'on en continue l'usage, les selles sont bientôt colorées en noir.

AVANTAGES DE L'ANTHRAKOKALI SIMPLE.

Les effets de l'anthrakokali simple sont plus lents que ceux de l'anthrakokali sulfuré; or la dartre étant une maladie purement végétative, et ne pouvant être guérie que par une modification de cette végétation, modification qui ne s'opère que très lentement, il s'ensuit qu'à l'anthrakokali sulfureux on doit préférer l'anthrakokali simple, dont l'action est beaucoup plus lente, et partant plus sûre.

L'emploi de l'anthrakokali sulfuré est avantageux dans les dartres qui sont les suites ordinaires de la gale; mais par son action rapide il pourrait facilement induire en erreur le malade qui, à la disparition de l'affection cutanée, se croit guéri, et le médecin, qui se flatterait d'avoir opéré une cure radicale.

DURÉE DE LA CURE.

Le temps pendant lequel on doit continuer l'anthrakokali est déterminé d'après la susceptibilité, et l'âge du malade, l'état de simplicité ou de complication de la maladie, et la stricte observation du régime; car de ces circonstances diverses dépend essentiellement l'apparition de la fièvre de réaction.

Si le malade est encore jeune, son régime végétal, et si les sueurs se déclarent peu de jours après l'emploi du remède, cette réaction salutaire ne manque pas d'apparaître dans les six premiers mois.

Si l'individu est âgé de 40 à 60 ans, il faut quelquefois continuer le remède douze et dix-huit mois pour arriver à la réaction désirée.

Si la guérison se fait ainsi attendre des mois et des années, cela tient à la nature de la maladie. Les malades traînent ces affections de longues années, quand elles dépendent d'une diathèse herpétique; donc pour guérir radicalement cette diathèse, il faut renouveler l'économie tout entière; or, pour quiconque a étudié attentivement les fonctions de l'organisme, il est évident que cette modification de l'économie ne peut être l'affaire de quelques jours.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Si une fièvre accidentelle survient à un dartreux, il est important de ne point lui administrer l'anthrakokali; car cette fièvre étant toujours accompagnée de quelque sécrétion critique, le remède pourrait troubler cette sécrétion et exaspérer la maladie; si le mouvement fébrile est suscité par l'affection dartreuse elle-même, le remède serait encore nuisible, en augmentant l'irritation; en effet, ces fièvres sont ordinairement très intenses, et l'énergie du médicament ne ferait qu'ajouter à l'excitation du système sanguin; alors la fièvre, loin d'être diminuée par cette médication intempestive, serait accrue, et il en résulterait un danger plus ou moins grand pour l'économie.

Ce remède sera donné avec avantage toutes les fois que le malade sera sans fièvre, et que ses fonctions digestives ne seront pas trop dérangées.

Son usage n'exclut point l'administration du soufre ou du mercure, qui lui sont même associés avec avantage dans les dartres scabieuses ou syphilitiques.

DU RÉGIME.

Il est reconnu que la diète seule peut suffire pour opérer la cure de certaines maladies végétatives; aussi les tendances anormales de la nutrition ne peuvent-elles être mieux réprimées que par la privation des alimens dans une certaine mesure; d'où il suit que pour la guérison des dartres, et pour favoriser l'action de l'anthrakokali, la diète est de rigueur; un régime purement végétal, sans assaisonnement, et dans lequel on fait entrer une certaine quantité de sel commun, aide puissamment l'action de l'anthrakokali; tous les acides et viandes sont nuisibles; mais l'usage de l'eau est très utile.

Les écarts de régime donnent lieu fréquemment à une fièvre bilieuse accompagnée d'érysipèle. Les malades doivent être très réservés à cet égard à l'approche de la réaction, puisque le moindre écart de régime est suivi d'une fièvre gastrique plus opiniâtre qu'à l'ordinaire, et qui, comme l'a souvent observé M. le docteur Polya, augmente la diathèse morbide; or, après trois récidives de cette fièvre, la maladie se montre réfractaire à tout remède pendant longtemps. Pendant ces fièvres, les plaques dartreuses s'étendent: celles qui sont ulcérées sécrètent un pus de mauvaise nature, et détruisent les chairs; alors même la gangrène envahit les ulcères dartreux aussi facilement qu'elle attaque toutes les autres solutions de continuité après des fautes de régime.

Pour obtenir de l'anthrakokali tout le succès que l'on doit en espérer, il faut tenir le corps dans une température douce et uniforme. Dans la chambre, pendant la journée, les malades doivent être légèrement vêtus, comme ils le sont habituellement; mais s'ils sont obligés de s'exposer aux vicissitudes de l'atmosphère, ils doivent avoir grand soin de s'habiller chaudement. Pendant la nuit, à cause des sueurs, tout le corps, à l'exception de la tête, doit être parfaitement couvert, et le malade ne doit changer de linge qu'après la fin des sueurs.

M. le docteur Polya a vu, dans un cas, une hydropisie générale succéder à un refroidissement, hydropisie qui disparut toutefois en peu de jours, sous l'influence des sueurs abondantes provoquées par la continuation du remède.

REMARQUES PRATIQUES.

L'efficacité de l'anthrakokali se manifeste donc par son action générale sur la peau. Il n'est pas à ma connaissance, dit le docteur Polya, qu'aucun remède agisse aussi énergiquement sur cet organe; mais il a de plus une action spéciale contre les dartres, dont il produit la guérison plus sûrement qu'aucun des remèdes jusqu'ici connus, en vertu de la réaction générale et locale qu'il provoque, réaction qui a pour effet l'élimination du vice herpétique.

Nous ferons observer cependant que l'anthrakokali n'est un spécifique que dans les dartres simples, et non point dans les dartres compliquées

---

remplacer aux étages supérieurs, exerçant un métier, recevant chaque jour les visites du directeur, de l'aumônier, du médecin, de l'homme chargé de lui distribuer de l'ouvrage, des gardiens, des personnes charitables, etc., et faisant chaque jour une demi-heure de promenade?

L'Académie de médecine n'a pas balancé à se prononcer pour l'affirmative, et je demanderai à M. Carrière, lui-même, s'il est bien convaincu que de telles conditions soient incompatibles avec la conservation de la santé physique et morale.

Il est donc à regretter, je le répète, que M. Carrière n'ait pas connu, d'une manière plus précise, les idées de M. Moreau - Christophe. Il n'eût point alors réfuté des opinions qui ne sont pas les siennes, en le disant partisan du silence absolu, de l'absence de mouvement, etc.

Comme on le voit, M. Moreau - Christophe pouvait se dispenser de défendre le régime de Philadelphie dans toute sa rigueur, puisque, pour me servir de son expression, ce régime n'est pas plus ce qu'il demande « que le fruit greffé n'est le sauvageon qui l'a produit. » Il pouvait, comme il l'a fait, accorder à MM. Gosse et Coindet que le silence absolu et la solitude absolue ont des inconvéniens pour la santé, car il ne veut ni le silence ni la solitude absolus.

Cependant il était important de rechercher quelle a été, après une expérience déjà longue, l'influence du régime pénitentiaire suivi en Amérique sur la santé physique et morale des prisonniers.

S'il était prouvé, en effet, que dans des conditions plus sévères, la santé physique et morale des détenus n'a pas eu à souffrir, à plus forte raison pourrait-on compter sur les résultats sanitaires du régime cellulaire modifié. M. Moreau-Christophe a donc dû examiner et discuter ce point avec soin. Il l'a fait dans les chapitres 3, 4, 5 et 6 de son mémoire, où il traite successivement de la mortalité et de la folie dans les penitenciers de Cherry-Hill, d'Auburn, de Genève et de Lausanne.

C'est surtout cette partie du travail de M. Moreau - Christophe qu'attaque M. Carrière qui, comme je l'ai prouvé plus haut, ne voit dans l'auteur qu'un partisan pur et simple du régime de Philadelphie.

Qu'avait à faire M. Carrière pour prouver que l'Académie n'avait point suffisamment examiné l'importante question qui lui était soumise et pour *anéantir* les résultats du mémoire de M. Moreau? Il devait reprendre les faits, les peser, les discuter de nouveau, faire voir que l'auteur avait tiré de fausses déductions, etc. Ce qui eût mieux valu encore, c'eût été d'apporter dans la discussion des faits nouveaux; mais M. Carrière n'a rien fait de semblable. Ne pouvant attaquer les faits eux-mêmes, l'auteur s'en prend aux sources où ils ont été recueillis. « Et d'abord, dit-il, sur quelles bases repose le travail de M. Moreau-Christophe? Les rapports des inspecteurs des prisons, qui ne peuvent en aucun cas avoir la valeur des résultats recueillis par les médecins attachés aux pénitenciers; en forment presque toute la substance. » Ne semble-t-il pas résulter de ce passage que les rapports des inspecteurs et des médecins des penitenciers sont en désaccord, que M. Moreau - Christophe s'est servi des uns qui lui étaient favorables et a rejeté les autres qui lui étaient contraires? Or cela est tout à fait inexact.

Pourquoi M. Carrière n'a-t-il pas suivi M. Moreau dans les chapitres 3, 4, 5 et 6 de son mémoire où il traite successivement, comme je l'ai dit, de la mortalité et de la folie dans les pénitenciers de Cherry-Hill, d'Auburn, de Genève et de Lausanne. Il eût ainsi permis de juger si les faits invoqués n'étaient réellement tirés

d'autres diathèses morbides; diathèses qui requièrent chacune l'emploi de leur remède approprié, savoir : le soufre dans la gale, le mercure dans la syphilis, l'iode dans les affections scrofuleuses, etc.

Il faut donc, quand on veut entreprendre le traitement, déterminer avant tout si la dartre est simple ou compliquée. Or, quand on étudie avec attention les caractères généraux des affections cutanées qui sont sous la dépendance d'une diathèse particulière, comme l'indiquent leur forme, leur siége, leur coloration, etc. on les trouve bien rarement exemptes de complication; il est donc nécessaire de traiter concurremment, ou successivement la dartre et la diathèse générale, qui la complique.

Quand la dartre est simple, l'anthrakokali simple suffit, et M. le docteur Polya l'emploie selon la formule suivante :

Rp. Antrakokali simplicis..... 10 centigr.
Pulveris rad. liquiritiæ, vel.
Magnesiæ carbonicæ....... 25 centigr. m. f. pulv. d. pro dosi sign. : trois de ces doses par jour.

Dans la dartre compliquée de gale, l'anthrakokali simple ou sulfureux est uni aux fleurs de soufre :

Rp. Antrakokali simplicis, vel sulfurati.......... 10 centigrammes.
Florum sulfuris lotorum.......................... 25 —
Magnesiæ carbonicæ, vel pulv. rad. liquirit.... 15 — m. f. pulv., etc., ut supra.

Les dartres syphilitiques exigent l'emploi de l'anthrakokali et du mercure; s'il y a des ulcères syphilitiques primitifs, ou une blennorragie syphilitique, on se sert du calomel, ou bien du mercure soluble de Habnemann :

Rp. Anthrakokali simplicis.......................... 10 centigrammes.
Calomel, vel mercurii solubilis hahnem. 1 à 2 —
Pulv. radivis liquiritiæ........................ 15 — m. f. pulv., etc., ut supra.

Mais si la syphilis est constitutionnelle, on donne en outre séparément des pilules de sublimé corrosif.

Rp. Deutochloridi hydrargyri .... 5 centigrammes.
Solv. in s. q. spirit vini................... soluto adde.
Extracti liquiritiæ solidi................ q.s.ut f. pil. 20, consperg. pulv. liq. d.

Chaque jour, le malade prend cinq de ces pilules après son dîner, et tous les trois jours on augmente de deux, jusqu'à ce qu'il ait pris douze grains de sublimé, comme d'après la méthode de Dzondi; avec ces pilules, on emploie aussi l'anthrakokali seul, ou combiné aux fleurs de soufre, selon les formules ci-dessus.

La dartre développée tout à la fois sous l'influence du virus syphilitique et psorique cède à l'emploi combiné de l'anthrakokali, des fleurs de soufre et du mercure, dont on aide l'effet par des tisanes sudorifiques.

M. le docteur Polya combat la lèpre par l'anthrakokali et l'antimoine :

Rp. Anthrakokali simplicis, vel sulfurati.......... 10 centigrammes.
Sulfuris aurati antimonii, vel antimonii crudi.
Magnesiæ carbonicæ, vel pulv. rad. liquir...... ana 15 centigr. m. f. pulv. d. doses tales, tres pro die.

Quand la dartre est compliquée d'une diathèse cancéreuse, on combine l'iode à l'anthrakokali et aux fleurs de soufre :

Rp. : Iodii puri.......... 5 centigr.
Hydroiodalis kali.... 10 centigr.; solve in.
Aquæ destill. simpl... 64 grammes; d.

On commence par quatre gouttes matin et soir, et chaque jour on augmente de deux, jusqu'à concurrence de 10 à 14 gouttes, dose que l'on continue matin et soir.

Les succès que l'on obtient dépendent surtout du bon diagnostic quant aux complications qui jouent le rôle de cause, et du choix judicieux du remède. Or, les complications se manifestent quelquefois en même temps que la maladie; d'autres fois, pendant son traitement, et après que l'on a triomphé de l'une des diathèses, qui tiennent la maladie sous leur influence; aussi les formules très composées, citées plus haut, sont-elles commandées par la nécessité.

En étudiant les effets du mercure, du soufre, de l'iode, de l'antimoine, du charbon de terre employés isolément le M. docteur Polya a observé :

Que des maladies de même forme, traitées par des remèdes différens, chez divers individus avaient subi des *modifications différentes*, ou bien étaient *restées stationnaires*.

Dans le premier cas, sous l'influence de certains remèdes, du mercure, du soufre, de l'antimoine, etc., la forme de la maladie a éprouvé quelque modification, et cette forme secondaire revêtue par la maladie se montrait réfractaire à l'action du même remède continué après cette transformation, d'où le docteur Polya a jugé qu'une partie du principe morbifique avait été expulsée, et l'une des causes immédiates de la maladie neutralisée; il a dû en conclure que cette nouvelle forme de la maladie, qui dès lors se montrait rebelle à un remède si efficace d'abord, exigeait dorénavant un autre mode de traitement. Sur ces données, il mit en usage un autre moyen, que son expérience, les antécédens et l'aspect actuel de la maladie lui firent juger le plus opportun. Par là, il apporta encore d'heureux changemens à la forme de la maladie, et ces effets et le raisonnement le convainquirent alors que telle forme des maladies dartreuses exigeait plusieurs remèdes différens pour être conduite à la guérison.

Dans le second cas, le traitement n'ayant produit aucune modification, l'auteur en a conclu que le remède employé n'avait rien de spécifique contre la maladie.

Après de longs tâtonnemens et de fréquentes erreurs, après avoir changé souvent d'opinion sur la nature de certaines formes morbides, après avoir dirigé différens traitemens contre chacune d'elles, M. le docteur Polya est arrivé à déterminer les diverses complications des dartres et les remèdes spéciaux de chaque cas particulier.

ACTION DE L'ANTHRAKOKALI DANS LES SCROFULES ET LES RHUMATISMES.

Les effets salutaires de l'anthrakokali dans les affections dartreuses ne

---

que des rapports des inspecteurs et surtout s'il est vrai, comme il ne craint pas de le dire, que pour l'appréciation de la santé des détenus, libérés après quelques années de cellule, M. Moreau se soit uniquement basé ou à peu près sur les rapports des porte-clés et des greffiers des prisons. Je vais suppléer au silence de M. Carrière.

Dans le chapitre 3, sur le pénitencier de Cherry-Hill, le premier document que M. Moreau-Christophe invoque, quant à la fréquence de la folie, est du médecin même du pénitencier du docteur Bache. Le second est fourni par la commission nommée par le sénat pour s'enquérir de l'état sanitaire du pénitentier. Enfin le troisième est le rapport des inspecteurs. Quant à la mortalité, c'est encore sur le témoignage du docteur Bache que l'auteur s'appuie et sur ceux de MM. de Beaumont, de Tocqueville, Crawfort, Julius, Blouet et Demetz. Je rappellerai à cette occasion, que, d'après une communication récemment faite à l'Académie des sciences sur ce même pénitencier de Cherry-Hill, douze prisonniers auraient succombé en 1837 à des affections de poitrine, imputables à l'air vicié des cellules. M. de Hersaut, ancien consul de France à Philadelphie, vient de réfuter ce fait et plusieurs autres, en citant textuellement le rapport du médecin du pénitencier et ces douze phthisiques se trouvent réduits à trois (voir LE SIÈCLE du 27 décembre et le JOURNAL DES DÉBATS du 13 février). Ainsi, pour le pénitencier de Cherry-Hill, l'assertion de M. Carrière est complètement inexacte. M. Moreau-Christophe, loin de rejeter les documens fournis par le médecin, les place en première ligne. Mais dans ce même chapitre 3 du mémoire sur la mortalité et la folie dans le régime pénitentiaire, figure un autre pénitencier, celui de Moyamensing. M. Moreau cite ici le rapport de la commission nommée par le sénat, et il se trouve en effet que cette commission a interrogé, non pas un porte-clés, mais un greffier. C'est là sans doute que M. Carrière a puisé son argument; mais, chose singulière, ce greffier fait complètement oublier à M. Carrière de parler du médecin, lequel aussi a été soigneusement interrogé par la commission, et dont M. Moreau-Christophe invoque l'opinion. Or ce médecin, si négligé par M. Carrière, déclare « que le système cellulaire avec travail, loin d'avoir été nuisible à la santé physique ou morale des détenus a été évidemment favorable. ».

Dans le chapitre 4, sur le pénitencier d'Auburn, M. Moreau-Christophe commence encore par citer les documens fournis par le médecin. Il y joint ceux qu'ont recueillis MM. de Beaumont, de Tocqueville et Demetz.

Quant au pénitencier de Genève (chapitre 5). M. Moreau n'argumente que d'après des faits fournis par des médecins, MM. Gosse et Coindet Il prouve que les observations invoquées sont en trop petit nombre pour donner des résultats statistiques exacts. Cette réfutation, la commission de l'Académie l'a trouvée juste, et les résultats opposés, obtenus dans le pénitencier de Lausanne, ont surtout prêté une grande force aux argumens de M. Moreau.

Tout ce que l'auteur dit de la mortalité et de la folie dans le pénitencier de Lausanne est emprunté au médecin M. Pellis ou au directeur de l'établissement. On voit donc que dans l'examen qu'il a fait de la mortalité et de la folie dans les pénitenciers de Cherry-Hill, de Moyamensing, d'Auburn de Genève et de Lausanne, M. Moreau-Christophe a toujours cité en première ligne les documens fournis par les médecins de ces pénitenciers. Que devient donc cette assertion de M. Carrière, que le mémoire sur la mortalité et la folie dans le système pénitentiaire a pour base les rapports des inspecteurs, qui ne peuvent en aucun cas, dit-

se sont pas démentis lorsqu'on l'a appliqué au traitement d'autres maladies surtout des *scrofules* et des *rhumatismes chroniques*.

Plus les *scrofules* se sont montrées rebelles à l'iode, au mercure, au soufre, au chlorure de Barydum et de Calcium, plus elles ont cédé facilement à l'anthrakokali. Ainsi les ganglions lymphatiques à l'état de vive inflammation passent rapidement à la suppuration, et si l'on en fait l'ouverture dès que la fluctuation y est évidente, il en sort un pus de bonne nature, la détersion et la cicatrisation en sont beaucoup plus promptes que par aucun autre moyen; si l'abcès est percé et la peau intacte, le pus en est souvent résorbé.

OBS. — Un jeune cordonnier, âgé de 17 ans, portait depuis deux ans, sur la partie latérale droite du cou et sous le maxillaire du même côté, des glandes dont le volume est devenu très considérable; plusieurs étaient ulcérées et formaient des sillons sinueux, qui avaient disséqué la peau du cou. L'usage du soufre et de l'iode pendant trois mois n'avait fait qu'accroître les progrès du mal. Soumis à l'usage de l'anthrakokali en deux mois de temps toutes les tumeurs disparurent, et deux d'entre elles qui entraient en suppuration furent résorbées.

Les *concrétions tophacées* que la goutte laisse à sa suite et les *tumeurs articulaires rhumatismales* cèdent aussi promptement à l'usage de l'anthakokali, surtout quand on seconde son effet par l'administration des bains chauds. Son emploi a toujours été suivi d'heureux résultats dans les hydropisiesarticulaires, surtout du coude et du genou, pourvu toutefois que le liquide n'eût point encore passé à l'état purulent.

Entre autres observations, le docteur Polya cite les cas suivans :

OBS. I. — Un cocher, âgé de 32 ans, fut débarrassé en quinze jours de concrétions arthritiques accumulées sur la face dorsale de la main et des doigts.

OBS. II. — Dans l'espace de cinq semaines, un écuyer, âgé de 40 ans, fut délivré de semblables tumeurs, qui couvraient le carpe, le métacarpe, le pourtour du genou gauche et le tarse.

OBS. III. — Une fille de 30 ans, qui avait les doigts des pieds et des mains extraordinairement déformés par de pareilles nodosités, fut guérie en vingt-quatre jours par l'emploi de l'anthrakokali, et les bains sulfureux de Bude.

OBS. IV. — Une autre jeune fille de 22 ans, qui était tourmentée de douleurs ostéocopes, et dont le genou gauche était déformé par un abondant épanchement de synovie, obtint sa guérison en trois semaines.

OBS. V. — Un homme de 27 ans fut guéri dans l'espace d'un mois à l'aide de l'anthrakokali et du calomel, d'un vaste engorgement du coude droit, de tumeurs synoviales qui affectaient les genoux et les malléoles, ainsi que des concrétions tophacées répandues sur les jambes. Une fièvre rhumatismale chronique fut auparavant combattue par l'usage du nitre.

Les effets de l'anthrakokali sont beaucoup plus lents, mais tout aussi sûrs dans le rhumatisme chronique sans fièvre, où il n'y a que douleur sans tumeur.

OBS. VI. — Un homme de 18 ans avait, pendant plusieurs mois, inutilement employé les bains sulfureux de Bude et de Postyén, le vin du Colchique d'automne, l'huile de morue, etc., pour combattre des douleurs internes et continues qu'il ressentait dans les pieds, douleurs qui étaient exaspérées dans les variations atmosphériques. L'anthrakokali pur l'en guérit radicalement dans l'espace de deux mois.

OBS. VII. — Un homme de 56 ans, affecté depuis quinze ans d'une douleur rhumatismale, siégeant au bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, avait en vain épuisé les traitemens variés de plusieurs médecins, pendant plusieurs années. Il fut soumis pendant un an à l'usage de l'anthrakokali. La douleur ne se fit ressentir qu'une seule fois l'année suivante, et à un degré si modéré qu'elle ne gênait ni la parole ni la mastication, fonction qui, dans les années précédentes, était accompagnée d'une telle exacerbation de douleur que plusieurs fois le malade avait failli en périr d'inanition.

On rencontre assez souvent le rhumatisme chronique compliqué d'exostoses syphilitiques des os longs. C'est donc à tort que l'on impute au virus vénérien toutes les douleurs des membres qui surviennent chez des individus affectés de syphilis constitutionnelle; il est tout aussi erroné d'attribuer au mercure les douleurs, qui persistent quelquefois après la guérison des syphilides par un traitement mercuriel.

OBS. VIII. — Une fille publique portait dans la joue gauche une syphilide intense et était à la fois tourmentée de vives douleurs ostéocopes. Elle fut traitée par le sublimé corrosif, d'après la méthode de Dzondi; les douleurs cessèrent et l'éruption pâlit; mais le traitement touchait à peine à sa fin que de nouvelles douleurs se firent ressentir dans les articulations. Elle fut soumise à l'usage de l'anthrakokali. Un abcès glanduleux se développa sur le côté droit du cou; à peine était-il entré en suppuration, que les douleurs disparurent. L'abcès, ouvert par la lancette, était cicatrisé au bout de quatre jours, et la guérison générale ne tarda pas à être complète.

OBS. IX. — Un jeune teinturier, de 19 ans, eut les parties molles et dures du nez entièrement détruites par un ulcère syphilitique; la voûte palatine fut aussi perforée; d'autres ulcérations syphilitiques se manifestèrent encore à la commissure des lèvres et à la partie antérieure de la cuisse, accompagnées de douleurs ostéocopes. Le mal parut céder au traitement de Dzondi; mais au bout de neuf mois une nouvelle syphilide envahit l'épaule gauche et disparut sous l'influence des astringens; mais aussitôt elle fut remplacée par une arthrite du genou et par des tumeurs très douloureuses aux mains et dans les membres. Dans l'espace de deux mois, il fut complètement guéri par l'usage de l'anthrakokali.

L'auteur de faits pareils sont encore relatés dans la brochure de M. le docteur Polya. L'emploi de l'anthrakokali a toujours produit dans les tumeurs arthritiques, dans les rhumatismes chroniques, des changemens très avantageux; mais il est vrai de dire que la guérison n'a pas été dans tous les cas radicale.

REMÈDES EXTERNES QUI PEUVENT ÊTRE EMPLOYÉS AVEC L'ANTHRAKOKALI.

En fait de remèdes externes, on ne doit employer, concurremment avec l'anthrakokali que ceux qui peuvent aider son action et qui peuvent contribuer à modifier l'économie. Ainsi, quand les ulcérations dartreuses sont tout à fait simples, il suffit de les couvrir d'un plumasseau de charpie. Des topiques astringens seront employés pour réprimer les chaires molles et fongueuses. On combattra la gangrène, si elle survient, avec l'acide empyreumatique pur ou étendu.

Tout autre topique dont l'emploi serait réellement avantageux contre les lésions *locales* doit être évité, quand ces affections sont entretenues par une diathèse générale, parce qu'alors le médecin serait privé d'un thermomètre utile pour conclure à la guérison de la maladie. Toutefois, quand la réaction générale est peu prononcée, les bains sont indiqués et ont, en effet, de très bons résultats.

---

il, avoir la valeur des résultats *recueillis par les médecins*? Quant aux documens médicaux émanés des porte-clés, je n'ai pas besoin de dire qu'il n'en est question nulle part; et que l'Académie de medecine, quelque peu de reflexion que M. Carrière paraît lui supposer, n'eût point donné son approbation à un travail reposant sur de pareilles bases, si on n'avait pas craint de lui presenter.

« Pour faire admettre son opinion, dit encore M. Carrière, M. Moreau-Christophe *essaie* de réfuter les explications médicales du docteur Gosse, *se contentant de dire qu'il ne les comprend pas*, parce que les données sur lesquelles s'appuie ce médecin n'offrent rien de complet, et par conséquent rien de sûr comme résultat général, comme conclusion. »

Comment M. Carrière a-t-il pu espérer qu'on accepterait ainsi sur parole de simples assertions? Quoi! M. Moreau-Christophe reprend longuement, un à un, les resultats fournis par MM. Gosse et Coindet, il les discute, les compare à ceux obtenus dans un pénitencier voisin, celui de Lausanne, il montre qu'on est parti de données fausses, que les chiffres qu'on emploie sont trop minimes pour rien prouver, etc.; la commission de l'Académie juge de la même manière, et M. Carrière trouve tout simple de se dispenser d'entrer dans cette discussion! Pourquoi n'a-t-il pas repris les chiffres de MM. Gosse et Coindet, et ne les a-t-il pas defendus contre M. l'inspecteur général et contre la commission de l'Académie?

A l'assertion de M. Carrière, je me contenterai de répondre 1° que pour tous les faits relatifs au penitencier de Genève, M. Moreau-Christophe paraît les avoir parfaitement compris, et les a victorieusement réfutés; 2° qu'il y a, il est vrai, dans le travail de M. Gosse, un passage fort obscur sur le pénitencier de Cherry-Hill, et que M. Moreau a dit ne pas bien comprendre. Mais cela n'a rien de commun avec le péniteucier de Geneve.

M. Carrière, dans son travail, represente M. Moreau-Christophe comme l'adversaire des medecins dans la question pénitentiaire. C'est lui, dit-il, qui s'est *rué* contre les pretentions de la médecine, tandis que « M. Ch. Lucas s'est interposé seul entre l'inspecteur des prisons et la médecine, pour soutenir celle-ci contre celui-là. » Cependant, par une bizarrerie singulière, c'est non pas, comme on pourrait le croire, M. Ch. Lucas, mais bien M. Moreau-Christophe qui a porté la question devant le premier tribunal médical.

M. Carrière s'étonne que M. Moreau n'ait pas *craint* de soumettre ainsi son travail à l'Académie de médecine, et il ne reflêchit pas qu'il fallait, en effet, une conviction bien forte, une bien grande confiance dans la bonté de sa cause, pour ne pas reculer devant un tel examen. Pourquoi MM. Gosse et Coindet, médecins, n'ont-ils pas agi de même? Comment se fait-il que ce soit précisément un administrateur qui en ait appelé le premier au jugement de l'Académie? Tout cela n'est-il pas en faveur de M. Moreau-Christophe.

M. Carrière demontre très bien, à propos d'une citation de Zimmermann faite par M. Moreau, que la solitude que choisissaient volontairement les reclus de la Thébaïde, ne peut être comparée à celle qu'on impose de force à un détenu dans un pénitencier. Mais là se borne toute sa réfutation. On pourrait donc croire que c'est uniquement sur l'opinion de Zimmermann que M. Moreau-Christophe s'appuie. Or, voici comment il s'exprime :

« Je ne suis point *compétent* pour décider médicalement toutes ces questions. Je puis dire seulement, quant aux affections mentales, que je n'ai pas lu dans

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de novembre 1839 renferme les articles originaux suivans : 1° *Relevé des maladies des yeux traitées à l'hôpital del Will* (Whill hospital), *pendant les mois d'avril, de mai et de juin* 1839; par M. George Fox, M. D. (plusieurs faits bien observés, mais qui ne présentent rien d'assez intéressant pour être rappelés); 2° *Observations de plaies de tête;* par M. Kirkbride; 3° *Compte-rendu des maladies traitées à l'hôpital de Baltimore* (Halms-House hospital); par M. Samuel Annan, D. M.; 4° *Histoire d'un accouchement de trois jumeaux;* par M. Donellan, de Pointe-Coupée (Louisiane) (la mère, ayant déja eu six enfans, est âgée de 36 ans; le premier vint par les pieds; le second se présenta par la tête, ainsi que le troisième. Il n'y avait que deux placentas. L'un d'eux était énorme et avait deux cordons. Les trois enfans réunis (deux garçons et une fille) pèsent 24 livres; ils sont bien développés, vivans; la mère a présenté du délire; enfin, elle est guérie); 5° *Observations de maladies nerveuses;* par M. S. Young, D. M., de Chester; 6° *Maladies de la peau;* par M. A. Porter, de New-York; 7° *Observation remarquable de somnambulisme;* par M. S.-H. Dickson; 8° *Sur les asiles destinés au traitement des aliénés;* par le docteur P. Earle.

OBSERVATIONS DE PLAIES DE TÊTE; par M. KIRKBRIDE, D. M.

Les cas rassemblés dans ce travail n'offrent pour la plupart rien qui s'éloigne des faits généralement observés; ainsi il s'agit d'une compression du cerveau par un épanchement considérable de sang, dû à la rupture de l'artère méningée moyenne et suivi de la mort (obs. 1). Dans la seconde observation, il y eut fracture du crâne, avec dépression; le malade guérit sans qu'on ait trépané (obs. 2); (obs. 3), commotion cérébrale; guérison; (obs. 5), fracture du crâne; guérison sans symptômes graves. Dans l'obs. 6, le malade mourut des suites d'une fracture du crâne, suivie d'un épanchement sanguin qui donna naissance à des accidens de compression.

FRACTURE DU CRANE AVEC ISSUE D'UNE PORTION DE SUBSTANCE CÉRÉBRALE; FONCTIONS CÉRÉBRALES INTACTES PENDANT PLUSIEURS JOURS; MÉNINGITE; MORT.

OBS. V. — John H., âgé de 28 ans, journalier, entra à l'hôpital le 16 janvier 1837, à trois heures après midi. Il avait reçu, à onze heures du matin, le même jour, un coup de pied de cheval sur le front, immédiatement au-dessus de l'œil droit. Il resta étourdi pendant quelques instans, perdit beaucoup de sang, mais ne vomit pas. Au moment de son entrée, il avait la peau froide et le pouls faible; cependant il avait toute sa raison, parlait de la manière dont était arrivé son accident, et fit attention aux remarques suggérées par la gravité de la lésion qu'il avait éprouvée. De petits fragmens d'os furent enlevés à travers la plaie des tégumens du crâne, qui avait près de deux pouces d'étendue, et semblait avoir laissé passer une portion d'os beaucoup plus considérable, avant l'entrée du malade à l'hôpital; des portions de substance cérébrale s'étaient échappées à travers la déchirure de la dure-mère, et le doigt pouvait, sans aucune difficulté, être introduit dans le cerveau. L'œil du côté blessé se trouvait caché par une grande quantité de sang; la pupille de l'autre côté s'offrait à l'état normal; il n'y avait ni déviation des traits de la face, ni paralysie des extrémités.

17. Le malade a dormi un peu; il a toute sa connaissance, son pouls est à 60; la peau offre une chaleur normale; respiration, 20; pupille non contractée; plusieurs selles après un purgatif; la face est animée; céphalalgie.

18. Les symptômes persistent.

19. Pas de repos durant la nuit; le malade veut se lever et se débarrasser du cataplasme qui recouvre la plaie; mais il est calme ce matin et se rappelle très bien tout ce qu'on lui a fait depuis son entrée à l'hôpital; le pouls est à 65, plus vite qu'auparavant.

20. L'agitation est plus marquée; pouls à 90; face animée; peau chaude et sèche; langue couverte d'un enduit blanchâtre, et disposée à se dessécher. La pupille de l'œil droit est à l'état normal; douleur de tête augmentée.

21. Délire; pouls à 120; la peau est plus fraîche et tend à s'humecter; respiration, 40; suppuration sanieuse; pupilles légèrement dilatées, pas de paralysie.

23. Le malade baisse insensiblement, et meurt à huit heures du matin.

Le traitement, dans ce cas, a été rigoureusement antiphlogistique; la saignée a été répétée autant de fois qu'on pouvait le faire; des ventouses et des sangsues ont été appliquées; la glace mise sur la tête. Purgation; solution émétisée; cataplasmes sur la plaie.

AUTOPSIE quinze heures après la mort.

EXTÉRIEUR. Les extrémités offrent de la rigidité.

TÊTE. Il existe une plaie de deux pouces d'étendue, au-dessus de l'œil droit, à travers laquelle le doigt peut pénétrer dans la substance cérébrale ramollie; du sang est épanché au-dessous du péricrâne, dans le voisinage de la blessure; l'œil est sain. La portion orbitaire de l'os frontal est fracturée, et plusieurs de ses fragmens sont enfoncés dans le cerveau; l'ethmoïde et l'aile du sphénoïde sont aussi fracturés; l'apophyse zygomatique est brisée et détachée. Deux ouvertures, qui peuvent admettre le doigt, existent dans la dure-mère; un fragment d'os de trois quarts de pouce de longueur était enfoncé à près d'un pouce dans la profondeur du cerveau; quatre autres esquilles de la même grandeur étaient également enfoncées dans la substance cérébrale, ou appliquées sur lui à quelque distance des points ramollis. Du côté droit, les deux surfaces de l'arachnoïde étaient recouvertes d'un pus tenace, qui formait sur elles une couche épaisse, jusque près de la partie postérieure du cerveau. Les ventricules ne renfermaient pas de pus, mais seulement deux onces de sérosité. Le cerveau, au niveau de la blessure, dans l'étendue de deux pouces et demi, sur une profondeur d'un pouce et demi, était réduit à une consistance pultacée. La pie-mère était injectée; le reste du cerveau ne présentait pas plus de points rouges qu'à l'état normal. Du côté opposé, on ne trouva pas la moindre altération. Les autres cavités ne furent pas examinées.

Ce fait peut, avec juste raison, être rapproché de ces nombreux cas de lésions cérébrales, avec ouverture de la cavité cranienne, dans lesquels il n'y a eu paralysie ni du sentiment ni du mouvement. Il semble alors, si les parties fondamentales du cerveau sont intactes, que la gravité de la lésion, contusion, déchirure, perte de substance, etc., n'offre qu'une gravité secondaire, du moins pendant quelque temps. Mais il ne faut point oublier qu'à une certaine époque, un travail inflammatoire va s'établir dans les parties lésées et dans leur voisinage; alors d'autres accidens vont se développer, les symptômes présenteront surtout un caractère épileptiforme; rien n'est à craindre du côté de la compression, puisque le crâne laisse passer les produits de l'inflammation, ou permet au cerveau tuméfié de se faire jour au-dehors. Ce fait est, sans contredit, un des plus probans en faveur de l'opération du trépan.

L'observation suivante s'en éloigne sous plus d'un rapport; elle viendrait fournir l'exemple au contraire d'accès d'épilepsie consécutifs à

Zimmermann que la solitude prédisposât nécessairement à la folie, et je tiens du célèbre M. Esquirol, qui a bien voulu me permettre d'avoir avec lui, à ce sujet, une longue et bien intéressante conversation, que l'on ne devient pas fou en prison, par cela seul qu'on y est enfermé isolément, même pendant plusieurs années, si d'autres causes ne viennent pas exercer une influence directe sur la raison du détenu. Cette assertion est justifiée par l'exemple d'un grand nombre de solitaires, prisonniers et autres, qui ont vécu longtemps sans voir personne et sans perdre l'esprit. C'est, du reste, l'opinion de plusieurs autres médecins, et notamment celle de M. Pariset, du docteur Pellis, médecin du pénitencier de Lausanne, et du docteur Bache, médecin du pénitencier de Philadelphie. »

J'ajouterai que, malgré toute l'autorité de Zimmermann, de MM. Esquirol et Pariset, du docteur Pellis, médecin en même temps de l'hôpital des aliénés et du pénitentiaire de Lausanne, malgré celle du docteur Bache, qui a fait des observations si exactes, il faut, avant tout, dans une question de cette importance, recourir aux faits, et c'est à quoi M. Moreau-Christophe, n'a pas manqué.

On voit comment M. Carrière s'est emparé de cette citation de Zimmermann, qu'il a, je le répète, très bien réfutée; mais pourquoi ne dit-il rien de l'opinion de MM. Esquirol et Pariset, de M. Pellis et du docteur Bache; pourquoi surtout ne s'attaque-t-il pas directement aux faits ?

M. Carrière prétend encore que M. Moreau-Christophe a négligé une donnée importante; c'est que tel régime, qui à la rigueur ne produit pas de mauvais effets chez un peuple, pourrait en produire de très fâcheux chez un autre. « En y songeant un peu, dit-il, M. Moreau eût peut-être découvert alors que le tempérament français a une prédominance d'irritabilité considérable; que l'imagination est, dans l'abstraction, le principal trait de physionomie de ce tempérament; que le système de Philadelphie, s'il était nationalisé en France, produirait beaucoup plus d'aliénations mentales, etc. »

M. Moreau a répondu d'avance, dans les citations que j'ai faites plus haut, à cette objection de M. Carrière. « Je crois, dit-il, que le silence, qui semble l'essence du caractère américain, et qui, sous ce rapport, peut lui être infligé comme règle de discipline, est par cela même antipathique au caractère de notre nation, nation essentiellement expansive, essentiellement communicative, etc. Voilà pourquoi je ne veux pas du système d'Auburn. »

On voit qu'ici encore il est à regretter que M. Carrière n'ait pas lu la lettre que j'ai citée plus haut. En résumé, les assertions de M. Carrière n'atteignent en rien les titres du travail de M. Moreau, travail long, consciencieux, plein de faits, où toutes les questions sont nettement posées et franchement abordées, travail, enfin, où les documens médicaux abondent, quoi qu'en ait dit M. Carrière.

Je ne prolongerai pas davantage cet examen de la lettre de M. Carrière. J'essaierai de présenter, en les résumant, quelques considérations sur la question de la folie et de la mortalité dans le régime pénitentiaire.

Rien de plus difficile à définir que la folie; rien surtout de plus difficile à indiquer que les limites qui la séparent de la raison. Depuis que les travaux de M. Esquirol ont conduit à une étude plus approfondie des dérangemens partiels de l'intelligence, beaucoup d'individus qu'on ne regardait pas comme fous, sont aujourd'hui jugés tels par les médecins. C'est là une des causes de l'augmentation si considérable qu'offre le nombre des aliénés depuis trente ans. Chargé pendant mon internat de recueillir des renseignemens sur les antécédens des malades ad-

une perforation du crâne. Mais rappelons-nous quelle lésion réclama l'opération du trépan; c'était une fracture du crâne avec esquilles; tous les fragmens d'os ont-il été extraits? Se serait-il développé plus tard une cicatrice dure, etc? Telles sont les questions qu'il est permis à bon droit de se faire.

FRACTURE DU CRANE; OPÉRATION DU TRÉPAN; CONSÉCUTIVEMENT ACCÈS D'ÉPILEPSIE.

OBS. VII. — R. B., âgé de 45 ans, reçut, il y a quatorze ans, un coup violent sur la tête; un arbre lui fractura le crâne en tombant; l'opération du trépan fut jugée nécessaire. On pratiqua l'extraction de plusieurs fragmens d'os, parmi lesquels il s'en trouva un de plus d'un pouce et demi de longueur sur trois quarts de pouce de largeur. Cet espace est comblé non par une matière osseuse, mais par une cicatrice fibreuse; dans ce point il existe une dépression assez marquée pour frapper l'attention au premier coup d'œil.

Le malade guérit peu de semaines après des suites de l'opération; mais depuis cette époque il resta sujet à des accès d'épilepsie, quoique sous d'autres rapports sa santé fût très bonne. Les crises revenaient à des intervalles irréguliers, et plus spécialement après un léger excès de boisson. Les choses en étaient à ce point lorsque le malade vint consulter M. Kirkbride pour une lésion de l'articulation de l'épaule.

Nous pourrions opposer à l'observation qu'on vient de lire l'histoire d'un épileptique idiot, qui, ayant reçu un violent coup de bâton d'un autre aliéné atteint de monomanie homicide, eut une perforation du crâne, et depuis cette époque n'a pas éprouvé un seul accès d'épilepsie. Ce malade était encore dans le service de M. Bottex, à l'hospice de l'Antiquaille, en 1834.

Au reste, l'observation du docteur Kirkbride tendrait à prouver avec d'autres faits que s'il est nécessaire pour l'accomplissement normal des fonctions du cerveau que sa substance ne soit pas comprimée, il ne faut pas non plus que cette compression manque tout à fait ou subitement. Un fait consigné dans la GAZETTE MÉDICALE par M. Bérard jeune (t. I, p. 735) donne une idée fort juste de ce qui se passe dans des cas de ce genre.

OBSERVATION REMARQUABLE D'UN CAS DE SOMNAMBULISME; par le docteur DICKSON.

L'observation suivante offre un double intérêt et sous le rapport de l'étude des phénomènes magnétiques et comme maladie nerveuse. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas donné quelques détails sur la position de la famille de la jeune fille qui en est le sujet, sur l'éducation et les goûts de cette jeune fille elle-même. Rien d'ailleurs n'annonce dans l'histoire de ce fait qu'il y ait eu la moindre intention de sa part ni de celle de ses parens d'induire en erreur les médecins qui l'ont visitée.

OBS. — N. R., habitant l'état de la Caroline méridionale, âgée de 16 ans, d'une petite stature, a l'apparence d'une mauvaise santé et l'air abattu et peu confiant en elle-même. On ne put obtenir de renseignemens bien exacts sur son état antérieur ni d'elle-même ni de ses parens; cependant il ne paraît pas qu'elle eût jamais été gravement malade avant le mois d'octobre 1838, époque où son sommeil commença à être troublé.

Le premier symptôme qui parut avoir frappé l'attention est un bruit produit par le mouvement de la tête du fémur dans l'articulation cotyloïde, et pendant lequel la jeune fille faisait entendre un bruit de gémissemens et de plaintes dans une espèce de conversation enfantine, mais dont les paroles étaient très imparfaitement prononcées. Plus tard elle fut prise pendant ces conversations d'espèce d'attaque avec crampes et douleurs à la tête et à l'estomac. Les souffrances qu'éprouvait cette jeune fille déterminèrent les parens à la conduire à Athevelle à quinze ou vingt milles de chez eux, où ils la confièrent aux soins du docteur Hardy qui habite ce village. C'est là que la vit plusieurs fois le docteur Dickson.

La rapidité avec laquelle elle passait de l'état de veille à celui de somnambulisme était vraiment étonnante. La première fois que je la vis, dit l'auteur, elle était assise au coin du feu dans un état d'assoupissement et de langueur; c'était l'heure à laquelle elle se couchait, et on lui dit de se mettre au lit, ce qu'elle fit sans se déshabiller et en mettant seulement la couverture par dessus ses vêtemens; peu de temps après, je l'entendis murmurant quelques paroles indistinctes; de forts craquemens se firent entendre dans l'articulation de la cuisse et bien des fois; et ses amis annoncèrent que c'était le commencement d'un paroxysme. Ses yeux étaient ouverts et brillans; son expression était animée; elle paraissait vive et de bonne humeur; enfin elle présentait un contraste complet avec l'état ordinaire de veille. Quelqu'un lui ayant dit de se tenir tranquille et de dormir, elle répondit en riant : « Je dors, je dors. » Elle causait vivement et librement, mais avec la légèreté d'un enfant et une prononciation peu distincte; on eût dit qu'il y avait une paralysie partielle; et pendant chaque paroxysme elle offre réellement tous les symptômes d'une hémiplégie intermittente. Lorsqu'elle ouvre la bouche, on aperçoit la langue entre les dents, placée à gauche; si elle cherche à la sortir, cet organe est si fortement dévié à gauche qu'il vient frapper contre la face interne de la joue gauche sans pouvoir passer par la bouche. La main gauche est incapable d'un effort, et la jambe gauche la supporte moins bien que la droite et traîne un peu en marchant.

De temps en temps pendant les paroxysmes, elle est prise d'un opisthotonos qui présente cela de particulier que les muscles du côté gauche seuls paraissent entrer en contraction. Le talon du pied gauche est mis presque en contact avec la partie postérieure du col, tandis que le pied droit reste dans l'extension. Elle est entraînée avec force et repliée, pour ainsi dire, sur le côté gauche où elle dit ressentir, vers l'extrémité du sternum, une douleur extrêmement aiguë. Elle présente pendant ces attaques, non seulement tous les signes de souffrance aiguë, mais elles sont encore précédées de gémissemens, d'agitation et de craintes évidentes.

Les convulsions offrent quelques-uns des caractères de l'épilepsie et ne viennent pas souvent. Quelquefois elle reste silencieuse et inattentive et comme en stupeur. Si on l'observe attentivement dans cet état, on reconnaît que la respiration est entièrement suspendue. Cette suspension complète a quelquefois duré 2 minutes de suite, sans que le pouls fût le moins du monde affecté.

Au commencement de cette affection la pression sur le rachis était douloureuse sur plusieurs points, mais ce symptôme avait promptement disparu sous l'influence d'un traitement approprié.

Outre l'articulation de la hanche qui offrait une disposition si remarquable à se luxer partiellement, les articulations du coude et de l'épaule faisaient également entendre des craquemens très forts, mais rares et presque toujours du côté gauche seulement.

Il serait très difficile de décrire ces mouvemens, qui paraissent tout à fait involontaires, et ne sont pas toujours douloureux. La tête du fémur sortie de la cavité articulaire, et tirée en avant et un peu en bas, y rentre tout d'un coup avec un claquement sourd. Quelquefois elle paraît s'être arrêtée sur le bord même de la cavité. Si elle reste dans cette position pendant quelque temps, la malade pousse des gémissemens, et si on lui en demande la cause, c'est, dit-elle, qu'elle est sortie et qu'elle me fait mal. Un jour que les choses étaient restées dans cet état pendant une demi-heure, ses souffrances étaient extrêmes. Tous les efforts de ceux qui l'environnaient pour remettre l'os à sa place sont toujours restés sans effet, et elle-même ne paraît exercer par sa volonté aucune influence sur cette espèce de disposition. Dans les premiers temps qu'elle fut soumise aux soins du docteur Hardy la force de trois ou quatre hommes robustes et exercés ne pouvait empêcher les déplacemens des surfaces articulaires, quand une fois les craquemens s'étaient fait entendre; et, bien que, depuis, on ait pu arriver à maintenir, même avec une

---

mis à Charenton, combien n'en ai-je pas vu dont la folie durait depuis dix ans et plus sans avoir été reconnue, parce qu'elle n'était point assez tranchée! Après beaucoup d'actes plus ou moins bizarres, en vient un qui entraîne quelque conséquence fâcheuse, et cet acte, comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase, provoque enfin l'application du remède.

A mesure qu'on élève de nouveaux établissemens d'aliénés, on voit le nombre de ces malades s'accroître. Ce qu'il en faut conclure, ce n'est pas que la folie devient plus fréquente, mais bien, comme l'a prouvé M. Esquirol, que beaucoup d'aliénés à tous les degrés restaient libres. On ne sait point quel est le nombre des aliénés en France; car aucun recensement général n'a été fait. Ce recensement a été fait pour le canton de Vaud. M. le docteur Pellis, lorsque je visitai, en 1837, le pénitencier et l'hôpital des aliénés de Lausanne, a bien voulu me remettre ce document publié depuis. Il en résulte qu'il existait en 1837, sur 183,582 habitans, près de 500 aliénés. Combien croit-on que l'hôpital de Lausanne contînt de malades à cette époque? Une centaine environ, c'est-à-dire que les quatre cinquièmes étaient libres.

On était loin de soupçonner, avant le recensement, un si grand nombre de malades, et l'administration s'est empressée de mettre au concours le plan d'un hôpital beaucoup plus vaste.

Ce qui a lieu dans le canton de Vaud a lieu partout à différens degrés. Ainsi, il est certain qu'il y a au milieu de la population beaucoup d'aliénés, les uns reconnus tels, mais inoffensifs; les autres, dont la maladie est tout à fait méconnue. Ces aliénés libres compromettent souvent leur fortune, ou se livrent à des actes coupables. Parmi ces derniers, quelques-uns, dont la maladie est reconnue, ne font que passer de la prison à l'hôpital; d'autres subissent une condamnation; arrivés au pénitencier, et soumis à une observation de tous les jours de la part du médecin, leur maladie est constatée, et ils sont renvoyés à l'hôpital après avoir passé par le pénitencier. On trouvera plus loin la preuve de ce fait.

Il y a dans les renseignemens qu'on recueille auprès des familles des aliénés un point d'une grande importance. Au premier abord, les parens ne font remonter la maladie qu'à telle époque, un mois, par exemple. Puis, si on les interroge plus soigneusement, on arrive bien souvent à savoir que, depuis un an, deux ans même, le malade s'était fait remarquer par tel ou tel acte, par un changement de caractère, etc. On peut ainsi se convaincre qu'il y a fréquemment dans la folie une longue période d'incubation, qui passe inaperçue, non seulement pour le monde, mais même pour les proches du malade. Quand vient la maladie, elle explique tout. Jusque-là, on ne se rendait compte de rien.

Ces individus, qui ne sont point encore aliénés, mais qui vont le devenir, comme ceux dont j'ai déjà parlé plus haut, peuvent compromettre leur fortune et se livrer à des actes coupables. Parmi ces derniers, la maladie éclate; tantôt avant, tantôt après le jugement.

Cette considération explique beaucoup d'accès de folie qu'on observe après quelques mois d'emprisonnement, soit dans les pénitenciers, soit dans les prisons ordinaires.

En excluant la maladie elle-même, on trouve encore chez les criminels beaucoup de causes capables de produire la folie. Tout le monde est d'accord quant aux causes occasionelles, mais la prédisposition héréditaire mérite aussi une grande attention.

seule main, les parties dans leur état, soit que la tête du fémur fût sortie de la cavité articulaire, soit qu'elle y fût rentrée, on n'a pu cependant réussir soit à déplacer, soit à remettre l'os, comme cela arrive spontanément, soit à produire le bruit de claquement.

Les organes des sens sont à peine intacts; l'ouïe est très fine; la pupille se contracte facilement à l'approche de la lumière. Lorsqu'elle a mal à la tête, ce qui n'est pas constant, la lumière la gêne beaucoup. Le goût et l'odorat ne semblent pas altérés. Pendant les paroxysmes, elle exprime souvent le désir de fumer et de mâcher du tabac, bien qu'en état de veille elle n'en touche jamais.

L'état de somnambulisme dure habituellement depuis le moment où elle se met au lit, vers huit ou neuf heures, jusqu'à deux ou trois heures du matin, où il se termine par le sommeil ordinaire. Elle peut se lever et marcher de temps en temps, mais non rester longtemps debout, parce qu'elle pâlit et devient faible. Lorsqu'elle est levée, il lui arrive souvent de manger, bien que sa déglutition soit lente et embarrassée, en raison du peu de pouvoir qu'elle conserve dans cet état sur les muscles de la langue, et il lui est arrivé d'être sur le point de suffoquer, en voulant avaler certains morceaux. Les mouvemens de la hanche aussi sont plus difficiles et plus incommodes lorsqu'elle est levée.

Elle s'endort quelquefois pendant ses paroxysmes, et alors sa respiration devient pendant quelques minutes douce, lente et profonde; ses yeux restent fermés; mais si la durée du paroxisme n'était pas encore entièrement achevée, elle ne tardait pas à revenir à l'état de somnambulisme; ce qui était annoncé par le mouvement de quelque articulation, quelques crampes, ou par une contraction musculaire tétanique.

Cette jeune fille se plaint à peine de quelque incommodité dans l'intervalle des accès. Si elle s'endort pendant le jour, son sommeil est tranquille et régulier, et les accès de somnambulisme ne viennent jamais que le soir. Il lui est arrivé quelquefois de conserver, après de mauvaises nuits, un peu de claudication.

Elle conserve les souvenirs des pensées et des événemens d'un paroxysme à l'autre, ou d'un jour à l'autre jour; mais elle ne se rappelle jamais dans le jour ce qui lui est arrivé pendant la nuit. Quelquefois elle parle, pendant ses accès, de ce qui lui est arrivé pendant le jour, mais elle ne parle pas, dans un état de veille, de ce qui lui est arrivé pendant les paroxysmes.

La teinture de digitale, à la dose de deux ou trois gros, deux ou trois fois chaque soir, paraît lui avoir procuré beaucoup de soulagement; car, au bout de quelque temps, les paroxysmes avaient complètement cessé.

SUR LES ASILES DESTINÉS AU TRAITEMENT DES ALIÉNÉS; par le docteur P. EARLE.

L'auteur de ce long mémoire a visité, en Europe, beaucoup d'asiles d'aliénés, sur chacun desquels il entre dans des développemens intéressans sur la tenue de ces établissemens, sur les résultats obtenus, et autres circonstances qui se rapportent au sujet dont il s'occupe. Regrettant de ne pouvoir le suivre dans ce long voyage, où il compare les établissemens de France, d'Angleterre, d'Italie et d'Allemagne, nous allons nous borner à analyser la courte notice qu'il a consacrée à la description de l'asile de Constantinople, si toutefois il est permis de donner le nom d'asile à un semblable établissement. Ensuite, nous reproduirons quelques-unes des considérations générales qu'il présente sur la folie à la fin de son travail.

M. Earle visita l'asile de Constantinople pendant les fêtes du bayram, vers la fin de l'année 1838. En entrant dans la cour, il passa près de plusieurs hommes misérablement vêtus, assis près de la porte, non pour *demander* l'aumône, mais pour la recevoir si elle leur était offerte. Il y avait dans la cour plusieurs individus, la plupart des jeunes gens ou même des enfans, qui étaient venus, soit pour satisfaire leur curiosité, soit pour porter des secours aux affligés. La première fenêtre, dit l'auteur, qui s'offrit à notre vue, était garnie de barreaux de fer entre lesquels passaient les anneaux d'une chaîne de fer qui par une extrémité était scellée dans le mur extérieur et par l'autre allait s'attacher à un pesant anneau de fer placé autour du con d'un malade qui était assis dans l'intérieur, sur le bord de la fenêtre grillée. Cette chaîne avait environ six pieds de long, et étant entrés dans la chambre, nous en vîmes deux autres semblables qui tenaient deux autres malades attachés de la même manière à deux autres fenêtres situées au côté opposé de la chambre. C'était une bien triste chambre; un vase plein d'eau et quelques planches pour chaque malade, placées sur le sol ou élevées de trois ou quatre pouces à peine et couvertes d'une couple de couvertures en formaient tout l'ameublement. Bien que nous fussions à la fin de décembre, il n'y avait point de feu; les croisées n'étaient point garnies de vitres, mais il y avait des volets qui permettaient de mettre les habitans de cette triste demeure à l'abri des intempéries de la saison. La chaîne de chaque malade était tout juste assez longue pour lui permettre de s'étendre sur son coucher de planches. Quittant cette chambre, nous en visitâmes douze ou quinze qui étaient tout à fait semblables à celle que nous venons de décrire, et dont les habitans étaient absolument dans le même état. Un seul n'était pas enchaîné, c'était un homme déjà avancé en âge, bien que conservant encore beaucoup de la vivacité de ses premières années. Sa longue chevelure et sa barbe étaient presque blanches; et il était d'une complexion délicate. Il avait été prêtre de la religion de Mahomet, et depuis quinze ans qu'il était renfermé dans l'établissement il avait trois fois rompu la chaîne qui le tenait attaché. Il est maintenant seul dans sa chambre où personne ne peut entrer; il parlait continuellement, menaçant de tuer ceux qui s'arrêtaient devant lui. Toutes ces chambres étaient privées de feu, à l'exception d'une seule. L'individu qui est l'objet de cette exception est l'être le plus hideux et le plus difforme qu'on puisse voir. Il est renfermé dans le Témar-Hané depuis plus de quarante ans. Ses cheveux et sa barbe naturellement très abondans, d'un noir d'ébène, semblaient n'avoir été ni peignés ni coupés depuis son entrée, et cachaient presque complètement sa face; les premiers tombaient en flocons épais sur son col et sur ses épaules. Il s'appuyait sur les genoux et les coudes; tout ce qu'on pouvait obtenir de lui, c'était qu'il tournât un peu son énorme tête. Ce cas était un exemple remarquable de démence.

La plupart de ces malades paraissaient jouir d'une bonne santé; sauf l'affection qui les condamne à être renfermés dans ce lieu où ils sont visités d'une manière régulière par un médecin. Il y a une personne qui est chargée de leur fournir des alimens, et ils reçoivent beaucoup d'offrandes de la part de ceux qui vont les visiter, qui leur donnent des alimens, de l'argent et du tabac. L'un des plus grands plaisirs qu'on puisse leur faire, c'est de garnir et d'allumer leurs chibouks. Ces malades présentent, comme on doit bien le penser, différentes espèces d'aliénations et d'hallucinations. L'un d'eux était assis en face de sa fenêtre grillée, les jambes pliées et les bras croisés sur sa poitrine, avec toute la dignité d'un grand potentat et toute la gravité d'un saint. Il était évident qu'il se regardait comme l'un des maîtres de la terre, un Mahmoud, un Mahomet. Ayant appris que j'étais Américain : « Ayez la honte, dit-il en se tournant vers moi et sans rien changer à sa gravité, d'offrir mes respects au sultan d'Amérique. »

L'auteur pense, avec quelques écrivains de notre époque, qu'on trouve un très grand nombre de fous dans les nations les plus élevées dans la ci-

---

Cette prédisposition héréditaire dans les maladies est dans certains cas très difficile à découvrir. Pour ce qui est de la folie en particulier, si on n'y met pas un soin extrême, on la méconnaît fréquemment. Les parens du malade, interrogés sous ce rapport, font souvent une réponse négative. Mais en allant plus loin, on trouve sur son chemin l'hystérie, l'épilepsie, l'hypocondrie, surtout des *fièvres cérébrales* de courte durée; enfin des caractères bizarres, originaux, des intelligences faibles, etc. Combien de fois ne m'est-il pas arrivé, alors qu'en apparence rien n'annonçait l'hérédité, de la reconnaître chez les parens même qui me fournissaient les renseignemens! Plus on étudie dans cette voie, et plus on peut se convaincre que les cas d'hérédité sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense généralement. Il arrive même, quelque soin qu'on y mette, que l'hérédité, alors même qu'elle existe, ne soit pas reconnue. Les parens qui ont transmis la maladie n'en *seront*, en effet, *atteints que plus tard et longtemps après qu'elle s'est déjà manifestée chez leurs enfans.* J'ai vu plusieurs faits de cette nature pour la folie et on en rencontre beaucoup plus encore pour l'hérédité de la phthisie pulmonaire.

Qu'arrivera-t-il si on soumet à cette investigation minutieuse la parenté d'un grand nombre de condamnés?

Je puis répondre que d'après d'importantes recherches encore inédites, faites sur ce sujet par mon ami le docteur Moreau, on reconnaît assez souvent, dans la famille des criminels, des germes de folie.

Quant aux causes occasionelles de folie, j'ai dit que tout le monde s'accordait à en admettre de très nombreuses chez les criminels. Combien de détenus, en effet, avant d'arriver au crime, n'ont pas passé par toutes les angoisses de la misère; combien n'ont pas soutenu de ces luttes violentes, si propres à pervertir l'intelligence, quand elles ne la brisent pas; combien d'autres n'ont pas donné dans tous les excès de la débauche.

Le remords lui-même produit quelquefois la folie. L'un des cas observés dans le pénitencier de Lausanne était dû à cette cause. C'était une femme qui après sa guérison a réparé tous ses torts.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que des faits appréciables pour le médecin par des recherches minutieuses, ce sont des symptômes, des prédispositions héréditaires, des causes dont chacun admet l'influence. Que serait-ce donc, si en dehors de tout cela, je recourais à ces dispositions organiques natives qui entraînent, dit-on, d'une manière fatale l'homme à telle ou telle espèce de crime et le conduisent à la folie, si je rappelais ce système qui tend à faire des malades de presque tous les criminels.

Je n'entrerai point dans de telles idées qui demanderaient de longs développemens. Je pense d'ailleurs qu'elles ne sauraient être invoquées que dans un petit nombre de cas.

De tout ce qui précède, je conclus, que pour se mettre à l'abri de l'erreur dans cette question de la folie, il faut ne point oublier : 1° qu'il y a dans le monde beaucoup d'individus atteints de dérangemens partiels de l'intelligence, et qui par cela même sont exposés à commettre des actes coupables; 2° qu'il en est encore ainsi pour des malades chez lesquels la folie a offert une longue période d'incubation, laquelle est passée inaperçue, même de leurs proches; 3° que la prédisposition héréditaire, si fréquente, doit être recherchée avec soin, car elle est souvent difficile à découvrir; 4° que de l'aveu de tous, les criminels sont sou-

vilisation, tandis que l'aliénation est presque inconnue des nations barbares. En Grèce, aujourd'hui, on ne compte qu'un petit nombre d'aliénés, et il n'y a pas encore, dans ce pays, d'établissement spécial pour leur traitement, et pourtant, dans l'automne de 1838, il n'y avait pas un seul malade de ce genre dans les hôpitaux d'Athènes. Il paraît bien démontré aussi qu'en Turquie ils sont en très petit nombre, bien qu'il n'y ait aucune donnée précise sur ce point. Il est vrai, pourtant, que les habitans de ce pays sont, jusqu'à un certain point, à l'abri de l'influence de quelques-unes des causes les plus actives et les plus puissantes d'aliénation aux Etats-Unis et dans quelques nations de l'ouest de l'Europe : 1° chez les Turcs, l'intempérance est un vice très rare; 2° ils évitent les emportemens d'une passion sans frein, et gardent dans tous les événemens une égalité de caractère remarquable; 3° les revers de fortune agissent avec moins de puissance sur eux que sur la plupart des habitans des autres contrées; ce qui dépend de ce que les revers de fortune sont considérés par eux comme un effet de la volonté toute puissante de Allah, et de ce que chez eux aussi la perte de la fortune n'entraîne pas la perte de la position qu'on occupait dans la société; 4° ils sont aussi probablement moins tourmentés par l'anxiété, le doute et les dissensions religieuses. Ces quatre conditions excluent au moins trois des causes les plus énergiques de l'aliénation.

On n'a que très peu de documens positifs sur le nombre des aliénés chez les différens peuples. La population des îles de Malte et de Corfou qui est de 120 mille ames compte 130 aliénés ou 1 sur 920. Le professeur Van-der-Kolk de l'université d'Utrecht a dit, dans un ouvrage publié récemment, qu'il y a dans les différentes provinces de la Hollande 1,828 aliénés; ce qui pour une population de 2,253,794 habitans donne un aliéné pour 1,233 habitans; si ces chiffres sont exacts, ce qu'il est impossible d'affirmer, cette faible proportion d'aliénés dépend probablement en partie de la sobriété des Hollandais et de leur tempérament flegmatique. Il paraît qu'aujourd'hui le chiffre des aliénés pour la population de l'Ecosse qui, il y a quelques années, était évalué à 1 sur 1000, est réellement de 1 sur 300. Dans plusieurs états de la Nouvelle-Angleterre, ce chiffre, qui était porté à 1 sur 1000, est considéré comme trop faible et paraît devoir se rapprocher de 1 sur 800. En Angleterre, l'aliénation mentale est plus commune dans certaines contrées que dans d'autres: dans le pays de Galles, par exemple, le nombre des aliénés est, relativement à toute la population, extrêmement faible. La même remarque est aussi applicable aux autres parties de l'Angleterre où domine la race celtique, et dans celle où le sang celtique s'est mêlé au sang saxon et au sang normand la folie est à peu près inconnue, excepté dans les cas de conformation anormale ou de difformité du crâne.

II. THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY (1).

Les numéros des deux derniers trimestres de 1839 renferment les articles originaux suivans : 1° *Coup d'œil sur les progrès de la médecine en Amérique;* par le docteur John Watson; 2° *Observation d'une tumeur osseuse naissant du bassin;* par M. J. Keardney-Rodgers de New-York; 3° *Remarques sur un cas de tumeur douloureuse de l'urètre de la femme;* par M. Al. E. Hosack, M. D.; 4° *Essai sur le cancer de l'utérus;* par M. S. Swelt, M. D.; 5° *Observation sur la coxalgie;* par M. S. G. Adams (rien de neuf); 6° *Cas d'ablation de l'utérus après l'accouchement;* recueilli par M. Griscom, D. M. (l'accident qui a été mortel est dû aux tractions inconsidérées d'un homme étranger à l'art); 7° *Extirpation d'une portion de côte pour une névralgie;* par M. E. Dixon; 8° *Parallèle entre l'état de la médecine en 1733, et ce qu'elle est en 1833;* par S. M. Smith; 9° *Observations pratiques sur la chorée ou danse de Saint-Guy;* par M. D. Reese; 10° *Observations de maladies des ovaires;* par le professeur Bedfore; 11° *Observations sur le delirium tremens;* par M. S. L. Vandervoort; 12° *Luxation de la rotule;* par M. S. Watson; 13° *Observation d'anévrisme de l'artère fémorale; ligature de l'iliaque externe; guérison;* par M. James H. Dicksons, D. M.; 14° *Relevé des cas de fièvres reçues à l'hôpital de New-York pendant l'été de 1836;* par le docteur Sook; 15° *Rapport statistique sur l'asile de Bloomingdale;* par le docteur J. Macdonald; 16° *Observations d'affections nerveuses;* par le docteur Young, de Chester.

(1) Les deux premiers cahiers de ce journal, qui paraît tous les trois mois, ont été publiés en juillet et octobre 1339.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR OSSEUSE NAISSANT DU BASSIN; par M. J. KEARDNEY-RODGERS, D. M., chirurgien de l'hôpital de New-York.

OBS. — M. H. Hart, âgé de 29 ans, d'une faible constitution, d'un tempérament nerveux, présentait au mois de septembre 1838 une énorme tumeur, implantée sur le bassin, et enveloppant la base de la cuisse droite. En haut, elle dépassait de deux pouces le corps du pubis; en bas, elle se prolongeait jusque vers le tiers inférieur de la cuisse. Son bord externe repousse le muscle couturier et les vaisseaux fémoraux à près de deux pouces de leur direction normale. Le bord interne, malgré que les genoux restent écartés de près de neuf pouces, recouvre plus de la moitié de la cuisse saine. Le pénis et les testicules sont repoussés considérablement à gauche, et s'appuient sur la partie supérieure et gauche de la tumeur. En arrière, la tumeur dépasse de plusieurs pouces le bord inférieur du grand fessier.

Les tégumens qui recouvrent cette tumeur sont sains et parcourus par des veines considérablement dilatées. Du reste, il n'existe aucune irrégularité à sa surface.

Les trois quarts de la tumeur, c'est-à-dire la portion supérieure et antérieure, sont durs et incompressibles; ce qui ne laisse aucun doute sur sa nature osseuse. La partie inférieure et postérieure est plus molle et cède à la pression. Les racines de cette production osseuse paraissent implantées sur le corps et peut-être sur la branche du pubis; elles sont du reste si solides que les plus grands efforts ne sauraient les faire céder. La flexion de la cuisse est rendue impossible; le malade éprouve de la douleur en marchant, et aussi après être resté plusieurs heures au lit; dans ce dernier cas, il se trouve bien de se lever et de faire quelques pas dans sa chambre.

L'exploration par l'anus ne fait reconnaître aucun prolongement dans le bassin; l'excrétion des matières fécales se fait sans aucun obstacle; celle des urines a lieu plus lentement, sans doute par le tiraillement de l'urètre déplacé.

Voici quels renseignemens fournit le malade sur le développement de cette tumeur :

En novembre 1833, il tomba à travers une trappe et se frappa le côté droit du périnée.

Pendant l'espace de trois semaines environ, il boita et ressentit de la douleur dans les muscles de la partie supérieure et interne de la cuisse de ce côté. Ce malaise disparut, et le malade ne se ressentit plus de l'accident jusqu'au mois de juin 1835, époque à laquelle il s'aperçut du développement d'une tumeur dure et immobile, plus grosse qu'un œuf, située à la jonction de la branche ascendante

---

mis à beaucoup de causes occasionnelles de folie; 5° qu'en dehors de toutes ces considérations, on conçoit encore que sur un nombre donné de criminels, il doit se rencontrer plus de fous que sur le même nombre de gens honnêtes; ce n'est point, en effet, parmi les organisations privilégiées, tant au physique qu'au moral, que se recrutent le plus souvent les bagnes; 6° enfin, il faudra tenir compte des cas de folie simulée qui sont loin d'être rares chez les prisonniers, et qui deviendront d'autant plus fréquens dans le régime pénitentiaire, que les détenus n'ignoreront pas qu'on accuse l'isolement de produire le dérangement de l'intelligence.

Voyons maintenant ce que disent les faits.

Depuis l'ouverture du pénitencier de Lausanne jusqu'au 1er janvier 1837, 15 cas de folie ont été observés, 12 chez des hommes, 3 chez des femmes. Sur ces 15 cas de folie, 2 seulement se sont déclarés pendant la détention; tous les autres ont été observés dès l'entrée des détenus dans le pénitencier.

Pour Cherry-Hill, le journal du docteur Bache constate que « sur 312 prisonniers sortis du pénitencier depuis son institution jusqu'à la fin de 1836, 16 ont donné des signes d'aliénation mentale. Dans ce nombre, il est prouvé officiellement que 10 avaient ressenti les atteintes du mal avant leur entrée au pénitencier; à l'égard de 4, on a de fortes raisons de croire qu'il en était ainsi. Sur ces 4, 1 est sorti guéri; les 4 autres n'étaient sujets qu'à de rares hallucinations; quant aux deux derniers, on ignore les causes de leur folie; ils sont sortis guéris. » (MÉMOIRE SUR LA MORTALITÉ ET LA FOLIE DANS LE SYSTÈME PÉNITENTIAIRE.)

Ainsi, dans le pénitencier de Cherry-Hill, comme dans celui de Lausanne, ce qui frappe, c'est le nombre des détenus reconnus aliénés à leur entrée, ou l'ayant été. Il n'y a pas moins de 23 cas sur 31, et si l'on ajoute les 4 cas où des germes de maladie avant l'entrée étaient encore fort probables, on arrive au chiffre de 27 sur 31. Ce fait, extrêmement remarquable, n'a point échappé au rapporteur de la commision de l'Académie. Il est la preuve pratique de ce que les considérations précédentes auraient pu faire admettre *à priori*.

Comme il est impossible d'attribuer ces 27 cas de folie au régime pénitentiaire, il faut nécessairement chercher parmi ces 27 aliénés : 1° des individus atteints de dérangemens partiels de l'intelligence, existans depuis longtemps, mais qui n'ont été reconnus qu'à l'entrée dans le pénitencier, parce qu'alors seulement le détenu a été soumis à l'observation du médecin.

2° Des malades qui se trouvaient dans la période d'incubation et dont la folie a éclaté dès l'entrée dans le pénitencier ou peu après.

3° Peut-être un certain nombre d'individus héréditairement prédisposés, ou ayant été soumis à quelques-unes des causes occasionnelles que j'ai signalées.

Si on se rappelle qu'en 1837, il existait, sans compter ceux qui ont nécessairement été méconnus, près de 400 aliénés libres dans le canton de Vaud, il sera difficile de ne pas admettre que, parmi ces 13 malades dont la folie a été constatée à l'entrée dans le pénitencier, quelques-uns n'auraient pas dû aller directement à l'hôpital.

Ce grand nombre de détenus reconnus aliénés à leur entrée, ou l'ayant été avant, prouve mieux que tout ce qu'on pourrait dire les rapports de la criminalité et de la folie. L'enseignement qu'il en faut tirer, c'est qu'avant de frapper un homme d'une condamnation, il faut scruter sa vie et chercher avec soin la part

du pubis avec le corps de cet os. Dans le cours de l'été, il y éprouva de la douleur à plusieurs reprises; mais c'était surtout à la partie interne du genou qu'elle existait.

Depuis cette époque, son développement se fit avec lenteur; cependant à la fin de 1837, elle avait déjà un volume considérable; après un accès de fièvre qui survint alors, elle s'accrut avec une grande rapidité; enfin, elle acquit bientôt les dimensions qu'elle avait au moment de l'opération, c'est-à-dire onze pouces un quart dans son plus grand diamètre (vertical); trente-quatre pouces et demi de circonférence; la cuisse saine en avait dix-sept et demi. Une consultation eut lieu; l'opération fut discutée; on ne s'y arrêta à l'idée de la pratiquer que sur les instances réitérées du malade. Enfin, elle fut exécutée le 16 octobre, en présence de MM. Stevens, Hosack, Cornell, Wilkes, Delafield, Boyd, Watson, etc.

Le malade fut placé les hanches élevées et dépassant légèrement la table; les cuisses étaient séparées. M. Rodgers put se placer comme dans l'opération de la taille. Il fit une incision curviligne d'environ treize pouces de longueur, commençant à la partie supérieur de la tumeur et finissant à un point correspondant à l'arcade tendineuse du triceps. Malgré qu'il ait soigneusement chassé avant d'inciser le sang contenu dans les veines, il s'en écoula cependant une assez grande quantité pour qu'on fût obligé de faire plusieurs ligatures. Une autre incision joignit les deux mêmes points que la précédente, en se portant vers la partie interne de la cuisse, isolant ainsi une portion de tégumens d'environ six pouces de largeur. On s'occupa dès lors de disséquer les parties molles qui recouvraient la tumeur. Le grêle interne dut être sacrifié. Les tégumens purent être soulevés au côté interne, et le muscle couturier ainsi que l'artère fémorale ménagés. Mais il devint nécessaire de faire une incision à angle droit, à partir de la lèvre interne de la plaie, pour mettre plus facilement à nu la tumeur qui dès lors devint libre en avant, en dedans et en arrière. On reconnut alors que sa base était plus large qu'on ne l'avait d'abord supposé. Une section longitudinale fut pratiquée alors tout près du pubis, et les deux moitiés furent séparées de la même manière. Après plusieurs sections transversales le corps et les branches du pubis et de l'ischium furent mis à nu, et le point de départ de la maladie put être apprécié. Elle provenait évidemment de ces parties et plus spécialement de la portion qui forme le bord du trou obturateur. Avec de forts scalpels, les surfaces osseuses malades furent voilées, jusqu'à ce qu'on fût bien sûr d'être sur des tissus sains.

L'opération, qui dura plus d'une heure, fut supportée avec un courage héroïque. Le malade se trouvait à la fin dans un tel état de prostration, que les cordiaux et les stimulans administrés à hautes doses, et les sinapismes appliqués dans divers points purent à grand'peine le rappeler à la vie. Son pouls était accéléré et faible, et les extrémités froides; la voix éteinte. Au bout de deux heures, le pouls devint plus fort, et la peau reprit de la chaleur. On lia plusieurs petits vaisseaux qui fournissaient du sang; les bords de la plaie furent maintenus rapprochés par la suture, des bandelettes adhésives, le tout recouvert de charpie.

Dans cet intervalle, le malade éprouva une oppression pénible dans la région épigastrique, quelques vomissemens le soulagèrent. A neuf heures du soir (l'opération avait été faite à midi) la peau avait sa chaleur naturelle, mais le pouls et la voix étaient encore faibles. Le malade avait dormi, mais sans en être soulagé.

A minuit, on donne une potion avec la teinture d'opium. Le malade voulut manger une huître, mais il le vomit aussitôt. Il dormit un peu le reste de la nuit; mais à cinq heures il était insensible; à six heures, les extrémités étaient froides; le pouls presque imperceptible. Il continua de baisser jusqu'à dix heures, et expira vingt-deux heures après l'opération.

La tumeur, après son ablation, pesait quarante livres; les deux tiers supérieurs étaient composés de substance osseuse, dont les cellules dilatées étaient remplies d'une matière caséense blanche. Elle se coupait difficilement, même avec un fort scalpel. Les parties inférieures et postérieures paraissaient composées de granulations solides, d'une couleur opaline, dures comme des cartilages, formées de mailles fibreuses. Toute la tumeur se trouvait enveloppée d'une capsule fibreuse.

En examinant les os après la mort, il devint évident que la maladie avait son point de départ sur l'os pubis, dont le tissu était dilaté. Du bord du trou obturateur, formé par la branche du pubis, descendait une saillie cartilagineuse, qui occupait la position ordinaire du ligament, et semblait avoir pris sa place. Sa surface interne était recouverte par le muscle obturateur interne, mais ne faisait pas, dans la cavité pelvienne, une saillie assez considérable pour diminuer son étendue. L'artère obturatrice était oblitérée.

Le chirurgien se demande si cette maladie était d'un mauvais caractère. Il pratiqua l'opération dans la persuasion que cela n'était pas, d'autant moins que la santé générale du malade semblait d'ailleurs extrêmement bonne, et que la tumeur n'était arrivée que fort lentement au volume qu'elle avait alors.

On pouvait, dit-il, craindre d'avoir à enlever la branche du pubis et celle de l'ischium, ce qui aurait certainement augmenté le danger de l'opération. A cette autre question de M. Rodgers : quel aurait été le résultat d'une tentative si hasardée : diviser les ligamens du pubis et enlever l'appui que ces parties fournissent naturellement aux viscères pelviens ? nous répondrons qu'il aurait été le même que celui qui vient d'être rappelé; seulement la terminaison funeste eût été, si c'est possible, moins inévitable.

Du reste, M. Rodgers et les consultans avaient bien prévu les dangers qu'ils avaient à redouter, et d'abord l'hémorragie pendant l'opération ; puis l'ébranlement profond imprimé au système nerveux ; si le malade échappait aux dangers de la première période, n'avait-il pas à craindre l'abondance de la suppuration; enfin, la récidive, dans le cas où la tumeur aurait été d'un mauvais caractère.

EXTIRPATION D'UNE PORTION DE CÔTE POUR UNE NÉVRALGIE; par le docteur E.-N. DIXON.

OBS. — Il s'agit, dans cette observation, d'un homme âgé de 30 ans, qui, deux années avant la fin d'octobre 1838, eut une fracture de côte, à la suite d'une forte pression par une voiture. La solution de continuité affectait la dixième côte du côté droit. Il resta une saillie à l'extrémité antérieure de la côte; dans ce point, le malade accusait des douleurs excessivement vives, tantôt continues, tantôt intermittentes, revenant à chaque mouvement, au moindre effort. De fréquentes applications de ventouses parurent amener du soulagement; mais après deux années de souffrance, il se décida à subir une opération. M. Dixon enleva une portion de côte, de deux pouces de longueur, en respectant la plèvre. Le cartilage avait été probablement absorbé, on ne le retrouva plus; au bout de huit jours, la plaie était guérie. La douleur avait complètement disparu.

Il est assez difficile d'établir à quelle lésion on avait affaire dans ce cas, c'est-à-dire quelle était la cause locale de ces douleurs d'un caractère névralgique, si vives. M. Dixon ne s'explique pas sur ce point, et ne précise pas l'état des parties sous-jacentes à la côte. Toutefois, il serait permis de supposer que le nerf intercostal se trouvait tiraillé ou déchiré dans quelques points de son étendue; que l'ablation de la côte ayant fait cesser cette irritation, les douleurs se sont nécessairement éteintes. Je ne pense pas que le nom de névralgie convienne bien dans cette circonstance, vu l'existence d'une cause matérielle, mécanique, pour expliquer la nature et l'intensité des accidens.

OBSERVATION DE TUMEURS DOULOUREUSES DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME; par le docteur ALEX. HOSACK.

OBS. — Une servante consulta M. Hosack, en 1835, pour des accidens qu'elle

---

que la maladie peut quelquefois avoir eue dans son crime. Alors il arrivera que ce que le médecin découvre après le jugement, on le découvrira avant. On peut dire, en général, que plus il y aura d'aliénés dans les hôpitaux, moins il y en aura dans les pénitenciers.

Quant au pénitencier d'Auburn, on ne l'a point accusé de produire la folie, et M. Demetz, de 1817 à 1836, n'en a mentionné qu'un seul cas.

A Genève, il y a eu quinze cas de folie dans le pénitencier, de 1827 à 1837, mais on n'a point déterminé, comme à Lausanne, comme à Cherry-Hill, combien de ces malades offraient des signes, plus ou moins tranchés d'aliénation, à leur entrée, combien d'autres en avaient éprouvé des atteintes avant. Cette proportion, comme on l'a vu, a été si considérable à Lausanne et à Cherry-Hill, que ce chiffre 15, d'ailleurs si insuffisant, n'est d'aucune utilité.

En résumé, on est forcé de reconnaître 1° qu'il doit se rencontrer parmi les détenus plus d'aliénés que dans la population en général; 2° qu'en défalquant les cas de folie qui peuvent ainsi s'expliquer par d'autres causes, on ne trouve plus matière à accusation contre le régime pénitentiaire.

J'ajouterai que si tels ont été les résultats avec le système de Philadelphie, avec celui d'Auburn, à plus forte raison pourrait-on compter sur ceux du régime pénitentiaire modifié, tel qu'on l'a vu exposé plus haut par M. Moreau-Christophe, dans les citations que j'ai faites.

Abordons maintenant la question de mortalité.

C'est un problème fort complexe à résoudre que celui de l'influence du système pénitentiaire sur la santé. Il y a à tenir compte d'un grand nombre d'élémens, si on ne veut pas tirer de fausses conséquences.

La méthode du docteur Bache semble approcher aussi près que possible de l'exactitude. Il explore minutieusement le détenu à son entrée, et consigne le résultat de son exploration sur un registre; pendant la détention il note les maladies incidentes s'il en survient, puis, à la sortie il fait une seconde exploration comme à l'entrée.

Le docteur Bache classe de la manière suivante les 312 détenus qui sont sortis du pénitencier de 1829 à 1836.

Santé améliorée, 78, santé égale, 164; plus faibles, sans être plus malades, 17; santé détériorée, 15; santé très détériorée, 4; morts, 33 ; suicide 4. La mortalité moyenne des sept années serait de 3 pour 100. (Demetz, page 120.)

L'état sanitaire du pénitencier d'Auburn est encore plus favorable. La mortalité, d'après MM. de Beaumont et de Tocqueville, n'a été que de 1 sur 55,96.

Quant au pénitencier de Genève, la mortalité a été de 4,89 pour 100.

Enfin, dans celui de Lausanne, elle n'a été que de 2,50 pour 100.

Les détenus soustraits à beaucoup de causes de maladies aiguës, succombent principalement à des affections chroniques, où les affections de poitrine doivent prédominer, parce qu'elles prédominent presque partout.

M. Carrière prétend que la règle du silence produit la phthisie laryngée. Ce serait là un fait important. Mais ici encore je me trouve forcé de demander à M. Carrière s'il possède, à l'appui de cette assertion, quelque document statistique.

Je n'insisterai pas davantage sur la mortalité dans le régime pénitentiaire, renvoyant à l'excellent mémoire de M. Moreau-Christophe, où tous les documens nécessaires à la solution de la question ont été présentés. Je crois cependant de-

éprouvait du côté des voies urinaires. Chaque fois qu'elle rendait ses urines, elle ressentait de vives douleurs, saignait fréquemment, surtout quand elle éprouvait quelques frottemens de la part de ses vêtemens. Souvent après le plus léger effort, elle éprouvait de si vives douleurs qu'elle était obligée de se mettre au lit. Elle supporta cet état pénible pendant deux ou trois ans; enfin elle se décida à réclamer les secours de l'art. A l'examen des parties extérieures de la génération, on découvrit deux ou trois petites tumeurs immédiatement dans le méat urinaire, sur lequel elles étaient implantées par un étroit pédicule. Leur couleur était d'un rouge vermeil; elles paraissaient recouvertes par la membrane muqueuse urétrale. Sensibles au plus léger contact, elles laissaient écouler une certaine quantité de sang. Leur forme les rapprochait d'un pois; leur volume variait entre ce dernier et celui d'un haricot; elles étaient placées de manière à briser le flot de l'urine. Le point d'attache de ces petites tumeurs ayant été bien reconnu, elles furent enlevées d'un coup de ciseau sans qu'il s'écoulât beaucoup de sang. Peu de jours après, les parties semblaient avoir repris leur état normal; mais six semaines après, la douleur et les autres symptômes reparurent, et bientôt de nouvelles tumeurs, en tout semblables aux premières, s'étaient reformées; la muqueuse urétrale avait tout à fait l'aspect d'un fongus. Une nouvelle excision fut pratiquée, dans laquelle on comprit le méat urinaire. La plaie qui en résulta fut promptement guérie; les parties paraissaient tout à fait saines, à l'exception de quelques points dans les replis des nymphes qui présentaient une altération de couleur; la cautérisation répétée les fit disparaître.

Au bout de quelques mois, la malade était encore revenue; il faut dire qu'auparavant l'orifice urétral était resté dur, comme squirrheux; M. Rodgers se décida à enlever une certaine étendue de ce canal.

Pour cela, après avoir pris exactement la longueur du canal de l'urètre, il saisit l'excroissance fongueuse avec une pince de Museux, et l'attirant au dehors, il circonscrivit l'urètre avec le bistouri, le disséqua dans l'étendue de trois quarts de pouce, et le trouvant sain dans ce point, il en fit la section. A ce moment, il s'écoula une grande quantité de sang; mais à l'aide de la compression, maintenue constamment appliquée avec une éponge, on vint à bout de l'arrêter, ou de la diminuer tellement qu'on put être tout à fait tranquille de ce côté.

On ne laissa point de cathéter dans la vessie, la malade ayant uriné peu de temps avant l'opération; mais ce fut à tort, puisqu'il fallut l'introduire le lendemain matin, non sans difficulté; depuis ce moment, il fut placé à demeure, et laissé jusqu'au sixième jour; dès lors la malade a uriné facilement, toute douleur a disparu. Il y a six mois aujourd'hui que l'opération a été pratiquée, et la maladie n'a plus reparu.

L'examen de la partie enlevée fit voir que l'urètre était épaissi et induré à son extrémité; mais cette circonstance ne se trouvant pas signalée par d'autres auteurs qui ont parlé de cette maladie, M. Rodgers est porté à croire que dans ce cas elle était le résultat de l'irritation.

La première fois que j'ai rencontré cette maladie, dit M. Hosack, c'est dans la pratique de mon ami le docteur Mott qui fut consulté il y a quelques années pour une jeune fille, âgée de 18 ans, qui souffrait de cette douloureuse maladie depuis deux ans. Le docteur Mott, après une recherche attentive du siége et de l'étendue de l'affection, se détermina à enlever le méat urinaire, sur la partie externe duquel deux ou trois petites tumeurs aplaties et vasculaires étaient implantées. Elles avaient le volume de petits haricots, leur couleur était d'un rose vif et leur sensibilité excessive. Le résultat de l'opération fut des plus heureux. La malade retourna bientôt dans sa famille, et ne tarda pas à se marier.

Quoique la maladie dont on vient de lire l'histoire soit assez rare, un bon nombre d'auteurs en ont parlé. Ainsi Morgagni en fait mention; M. Wardrop l'a signalée beaucoup plus tard (LANCET, vol. XIII, p. 781). Boyer décrit un fongus qui se développe dans l'urètre de la femme, et pour lequel il a toujours employé l'instrument tranchant, constamment avec succès. Si la maladie se reproduisait après avoir été enlevée avec le bistouri il faudrait, dit-il, l'exciser de nouveau et y appliquer le cautère actuel pour détruire ce qui aurait échappé à l'instrument tranchant. (TRAITÉ DES MALAD. CHIRURG., t. XI, p. 422.)

Au reste, Bromfields, Sharp, Warner, plus tard Chaussier, M[me] Lachapelle, Rosenmuller et d'autres auteurs allemands n'ont pas manqué de la signaler; ce qui n'a pas empêché que bon nombre d'erreurs n'aient été commises, surtout au début de la maladie, en prenant les symptômes observés alors pour ceux d'une pierre dans la vessie. Dans un fait observé par M. Hughe, on crut qu'il s'agissait d'un prolapsus de l'utérus, qu'on traita jusqu'à l'époque où la malade ne put supporter plus longtemps la douleur qui résultait de la pression exercée sur ce viscère.

M. Hosack termine par les conclusions suivantes :

1. Cette affection est caractérisée par des symptômes particuliers.

2. Elle peut se développer à tous les âges.

3. On n'observe d'écoulement que dans les cas où les parties sont en même temps écorchées ou ulcérées.

4. Pour prévenir le retour de la maladie, le moyen le plus sûr consiste à enlever en même temps l'orifice externe de l'urètre et la base des tumeurs.

5. Le développement de la maladie est en général fort long, rarement il arrive à un volume considérable ; car parmi tous les exemples connus, il n'en est pas un seul où la tumeur ait été trouvée plus grosse qu'une petite cerise.

Cette affection a été mentionnée dans le traité de médecine opératoire de M. Velpeau, sous le nom de polypes de l'urètre (MÉD. OPÉR., 2e éd., t. IV, p. 725). L'auteur rapporte plusieurs faits, l'un observé en 1825, l'autre en 1829, un troisième en 1832. Un plus grand nombre a été réuni par M. Barthez (JOUR. HEBD., 1836, t. II, p. 310). Toutefois M. Velpeau n'insiste pas sur le caractère vasculaire de cette production, il ne signale pas non plus l'extrême sensibilité qu'elle entraîne après elle. Sous ce rapport il y aurait de la différence déjà entre la maladie décrite par M. Velpeau, et celle dont le chirurgien américain a rassemblé quelques exemples. Resterait à savoir maintenant jusqu'à quel point cette différence est fondamentale et si dans tous les cas il ne s'agirait pas de production vasculaire, sorte de bourgeons charnus, prenant une forme et affectant une dégénérescence spéciales, analogue à celle des tissus érectiles; ce qu'on voit sur quelques surfaces muqueuses, dans certaines plaies le donnerait à penser.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA CHORÉE; par le docteur REESE.

Deux points seulement paraissent mériter quelque attention dans ce mémoire, relatifs l'un à la cause et l'autre au traitement de la chorée. Parmi les causes de cette maladie, l'auteur signale l'imitation, et attribue à cette circonstance la fréquence constamment croissante du nombre des cas de chorée parmi les trembleurs (shakers), dont, comme on sait, le culte religieux qu'ils rendent à la divinité consiste en des danses grossières accompagnées de chants plus ou moins ridicules, et auxquelles les deux sexes prennent part. Suivant M. Reese, la chorée augmenterait beaucoup de fréquence dans les villages de l'Union habités par les trembleurs, ce qu'il attribue à la sympathie et à la tendance à l'imitation qui est si fortement prononcée chez l'homme. Sans nier que l'habitude de la danse soit pour quelque chose dans la disposition à la chorée chez les individus qui suivent les rites de cette secte, nous pensons que le cé-

---

voir rappeler les considérations suivantes : que dans le plan de pénitencier présenté par M. Guillot, tout détenu pourrait faire chaque jour une demi-lieue dans de vastes promenoirs; que la mortalité dans les bagnes a, jusqu'à présent, été considérable et hors de toute proportion avec celle de la population libre; que celle des maisons centrales est aussi plus forte. Donc, si on ne parvient pas, pour me servir d'une expression de M. Carrière, à faire de la cellule de l'assassin un boudoir hygiénique, il ne faudra pas oublier que les bagnes et les prisons n'ont été rien moins que cela jusqu'à présent; que, d'ailleurs, les verreries, les fabriques de céruse, les usines, et les manufactures en général, ne sont pas non plus des boudoirs hygiéniques ;

Qu'il serait étrange qu'on se montrât plus exigeant pour le régime pénitentiaire qui doit tarir une source féconde de corruption que pour le système actuel qui l'entretient;

Enfin, si, après beaucoup d'efforts, on ne parvenait pas à réunir dans les pénitenciers toutes les conditions de l'hygiène, pas plus qu'on n'y est parvenu jusqu'à présent pour les bagnes et les prisons, en général, il faudrait se rappeler ce passage de M. de Tocqueville. « Je ne nierai pas, dit cet illustre publiciste, qu'on ne menât une vie plus saine en restant dans le monde qu'enfermé dans une cellule. Mais il faut bien en arriver à dire qu'une prison n'est point un hôpital; que ce n'est point pour leur plaisir et pour le plus grand bien de leur santé que nous nous déterminons à mettre nos semblables en prison ; c'est pour les réformer et les punir, et celui qui a violé les lois de son pays et outragé la société tout entière doit s'attendre à ce qu'il résulte pour lui quelques inconvéniens et quelques incommodités de son crime. »

J. BAILLARGER.

— CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE CHIRURGIEN SOUS-AIDE AUXILIAIRE. — Un concours pour des emplois de chirurgien sous-aide-auxiliaire sera ouvert à Paris le 16 mars, et le 26 mars à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes, Lille.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au *Journal militaire*.

Le registre d'inscription sera clos à Paris le 14 mars, et dans les autres villes le 24 mars.

libat auquel se condamnent tous ceux, de quelque sexe qu'ils soient, qui embrassent leur croyance, doit avoir une influence non moins puissante sur cette fréquence.

Après une assez longue discussion sur le mérite des diverses méthodes de traitement employées contre la chorée, l'auteur annonce qu'il donne la préférence aux préparations arsénicales qui, dans tous les cas où il les a employées, ont amené une guérison radicale et permanente. Parmi ces préparations il préfère employer l'arséniate de potasse, tel qu'il est prescrit dans la solution de Fowler, et en gradue la dose, de manière à ce que l'estomac le supporte sans nausées. Chez le plus grand nombre des sujets âgés de sept à seize ans, il en prescrit de six à huit gouttes matin et soir, et augmente ensuite la dose graduellement. Chez les adultes la dose peut être élevée de dix à quinze et même vingt gouttes trois fois par jour, et dans tous les cas doit être continuée une semaine, et même plus longtemps après que tous les symptômes spasmodiques ont disparu. Les seuls accidens que détermine ce traitement sont des nausées et aussi des vomissemens si la dose est trop élevée, et quelquefois le gonflement de la tête et de la face si l'usage en est trop longtemps continué. Quand ces accidens apparaissent on discontinue le médicament pendant quelques jours, et ensuite on recommence à une dose moins forte.

L'auteur dit avoir employé cette médication depuis plusieurs années dans plus de 200 cas de chorée, sans avoir observé aucun des résultats fâcheux que l'on attribue aux préparations arsénicales sur la constitution. Loin de là, les sujets auxquels il les administrait, non seulement guérissaient de leur chorée, mais encore acquéraient une plus grande vigueur, et prenaient une force qu'ils n'avaient pas eue jusqu'alors. Il dit les avoir employées chez les enfans, des femmes délicates pendant la grossesse et dans les circonstances où l'on suppose assez généralement que leur usage doit être absolument défendu, et sans avoir jamais eu à s'en repentir.

OBSERVATION DE LUXATION DE CHAMP DE LA ROTULE; par M. J. WATSON.

Les luxations de champ de la rotule sont assez rares pour que le fait suivant offre un vif intérêt.

OBS. — Henri Burton, charretier, âgé de 35 ans, était à cheval, au milieu de la foule, le 21 août 1839. Un autre cavalier venant contre lui, le cheval de ce dernier vint frapper sa cuisse droite avec une telle force, qu'étourdi de ce coup il lui fut impossible de dire comment ou dans quelle direction il l'avait reçu. Transporté immédiatement dans un hôtel voisin, il présentait, peu d'instans après l'accident, les phénomenes suivans : vive douleur; la jambe était parfaitement droite, et pouvait être fléchie à 140° sans augmenter les souffrances. La rotule, légèrement élevée, était tournée sur son axe, ayant son bord externe tourné au-devant du genou, l'interne appuyant dans le creux intercondylien, qui reçoit dans l'état ordinaire sa face postérieure, ou sur la dépression que présente le fémur immédiatement au-dessus de cette cavité. La face antérieure de la rotule regarde en dedans, la postérieure en dehors; son axe transversal actuel fait presqu'un angle droit avec celui qu'elle présente normalement. Les attaches ligamenteuses supérieures et inférieures se trouvent également conservées, et peuvent être facilement senties; on sent une sorte de bandelette qui paraît s'étendre de la face postérieure, maintenant externe, à la partie la plus profonde de l'articulation du genou. Cette bande, à ce qu'il semblait, était produite soit par la tension du ligament capsulaire, soit par la déchirure de la portion qui côtoie le bord externe de la rotule.

En somme, la position de l'os était si bien marquée que tout individu familiarisé avec l'anatomie normale de ces parties devait facilement reconnaître la nature de l'accident.

Voici comment M. Watson procéda à la réduction : la jambe étant étendue et les muscles de la partie antérieure de la cuisse autant que possible attirés en bas, il pressa sur la rotule en déprimant le bord saillant, et ramenant directement l'os dans sa situation normale. Ces efforts n'eurent d'autre résultat que d'augmenter considérablement la douleur, l'os déplacé restant solidement fixé. Un autre effort fut exercé, dans le but de ramener son bord postérieur en dedans et l'antérieur en dehors, sans presser contre les condyles du fémur, en pressant avec une clef contre le bord postérieur, en même temps qu'on déprimait et portait en dehors le bord antérieur. Cette manœuvre ne détermina point de douleur, mais n'amena pas plus de résultat. Enfin, le genou fut plié forcément et immédiatement après étendu de nouveau. Alors, en tournant la rotule comme auparavant, et la poussant légèrement en bas et en dedans, elle glissa, avec un bruit soudain, dans sa position normale.

Il n'est pas douteux que la réduction n'eût été favorisée en fléchissant fortement la cuisse sur le bassin. Toutefois, cela ne fut point exécuté, et les manœuvres dont on vient de lire la description remplirent les indications.

Aussitôt que l'os fut replacé la douleur cessa, et le malade, se trouvant bien, assura qu'il pouvait marcher aussi bien que jamais. On plaça une attelle droite derrière le membre, de manière à maintenir l'articulation immobile, et le malade fut renvoyé chez lui en voiture, avec le conseil de tenir le genou en repos pendant quelques jours et d'y appliquer une lotion évaporante.

M. Watson a donc rencontré et réduit une luxation verticale externe de la rotule. Ses premiers efforts pour obtenir la réduction ont échoué. La même chose arriva à M. Coze dans le fait emprunté aux MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION, t. IX, p. 517, et cité par M. Malgaigne (MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS DE LA ROTULE; GAZ. MÉD., 1836, p. 677). M. Guynat éprouva la même résistance (loc. cit., p. 576). M. Watson ne put obtenir la réduction qu'en faisant fléchir la jambe sur la cuisse, méthode suivie avec succès dans le fait cité par M. Coze, et qui réussit plus tard à M. Herbertmayo. Au moment où la flexion s'opère, la rotule est attirée sur la poulie cartilagineuse, qui offrant un plan solide, arrondi, glissant, ne lui permet pas de garder l'équilibre dans sa position anormale, et la force, l'action des muscles aidant, à reprendre sa première direction. Telle est l'explication donnée par l'auteur anglais, qui eut, à la vérité, à réduire une luxation oblique. M. Malgaigne l'admet et la reproduit dans son mémoire déjà cité (p. 567).

A l'observation de luxation verticale qu'on vient de lire, M. Watson en a joint une autre, fort abrégée, de luxation en dehors.

OBS. — Le 28 juillet 1838, une jeune demoiselle, âgée de 22 ans, s'étant luxé la rotule en dansant, il suffit d'un léger effort, exercé avec le pouce, pour amener la réduction (c'était sans doute une luxation incomplète). En faisant agir le genou immédiatement après la réduction, on entendit un bruit de frottement assez fort, qu'on aurait pu prendre pour la crépitation d'une fracture. Il resta un peu d'œdème; un épanchement séreux se fit dans la capsule. Mais une application de sangsues, le repos dans une position élevée, des applications froides, enfin un bandage roulé, suffirent, dans l'espace de dix jours, pour que l'articulation reprît son état normal.

Ce fait, trop brièvement décrit, ne saurait éclairer ici le diagnostic sur le traitement des luxations de la rotule; cependant, sous le rapport de la cause (contraction musculaire) de la facilité de réduction, il y avait peut-être quelque utilité à le rapprocher de l'observation précédente.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FÉMORALE; LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; GUÉRISON; par M. JAMES H. DICKSON.

OBS. — Elisabeth Clamy, Irlandaise, âgée de 22 ans, ayant mené une vie irrégulière jouissait d'une bonne santé avant l'époque où la maladie se développa. Deux mois environ avant le moment où M. James Dickson fut appelé, Elisabeth Clamy découvrit une tumeur sur la cuisse gauche, son attention ayant été attirée de ce côté par la douleur qu'elle y éprouva, surtout en marchant. Dans la persuasion que c'était une tumeur inflammatoire, elle y fit diverses applications dans le but d'amener la suppuration. Trouvant que, malgré ce traitement, la tumeur augmentait considérablement, et devenait de plus en plus douloureuse, elle se présenta au dispensaire de New-York. La malade ne se rappelle pas avoir éprouvé quelque violence dans cette région, et ne saurait assigner de cause au développement de la maladie. La nature anévrismale de la tumeur fut bientôt appréciée; on s'assura en même temps que la compression de l'artère fémorale au niveau du pubis arrêtait les pulsations de l'anévrisme. La tumeur occupait presque toute l'étendue du tiers supérieur de la cuisse; son bord supérieur n'était guère qu'à trois centimètres au-dessous du ligament de Fallope; en bas elle s'étendait en suivant le trajet de l'artère fémorale, près du point où le vaisseau contourne le membre; occupant ainsi presque toute l'étendue de la partie interne et supérieure de la cuisse. En dehors du membre, du côté opposé à la tumeur anévrismale, et s'étendant à quelque distance au-dessus de la branche, existait une ecchymose sous-cutanée étendue, offrant exactement l'aspect de celle qui résulte d'une contusion. Une tache semblable, mais moins étendue, se voyait au côté interne de la jambe. La circonférence de la cuisse au niveau des points occupés par l'anévrisme était de 63 centimètres environ. On prescrivit à la malade de garder le lit trois ou quatre jours, durant lesquels elle fut soumise à une diète ténue, prit une médecine. L'opération fut pratiquée le 30 juin: on lia l'iliaque externe par le procédé d'Abernethy; la malade perdit peu de sang pendant les divers temps qui la composèrent.

Les bords de la plaie furent rapprochés par des bandelettes agglutinatives, maintenues par un bandage simple. La malade fut portée au lit, et la cuisse légèrement fléchie sur le bassin.

1er juillet. La douleur a été très vive durant la nuit dans la partie inférieure de l'abdomen et dans le membre; cependant il y a eu un peu de sommeil. La cuisse et la jambe sont suffisamment chaudes; le pied est un peu plus froid que celui du côté opposé. Le pouls est à 93, d'une force modérée. La jambe et le pied sont enveloppés de flanelle. (Gruau.)

Dans l'après-midi, le pouls s'élève à 100. Le genou devient très douloureux particulièrement autour de la rotule. La peau reste humide; la malade accuse une vive chaleur dans le membre, quoiqu'au toucher il paraisse notablement plus froid que celui du côté sain.

3 juillet. La malade a dormi plusieurs heures; la douleur du genou persiste. (L'opiat de la veille est remplacé par l'huile de ricin, 30 grammes. Pansement de la plaie qui est réunie dans presque toute son étendue, excepté dans le point où la ligature sort.)

5 juillet. Légère pulsation perceptible dans l'artère tibiale antérieure. La circonférence du membre au niveau de l'anévrisme est de 54 centim. Les ecchymoses dont il a été question sont considérablement diminuées. La résorption du sang infiltré continue à se faire; vers la fin du quinzième jour, à peine peut-on reconnaître quelque changement de couleur.

La ligature ne tomba que le trente-cinquième jour. Avant cette époque, la tu-

meur anévrismale avait entièrement disparu; il ne restait plus à sa place qu'une simple nodosité. Le membre mesuré le jour où la ligature se détacha ne présentait plus que 37 centimètres et 5 millimètres.

La dernière opération de ligature de l'artère iliaque externe dont nous avons publié l'histoire avait été pratiquée dans des circonstances à peu près semblables par le docteur Medoro, de Padoue; à propos de ce fait, nous avions établi quelques rapprochemens entre les divers cas de ligature de l'iliaque externe dont les détails étaient parvenus à notre connaissance; nous n'y reviendrons pas (Voy. GAZ. MÉD., 1839, p. 587).

Le fait du docteur Dickson nous présente ceci de particulier que le malade accusa une douleur très vive au genou; cette douleur n'aurait-elle pas une grande analogie avec celle dont se plaignent les individus affectés de coxalgie, ainsi que le pense le chirurgien américain? Rien n'empêche d'admettre que la division de quelques branches nerveuses dont les extrémités se ramifient au genou ne soit la cause de ce phénomène qui, dans la coxalgie, serait dû, soit à la distension, soit à l'irritation des mêmes cordons nerveux avant leur distribution dans les parties situées au-dessous. Cela, du reste, est conforme aux lois qui président à la distribution et à la transmission de l'influx nerveux.

L'ecchymose, dont il est fait mention dans l'observation de M. Dickson, n'était sans doute pas le résultat d'une déchirure artérielle; la compression des troncs veineux à leur partie supérieure rend facilement compte de cette exhalation sanguine à l'extrémité de leurs ramifications. Je noterai enfin la durée du séjour de la ligature; elle ne tomba que le trente-cinquième jour; dans les six faits dont nous parlions plus haut le fil se détacha beaucoup plutôt; l'époque la plus reculée se trouvait le dix-neuvième jour.

RELEVÉ DES CAS DE FIÈVRES REÇUES A L'HÔPITAL DE NEW-YORK PENDANT L'ÉTÉ DE 1836; par le docteur SHOOK.

L'intérêt que l'on attache aujourd'hui à l'étude des fièvres, la manière dont l'auteur présente les observations qu'il a recueillies sur cette question, et les conclusions qu'il en tire, nous engagent à analyser rapidement ce mémoire, laissant de côté les observations détaillées pour ne nous attacher qu'aux résultats généraux.

Du 1er mai au 1er octobre on a reçu 170 cas.

94 fièvres rémittentes, dont	4	morts.
47 fièvres intermittentes	0	
20 de typhus	6	
10 fièvre typhoïde	5	

L'ouverture des cadavres des sujets morts de la fièvre rémittente n'a rien appris sur le siége et la nature de cette maladie, qui, malgré des symptômes très graves, a cependant eu une mortalité très faible, puisque sur les quatre individus qui sont portés comme morts, deux ont succombé à des accidens qui ne se rattachent pas à la maladie elle-même. L'auteur attribue ces succès aux soins qu'ont reçus les malades, et surtout au traitement employé. Les soins étaient réguliers, bien entendus; chaque symptôme était noté trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, et chaque malade était visité au moins toutes les deux heures.

Quant au traitement, il se composait presque exclusivement de toniques qui étaient administrés de la manière suivante: aussitôt après l'entrée du malade, on lui donnait un purgatif, et si le lendemain il y avait eu une rémission appréciable dans l'état fébril, on y joignait la quinine avec l'infusion de la racine d'*aristolochia serpentaria*, et l'on continuait ce traitement jusqu'à la convalescence. Quand les malades arrivaient dans un état de prostration très prononcée on leur donnait constamment du vin de grain (wine whey), et on croirait difficilement à la rapidité avec laquelle leur état s'améliorait, même dans les cas où la langue était complètement sèche et la bouche pleine de fuliginosités.

Dans tous les cas on administrait l'esprit de mendéréros, comme sudorifique; on faisait de fréquentes ablutions sur la tête et les membres avec de l'eau froide, et de l'eau à la glace était maintenue sur la tête pendant le redoublement de l'accès fébrile. Quand il y avait beaucoup d'irritabilité, on administrait quelques calmans, dix grains de poudre de Dover, ou quelques gouttes de solution d'acétate de morphine qui diminuaient le délire et provoquaient le sommeil.

Quant à la symptomatologie de ces fièvres, il nous serait difficile d'en présenter un tableau exact; cependant la rémission prononcée que présentaient quelquefois les accidens fébriles, l'existence simultanée des fièvres intermittentes avec les fièvres rémittentes, les heureux effets qu'éprouvait le malade de l'emploi des toniques, tout indique que ces fièvres continues rémittentes avaient une parenté très prochaine avec les affections intermittentes.

Les 20 cas de typhus furent tous observés chez des malheureux Irlandais qui venaient de traverser l'Océan sur deux navires où ils étaient dans un encombrement difficile à concevoir; ils étaient restés 66 jours en route, et il n'y avait pas encore un mois qu'ils avaient quitté Liverpool, quand les premiers cas de typhus apparurent sur les navires et frappèrent d'abord seulement les individus arrivés au terme moyen de la vie. Non-seulement ils manquaient à bord de toute espèce de comforts et de secours pour les malades; mais ils étaient renfermés dans deux pièces entièrement privées d'air; leurs provisions étaient presque épuisées et encore d'une mauvaise qualité, et n'ayant pas de vêtemeus à changer pendant tout le voyage.

Les premiers symptômes qui se manifestèrent à bord furent une grande stupeur, la prostration complète des forces, la céphalalgie, les douleurs dans les membres, surtout dans les reins et les mollets; la soif vive et la chaleur de la peau, les tintemens d'oreilles, etc. Plusieurs de ces hommes tombèrent malades après qu'ils furent débarqués, et la maladie se répandit immédiatement dans le district, où elle fit beaucoup de ravages pendant les mois de juin et de juillet.

Pendant le cours de la maladie les symptômes cérébraux étaient les plus fréquens, et ceux de l'abdomen étaient rarement prononcés. Dans aucun des six cas qui se sont terminés par la mort, on ne trouva d'altération des glandes de Peyer. Dans un cas où seulement il y avait en des accidens dysentériques, on trouva des taches inflammatoires dans les gros intestins.

L'auteur rapproche de ces cas de typhus, dix cas de fièvre typhoïde qui ont offert pendant la vie les symptômes que présente cette maladie parmi nous, et après la mort exactement les mêmes altérations. Ainsi, dans les cinq cas qui se terminent par la mort, on trouva les glandes de Peyer ulcérées dans une plus ou moins grande longueur de l'intestin grêle. Dans un cas même, le malade mourut d'une péritonite par perforation de l'intestin grêle. Nous terminerons l'analyse de cet important travail par une remarque qu'a faite l'auteur sur les sujets atteints de fièvre typhoïde, et qu'ont faite parmi nous dans la même circonstance ceux qui ont examiné cette question sans idées préconçues et avec toute l'attention nécessaire; c'est que bien qu'il y eût un certain degré de tympanite, dans tous les cas, on ne pouvait juger de l'étendue des lésions anatomiques par la gravité des phénomènes morbides. La douleur par la pression sur l'abdomen n'était pas plus prononcée que dans les fièvres rémittentes où l'intestin n'est pas le siége d'altérations graves.

RAPPORT STATISTIQUE SUR L'ASILE DE BLOOMINGDALE; par le docteur J. MACDONALD.

L'asile de Bloomingdale est un des plus anciens des Etats-Unis, et aussi l'un des plus vastes. Le rapport du docteur Macdonald ne remonte cependant pas au-delà de 1821, époque où le bâtiment actuel fut consacré à recevoir les aliénés, et où l'établissement fut organisé à peu près sur le pied où il est encore aujourd'hui. Depuis cette époque jusqu'en 1836, 2,097 malades y ont été reçus, et c'est sur ce nombre que reposent les recherches statistiques de l'auteur, et dont plusieurs nous semblent propres à jeter quelque lumière sur l'aliénation, et surtout sur quelques-unes des circonstances dans lesquelles elle se développe. Nous allons indiquer sommairement quelques-uns des résultats les plus importans.

On s'est toujours beaucoup occupé des époques de l'année où les aliénés étaient reçus dans les asiles; bien que ce point ne nous paraisse avoir qu'une très médiocre importance, puisque l'époque de l'entrée des malades dans les établissements d'aliénés est rarement celle du développement de leur aliénation, cependant les résultats obtenus par M. Macdonald sont trop d'accord avec ceux que M. Esquirol a obtenus à Charenton en 1826-27-28, pour que nous ne les reproduisions pas ici.

	Asile de Bloomingdale.	Hospice de Charenton.
Janvier	70	37
Février	87	49
Mars	106	53
Avril	131	58
Mai	156	44
Juin	173	70
Juillet	151	61
Août	143	64
Septembre	196	47
Octobre	121	49
Novembre	115	35
Decembre	121	52

M. Macdonald, tout en tenant compte des causes étrangères à la maladie, qui peuvent faire que les aliénés affluent plutôt dans les établissemens publics pendant l'été que pendant l'hiver, pense que la différence remarquable que présentent les chiffres précédens doit dépendre aussi de la plus grande activité des causes physiques et morales pendant l'été.

Sur les 2,087 aliénés, 1,346 étaient du sexe masculin, 691 du sexe fé-

minin. L'auteur attribue cette différence cosidérable, en partie à l'intempérance, qui est une cause fréquente d'aliénation aux Etats-Unis, et plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et en partie à ce que dans les familles on consent plus difficilement à envoyer dans les établissemens publics les femmes aliénées que les hommes frappés de la même maladie.

A l'occasion des causes physiques et morales de la folie, et où nous ne trouvons aucun document nouveau, l'auteur examine si cette maladie est plus fréquente dans le nouveau que dans l'ancien monde, comme on serait tenté de le croire, d'après les résultats obtenus dans quelques états de l'Union ; toutefois, après avoir accordé que l'activitée donnée aux Etats-Unis à toutes les branches d'industrie, le rôle que chaque citoyen est appelé à jouer dans les affaires politiques, et l'importance que les Américains attachent à ces droits doivent agir aussi activement que dans aucun autre pays pour produire l'aliénation, il pense qu'on ne peut soumettre cette question à un examen approfondi par l'absence de matériaux convenables.

La Norvège est le seul pays de l'Europe où l'on ait obtenu des documens exacts sur le nombre des aliénés que contient le pays; or on voit qu'il y a un aliéné pour 551 habitans, proportion bien plus forte que dans aucun des états de l'Union.

Dans l'examen des causes physiques et des causes morales, l'auteur pense qu'on n'a pas mis dans la désignation de ces dernières toute l'attention désirable; on a souvent regardé comme la cause de la maladie ce qui selon lui n'en est qu'un effet. Ainsi le chagrin, le désappointement, l'ambition, les idées religieuses auxquelles on est toujours porté, parmi nous, à attribuer l'aliénation, n'en seraient le plus souvent que les effets. A Bloomingdale on aurait pris les plus grandes précautions pour éviter ces erreurs; et de là les grandes différences que l'on observe entre les résultats obtenus à cet asile et ceux recueillis à Charenton et à la Salpétrière.

Le chiffre total des guérisons sur les 2,097 cas a été de 44 pour 100; mais il résulte d'un tableau où le chiffre des guérisons est indiqué pour chaque année qu'il a été continuellement en s'améliorant depuis 1821, bien que dans une proportion très lente.

OBSERVATIONS D'AFFECTIONS NERVEUSES; par le docteur YOUNG, de Chester.

Ces observations ne se rapportent pas toutes à la même affection; mais à des affections différentes, parmi lesquelles nous trouvons trois cas d'irritation spinale, trois cas de chorée et deux d'épilepsie. Dans les cas d'irritation spinale, l'auteur paraît avoir obtenu les plus heureux résultats de l'emploi des sangsues appliquées sur la partie de la colonne vertébrale sur laquelle la pression détermine des douleurs qui se font sentir dans d'autres points du corps. Le fait suivant nous paraît assez caractérisé pour pouvoir être rappelé ici.

OBS. — Madame E. accoucha de son premier enfant le 29 octobre 1833. Elle avait toujours joui d'une bonne santé auparavant, et tout alla comme à l'ordinaire jusqu'à la troisième semaine, lorsqu'elle fut attaquée d'une névralgie intestinale, accompagnée d'une excessive constipation. De fortes doses de morphine avec de fréquens lavemens et quelques onces d'huile de ricin la soulagèrent au bout d'une semaine. Peu de temps après, elle fut prise d'une douleur extrêmement vive sous la mamelle droite; ne soupçonnant pas d'abord la nature de cette douleur, on appliqua des linimens en frictions, des fomentations, des sinapismes, et enfin un grand vésicatoire, mais toutes ces applications ne produisirent point de soulagement. Cependant comme la nature des symptômes indiquait que la maladie n'était pas inflammatoire, on administra de fortes doses de morphine qui procurèrent un soulagement immédiat; au bout de huit jours cependant la douleur revint plus forte encore que la première fois et disparut également sous l'influence de la morphine; cependant on fut obligé de l'administrer à des doses si élevées que la malade fut jetée dans un état de faiblesse qui l'obligea de garder le repos pendant plusieurs jours. A peine était-elle relevée que la douleur revint encore, puis disparut par le même moyen, et revint enfin une quatrième fois; ayant alors soupçonné pour la première fois que cette douleur pouvait dépendre d'une irritation spinale, on examina le rachis et on reconnut que la pression sur la septième vertèbre dorsale était très douloureuse et aggravait beaucoup la douleur de la région mammaire.

L'auteur qui avait beaucoup vanté, dans ses précédentes communications, l'emploi de l'*actea racemosa* dans le traitement de la chorée, rapporte ici trois nouvelles observations où cette maladie fut combattue par le même moyen et avec le même succès. Dans un cas qui avait résisté aux moyens qui ordinairement procurent du soulagement, et où la maladie allait en s'aggravant continuellement, il prescrivit à la malade, âgée de 12 ans, trois cuillerées à thé de poudre d'*actea racemosa* par jour, et au bout de trois semaines la malade était entièrement guérie. Dans les deux autres cas, la guérison fut aussi prompte et aussi facile à obtenir par le même moyen.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

M. DUPUY achève la lecture de son mémoire, commencé dans une des dernières séances, et relatif à l'amélioration des races par un croisement mieux entendu; il insiste sur l'importance d'adapter, d'une manière constante, chaque variété au genre de travail pour lequel ses forces, sa structure, sa stature la rendent le plus propre.

(Insertion par fragmens dans les bulletins.)

REMÈDES SECRETS.

M. HAMEL lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un long rapport sur un grand nombre de médicamens, pour lesquels les auteurs ont adressé au ministre des demandes de brevet. (Rejet simple pour tous; inconvéniens et dangers dans l'emploi d'un certain nombre; plusieurs déjà connus.)

CALCULS VÉSICAUX.

M. LECANU lit un court rapport sur une note de M. Letellier, qui signale une nouvelle substance dans les calculs rénaux. Les fragmens envoyés par l'auteur n'ont présenté rien de particulier à M. Lecanu.

OBSERVATION TENDANT A DÉMONTRER LES RELATIONS NERVEUSES QUI EXISTENT ENTRE LA MÈRE ET LE FOETUS.

M. PIEDAGNEL donne lecture de l'observation suivante :

OBS.—Appelé par une femme en travail, déjà mère de plusieurs enfans, il constate une présentation par les fesses. Le toucher lui fait reconnaître, en outre, une tumeur volumineuse que ce médecin, ainsi que M. Cotterean, jugèrent devoir être une tumeur sanguine de la matrice.

M. Piedagnel essaya à plusieurs reprises de percer cette tumeur au moyen de ses ongles et par des pincemens assez énergiques. La patiente, à chaque tentative, criait qu'on lui faisait mal; chaque pincement déterminait une vive douleur ressentie par la femme. On alla à la recherche des pieds, et l'accouchement fut heureusement terminé; l'enfant, du sexe masculin, était bien développé. C'est alors qu'il fut possible de constater que la tumeur sur laquelle ils avaient exercé des pressions et des pincemens était développée sur le scrotum de l'enfant. Elle portait les traces manifestes des pincemens qu'elle venait de subir.

M. Piedagnel, tout en reconnaissant la rareté du fait, sans se dissimuler les objections qu'on peut lui adresser, et les doutes qui accueilleront cette communication, n'en conclut pas moins que les douleurs étaient ressenties par la mère, bien que la tumeur appartînt au fœtus. Il cherche à expliquer ce fait par des considérations anatomiques sur l'existence des nerfs dans la membrane du chorion, admise par plusieurs anatomistes. (Commissaires, MM. F. Dubois et Capuron.)

NOUVEAU CORNET ACOUSTIQUE.

M. VENSTEIN lit une note relative à un nouveau cornet acoustique, dont la construction est fondée sur la facilité que donne à l'audition, dans un certain nombre de cas, l'ouverture de la bouche. Cet appareil, qui lui a réussi à lui-même, a été depuis employé une fois avec succès.

(Commissaires, MM. Girard et Thillaye.)

EXTRACTION DES PIERRES ENCHATONNÉES.

M. LEROY-D'ETIOLLES présente à l'Académie des instrumens dont il s'est servi avec avantage pour extraire de leurs cellules des pierres enchatonnées dans la vessie. Le mécanisme de ces instrumens est celui de la curette articulée, imaginée par M. Leroy-d'Etiolles, pour l'extraction des pierres et des fragmens engagés dans l'urètre, des corps étrangers introduits dans l'oreille, etc., curette généralement employée aujourd'hui.

Pour déchatonner un calcul, il faut que la petite plaque mobile qui termine le tube aplati soit engagée entre la pierre et le bord de la cellule, puis la vis, placée à l'extrémité externe, poussant la tige contenue dans le tube, courbe la plaque articulée en lui faisant former un angle droit avec le corps de l'instrument. La pierre, soulevée par ce mouvement, est chassée de la petite cavité qui la retient. Cette manœuvre demande, sans doute, de la précaution, de la finesse de tact et de l'habitude, mais elle est exécutable, et pour preuve, M. Leroy-d'Etiolles cite deux faits récens ; le dernier date de quelques semaines; le malade qui l'a fourni est de Dreux : il avait été lithotritié par un autre chirurgien, qui crut l'avoir guéri ; pourtant il était resté un fragment de pierre qui s'était engagé dans une cellule. M. Leroy-d'Etiolles, après avoir essayé de la déloger, fit la taille hypogastrique, en présence de MM. Laugier, Pasquier, etc. Après dix-huit mois la pierre s'est reproduite et s'est trouvée fixée dans le même point. Cette fois, au moyen de la curette articulée, elle a pu être déchatonnée, broyée avec le lithotribe à cuiller et extraite.

M. Leroy-d'Etiolles fait voir que la lithotritie doit favoriser l'enchatonnement des calculs, attendu que le morcellement de la pierre a lieu lorsqu'une cause d'excitation, agissant depuis longtemps, a produit le développement inégal des fibres musculaires, leur réunion en faisceaux ou en colonnes saillantes, et la disposition à la formation des cellules ; mais en fournissant cet argument aux adversaires du broiement, s'il en reste encore, M. Leroy d'Etiolles indique le moyen d'en atténuer les conséquences.

(La séance est levée à cinq heures moins un quart.)

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE. — Première livraison, AB—AM. 224 pages grand in-8°.

La vogue est de nos jours aux Dictionnaires, et il ne serait pas sans intérêt peut-être de rechercher comment s'est introduite dans les sciences cette forme d'exposition si contraire, en apparence, à toutes les lois de la logique et de la méthode. On trouve déjà quelques essais dans les ouvrages des anciens pour ce qui concerne les médicamens; mais pour la pathologie elle-même, ils avaient un ordre tout tracé dans lequel se classaient fort bien toutes leurs connaissances, après avoir décrit les maladies générales, ils parcouraient toutes les autres *à capite ad calcem*; marche simple et lumineuse à laquelle on est revenu de nos jours en chirurgie, et que la médecine interne devra reprendre elle-même tôt ou tard. Mais, au dix-huitième siècle, cela parut beaucoup trop simple; on inventa les classifications; le domaine de la science fut divisé, subdivisé, étiqueté de mille manières; on aurait dit que tout était fait pour le fond, tant les écrivains attachaient d'importance à la forme; et c'est peut-être par une juste réaction contre l'arbitraire de ces classifications dont la diversité menait droit à l'anarchie, que l'époque actuelle s'est réfugiée sous cet autre arbitraire de l'ordre alphabétique, qui a au moins cet avantage d'être despotique de sa nature, c'est-à-dire un, invariable, facile à comprendre, et qui échappe assurément aux objections qui avaient frappé tous les autres.

Il faut bien espérer cependant que ce ne sera pas là la dernière forme et le dernier mot de la médecine dogmatique; il est permis de croire qu'elle finira par découvrir quelques lois assez générales pour comprendre au moins la grande majorité des cas particuliers; et de ce jour-là seulement elle aura des droits incontestables au titre de science. Nous sommes à une époque de transition; nous avons jeté par terre les constructions informes qui obstruaient le terrain, et nous avons laissé là les matériaux épars, tout prêts pour la mise en œuvre, mais attendant le plan et l'architecte. Or, la forme des dictionnaires ne porte aucune atteinte à cet état de choses; elle ne nous fait ni avancer ni reculer, elle représente fidèlement ce qui est; n'est-ce pas là la première raison de leur succès ?

Il y en a d'autres aussi, et plus faciles encore à comprendre. Nous aimons, dans toute science, à avoir le cadre exact, le tableau complet; et quelle si haute intelligence pourrait tracer d'une main également sûre l'histoire de toutes les parties de la médecine? Le dictionnaire obvie à cette impossibilité; il divise le travail et le distribue aux hommes les plus compétens; il réunit toutes les lumières divisées en faisceau unique, et jusque-là c'est un réel avantage. Mais l'inconvénient suit de près; chacun élaborant son article à part, sans s'informer, sans se soucier de la couleur de l'article de son voisin, il en résulte quelquefois un amas singulièrement confus de doctrines qui se heurtent, d'opinions qui se nient mutuellement. C'est ce que nous avous vu jusqu'à présent dans les meilleures publications de ce genre; on y sentait le défaut de direction et d'unité, et pour nous servir d'un mot devenu récemment célèbre : Il y avait là quelque chose à faire.

Ce que nous louerons d'abord sans restriction et sans réserve dans le Dictionnaire nouveau, c'est cette unité de direction qui a manqué à tous les autres. Nous sommes sûrs ainsi d'éviter ainsi et les lacunes et les doubles emplois, et la confusion des doctrines; le directeur étant reconnu pour son entière indépendance, toutes les doctrines seront donc exposées à leur tour, discutées sans prévention, jugées impartialement après la discussion; et c'est bien quelque chose. Ajoutez que par la rapidité promise à l'apparition des livraisons, l'ouvrage terminé en un an ne sera pas exposé aux disparates d'opinion que l'on remarque dans les dictionnaires interminables, dont les auteurs, entraînés par le mouvement de la science, viennent démentir dans les derniers volumes ce qu'ils avaient professé dans les premiers.

Quant au plan général de l'ouvrage, le voici. Les auteurs se proposent d'analyser tous les dictionnaires de médecine français et étrangers, de manière à ne laisser échapper aucun fait saillant, aucune idée essentielle. De plus ils veulent dépouiller les journaux, fouiller dans les traités généraux, mettre à contribution toutes les monographies : véritable travail de bénédictins, dont l'exécution répandrait certainement un jour nouveau sur bien des questions qu'on croit résolues, mais qui demanderait plus d'espace et de temps qu'il n'est possible à qui que ce soit de lui en accorder. Nous ne serons pas assez rigoureux pour exiger l'accomplissement judaïque de semblables promesses; mais l'idée est assez heureuse pour que l'exécution même imparfaite donne à ce dictionnaire une couleur et une vie toutes spéciales.

Nous avons du reste sous les yeux la première livraison nous permet de dire jusqu'à quel point ces engagemens ont été remplis. Elle comprend le commencement de la lettre A, jusqu'à l'article *Amnésie*, et contient spécialement les articles *Abcès*, *Abstinence*, *Accouchement*, *Aliénation mentale*, *Amaurose*, outre une foule d'autres moins importans.

L'article *Abcès* pouvait paraître difficile à faire, après la lutte engagée sur ce terrain dans nos deux dictionnaires les plus récens et les plus estimés, par les deux grandes renommées de l'époque, M. Roux et Dupuytren. Dans le plan général du livre, cette difficulté a disparu. Ainsi le rédacteur nous offre successivement les idées de Dupuytren, puis celles de M. Roux, tantôt par voie d'analyse, fréquemment par des citations textuelles; à ce premier canevas viennent se joindre des recherches plus étendues, faites par l'auteur même, et par exemple l'exposition des doctrines de M. Lisfranc, qu'on s'attendrait en vain à trouver dans les articles précités. Il y a là une érudition de bon aloi, et facile à vérifier par les citations intercalées dans le texte. On a déjà reproché et à bon droit à l'auteur de cet article d'incliner un peu vers le néologisme; un y lit avec regret ces étranges dénominations imaginées par Lobstein, *d'épiphlogose*, *métaphlogose* etc.; il faut être sobre dans cette adoption de mots nouveaux qui ne représentent aucune idée nouvelle; au total, et malgré cette critique, c'est un article très remarquable.

L'article *Abstinence* occupe neuf colonnes; c'est le résumé le plus substantiel de ce que l'on connaît de positif sur la matière. Les expériences si originales de M. Collard de Martigny y sont parfaitement exposées.

L'article *Accouchement* s'occupe seulement de l'accouchement naturel. Les doctrines de M. Nægelé y sont mises en regard de celles des accoucheurs français; du reste les questions les plus importantes de théorie et de poétique reviendront aux mots *Dystocie*, *Bassin*, etc.

L'*Aliénation mentale* a été traitée avec tous les développemens que réclamait la question. C'est le morceau capital de cette livraison; il n'occupe pas moins de cent colonnes. Un historique rapide indique d'abord les grands progrès de la science depuis l'antiquité jusqu'à nos jours; et la partie dogmatique expose largement les travaux les plus modernes; commencant à Pinel pour arriver à MM. Esquirol, Foville, Falret, Ferrus, Leuret, Lélut, Voisin, etc.

L'article *Amaurose*, plein et concis, fait une justice sévère de toutes ces classifications dont le génie germanique a surchargé et obscurci l'ophtalmologie. L'auteur n'en admet que trois sortes, l'amaurose mécanique, l'amaurose asthénique, et l'amaurose hyperhémique; et les praticiens seraient déjà fort heureux s'ils pouvaient toujours rattacher les cas particuliers à l'une de ces trois espèces. La partie thérapeutique est plus satisfaisante et plus complète que nulle autre part peut-être; l'auteur vante la belladone et le camphre; mais il expose avec tous les détails convenables la médication employée avec tant de succès par M. Miquel, savoir, l'emploi de la strychnine par la méthode endermique; et cette médication nous a donné des résultats bien supérieurs à toutes les autres.

Nous laissons de côté les articles d'un moindre intérêt; bien que toujours rédigés avec un grand soin sous le rapport scientifique, nous avons trouvé dans quelques-uns des traits d'une polémique trop irritante; dans un ouvrage de cette nature, il faut éviter que les passions pénètrent, et la science seule a le droit de se montrer. Du reste, on dirait que déjà l'honorable directeur a compris cette nécessité, car la dernière moitié de la livraison est tout à fait à l'abri de cette critique. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvions la passer sous silence, dans l'intérêt même d'une publication qui s'annonce d'une manière aussi satisfaisante.

Le Dictionnaire tout entier aura douze livraisons paraissant de mois en mois, et formant quatre volumes à deux colonnes; il sera terminé dans un an. L'exécution matérielle est remarquable, surtout si l'on considère le prix de l'ouvrage. Les quatre volumes ne reviendront, pris au bureau, qu'à 24 fr. Ce devrait être là une considération d'un ordre secondaire; peut-être est-ce celle qui aura le plus d'influence sur son avenir. Si les autres livraisons sont traitées avec autant de soin que la première, nous n'hésiterons pas à prédire au nouveau Dictionnaire un succès légitime et durable; mais nous ne serions pas étonnés que cet autre appât, le bon marché, lui procurât ce qu'en librairie on appelle un immense succès.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numero est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Note sur la tunique fibreuse élastique du cœur. — Du contraste entre le pôle cérébral et le pôle génital dans l'homme et la série des animaux. — Mémoire sur l'emploi du lactate de fer. — II. Correspondance médicale. Quelques observations sur le bégaiement, faites par un médecin qui a été bègue. — Observation de vessie séparée en deux, cystite, rétention d'urine, ulcères, fistules et abcès urineux; néphrite, hypertrophie et suppuration de la prostate; urétrite. — Observation d'ankylose complète, accidentellement guérie. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 2 mars. — Académie de médecine: séance du 3 mars. — IV. Bibliographie. Recherches sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur Andral. — V. Variétés. Transfert de la clinique médical de l'hôpital de la Faculté à l'Hôtel-Dieu. — VI. Feuilleton. Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes, et des moyens de les rendre meilleures.

ANATOMIE.

NOTE SUR LA TUNIQUE FIBREUSE ÉLASTIQUE DU COEUR, extrait d'un mémoire sur le tissu fibreux élastique adressé à l'Académie des sciences pour le concours Montyon; par Michel-Hyacinthe Deschamps, de Melun.

Dans l'organisation des parois du cœur, les anatomistes décrivent trois couches de tissus hétérogènes superposés; l'une externe, formée par le feuillet séreux viscéral du péricarde; l'autre médiane, composée de plusieurs plans musculeux; la troisième interne, constituée par une membrane qui se continue directement avec la tunique séreuse qui tapisse l'intérieur des veines et des artères.

Il existe encore une quatrième membrane que je trouve constamment située entre la tunique interne ou séreuse et le tissu cellulaire qui revêt la couche musculeuse à sa face interne. Cette membrane nouvelle appartient essentiellement au tissu fibreux élastique. Elle se distingue du tissu cellulaire qui lui est sous-jacent, parce qu'elle ne renferme jamais de vésicoles adipeuses, et, d'autre part, elle diffère de la tunique séreuse interne en raison des caractères inhérens au tissu fibreux élastique.

La quatrième membrane du cœur ou la tunique élastique tapisse les oreillettes et les ventricules, et se continue avec la membrane moyenne, fibreuse, jaune, des gros troncs vasculaires, artériels et veineux, dont elle n'est véritablement que la continuité des plans fibreux les plus internes. A l'embouchure des veines caves supérieure, inférieure et des veines pulmonaires, il est facile de suivre la continuité de la tunique fibreuse, cardiaque, avec la membrane moyenne de ces canaux sanguins. On la dissèque encore aisément au milieu des valvules mitrale, tricuspide, sygmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les ossifications assez fréquentes que l'on trouve vers le bord libre des valvules sygmoïdes et que l'on appelle *tubercules d'Arantius* ont leur siége dans ce tissu. Chaque valve du trou botal chez le fœtus est formée aussi par le tissu élastique auriculaire, et doublée par la membrane séreuse interne. Dans le cœur d'un enfant de deux mois qui présentait encore le trou ovale non oblitéré, je n'ai plus retrouvé par la dissection la membrane séreuse valvulaire. L'intégrité de la tunique interne serait donc indispensable à la réunion des valves. Le tissu fibreux élastique ne soutient que la base des valvules de Thébésius et d'Eustachio. La continuité de la membrane jaune est difficile à suivre dans ces dernières soupapes organisées.

La disposition générale de la tunique élastique du cœur présente une combinaison constante et fort remarquable avec la couche musculaire qui lui est sous-jacente. Ces deux tuniques sont deux forces spéciales qui alternent et se contrebalancent pour consolider l'organe. Lorsque les plans musculeux stratifiés acquièrent un volume considérable, la tunique

Feuilleton.

DES CLASSES DANGEREUSES DE LA POPULATION DANS LES GRANDES VILLES, ET DES MOYENS DE LES RENDRE MEILLEURES;

Par H.-A. Frégier, chef de bureau à la préfecture de la Seine (1).

Il y a des malades qui reculent devant l'examen de leur état sanitaire, et qui laissent s'invétérer le principe de leurs souffrances, plutôt que de se soumettre aux explorations du médecin. Tantôt, ébranlés par l'intérêt de leur conservation, une fausse honte les retient, comme s'ils avaient à découvrir, dans leur infirmité, une secrète flétrissure; tantôt ils redoutent la véridique rigueur de l'oracle médical, et préfèrent aux entreprises d'un art chanceux les illusions d'une ignorante sécurité. La société ne ressemble-t-elle pas, par maint endroit, à cette classe de malades? N'a-t-elle pas aussi ses plaies cachées, ses ulcères rongeurs, ses difformes mystères qu'elle craint de sonder, qu'elle soustrait avec une sorte de triste pudeur à l'enquête des réformateurs? Avec son luxe de civilisation plâtrée et les fausses splendeurs dont l'environnent les arts et l'industrie, ne rappelle-t-elle point à votre esprit ces patiens de haute lignée, couchés sur un lit somptueux, dissimulant sous la moelleuse ampleur de leurs vêtemens l'exiguité de leurs membres, et conservant jusque dans les ravages extrêmes du mal, je ne sais quel reflet de bien-être factice qui abuserait des yeux inexercés sur la gravité de leur situation? Quand nous jetons les yeux sur ce Paris, qui résume les grandeurs de la France, et communique aux provinces les pulsations de sa forte vie, le spectacle qu'il déroule dans les replis de son populeux labyrinthe, nous suscite une expansive admiration; nous contemplons avec une généreuse surabondance de fierté nationale les musées, les bibliothèques, les édifices consacrés aux arts, les monumens de tout genre qu'il renferme; les innombrables produits du génie industriel fascinent nos regards; partout les insignes de l'opulence, les gracieuses inventions de la mode et du luxe; partout les témoignages d'une brillante activité qui prévient les besoins, crée des jouissances, complète les aisances de la vie; partout l'empreinte de l'ordre et de la discipline morale, et dans le ravissement qui s'empare de nous en présence de ces résultats, nous proclamons avec une orgueilleuse conviction la supériorité de la civilisation contemporaine Mais avons-nous percé du regard ce rempart de magnificences dont la société se protège contre les censures? Avons-nous pénétré, dans l'intérieur de ce vaste tombeau de marbre, sur les pas de l'observateur évangélique, qui n'y rencontre que poussière et pourriture? Non loin de cette ligne fastueuse de monumens et de merveilles, se déroule une ligne parallèle qui présente aux regards: bagnes, prisons, maisons de correction, refuges de mendians, repaires du vice et du crime représentés

(1) 2 vol. A Paris, chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

janne est très mince : elle augmente, au coutraire, sensiblement d'épaisseur aussitôt que la couche musculaire offre moins de résistance. Il convient donc pour la mettre en évidence et en étudier les propriétés de la disséquer dans les cavités cardiaques à peine doublées par du tissu musculeux. Dans les oreillettes, la tunique élastique sera toujonrs très solide, très épaisse, quelquefois inégalement distribuée et développée, pellucide dans le ventricule gauche et plus apparente dans le ventricule droit.

Elle forme la charpente de la cloison auriculaire et concourt également à empêcher toute communication interveutriculaire, en doublant avec la séreuse interne le plan musculeux de séparation.

Pendant ses phases de développement, la tunique élastique du cœur éprouve d'importantes modifications. Déjà distincte du tissu cellulaire, vers la fin de la gestation et seulement aux oreillettes, elle reste blanche, peu prononcée, durant toute la période de l'enfance, et n'acquiert ses propriétés caractéristiques de tissu fibreux jaune élastique qu'à la puberté. A mesure que l'on avance en âge, et lorsque la nutrition languit, cette membrane devient, au contraire, plus dense, plus épaisse et plus résistante.

J'ai observé que les constitutions sanguine et nerveuse influent directement sur la composition de nouvelles couches ou lamelles qui donnent plus d'épaisseur à la membrane fibreuse élastique.

Le *plan interne* de la quatrième tunique des parois du cœur est lâchement uni à la membrane séreuse, au moyen de petits filamens, semblables pour la forme aux fibrilles qui unissent l'épiderme au derme de la peau. Lorsque la membrane séreuse est enlevée, la surface interne de la tunique est lisse, polie, uniforme, et quelquefois elle est radiée et arborisée dans la direction du cours du sang et forme de légères lignes saillantes disposées en anses ou demi-cercles qui font un relief plus sensible à la vue qu'au toucher : ces lignes fibreuses ondulées s'aperçoivent même à travers la tunique séreuse. Les phénomènes d'élasticité de la tunique jaune du cœur seront rendus évidens au moyen d'une section en travers, parce que les deux bords de la membrane incisée se séparent avec rapidité l'un de l'autre, et le retrait est aussi brusque, instantané que dans les lésions des parois artérielles faites en travers, à l'aide d'un instrument tranchant. Dans l'intervalle qui résulte de l'éloignement des bords de l'incision paraissent nettement le tissu cellulaire sous-fibreux et la tunique musculeuse. Que si, actuellement, on ramène au contact un des côtés de la tunique élastique coupée; elle se prête au tiraillement, et dès qu'on l'abandonne, elle s'éloigne avec rapidité en revenant sur elle-même, à la manière d'un ressort élastique. La membrane séreuse, coupée en travers demeure, en position et ne présente aucun phénomène de retrait sur elle-même : ce qui constitue un caractère différentiel certain, entre ces deux membranes, jusqu'à ce jour confondues en une seule et même tunique interne du cœur.

Le tissu cellulaire envoie des prolongemens plus nombreux au plan externe de la tunique fibreuse élastique; mais la trame celluleuse est très facile à distinguer par son aspect celluleux, sa non rétractilité quand on l'incise et surtout par les vésicules adipeuses qui très souvent se développent dans son épaisseur. C'est précisément sur ce tissu adipeux, graisseux, assez souvent développé au pourtour des orifices auriculo-ventriculaires qu'il devient facile d'enlever la tunique fibreuse qui s'y trouve faiblement appuyée, superposée.

La membrane élastique entre comme tissu élémentaire dans la structure des parois du cœur des animaux vertébrés. Elle est, en général, plus épaisse dans les mammifères de haute stature, et plus prononcée dans les oreillettes que dans les ventricules. Les singes ont une tunique élastique du cœur semblable à celle de l'espèce humaine. Cette membrane moins apparente dans l'organisation du cœur des chauves-souris reparaît avec ses caractères dans les carnassiers vigoureux, se raréfie encore, si je puis m'exprimer ainsi, chez les rongeurs et présente le phénomène de l'élasticité et les propriétés génériques du tissu jaune très prononcées au cœur des pachydermes et des ruminans.

Parmi les autres vertébrés, il importe de noter que la tunique élastique est plus considérable dans les oiseaux de proie que dans les oiseaux domestiques ; qu'elle est assez développée dans le cœur des crocodiles, et peu sensible chez le plus grand nombre des reptiles. Toutefois, dans la composition des parois du bulbe artériel, et jusque dans les nombreuses divisions qui en naissent, j'ai trouvé dans cette partie du système circulatoire de plusieurs crocodiles d'Amérique, du caïman à museau de brochet (*Crocodilus lucius*), une tunique musculaire continue à la membrane charnue du cœur. Il existe à peine des traces de tissu fibreux élastique dans les parois cardiaques fortement musculeuses de poissons très grands, tels que la baudroye commune (*Lophius piscatorius*), de l'espadon Xiphias. Le bulbe artériel reçoit une couche musculeuse qui est disposée en réseau ou en colonnes charnues, visibles dans sa cavité. Cette tunique charnue se continue jusque dans les parois de l'artère pulmonaire de l'espadon.

La physiologie puise dans la connaissance de la tunique élastique du cœur, d'importantes lumières pour éclairer l'art médical.

Le phénomène si étrange et jusqu'ici inexpliqué de la plus grande fréquence du pouls chez le fœtus et l'enfant que dans l'adulte et le vieillard, recevra tout d'abord une application directe. On se rappelle que j'ai démontré, par l'anatomie, le développement des couches fibreuses jaunes, en raison directe de l'âge. Or, la tunique élastique est une puissance qui tend sans cesse à maintenir dilatées les oreillettes et les ventricules. Les systoles cardiaques chez l'adulte et le vieillard éprouvent donc une résistance en sens contraire de leur action musculeuse : résistance qu'elles doivent vaincre à chaque contraction. Ce retard dans le jeu de la puissance en apporte nécessairement un dans le mécanisme de la fonction : ce retard, en un mot, se caractérise par la moindre fréquence des battemens du cœur, et, par conséquent, du pouls.

L'action nerveuse n'entre pour rien dans les modifications naturelles que le pouls éprouve par la différence des âges. Ce phénomène est tout mécanique. La cause directe de cette moindre fréquence des pulsations (1) réside uniquement dans l'organisation même du cœur qui se modifie dans ses élémens. Je prendrai pour nouvel exemple, à l'appui de

(1) Des praticiens distingués ont prétendu que le pouls des vieillards et des adultes était plus fréquent que dans l'enfance. Placé sur le même théâtre d'observation que ces médecins, je suis arrivé à des résultats opposés à leur doctrine, et conforme aux principes de la science. J'observerai que les vieillards des hospices de la Salpétrière et de Bicêtre sont presque tous atteints d'affections chroniques. De là, sans aucun doute, la fréquence du pouls exagéré que l'on a considérée à tort comme type normal.

---

par tous les âges, par toutes les classes d'existences sociales; des rues les plus imposantes et les mieux habitées, rayonnent d'autres rues étroites, immondes, foyers de misère et de dégradation morale; à l'opposite du faubourg glorifié par la mode et devenu l'un des centres aristocratiques de la grande ville, s'étend le faubourg délaissé, presque silencieux, mal pavé, mal bâti, mal éclairé, où sont échelonnées sur six rangées d'étages les douleurs et les tristesses plébéiennes; ici l'hôtel immense avec ses cours, ses écuries et ses jardins; là le taudis fangeux où gît la famille du chiffonnier parmi les débris ramassés dans les immondices, et qu'il appelle *sa marchandise*. Près des spacieuses promenades où galope l'oisiveté dorée, ou que sillonnent les livrées nobiliaires, la fabrique colossale, où s'entassent, seize heures par jour, des essaims d'ouvriers, sans distinction de sexe ni d'âge, plongés dans les émanations insalubres, en même temps que dans la contagion des plus cyniques perversités. Pour une salle d'asile, vingt lupanars; pour une école primaire, cinquante réceptacles autorisés où l'orgie s'installe en permanence, où le vol et l'assassinat fraternisent le verre à la main, et viennent se retremper en passant aux sources frelatées de l'ivrognerie plébéculaire. Une ville de fange et de détresse derrière une ville de marbre et d'or; une armée de malfaiteurs, d'escrocs, d'assassins et de filous, dispersée, cantonnée dans les rangs épais d'une population honnête et laborieuse, voilà Paris; voilà l'amalgame monstrueux qui s'agite et fermente dans les grands centres de la population européenne. La misère, la mendicité, le vagabondage, le vice, le dol, le crime, ne sont point des accidens dans l'économie sociale; ils constituent de véritables maladies publiques, et comme tous les produits morbides, ils ont leur commencement, leurs phases successives, leurs terminaisons prévues; c'est une filiation de causes et d'effets que le philosophe, le législateur, le médecin lui-même doit étudier avec un sérieux intérêt. Voiler ces larges et sordides plaies de notre civilisation, à quoi bon? Les sociétés antiques n'en ont pas été exemptes; fractionnées, isolées, puisant, en quelque sorte, chacune dans le sol qui la portait, les sucs de leur végétation, ces sociétés ne se défendaient point contre ces fléaux communs par une commune force de préservation et de répression; chacune d'elles appuyait sur sa politique spéciale le système des moyens disciplinaires dont elle faisait usage. Le christianisme, en les fondant toutes dans l'unité de ses dogmes et de sa morale, a créé pour les nations l'unité d'intérêt et d'action contre toutes les causes dissolvantes qui peuvent attaquer les bases mêmes de leur réunion, c'est-à-dire l'ordre et la sécurité. C'est ainsi que l'on peut entreprendre aujourd'hui l'histoire des élémens dangereux que renferme toute population, et établir d'une manière générale un ensemble de principes destinés à guider ceux qui ont mission de les corriger, ou de les neutraliser. En s'occupant des classes nuisibles de la population parisienne, M. Frégier a donc écrit pour toutes les cités, pour toute nation; les maux qu'il signale à Paris sévissent ailleurs avec une variable intensité, suivant les masses agglomérées dans les villes, suivant les institutions locales; les procédés qu'il applique à leur guérison, s'ils conviennent à la situation de la capitale, contiennent aussi le salut des autres localités; son ouvrage, quoique fondé sur l'étude des faits propres à la population parisienne, emprunte une valeur universelle de la nature même de ces faits; il s'assimile, sous ce rapport comme sous plusieurs autres, aux productions de la science médicale qui, nées d'une observation circonscrite et d'une expérience individuelle, peuvent acquérir une importance absolue pour l'art; la découverte de l'auscultation a sa vérité à Londres comme à

mon observation, l'état même des parois cardiaques après la mort. Les oreillettes abondamment pourvues de fibres jaunes élastiques restent constamment distendues, tandis que souvent il faut employer une certaine force pour pénétrer dans le ventricule gauche, partie du cœur où la membrane élastique est toujours peu développée.

De cette difficulté naturelle, organique et toujours croissante des oreillettes à se contracter sur elles-mêmes en raison de cette force élastique incessante qui tend à les maintenir distendues, survient un trouble gradué, progressif, dans le cours du sang; trouble qui est sans doute la cause de tous ces ravages fonctionels que la main du temps imprime dans l'organisation des êtres animés. Rapportons à ce mécanisme changé des oreillettes le retard dans la circulation, et par conséquent une nutrition moins active; le pouls moins fréquent, la dilatation des cavités du cœur par le séjour plus prolongé du sang, la dilatation consécutive des orifices auriculo-ventriculaires, et quelquefois l'insuffisance des valvules du cœur, dont les principaux symptômes sont le pouls veineux et le frottement rétrograde du sang, perceptible au sthétoscope. J'ai souvent constaté la coïncidence du pouls veineux avec l'hypertrophie de la tunique élastique.

Toutefois, la nature même du tissu fibreux jaune nous oblige à reporter le siége de plusieurs altérations pathologiques à la membrane élastique du cœur. Fidèles aux principes d'anatomie professés jusqu'à ce jour, les médecins admettent que la membrane séreuse interne du cœur s'hypertrophie, devient indurée, cartilagineuse, osseuse, et cette première erreur les conduit nécessairement à cette seconde, plus générale, savoir, que toutes les membranes séreuses sont susceptibles d'éprouver ces altérations de texture.

Cette opinion, en désaccord avec mes travaux en médecine, m'a conduit sur la voie de l'existence d'une tunique fibreuse élastique du cœur, sous-jacente à la membrane séreuse, et qui devait être, selon l'idée qui me guidait, le théâtre principal des indurations, des épaississements, et, plus tard, des plaques osseuses. J'ai constaté ce fait, et, de plus, que les désordres pathologiques ont souvent leur point de départ dans le tissu cellulaire modifié, et dans le tissu fibreux albuginé, qui doublent les autres membranes séreuses; jamais les membranes ne subissent de semblables transformations morbides, elles s'atrophient, et, en apparence, s'hypertrophient quelquefois, sans devenir le siége de cartilaginifications, et surtout d'ossifications.

Il entre donc dans l'histoire de la tunique élastique ce fait important rapporté par Dionis : « On sépara cette oreillette (droite) de la base du cœur, et après avoir vidé le sang, on la trouva ossifiée par dedans, ou plutôt *sa membrane interne était enduite d'une substance osseuse et écailleuse*, semblable à la coquille d'un œuf, qui la tenait toujours tendue. » (ANAT. DE L'HOM., p. 716). Bordenave a montré à l'Académie des sciences un cœur humain presque tout ossifié. (Portal, ANAT. MÉD., t. I, p. 6.) L'atrophie des autres tuniques cardiaques lorsque la tunique élastique s'incrustait de phosphates et carbonates calcaires est sans aucun doute un fait très curieux. Je terminerai ces citations par l'observation de Le Meilleur, bachelier en médecine à Montpellier.

« M'occupant dernièrement avec M. Amouroux, D. M. M., les bacheliers Rey de la Jargue, Quioc et Bassères, les étudiants Latané de Brion et Clémenceau, à disséquer un canard, je fis l'observation suivante : Après avoir ouvert la poitrine de l'animal, et coupé l'artère aorte à environ quatre lignes de sa sortie du cœur, l'artère pulmonaire et les deux veines caves, je le déplaçai, et sentis d'abord qu'il m'offrait une forte résistance en le pressant sous les doigts. L'examinant plus attentivement je m'aperçus *qu'il était osseux*. J'en avertis aussitôt ceux avec qui j'avais entrepris la dissection. Nous voulûmes poursuivre notre examen; pour cet effet, j'ouvris le cœur, non sans résistance, avec mon scalpel. J'emportai environ le tiers de son volume. Une couche de l'épaisseur d'une pièce de deux sous nous parut plus parfaitement ossifiée : tout le reste l'était également, si ce n'est que dans certains endroits l'ossification était plus achevée que dans d'autres. *Les deux oreillettes surtout étaient d'une ossification plus dure que celles de toutes les autres parties*. La base des vaisseaux, tant artériels que veineux, était aussi en grande partie ossifiée. L'ouverture du cœur étant faite, nous ne pûmes découvrir aucun *vestige de substances musculaires, ni des petites colonnes charnues* que la nature a placées en assez grand nombre dans les ventricules. La *cloison* qui sépare les deux ventricules *était mince et comme membraneuse*. n'ayant tout au plus que l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Les deux cavités, formées par son intermède, et qui tenaient lieu de ventricules, se trouvaient remplies de sang coagulé. Pour ce qui est des valvules tricuspidale, mitrale et semi-lunaires, nous ne portâmes pas l'attention jusqu'au point de nous assurer si elles existaient ou non; du reste ce viscère avait conservé *sa forme et sa grosseur naturelles*. Il était revêtu extérieurement d'une membrane très-fine que nous jugeâmes être le péricarde. J'ajouterai que ce canard était gros, bien nourri, et paraissait avoir joui de toute sa vigueur jusqu'à sa mort. (JOURNAL DE MÉD., par ROUX, t. XXXII, janvier 1770.)

De l'authenticité de ces faits d'anatomie pathologique découlent naturellement des corollaires favorables à l'importance de la tunique élastique du cœur. Si, en effet, on suit avec attention leur éloquent témoignage, on voit d'abord la membrane élastique seule ossifiée; ensuite, le cœur d'un autre sujet humain presque entièrement incrusté de sels calcaires, en raison de l'atrophie des tissus musculaires et séreux; enfin, la disparition totale des tuniques cardiaques, moins la membrane élastique ossifiée qui, seule, s'oppose au choc violent de l'ondée sanguine, facilite le cours du sang et s'oppose à une hémorragie mortelle. Observez attentivement la marche de l'ossification, elle suit exactement la disposition générale de la tunique fibreuse du cœur. Les oreillettes sont primitivement et plus fortement incrustées de sels calcaires, en raison même de la plus grande épaisseur de la membrane. La résistance osseuse devient moins puissante dans les ventricules qui sont faiblement tapissés par du tissu jaune. Preuve nouvelle qu'il y a dans l'organisation du cœur deux forces spéciales, l'une musculaire, l'autre élastique, qui alternent dans leur action et qui se contrebalancent. Si, à l'état osseux, les oreillettes sont plus fortes, plus résistantes que les ventricules; à l'état normal, la couche musculaire des ventricules domine l'organisation des oreillettes. Il en résulte que le sang trouve toujours une digue naturelle opposée à son issue, et que le mécanisme seul des contractions du cœur se trouve changé. Avec des parois musculeuses, le cœur est actif; avec des parois osseuses, il demeure passif. La circulation du sang dans ce cas anormal s'entretient par de nouvelles forces que j'apprécierai dans le chapitre des propriétés physiologiques du tissu fibreux élastique dont j'esquisse l'histoire. L'illustre Harvey, lui-même, s'il eût trouvé un cœur osseux, se fût bien gardé de placer dans les contractions de cet organe la puissance unique et principale qui im-

---

Paris; le médicament qui guérit la fièvre intermittente en France ne perd point de son efficacité au-delà des Pyrénées.

La méthode que M. Frégier a suivie dans le maniement de son sujet reproduit les allures de l'investigation médicale Après avoir inscrit en tête de son livre ces mots : *Des classes dangereuses de la population*, etc., son premier soin est de déterminer ces classes, de les limiter; de les définir; il en étudie ensuite les caractères; il les partage en séries multiples qui sont fondées tantôt sur le titre social des individus, tantôt sur le genre de détriment qu'en reçoit la chose publique; il ne se contente pas de décrire, d'assembler des symptômes, de les grouper en tableaux, d'y réfléchir avec une touche ferme et courageuse les traits saillans des individualités collectives qui composent la ténébreuse milice du crime et de la fraude. Par quels canaux sont amenés au sein de chaque catégorie de vicieux ou de scélérats les premiers élémens de leur dépravation? Quelles influences soufflent sur eux et font lever dans leurs ames la semence délétère? Comment grandit le vice, par quelle suite de nuances et de transformations passe l'ignoble larve, avant de bourdonner, insecte vénéneux, dans la nocturne atmosphère des rues et des carrefours? — Cette recherche étiologique des fléaux particuliers dont s'occupe M. Frégier constitue une des parties les plus curieuses, et, disons-le, des plus désolantes de son livre. Quand l'inventaire est complet, quand toutes les figures de la corruption infime ont posé devant nous, quand notre œil en a noté les signes caractéristiques et percé le secret du passé générateur de leurs turpitudes, l'auteur nous convie à l'examen des moyens qui sont aux mains de la société pour enrayer les commencemens du mal, pour en combattre les ravages quand il a grandi, pour en coercer l'action contagieuse, pour l'isoler, pour la réduire; car il est rarement donné aux ministres de l'intérêt public d'extirper le mal; le circonscrire, le réduire est trop souvent le seul but auquel puissent tendre avec succès leurs persévérans efforts. C'est ici la thérapeutique du vice et du crime, et M. Frégier, tout comme s'il s'agissait d'une affection morbide ordinaire, la distingue en prophylactique et en curative. La loi procède, en effet, comme le médecin; car elle est, elle aussi, le desservant de la nature (*naturæ minister*); elle revendique les droits de l'être moral et les obligations de la conscience, comme l'art, légitimement exercé, revendique sur la maladie les droits de l'organisation; elle prévient et réprime, comme l'art devrait préserver et guérir. Médecin des déplorables infirmités du corps social, M. Frégier énumère et discute les modes d'action usités contre elle; il passe en revue les institutions qui ont pour objet l'amélioration ou la correction des classes vicieuses; praticien, c'est-à-dire instruit par le jeu de ces institutions qu'il a vu fonctionner et dont il a recherché les effets avec une impartiale précision, il est loin de les accepter comme un remède efficace; il signale les côtés défectueux des unes, la radicale impuissance des autres, le parti meilleur à tirer de celles-ci, le complément que sollicitent celles-là; il propose des changemens, des innovations, des créations auxiliaires : salles d'asile, écoles de tous degrés, cours du soir, caisses d'épargne, réglement litigieux du salaire des ouvriers, système d'habitations meilleures et collectives, bibliothèques populaires, spectacles publics, discipline des ateliers et des fabriques, influence actuelle du clergé, tempérament nécessaire à l'action spéciale du catholicisme. maisons de correction et d'éducation pénale, système cellulaire et bagnes, colonies forcées, surveillance des libérés, doctrines relatives à la réfrénation des prostituées, il n'oublie rien, et sur chacune de ces questions

primerait au fluide sanguin son mouvement continu et progressif dans l'économie animale.

Dans les faits rapportés, il n'est pas jusqu'à l'existence conservée de la cloison interventriculaire qui ne présente un intérêt véritable. La conservation intégrale des membranes de la cloison renverse cette opinion fautive de Galien qui admettait des perforations entre les colonnes charnues; perforations destinées à faciliter le passage réciproque et continuel du sang entre les deux ventricules.

PHYSIOLOGIE.

DU CONTRASTE ENTRE LE PÔLE CÉRÉBRAL ET LE PÔLE GÉNITAL DANS L'HOMME ET LA SÉRIE DES ANIMAUX (lu à l'Académie royale de médecine, le 18 février 1840); par M. J.-J. VIREY.

De tous les antagonismes qui constituent l'équilibre du corps vivant, aucun n'est plus important que celui qui s'établit entre les deux extrémités de la chaîne nerveuse cérébro-spinale dans les animaux vertébrés, et de la ganglionnaire ou noueuse chez les vertébrés.

Nous ne nous proposons pas ici de développer toutes les preuves de cette grande loi de *polarité* entre le foyer cérébral et le centre génital dans la série entière de l'animalité; nous réservons ces recherches anatomiques et physiologiques pour en faire un examen spécial. Il suffira d'en offrir les bases pour l'intelligence du sujet qui nous occupe actuellement.

1° Tous les animaux pourvus d'une tête, comme les *vertébrés* (mammifères, oiseaux, reptiles, poissons) et les *articulés* (crustacés, arachnides, insectes, annélides, etc.) la plupart des *mollusques* (céphalopodes, gastéropodes et les univalves, etc.), étant constitués de deux moitiés latérales, accolées plus ou moins symétriquement, sont nécessairement terminés, vers la région inférieure du tronc, par des organes reproducteurs de l'un ou de l'autre sexe (1). Au contraire, les animaux acéphales et tous les *zoophytes privés de tête*, ayant des formes circulaires ou radiées, manquent de cette polarité d'antagonisme. C'est le moindre nombre dans l'animalité.

2° Les animaux symétriques ou polarisés présentent pour condition intermédiaire entre la tête et les organes sexuels, soit *l'arbre nerveux rachidien ou dorsal dans tous les vertébrés*, soit *le double cordon ganglionnaire ventral, plus ou moins noueux, chez les mollusques et les articulés*, afin de rattacher ces deux pôles l'un à l'autre. Cette chaîne vitale est donc entièrement nerveuse.

3° Dès l'état embryonnaire, la carène dorsale, ou le premier rudiment du système nerveux excitateur dans le jeune être, se montre renflée à ses deux extrémités; l'une est destinée à constituer l'encéphale, l'autre préside au développement des organes sexuels.

4° Déjà l'antagonisme s'y manifeste jusque dans les formations anormales, puisque les monstres anencéphales et hémicéphales présentent des organes sexuels d'autant plus considérables que la région supérieure ou la tête éprouve une atrophie plus marquée. Le même résultat se perpétue après la vie fœtale; car les crétins, les nègres ou autres individus à cerveau rétréci sont signalés par une lubricité plus grande. Tout au contraire, les hommes les plus illustres par le vaste développement de l'organe de la pensée (Newton, Kant, etc.), par exemple, vivent d'ordinaire dans l'éloignement des fonctions génitales. Le même antagonisme peut s'observer dans toute la série des animaux, puisque les races les plus fécondes (telles que les poissons, parmi les vertébrés, etc.) sont également les plus stupides par l'étroitesse de leur cerveau. L'être né pour la génération terrestre est le moins apte à la céleste ou spirituelle.

5° Aussi depuis longtemps a-t-on regardé l'abus de la fonction génitale, comme le plus pernicieux aux facultés encéphaliques, non seulement pour affaiblir l'intelligence, mais encore pour énerver les fonctions sensitives et motrices, et accourcir la longévité. Le même élément d'énergie vitale est donc susceptible de s'épuiser par l'un des pôles de l'organisme aux dépens de l'autre pôle. *Nihil tam mortiferum est ingeniis quam luxuria.* La cause en est évidente, puisque la vie héroïque (les athlètes, des grands guerriers, des artistes supérieurs) comme la vie de la pensée a besoin de recueillir en son foyer toutes les forces de l'homme le plus *mâle* (ἔρως, amour). Aussi les poëtes ont attribué la chasteté à Minerve et aux Muses (1). Nul enthousiasme sans exaltation cérébrale et sans abstinence plus ou moins prolongée des fonctions génératives; au contraire la manie cède à la castration.

6° Cet antagonisme est évident chez les deux sexes. Ainsi le pôle encéphalique domine parmi les mâles dans toute la série animale comme on le remarque par le plus large développement des régions supérieures ou du cerveau, avec les attributs masculins: la force, le courage, la prépondérance intellectuelle. Au contraire, le pôle génital ou inférieur a des fonctions plus étendues dans les femelles pour la conception, la gestation, l'incubation *intra* et *extra*-utérines, l'allaitement, les soins de la maternité, etc. Partout, en effet, le sexe féminin présente soit un bassin plus ample, un abdomen plus extensible et des organes éducateurs ou protecteurs, placés vers les régions opposées à la tête. C'est pourquoi les facultés du moral suivent les mêmes balancemens que ces attributions organiques. Chez les femelles règnent les sentimens de tendresse et d'amour, avec la timidité, la crainte; tandis que parmi les mâles, souvent l'ambition, le désir de dominer et de s'agrandir tuent l'amour ou immolent les affections voluptueuses à de plus nobles pensées.

7° Sous les températures ardentes, la chaleur du climat hâte la floraison du pôle génital avant que le pôle intellectuel ait obtenu son com-

(1) La queue ou tout appendice postérieur analogue n'est qu'un organe de protection pour la région sexuelle et anale chez les animaux.

(1) On rapporte les siècles de décadence littéraire à la corruption des mœurs qui amène celle du bon goût, comme à Athènes, à Rome et dans la moderne Italie, puis au siècle de Louis XV. Puisqu'on ne peut pas exceller simultanément par les deux extrêmes, il en résulte que plusieurs génies y perdent la raison (Le Tasse, Gentil-Bernard, etc.); d'autres y laissent leur jeune existence (Raphaël, Mirabeau, Bichat, etc.). Si des organisations puissantes (César, Henri IV, Buffon, etc.) résistent, qui soutiendra que ces athlètes de l'intelligence n'eussent pas encore exhaussé leur génie de tout ce qu'ils dépensaient? César, Mahomet, Napoléon éprouvaient des accès d'épilepsie en certains momens.

essentielles, il produit les données de l'expérience, il se fortifie des documens récemment publiés, et n'arrive à conclure qu'après une sage et consciencieuse appréciation des élémens contradictoires qui s'y rencontrent. S'agit-il, par exemple, de l'ivrognerie qui règne d'une manière si générale dans la masse des ouvriers; il examine l'influence de ce vice à Paris, discute les moyens curatifs recueillis par M. Villermé dans les villes manufacturières du Nord qu'il a parcourues; il fait ressortir la nécessité de soustraire les enfans à la contagion des mauvais exemples de leurs parens et propose en faveur des premiers une organisation de travail et de vie commune qui les garantirait du trafic odieux dont la plupart sont victimes, malgré leur âge et leur faiblesse, sous le joug de l'exploitation paternelle. L'auteur recherche ensuite l'effet moral que l'on pourrait espérer d'une augmentation de droits perçus sur les liqueurs fortes, les avantages de la publicité donnée par la voie de la presse aux faits d'ivrognerie qui seraient qualifiés crimes ou délits et punis comme tels; il trace enfin le rôle qui semble naturellement dévolu aux entrepreneurs des travaux, dans cette œuvre publique de la répression de l'ivrognerie

Telle est la marche adoptée par l'auteur, dans le classement des nombreux matériaux qu'il a fait entrer dans son enquête et dans la discussion des moyens d'action publique et privée qui peuvent être tentés contre les habitudes et les tendances fâcheuses de certaines portions du peuple des grandes villes.

C'est un livre effrayant que celui de M. Fregier, d'autant plus effrayant qu'il écrit sans exagération, avec le calme d'un esprit accoutumé au spectacle des misères profondes qui travaillent la société et qui n'a plus à combattre l'émotion d'un premier abord; M. Frégier ressemble à ces cliniciens blanchis dans l'atmosphère des hôpitaux et qui, soit qu'ils interrogent la douleur démonstrative des malades, soit qu'ils assistent en silence aux révélations de l'amphithéâtre, portent dans leur physionomie l'impassible cachet de l'habitude et ne permettent point à leurs nerfs de troubler les opérations de leur jugement. Quelles sinistres clartés M. Frégier projette, devant nous, dans les profondeurs de l'organisme social! Quelle navrante et malsaine autopsie! A considérer les passions impures et les opiniâtres perversités qui remuent pour ainsi dire le pavé de nos rues et sapent le fondement de nos demeures, on s'étonne moins encore du mal qu'elles font que du mal qu'elles ne font pas; on entrevoit les difficultés qui assiégent le pouvoir chargé de les contenir; déjà les déclarations de Parent-Duchatelet, cette intelligence si honnête et si loyale, ont fait mieux connaître le mérite et la portée des mesures instituées par la police, et nous ont signalé dans cette administration lacérée par les mille dents de la prévention et de la haine, une rare et ferme entente des intérêts conservateurs de la morale et de la tranquillité publique. On peut assurer que l'ouvrage de M. Frégier achevera de réhabiliter la police municipale dans l'esprit du public, en faisant ressortir la sagesse expérimentale des procédés qu'elle emploie, aussi bien que l'énormité des obligations qui lui sont imposées. Elle n'est, en effet, que l'avant-garde militante de la société contre la coalition des vices et des scélératesses qui pullulent, végétation obscène, dans la boue des cités populeuses; véritable armée qui a sa discipline, sa stratégie, ses mots d'ordre, son langage de guerre, son recrutement, ses règles fixes dans le partage du butin, sa hiérarchie enfin, monstrueuse expression de la criminalité ascendante: femmes, enfans, adultes, vieillards ont leur place et leur rôle dans cette république souterraine de la dépravation séculaire; les femmes mettant au

plément. On en voit la preuve dans notre espèce parmi les peuples méridionaux, pubères de bonne heure, mais dont le cerveau, s'ossifiant promptement (comme chez les Ethiopiens et nègres), reste à proportion plus rétréci, à mesure que les fonctions génératives se présentent plus actives et plus précoces. Au contraire, sous des cieux froids, septentrionaux, surtout parmi les nations de race blanche, la puberté est tardive, mais l'intelligence peut se déployer à loisir avec beaucoup d'amplitude. La tête, chez les hommes du Nord, est généralement plus volumineuse que celle de l'homme des tropiques. Ainsi la chasteté du septentrional le rend plus robuste, plus courageux, plus industrieux et plus vivace que le méridional. Celui-ci, polygame au milieu de son harem, s'abandonne à des jouissances trop prématurées qui l'énervent; l'affaiblissement de son appareil cérébro-spinal est l'une des raisons de l'abrutissement de l'esclavage comme du despotisme et la source première des affections débilitantes (la peste, les typhus, etc.) qui sévissent parmi les peuples de l'Orient ou de l'Inde. Il en est tout autrement des nations occidentales ou de l'Europe chez lesquelles les fonctions encéphaliques et sensoriales sont perpétuellement sollicitées, exaltées par le genre de vie laborieux de la civilisation moderne et les excitans dont on fait usage. De là, le surcroît de leur activité et la fréquence des affections aiguës, des névroses foudroyantes qui les terrassent au sein même de leurs plus ambitieux efforts.

8° Prenons pour preuve les alimens et boissons ou autres substances excitatrices de ces organes antagonistes. Le *café*, par exemple, reporte vers l'encéphale un surcroît de stimulation qui non seulement empêche le sommeil, mais dissipe même le narcotisme et l'ivresse, tandis que l'*opium* affaisse le cerveau, stupéfie ou engourdit les forces sensitives et motrices de l'arbre nerveux cérébro-spinal. L'effet de ces deux genres de substances est donc éminemment contrastant. L'abus du café, dans les régions orientales, passe pour débiliter les fonctions génitales, ou restreindre la puissance prolifique; car il cause cette surexcitation nerveuse qui ajoute à la vivacité, à l'éclat de la pensée, qui exalte la réflexion, mais doit refroidir les plaisirs du corps, lesquels rabaissent vers l'animalité et les organes sexuels. En revanche, l'opium et ses préparations narcotiques, amenant le délire ou l'ivresse des sens, sont célèbres dans toute l'Asie comme de puissans auxiliaires des fonctions génératrices, en même temps qu'ils disposent à l'assoupissement, à ces rêveries de délices et d'amour qui font oublier tout pour s'abandonner aux voluptés du présent, sans souci de l'avenir.

9° Quoique développé longtemps après le *pôle cérébral*, le *pôle générateur* peut mourir ou cesser ses fonctions avant ce premier. Il éprouve des intermissions d'activité plus longues et plus profondes, et même dans toute la classe si innombrable des insectes hexapodes ou à métamorphose, il ne fonctionne qu'une seule fois au dernier terme de l'existence. Il peut, dans le sexe mâle de certaines races hyménoptères (abeilles, guêpes, fourmis, etc.) se détacher du corps en remplissant sa fonction, de même que les organes reproducteurs tombent et se renouvellent parmi les végétaux.

Entre les sexes, chaque pôle appelle son correspondant, tandis que les homologues se repoussent. Ainsi, il y a combat entre les sexes semblables et attraction entre les différens, comme dans l'aiguille aimantée, ou la pile électro-chimique.

10° Les deux pôles ou foyers cérébral et génital peuvent, par égale réaction, s'exciter réciproquement au *maximum* de l'existence individuelle. Mais l'abus de l'un devient la destruction de l'autre. C'est pourquoi la privation du foyer génital, par la castration, ou l'eunuchisme naturel, énerve le centre cérébral par contre-coup. Il y a donc balancement entre eux et correspondance nécessaire. Aussi, les phénomènes de la vie encéphalique et de la vie reproductive sont inverses à cause de cet antagonisme; et, par exemple, les *fonctions des organes supérieurs* ou *sus-diaphragmatiques* ont sous leur dépendance la respiration ou l'oxigénation du sang, des passions ardentes et des maladies aiguës, l'énergie propre aux caractères virils, la spontanéité de l'intelligence et de la volonté. En revanche, le foyer de la *vie inférieure, propagatrice*, ou sous-diaphragmatique, se rattache aux organes abdominaux; il tombe sous la domination des instincts involontaires; ses affections restent froides et chroniques, comme dans les tempéramens faibles ou efféminés.

11° Il serait facile de poursuivre ces contrastes parmi les analogies de formation primordiale du *nerf* et du *sperme*, s'il devient manifeste pour nous aujourd'hui que ces deux élémens suprêmes de la vie animale ont une source commune, et que l'un engendre l'autre dès l'état initial du germe embryonnaire. Non seulement cette analogie se soutient, en effet, dans toutes les recherches de la chimie animale, mais elle se rend palpable en quelque sorte, à mesure que le nouvel être se rapproche plus près de son origine toute nerveuse et toute spermatique en même temps, soit qu'un zoosperme du mâle devienne la base de l'appareil nerveux embryonnaire, soit qu'il allume seulement, pour ainsi parler, la flamme vitale dans l'acte de l'imprégnation.

12° Enfin, nous pourrions ajouter à ces correspondances de polarité, qu'on rencontre également à l'une comme à l'autre extrémité, soit des tissus érectiles sympathisant entre eux par des excitations analogues, soit des dispositions pareilles aux dégénérescences cancéreuses aux polypes, à la syphilis et diverses maladies se transportant à ces régions opposées, ou des hémorragies pouvant se suppléer (les épistaxis, les flux hémorrhoïdal et cataménial, etc.). Ces contrastes ou antagonismes de formes et de sensibilité s'étendent dans la série des animaux jusque parmi les reptiles, etc.), entre la langue et le pénis fourchus, les organes sécréteurs; les uns pour l'ingestion des alimens: les autres pour l'exclusion des fœtus, etc.; en sorte que la nature suit une marche constamment inverse, mais cependant semblable entre les deux pôles de l'organisme (1).

13° Ainsi, le *pôle cérébro-buccal* ou supérieur est *attractif*; car, de son côté, pénètrent et s'aspirent, soit les sensations et impressions diverses, soit les substances qui soutiennent la vie, telles que l'air, l'eau, les alimens et les boissons, etc.

Au contraire, le pôle inférieur *génito-anal* est *répulsif*, ou destiné à rejeter les excrémens solides et liquides, à s'exonérer des produits de génération, sperme, œufs, fœtus, ou de récrémens, tels que lait, règles, lo-

(1) On pourrait encore admettre un *équateur* dans le diaphragme de l'homme et des vertèbres (*centre phrénique*), ou ce qui sépare les organes respirateurs des viscères digestifs, jusque dans l'intersection entre le corselet et l'abdomen chez les insectes, comme une sorte de *balancier* équilibrant plus ou moins les deux pôles. Toutefois, cette vue ne présente pas le même degré de certitude que la première, parce qu'il n'y a pas de diaphragme ni de foyer épigastrique dans toutes les classes des ovipares, et nous ne prétendons nullement créer un système. Il suffit d'en tenir note.

service de la fraude et du vol les instrumens d'une corruption spéciale; les enfans, maculés par l'exemple de leurs pères ou traqués par le crime et flétris par une initiation précoce jusque dans les asiles que la loi a consacrés à leur amélioration, jetés par la détresse ou par le maléfice dans les rangs de cette étrange légion de *gamins de Paris*, le plus dangereux élément de la population et franchissant avec le temps les degrés intermédiaires qui séparent le ruisseau de la sellette des cours d'assises: les vétérans du bagne et de la prison, jouteurs émérites qui dirigent maintenant les coups des mains moins exercées; Nestors du camp mobile où leurs récits sont écoutés et applaudis; héros homériques de l'infernale épopée; et la masse des combattans, pensez-vous qu'elle ne roule dans ses vagues que l'écume des classes pauvres de la population ? Elle se renouvelle par des contingens de multiple origine; de tous les étages de la hiérarchie sociale descend une pente cachée sur laquelle glissent de nombreuses recrues vers l'infime association dont M. Frégier s'est fait l'historien. Comptez les bras qu'elle met en jeu, les têtes où fermente chaque jour un projet de vol ou de meurtre; comptez les poitrines que gonfle chaque jour une passion mauvaise; ils sont plus de 50,000 qui attaquent journellement la seule société de Paris par divers côtés, qui par le dol, qui par l'assassinat, qui par la prostitution, qui par le déploiement d'autres instincts abjects ou de coupables combinaisons; que le lecteur prenne en main le livre de M. Frégier; qu'il suive cet infatigable statisticien dans le dénombrement et la classification de cette masse; les chiffres qu'il émet sont dignes de toute confiance; ils renferment des enseignemens terribles; nous n'en citerons qu'un exemple; mais il pèse à la plume qui le reproduit : 265,000 ouvriers de tout sexe et de tout âge s'agitent à Paris de mars à novembre, quand les travaux sont en pleine activité; une partie de cette masse est flottante, une autre fixe; 50,000 sont mariés ou concubinaires; la portion féminine de la population ouvrière peut être évaluée à 40,000 dont 20,000 vivent dans le célibat. De ces 265,000 individus la fraction diversement dépravée ne s'élève pas à moins de 55,000 dont 20,000 pour les ouvrières et 35,000 pour les ouvriers; enfin les iddividus adonnés à l'intemperance et qui stationnent ainsi dans les avenues du crime composent une autre catégorie estimée à 17,000. Parmi les ouvrières, M. Frégier compte 2,000 filles publiques insoumises. En outre, sur 4,000 chiffonniers et chiffonnières, 2,000 doivent être rangés dans le chiffre de la masse parfaitement corrompue. Voilà donc une série de données qui, combinées entre elles, conduisent M. Frégier à cette conclusion fatalement légitime, à savoir que le tiers des ouvriers confine à la dépravation, à l'abrutissement et au crime !...

Est-ce à dire que la moralité décroît à mesure que l'on plonge plus profondément dans les rangs de la population, et que là où sont les souffrances et les privations, là aussi sont les vices et les habitudes pernicieuses, les tendances criminelles, les turpitudes privées ? Une telle conclusion ne serait à nos yeux qu'un méprisable paradoxe, et quelle que soit notre estime pour le caractère de l'auteur, quelque consciencieuses que soient ses recherches, nous aurions déchiré son livre plutôt que d'en rendre compte, s'il avait abouti à de semblables corollaires; mais ils sont loin de la pensée de M. Frégier. Un esprit moins clairvoyant et moins judicieux se serait coloré de la teinte sombre des tableaux qu'il déroule; il se serait aigri à la vue de tant de misères volontaires, d'incurable folie et de militante dépravation; mais après avoir fouillé dans les replis les plus ténébreux de la société, M. Frégier jette encore un coup-d'œil plein de sérénité sur les classes

ches, ou des hémorrhoïdes, des flueurs, etc. Il y a donc un antagonisme d'opposition entre eux. L'un des pôles soutient, fortifie l'existence individuelle; l'autre sert à la dépuration, au renouvellement de l'espèce.

14° Quand cesse l'activité du pôle génital par la vieillesse, il s'opère une résorption des forces du côté cérébral; ainsi les femmes et les autres femelles (chez les oiseaux, etc.) se *masculinisent* avec l'âge, autant que les mâles, dans leur jeunesse, *s'efféminent* ou tombent dans l'*évitation* par l'abus du sexe. De là, tout au contraire, se produit par l'abstinence vénérienne, la prudence des vieillards, et une sorte de presbytie intellectuelle.

Ces faits ne sont stériles, ni pour la physiologie, ni pour la pathologie; car ils trouvent une foule d'applications journalières dans les sciences médicales; soit pour des révulsions, soit pour les métastases, soit pour des indications thérapeutiques.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU LACTATE DE FER; par MM. A. GÉLIS et J.-L. CONTÉ, élèves à l'hôpital de la Charité de Paris.(1).

Le fer n'a plus besoin d'éloges; les services qu'il rend chaque jour aux médecins l'ont placé au premier rang parmi les médicamens les plus employés. Véritable spécifique dans la chlorose, il a paru utile dans une foule d'affections dont le cadre nosologique serait trop long à transcrire ici.

Nous examinerons, dans ce mémoire, les formes principales sous lesquelles le fer a été administré; nous montrerons leur insuffisance; nous proposerons pour les remplacer toutes à l'intérieur la combinaison de son protoxide avec l'acide *lactique*, et nous appuierons nos idées théoriques par des faits cliniques recueillis sous les yeux d'habiles médecins.

Les préparations ferrugineuses se divisent naturellement en préparations insolubles et en préparations solubles. Parmi les premières, on peut citer les safrans de mars apéritif et astringent, l'ethiops martial, la limaille de fer et les préparations auxquelles, dans ces derniers temps, MM. Blaud et Valette ont donné leurs noms.

Les oxides de fer ont été prescrits sous toutes les formes, en poudre, en pilules, en opiats, unis au chocolat et au pain; mais ces médicamens n'agissent que lorsqu'on en emploie des quantités considérables (souvent jusqu'à deux et trois gros), et la répugnance qu'ils inspirent aux malades rend le praticien peu certain de leur administration. C'est là un grand inconvénient, et si on considère les nausées qu'ils déterminent chez quelques-uns, les vomissemens qu'ils occasionnent chez d'autres, la longueur du traitement de la chlorose par cette méthode, on n'hésitera pas à en rejeter l'emploi. En effet, leur peu d'efficacité est à peu près démontrée aujourd'hui. Des expériences faites sur les lapins ont fait voir, que quelle que soit la quantité de safran de mars que l'on administre, l'animal n'en absorbe que des traces, dont le poids a été évalué à un grain dans les premiers jours du traitement et à un demi grain les jours suivans. Les phénomènes suivans se manifestent chez les malades auxquels il a été administré; leurs selles sont colorées, et il n'est pas difficile d'y démontrer la présence d'une quantité de fer anormale.

La limaille de fer paraît agir mieux que les oxides de ce métal; mais son administration a les mêmes inconvéniens et souvent les douleurs gastralgiques qu'elle détermine sont plus fortes.

Les médicamens de MM. Blaud et Valette, qui sont les préparations avec lesquelles on a obtenu jusqu'à présent les plus heureux résultats, ont la plupart des inconvéniens que nous reprochons aux ferrugineux insolubles; ajoutons que leur aspect est peu agréable et qu'elles éprouvent à la longue des altérations qui peuvent modifier leurs propriétés.

Les préparations solubles de fer devraient être préférées à toutes celles que nous venons de mentionner, car elles sont plus facilement assimilables; cependant elles ne sont employées que par un petit nombre de médecins; ce que l'on peut attribuer 1° à leur altérabilité, qui est quelquefois très grande; 2° à leur saveur désagréable que les formes imaginées jusqu'à présent ne dissimulent que fort imparfaitement; 3° aux douleurs que leur administration cause souvent aux malades; 4° à ce qu'un petit nombre d'entre elles, mais justement les plus répandues, exercent une action délétère sur nos tissus, et contiennent le fer combiné à des acides énergiques que l'on ne peut sans danger introduire dans l'économie.

Les eaux minérales ferrugineuses sont des médicamens d'une administration assez facile, mais que l'on n'emploie jamais seuls. La quantité de fer qu'ils contiennent est si faible qu'un traitement exclusif par cette méthode serait fort long et souvent inactif. On ne les emploie que comme adjuvant des autres préparations ferrugineuses, car les plus actives de ces eaux ne contiennent qu'un demi-grain à un tiers de grain de fer par bouteille. Telles sont les eaux de Passy, Spa, Vichy, etc.

Frappés de ces considérations critiques, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de ramener le fer à une forme thérapeutique invariable, simple, d'une facile administration, de diminuer surtout la quantité prise par les malades sans nuire à son action médicale. Ce problème, nous croyons l'avoir résolu en proposant l'emploi du lactate de protoxide de fer. Les formes dont nous revêtons ce médicament remédient d'une manière satisfaisante aux inconvéniens que l'on reproche aux préparations de fer solubles.

Plusieurs raisons nous ont déterminés à choisir la combinaison du protoxyde de fer avec l'acide lactique; c'est qu'en effet cet acide est excessivement répandu dans l'économie; il n'y a peut-être pas une partie du corps qui n'en contienne des quantités notables; Berzelius en a trouvé dans la chair musculaire, dans toutes nos sécrétions, dans le sang, dans le lait; la sueur lui doit son acidité; l'urine en contient des quantités considérables, et MM. Cap et Henry ont fait voir dans ces derniers temps qu'il s'y trouvait en partie combiné à l'urée. D'autres auteurs lui font encore jouer un rôle plus important. M. Mitchellitz admet que cet acide se forme continuellement dans les poumons, et il explique par cette hypothèse le phénomène chimique de la respiration.

Tous les auteurs modernes qui se sont occupés des préparations fer-

(1) Mémoire dont l'Académie royale de médecine a voté l'impression dans son Bulletin, sur le rapport favorable qui en a été fait par M. le professeur Bouillaud, séance du 4 février.

---

inférieures. Obligé, par la nature de son sujet, de plonger le scalpel dans leurs tissus gangrenés, il a dit leurs fautes, leurs erreurs, leurs déceptions, leur incurie, leurs faiblesses, transformées plus tard en passions dévastatrices. Mais, s'il vient à les considérer dans leur ensemble, il éprouve, il exprime des sentimens tout autres : il se plaît à célébrer leurs vertus, à découvrir, sous les rudes apparences des natures impolies par l'éducation, les germes des plus nobles et des plus édifiantes qualités. C'est la classe pauvre, dit-il, qui lui a offert les exemples les plus rares et les plus touchans de bonté, d'amour et de fraternité; c'est là qu'il a vu éclater le dévouement, le courage dans l'infortune, la charité prodigue du moins pauvre envers le plus indigent. Aussi bien, quelques milliers d'êtres dangereux, issus de toutes les classes, ne représentent point le peuple proprement dit; ils s'en séparent, au contraire, et leur funeste industrie s'exerce à ses dépens comme à ceux des familles opulentes. C'est dans le peuple que sont les sources toujours vives de la grandeur et de la moralité nationales; c'est par l'ascension progressive de ses membres les plus intelligens que la moralité se renouvelle dans les couches supérieures de la société. Le peuple ressemble à la terre qu'il foule, pour ainsi dire, de plus près; s'il a ses eaux stagnantes et bourbeuses, il a ses lacs et ses fleuves limpides; s'il recèle des matériaux putrides, il est aussi le réservoir commun de cette électricité morale, qui ne s'échappe de son sein que pour y retomber, et qui vivifie dans ce rapide circuit la société tout entière.

M. L.

rugineuses et des formes sous lesquelles elles peuvent être administrées, se sont proposé pour but de présenter le métal dans un état tel qu'il pût être facilement attaqué par les acides du suc gastrique. Or, les travaux de MM. Berzélius. Tiedemann et Gmélin, de Dumas, de Leuret et Lassaigne nous ont montré que le suc gastrique contient de l'acide lactique en telle proportion qu'on a cru pouvoir attribuer à la présence de cet acide la propriété dissolvante si énergique de ce liquide qui ne contient en outre que des traces d'acide chlorhydrique.

C'est donc du lactate de fer qui se forme dans l'estomac; il est probable que la nature du vase n'exerce aucune influence sur les réactions. Cette opinion trouve sa confirmation dans les résultats de quelques expériences que nous avons faites dans le but de reconnaître l'action de l'acide lactique sur quelques-unes des préparations ferrugineuses les plus employées. Nous avons vu que celles qui se dissolvent plus facilement dans cet acide sont aussi celles à qui les praticiens ont reconnu des propriétés plus actives. C'est ainsi que la limaille qui se dissout très facilement dans l'acide lactique étendu agit à des doses plus faibles que le safran de mars que le même acide ne peut dissoudre.

En réfléchissant sur ces données, il était probable que le fer agit quand c'est à l'état de lactate; il était donc naturel de penser à administrer directement ce sel. Le rôle de l'estomac se réduisait à une simple absorption, et l'action du médicament cessait de dépendre de l'acidité des liquides de cet organe.

Ces idées suggérées par une théorie aussi rationnelle n'étaient cependant que des présomptions. Il fallait, pour les vérifier, des vivisections, des analyses chimiques longues et difficiles, et mieux que tout cela l'expérience clinique. Ces idées, nous les avons communiquées à MM. les professeurs Bouilland et Fouquier, et à M. le docteur Beau, et ils se sont empressés d'essayer le lactate de fer dans les cliniques de la faculté de médecine à l'hôpital de la Charité. Nous les prions d'agréer nos remerciemens pour l'accueil favorable qu'ils nous ont fait.

Nous adressons également des témoignages de gratitude à MM. Rayer, Nonat et Bally.

Nous ne donnerons ici que des résumés d'observations; nous n'avons pas cru devoir décrire très longuement les symptômes pathologiques des maladies qui ont été traitées par le lactate de fer; il nous suffira de dire que le diagnostic a été porté par les médecins dans les services desquels les observations ont été prises.

Nous avons un peu plus insisté sur le traitement; quoique nous n'ayons pas décrit jour par jour l'état du malade, il nous a suffi de noter les signes saillans d'amélioration; la chlorose du reste et les maladies qui en dépendent sont assez stables pour que chaque vingt-quatre heures on n'ait ordinairement rien de nouveau à observer. Nous n'avons pas la prétention d'ajouter à la pathologie de la chlorose, heureux si nous pouvons doter la thérapeutique d'un médicament utile.

Le lactate de protoxide de fer est un sel qui se prépare très facilement en traitant la limaille de fer par l'acide lactique étendu d'eau. L'eau est décomposée, l'hydrogène se dégage, l'oxigène oxide de fer au minimum et l'oxide qui vient de se former se combinent avec l'acide lactique. Lorsque le dégagement du gaz a cessé, on filtre, on évapore jusqu'à pellicule, et et le sel cristallisé par le refroidissement. Les cristaux sont de longues aiguilles tétraedriques de la plus grande blancheur.

Ce sel n'est pas extrêmement soluble dans l'eau, une forte chaleur le décompose.

Les cristaux contiennent six atômes d'eau, 19, 2 pour 100. On peut les conserver très longtemps à l'air sans qu'ils s'altèrent. Ils sont donc bien moins facilement décomposés que les proto-acétate, tartrate, citrate de fer et qui se peroxident avec la plus grande facilité.

Nous administrons le lactate de fer sous forme de pastilles, à la goutte, de biscuits, etc., et ces formes ne sont pas prises au hasard; car outre qu'elles flattent les yeux, et n'ont pas l'aspect repoussant de la plupart des autres formes médicamenteuses, le sucre qui entre dans leur préparation rend la sur-oxidation du médicament impossible, et en assure la conservation tout en facilitant l'administration.

Le médicament que nous proposons réunit donc tous les avantages des préparations solubles, sans en avoir les inconvéniens, puisqu'il est facilement assimilable, que le temps ne l'altère pas, et qu'il peut être pris sans répugnance par les malades les plus difficiles.

Quant aux douleurs qui accompagnent presque toujours l'administration des sels de fer solubles, les observations qui suivent prouvent que le lactate de fer ne les détermine pas.

(Service de M. Beau.)

Obs. I. — Mademoiselle Virier (Célestine), âgée de 21 ans, née à.... (Seine-et-Oise).

Réglée à 16 ans, elle a été prise à l'âge de 16 ans et demi de palpitations de cœur, d'essoufflemens de douleurs dans les membres qui l'ont forcée de quitter la place de femme de chambre qu'elle occupait dans une maison. Cet état a duré six mois; après cette époque, elle entre à l'hôpital clinique de la Faculté. On lui donne: tisane d'armoise; pilules de sous-carbonate de fer et eau de Spa.

Elle en sort au bout de six semaines sans amélioration (paroles de la malade). Elle passe huit mois à la ville, quatre mois à la campagne, travaillant peu et ne buvant, pour tout traitement, que du lait chaud le matin. Après ce temps, elle reste huit mois dans sa famille où on la croit phthisique; à l'âge de 18 ans, elle entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe (sous-carbonate de fer; eau de Spa). Entrée le 20 juin, sortie le 21 août, elle se trouve un peu mieux qu'en sortant de la clinique. Elle entre dans une maison en qualité de demoiselle de compagnie. Quand elle fait des courses un peu longues, elle est si fatiguée qu'elle est obligée de garder le lit deux jours. Elle reste un an dans cette maison.

Le 19 décembre 1838, elle rentre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Vincent (pilules de fer, quiquina et cannelle, vin de gentiane, tisanes amères). Séjour deux mois et demi. Son état ne s'améliorant pas, elle sort. Elle est quatre mois sans traitement. Après ce temps, elle rentre pour la troisième fois à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine (diagnostic). Chlorose et hypertrophie du cœur (pilules de digitale). Peu d'amélioration. Elle en sort après quinze jours. Pendant quatre ans que dure cet état, elle voyait irrégulièrement ses règles, elles étaient si peu abondantes, si décolorées qu'elle ne s'en apercevait pas (paroles de la malade). Deux mois après la sortie de la salle Sainte-Madeleine, elle est décolorée comme de la cire; elle ne peut monter les escaliers de l'hôpital, sans s'arrêter deux et trois fois. Les personnes qui la rencontraient croyaient qu'elle tombait en syncope. Céphalalgie quand elle marche, éblouissemens, bruits dans les oreilles, frémissemens artériels, bruit de diable dans les carotides, pulsations du cœur très fortes; appétit mauvais; douleurs gravatives dans les membres; règles comme précédemment. Elle marche peu. C'est dans cet état qu'elle se présente à M. le docteur Beau. Celui-ci lui prescrit huit pastilles de lactate de fer. Au bout de huit jours, le 4 octobre, elle mange plus qu'à son ordinaire; elle monte un peu mieux les escaliers; ses joues se coloreot; le bruit persiste.

Le 12, elle monte très bien les escaliers.

Le 13, elle va, seule, à pied, de l'hôpital de la Charité au faubourg du Temple, elle revient dans la même journée sans être fatiguée. Son père et ses sœurs qui ne l'avaient vue depuis longtemps la trouveot beaucoup mieux. Ses règles, qui avaient paru le 1er octobre, arriveot le 21 (quinze pastilles de lactate de fer) du même mois, plus abondantes, plus colorées que la dernière fois. Le bruit artériel diminue beaucoup.

Le 14 novembre, elles reparaissent en plus grande quantité et plus colorées que jamais. Elle a le teint frais, rosé; l'appétit excellent; le bruit artériel a cessé; les pulsations du cœur conservent encore un peu de force, ce qui justifie l'hypertrophie du cœur diagnostiquée par M. le professeur Bouillaud.

Cette malade est si contente de son nouvel état de choses qu'elle en parle à tout le monde; elle n'ose cesser l'usage du lactate de fer. Elle est employée à la lingerie de l'hôpital.

(Même service. — Salle Sainte-Anne, n° 18 bis.)

Obs. II. — Barrat (Catherine), âgée de 16 ans.

Réglée à 12 ans, elle entra au mois d'octobre 1838 à l'hôpital de la Charité, dans la même salle; elle présentait des symptômes chlorotiques. M. le professeur Fouquier lui donna tous les jours 1 et 2 gros de sous-carbonate de fer. Elle en sortit au bout de six semaines dans un bon état.

Le 1er septembre 1839, elle entra salle Ste-Marthe, dans le même hôpital, pour y être traitée de la même maladie. On lui donna pendant trois semaines de la limaille de fer, qui augmentait ses douleurs d'estomac au point, dit-elle, qu'elle en pleurait.

Le 9 octobre, jour de son entrée, elle présente une face bouffie, les paupières très épaisses (douleurs gravatives; essoufflement). La peau de la face et des lèvres est décolorée. Elle n'a point d'appétit; selles naturelles; céphalalgie intense; elle pleure la ouit. On entend à la région précordiale un long bruit de souffle au premier temps; les carotides donnent à l'auscultation un bruit de diable très fort; ses règles ont à peine reparu dans le courant de septembre; depuis, flueurs blanches abondantes.

M. le docteur Beau, qui faisait le service de M. le professeur Fouquier, lui ordonna, le 6 octobre, 12 pastilles de lactate de fer.

Le 9, tes douleurs de tête se calment; elle a de l'appétit. On lui donna le 18.

Le 11, les traits s'effilent.

Le 13, elle demande la demie; les yeux sont plus vifs; elle se colore.

Le 15, les trois quarts ne lui suffisent plus; la céphalalgie a cessé; elle se lève; se promène sans être fatiguée; les couleurs augmentent; le bruit artériel est moindre.

Du 8 au 16, elle a été prise d'une névralgie qui voyageait de la tête au ventre et au bras gauche, où elle se fixait plus longtemps; elle était assez vive pour l'empêcher de porter la main à la tête.

Le 28, elle sort; elle a peur de perdre sa place de domestique; elle est très colorée. Le bruit artériel n'a pas entièrement disparu; celui du cœur est nul. Les flueurs blanches ont cessé.

(Service de M. le professeur Fouquier. — Salle Ste-Anne, n. 3 bis.)

Obs. III. — Mademoiselle Brière (Marie), âgée de 18 ans, réglée à 15, est entrée à l'hôpital le 28 octobre 1839.

Elle n'a jamais joui d'une parfaite santé depuis trois ans. Ses règles ont toujours été irrégulières. Elle est quelquefois deux ou trois mois sans les voir. Elles sont peu colorées.

A son entrée, elle se plaint de palpitations de cœur quand elle monte un escalier, de faiblesse douloureuse dans les jambes; sa face est gonflée, décolorée.

Œdème des extrémités inférieures; faiblesse dans les jambes. Elle a de la céphalalgie, des éblouissemens; les carotides donnent au stéthoscope un bruit de souffle. Appétit dépravé.

Le 29 octobre, M. Fouquier lui donne 6 pastilles de lactate de fer.

Le 31, la fièvre cesse. (8 pastilles.)

Le 2 novembre, la céphalalgie a beaucoup diminué; elle ne reparaît que le matin (15 pastilles).

Le 4, le souffle carotidien est moindre.

Le 5, les éblouissemens ont cessé; l'appétit est très bon.

Le 6, les règles arrivent plus colorées et abondantes; elle peut descendre au jardin sans être fatiguée; ses joues se colorent; son œil devient plus vif; la céphalalgie a cessé.

Le 9, le souffle carotidien est léger; se trouvant très bien, elle sort; nos prières ne peuvent la retenir.

(Même service. — Même salle, n. 2 bis.)

Obs. IV. — Mademoiselle Breton, domestique, âgée de 18 ans, réglée à 14 ans et demi.

Elle se plaint depuis deux ans de palpitations de cœur quand elle marche, de faiblesse dans les membres, de céphalalgie, de perte d'appétit. Cet état n'est pas continu, il lui laisse quelque temps de repos. Elle travaille toujours un peu; mais elle est obligée de se reposer souvent.

A la fin de l'année 1838, elle a bu de l'eau ferrée pendant six semaines. Outre qu'elle en était dégoûtée, elle dit n'en avoir point éprouvé d'amélioration. L'eau de Passy, prise pendant deux mois, a un peu augmenté son appétit.

Au mois d'avril dernier, elle est entrée à l'hôpital de la Pitié; elle y a pris du sous-carbonate de fer pendant sept semaines; à sa sortie, son état était amélioré.

Le 21 octobre, jour de son entrée, la peau de la face et la muqueuse labiale sont décolorées; la figure et les pieds sont gonflés; douleur gravative dans les membres; elle n'a point d'appétit. Les douleurs d'estomac ne lui permettent pas d'avaler la tisane; elle la vomit; constipation: elle a des éblouissemens. La céphalalgie est intense; le cœur donne à l'auscultation un bruit de souffle au premier temps. Les carotides ont un bruit continu avec redoublement. Cet état persiste depuis quinze jours; règles régulières, décolorées, très peu abondantes.

Le 22, M. Beau lui donne 10 pastilles de lactate de fer.

Le 25, la céphalalgie diminue; la malade demande à manger; on lui donne la demi-portion; les douleurs gravatives sont moindres.

Le 26, 15 pastilles; le mieux continue.

Le 27, elle demande les trois quarts; les joues se colorent.

Le 1er novembre la céphalalgie, la gastralgie, les éblouissemens ont cessé; elle descend au jardin, travaille dans la salle. Le bruit des carotides a diminué; elle dit n'avoir jamais autant mangé; ses traits sont effilés; les couleurs sont revenues

Le 3 novembre, elle sort, prétextant des affaires.

(Même service. — Même salle, n. 21 bis.)

Obs. V. — Bouchy (Anne-Marguerite), âgée de 24 ans, réglée à 18 ans, née dans le département de la Moselle, est à Paris depuis huit mois.

Après six semaines de séjour, elle entre à l'hôpital de la Pitié, pour y être traitée d'une chlorose. Elle y reste quinze jours, on lui donne pendant ce temps des pilules de Blaud qu'elle continue six semaines après sa sortie.

Dix jours après qu'elle a cessé ce traitement, la maladie recommence; elle reste faible, décolorée, ayant perdu l'appétit jusqu'au 2 octobre, époque à laquelle les douleurs qu'elle ressentait dans les membres et les palpitations de cœur l'ont empêchée de vaquer à ses occupations domestiques.

Elle rentre à la Pitié. (Pilules de Blaud; eau de Vichy.) Elle en sort le 22 au matin pour insubordination. Le soir, elle entre à la Charité; elle se plaint de douleurs d'estomac; son appétit est assez bon. Elle éprouve de la faiblesse dans les jambes, des étouffemens. Elle n'a pas vu ses règles depuis huit mois. Elle a de la dyspnée.

M. Beau lui donne 15 grains de lactate de fer.

Le 29, elle sort pour satisfaire son appétit, quoiqu'on lui donne ici les trois quarts de portion.

La faiblesse des membres, la gastralgie et le frémissement ont cessé.

CHLOROSE MODÈLE PRISE POUR UNE AFFECTION ORGANIQUE DU CŒUR ET TRAITÉE PAR DES SAIGNÉES; EMPLOI DU LACTATE DE FER.

(Observation communiquée par M. le professeur Bouillaud.)

Obs. VI. — La nommée Trouvé, âgée de 23 ans, domestique, née dans le département de Seine-et-Oise, est entrée le 7 novembre 1839.

Constitution délicate; tempérament lymphatique; cheveux châtains; réglée à 16 ans. Depuis, toujours mal réglée: il y a trois mois qu'elle n'a pas eu ses règles. Depuis deux mois surtout, elle est sujette à la céphalalgie, aux maux d'estomac, aux palpitations, aux essoufflemens; appétit bon; pas de dégoût particulier; selles bonnes; pas de toux; pas de leucorrhée; saignée sept à huit fois en trois ans; deux dans le courant de l'année dernière. On lui a prescrit souvent des bains de pied.

Etat actuel: le souffle est persistant de temps en temps léger dans la carotide droite, large et diffus, imitant le vent qui souffle à gauche; teinte jaune; affaissement des veines; sang violacé dans ses vaisseaux; souffle moelleux bien caractérisé aux premiers temps du cœur. (De 4 à 10 pastilles de lactate de fer par jour; eau de Spa.)

Le 23, la malade se trouve assez bien pour demander sa sortie; les battemens du cœur et les étourdissemens ont cessé, ainsi que les maux d'estomac; l'appétit est bien meilleur; les joues d'un vif assez intense. Néanmoins, il existe dans les artères du cou de chaque côté un souffle continu, imitant celui du vent ou le mugissement lointain des vagues; souffle moelleux au premier temps dans la région de l'aorte sous-sternale. Le deuxième bruit clair; pas de souffle continu notable dans les artères crurales; les règles ne sont pas encore revenues; point de flueurs blanches.

CHLOROSE MODÈLE.

(Observation communiquée par le même.)

Obs. VII. — La nommée Renault, marchande de volailles, née dans le département de Seine-et-Oise, entrée le 10 octobre 1839.

Constitution délicate; tempérament lymphatique, habitant Paris depuis sept mois; cheveux châtains-clairs; réglée tous les mois pendant deux ou trois jours. Le sang des règles est bien rouge, dit-elle. Leucorrhée peu abondante. Il y a quinze ans que ses règles sont venues pour la dernière fois, et ont duré, comme d'habitude, quelques jours. Avant leur apparition, elle a commencé à éprouver des maux d'estomac; appétit assez bon; soif normale; selles naturelles. Il y a cinq jours, elle a vomi à peu-près une pinte de sang à moitié caillé. Le lendemain, elle a vomi en deux fois le quart à peu près de la quantité précédente. La malade dit être habituellement rouge. Elle assure n'avoir perdu ses couleurs que depuis le vomissement de sang; pas de palpitations ni d'essoufflement. Il y a quatre jours, on lui a appliqué 10 sangsues à l'épigastre.

Etat actuel: teinte pâle, tout à fait anémique du visage et de toute la peau; bruit de diable dans les artères des deux côtés; bruit de souffle au premier temps du cœur; chant musical dans les crurales.

La malade a été soumise à l'usage du lactate de fer sous forme de pastilles en quantité de 6 à 10 grains par jour, à l'usage des eaux de Spa et au régime tonique (malheureusement insuffisant à l'hôpital). Au bout de peu de temps, on s'est aperçu d'un grand changement. La malade elle-même se trouvait considérablement mieux. Son appétit est redevenu très bon. Les maux d'estomac et les vomissemens de sang ont disparu, et son teint qui était à son entrée pâle et couleur de cire est devenu frais. Les pommettes sont devenues rosées et l'expression du visage agréable. Son état de bien aise a été si remarquable que la malade aurait quitté l'hôpital déjà depuis huit jours avant la sortie de l'hôpital, si on ne l'avait engagée à prolonger son séjour pour consolider la guérison. Examinée le 9 novembre, jour de sa sortie, la malade a été trouvée dans un état on ne peut plus satisfaisant, et le bruit de diable n'a laissé que quelques faibles traces après lui.

(Service de M. Rayer; salle Saint-Vincent, n° 21.)

Obs. VIII. — Mademoiselle Lefebvre (Gabrielle), âgée de 17 ans, brunisseuse, entrée le 5 octobre 1839, réglée à 14 ans.

Vers les premiers jours de septembre, elle entra dans la même salle à l'hôpital de la Charité pour y être traitée d'une chlorose, et y resta dix-huit jours, pendant lesquels elle prenait sous-carbonate de fer et pilules de fer de quinquina et de cannelle. Au bout de ce temps, elle en sortit pour des affaires, sans amélioration; à son arrivée, elle se plaint de faiblesses douloureuses dans les membres. Elle a de la céphalalgie. Bruit de souffle dans les carotides; premier temps du cœur un peu prolongé. Ses règles ont disparu depuis deux mois. Flueurs blanches abondantes. Essoufflement quand elle monte les escaliers; impossibilité de travailler.

Le 7, M. le docteur Rayer lui ordonne six pastilles de lactate de fer.

Le 12, les douleurs sont dissipées. L'appétit augmente.

Le 16, elle demande les trois-quarts.

Le 20, douze pastilles; le mieux continue.

Le 23, le bruit a disparu, les couleurs sont revenues depuis quelque temps.

Le 30, le mieux continue; elle travaille dans la maison. Les flueurs blanches ont disparu; le souffle est nul; l'appétit est excellent; elle attend ses règles.

(Service de MM. Nonat et Rayer; salles Saint-Vincent n° 2 et Saint-Joseph n° 1.)

Obs. IX. — Pétinger (Marguerite), entrée le 10 octobre 1839, âgée de 16 ans, réglée à 12 ans.

Elle éprouve depuis deux mois une céphalalgie intense qui ne la laisse pas dormir, des palpitations de cœur et des douleurs gravatives dans les membre qui augmentent quand elle gravit un plan incliné. Son appétit est ordinairement assez bon. Cependant le 10 et le 12 des potages lui suffisent. Elle a de la gastralgie. Ses artères carotides donnent à l'auscultation un bruit de souffle au premier temps; elle n'a pas vu ses règles depuis les premiers jours du mois d'août. Sa face est gonflée, pâle, couleur de cire.

Le 13, M. Nonat lui ordonne dix pastilles de lactate de fer par jour.

Le 16, la céphalalgie lui laisse quelque temps de repos.

Le 18, elle a cessé; les douleurs gravatives n'existent plus; l'appétit est très bon.

Le 19, le mieux continue; sa figure se colore; le bruit carotidien diminue. Elle sort pour insubordination.

Le 23, elle rentre dans la même salle; la faiblesse, la décoloration de la face, le bruit carotidien continuent. M. Rayer lui donne 6 grains de lactate de fer.

Le 27, le souffle a diminué. L'appétit est très bon.

Le 29, les règles arrivent; le sang est coloré.

Le 30, examinée par M. Lenepveu, interne de M. Rayer, il a constaté la disparition des bruits du cœur et des carotides. La malade travaille dans la maison. Elle sort quatre jours après.

(M. Nonat.)

Obs. X. — Mademoiselle A... (Madeleine) se plaint de douleurs dans les membres, d'essoufflemens, de perte d'appétit, de coliques assez violentes à l'appro-

che de ses règles. Soumise dix jours à l'usage du lactate de fer, l'appétit est revenu, ses règles ont reparu sans douleurs à l'époque ordinaire.

Chez la plupart des malades citées, l'appétit a été le premier signe du retour à la santé. Il est le produit constant de l'usage du lactate de fer. Chez les personnes bien portantes, il augmente la faim. La cessation des douleurs gravatives, de la gastralgie et de la céphalalgie suit de près la sensation du besoin de manger; les éblouissemens, les névralgies, se dissipent plus tard; l'œdème de la face et des membres disparaît ensuite; la gaîté et les couleurs reviennent; les bruits anormaux du cœur cessent; les flueurs blanches disparaissent; les règles arrivent; la disparition des bruits artériels suit ordinairement l'écoulement des menstrues.

Ces deux derniers signes n'ont pu être constatés toujours; car tout le monde sait qu'il est difficile de retenir longtemps à l'hôpital les malades qui sont atteintes de chlorose; ce sont pour la plupart des jeunes filles (*pulcherrimæ puellæ*, BOERHAVE) chez lesquelles les sens parlent (*febris amatoria*).

Elles éprouvent tant de changement dans leur position que du sixième au dixième jour de leur traitement elles veulent sortir, et ce n'est qu'en les menaçant de rechûtes qu'elles consentent à rester quelque temps encore.

La dose du lactate de fer n'a jamais dépassé quinze grains; on a commencé par quatre, six, huit ou 10; plusieurs n'en ont jamais pris plus de douze.

En administrant nous-mêmes le médicament, et suivant jour par jour les effets, nous nous sommes convaincus que dans les salles de l'hôpital, où les conditions hygiéniques sont défavorables, les malades étant dans l'inaction, nourries avec des viandes que toutes n'aiment pas, respirant un air vicié par l'agglomération des individus, une amélioration notable s'aperçoit toujours du deuxième au septième jour, mais c'est surtout vers le quatrième ou le cinquième qu'elle a lieu.

Cette conclusion est encore appuyée par ce qui a été observé sur trois malades, qui sont encore en traitement dans le service de M. le professeur Fouquier.

Nous réclamons l'indulgence de l'Académie pour la rédaction de notre mémoire : nous avons rassemblé précipitamment nos observations pour éviter des questions de priorité, toujours ridicules lorsqu'elles ne sont pas scandaleuses.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE BÉGAIEMENT, FAITES PAR UN MÉDECIN QUI A ÉTÉ BÈGUE; communiquées par M. DU SOIT, médecin à Moudon, en Suisse.

Le bégaiement est une névrose ou un spasme tantôt tonique, tantôt chronique des organes de la respiration, lequel a pour effet d'empêcher l'action de la volonté sur ces organes, et le bégaiement cesse dès que ce spasme n'a plus lieu et que la respiration se fait régulièrement.

Des auteurs qui ont écrit sur le bégaiement, la plupart en ont recherché les causes dans les organes de la prononciation, la langue et les lèvres, dans les mouvemens désordonnés et convulsif de ces parties et dans leur position vicieuse, relativement au palais et aux dents. Ainsi M. Hervez de Chégoin cherche les causes du bégaiement dans la petitesse absolue ou relative du tissu charnu de la langue, l'épaisseur ou la brièveté de son frein qui, en limitant ses mouvemens, empêche l'articulation des sons. Il cite à l'appui deux bègues qui ont été guéris par la section du frein. Mais les organes sont bien conformés chez la grande majorité des bègues, et l'admission de ces causes n'expliquerait pas les variétés infinies du bégaiement et l'influence qu'ont sur lui les affection morales: ces deux cas ne peuvent être regardés que comme des exceptions. Beaucoup d'auteurs, avec MM. Sauvage et Itard, en cherchent la cause dans l'état de débilité des muscles de la langue. Mais les bègues n'exécutent-ils pas avec la plus grande facilité tous les mouvemens apparens de la langue et des lèvres? N'est-ce pas plutôt un état de spasme que de débilité? Comment expliquer la guérison spontanée du bégaiement dans un âge avancé, vu qu'en admettant pour cause la débilité il devrait augmenter. D'autres cherchent la cause du bégaiement dans l'action du cerveau, sur les muscles vocaux, explication qui serait juste si elle n'était pas trop vague, et nous allons voir que ses partisans n'ont pas compris non plus la nature du bégaiement. Rullier dit, dans l'article *Bègue* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE : « Chez le bègue, l'irradiation cérébrale qui suit la pensée, et devient le principe propre à mettre en action les muscles nécessaires à l'expression orale des idées, jaillit avec une telle impétuosité et se reproduit avec une si grande vitesse, qu'elle passe la mesure de mobilité possible des agens de l'articulation. »

Certes c'est faire trop d'honneur aux bègues que de leur attribuer une telle richesse d'idées et une action cérébrale si impétueuse; pour ma part je dois avouer que je n'ai jamais rien éprouvé de pareil, et je connais plusieurs bègues chez qui l'action cérébrale est très faible et qui se distinguent plutôt par leur mollesse, que par leur vivacité. Cette explication devrait faire croire aussi que le bégaiement est plus fréquent chez les femmes, chez qui l'action cérébrale jaillit certainement avec plus d'impétuosité que chez les hommes, et il en est précisément le contraire. M. Magendie explique le bégaiement par un défaut d'action de l'intelligence urganique capable de vicier les mouvemens des organes vocaux qui obéissent en même temps au système nerveux de la vie organique et à l'action cérébrale. On peut reprocher à cette explication le même vague qu'à la précédente; elle ne donne à l'esprit aucune clarté et n'est susceptible d'aucune application pratique. L'explication de Ch. Bell a beaucoup de rapport avec les deux précédentes, et on peut lui faire les mêmes objections: il regarde le bégaiement comme dépendant d'un défaut dans la puissance de coordination des diverses actions qui forment la parole.

Observons maintenant ce qui se passe chez un bègue lorsqu'il veut parler: pour cela nous distinguerons deux variétés que l'on peut aussi envisager comme deux degrés. Dans le premier, qui est plus léger (bégaiement d'avant de M. Malbouche, *labio-choréique* de M. Colombat), le bègue parle assez couramment; mais lorsque la prononciation d'un mot commençant par certaines consonnes, telles que le *b*, le *p*, le *v* coïncide avec la fin d'une expiration, alors la respiration s'embarrasse, devient saccadée, haletante, précipitée; les efforts du bègue, pour prononcer le mot, sont accompagnés de mouvemens convulsifs des lèvres; d'autres fois les lèvres sont plutôt dans un état de spasme tonique; enfin le bègue parvient à surmonter cette difficulté; mais il y parvient à coup sûr, comme l'a observé M. Malbouche, en reprenant haleine et en faisant une inspiration. Dans le deuxième degré (bégaiement d'arrière de M. Malbouche, *gutturo-tétanique* de M. Colombat), le bègue reste la bouche béante dans l'impossibilité de produire aucun son, même lorsque le mot qu'il veut prononcer commence par une voyelle (ainsi qu'il m'arrivait souvent pour le mot oui); le visage et le cou se tuméfient; les veines jugulaires gonflent; chez les uns, l'état est plus tétanique; chez les autres, plus choréique; j'en connais un qui, dès qu'il veut parler, tourne sur lui-même et agite ses bras comme s'il était atteint de chorée. Ceci nous montre l'inexactitude des dénominations adoptées par M. Colombat, puisque dans l'espèce qu'il nomme *labio-choréique*, l'état est souvent tétanique, et que dans l'espèce qu'il nomme *gutturo-tétanique*, l'état est souvent choréique. Ces deux degrés sont souvent réunis chez le même individu; ainsi, un bègue, au premier degré, est souvent arrêté dès qu'il veut commencer à parler, lorsque le premier mot qu'il doit émettre commence par une consonne difficile à prononcer; alors la crainte de ne pas réussir rend la respiration haletante, et il reste muet comme un bègue au deuxième degré. Dans les deux degrés, le bégaiement cesse par une forte inspiration; mais il reparaît bientôt si le bègue n'a pas soin de respirer régulièrement, et il reparaît plus ou moins fréquemment et avec plus ou moins d'intensité, selon que la respiration est plus ou moins agitée, et selon que les émotions morales qu'éprouve le bègue tendent à augmenter ou à diminuer l'acte cérébral de la volonté. Essayons maintenant d'astreindre le bègue à respirer régulièrement; lions sa respiration à une certaine cadence, comme cela a lieu dans le chant et la déclamation, le bégaiement n'aura pas lieu: si le bègue peut se soumettre à la même contrainte dans la conversation, il ne bégaiera plus en parlant. C'est à ce résultat que conduit directement la méthode de M. Serres, tandis que les autres méthodes n'y arrivent que médiatement.

D'après ce que nous venons de dire, il est évident que l'essentiel, dans les différentes espèces de bégaiement des auteurs, est l'état soit tétanique, soit choréique des organes de l'inspiration et de l'expiration, qui, dans le premier degré, gêne l'articulation des sons, et dans le second en empêche complètement l'émission. Ce qui se passe dans les lèvres, la langue et le gosier n'est qu'un accessoire et ne constitue que des variétés d'une même affection. Enfin, nous avons vu que dans les différens degrés de bégaiement on le fait cesser par une forte inspiration, c'est-à-dire en arrêtant les mouvemens organiques désordonnés et irréguliers des organes de la respiration et en les régularisant par l'action cérébrale de la volonté. C'est par ce simple procédé qui m'avait été indiqué par le docteur Lindt, de Berne, que je me suis guéri, à l'âge de vingt ans, d'un bégaiement des plus prononcés. Je crois que cette cure a été aidée par les exercices gymnastiques auxquels je me livrais alors avec beaucoup d'ardeur, et qui auront agi en augmentant l'action du

cerveau sur tout le système musculaire. Il nous reste à montrer que toutes les méthodes de traitement proposées contre le bégaiement, méthodes que leurs auteurs croyaient rationelles, parce qu'ils les fondaient sur l'explication qu'ils donnaient du bégaiement, ne sont qu'empiriques, parce que l'explication sur laquelle elles sont basées est fausse, et que toutes n'ont réussi que parce que souvent, à l'insu de leurs auteurs, elles régularisaient la respiration.

Commençons par Démosthènes, qui se guérit en s'exerçant à déclamer, sur le bord de la mer, des vers d'Euripide et de Sophocle, ainsi que ses propres oraisons, en tenant dans sa bouche de petits cailloux, ce qui n'était qu'une difficulté de plus à vaincre. Vint ensuite M. Itard, qui conseilla l'emploi d'un moyen mécanique pour relever la langue, et l'exercice de parler dans une langue étrangère; mais sa méthode eut peut de succès. Puis vint M. Voisin, qui reconnut le caractère spasmodique du bégaiement, mais n'ajouta rien au traitement. Madame Leigh crut remarquer que les bègues tenaient la langue trop abaissée vers le plancher de la bouche, et y voyant la cause du bégaiement,, elle imagina de le guérir en leur faisant élever la langue vers le palais. Par cette méthode elle guérit 150 bègues en trois ans. MM. Malbouche, qui importèrent sa méthode en Europe, la jugèrent bien défecteuse, puisqu'ils reconnurent onze positions vicieuses de la langue chez les bègues, et proposèrent d'y opposer onze positions curatives différentes. Mais, comme l'a reconnu M. Magendie, ces différentes positions ne sont qu'une subtilité théorique, et les bègues guérissent en adoptant pour leur langue une position déterminée quelconque, même en en portant la pointe dans la brèche causée par l'avulsion d'une molaire de la mâchoire inférieure, comme M. Hervez de Chégoin en cite un exemple. Certainement la langue devient paresseuse chez les bègues faute d'exercice, et si presque tous les auteurs qui se sont occupés de la cure du bégaiement se sont accordés à assigner à la langue une certaine position, c'est qu'ils ont reconnu qu'il était avantageux de l'exercer et de la rendre ainsi plus soumise à l'action cérébrale. Il est clair qu'on obtiendra le même résultat par l'exercice de la déclamation, comme l'a fait Démosthènes, cherchant à élever sa voix au-dessus du bruit des vagues; mais certainement on ne guérira pas les bègues par le seul exercice de la langue, si on ne régularise pas chez eux la respiration, et c'est ce que fait M. Malbouche, en faisant inspirer ses élèves, dès qu'ils hésitent, quoiqu'il ne voie dans cet acte qu'un accessoire. Je citerai un exemple des subtilités sur lesquelles M. Malbouche a fondé sa théorie; le *p* est classé parmi les consonnes labiales; mais comme c'est une des plus difficiles à prononcer pour les bègues, ce qui ne s'accorde pas avec la théorie de M. Malbouche, qui fait consister le bégaiement uniquement dans les mouvemens vicieux de la langue, il a dû placer le *p* parmi les consonnes linguales, tandis que chacun peut s'assurer que la prononciation du *p* n'exige aucun mouvement de la langue. Du reste, madame Leigh imposait un silence complet à ses élèves hors le temps des exercices, et elle a observé que les bègues doués d'une grande énergie de volonté guérissaient facilemen; j'ajouterai parce qu'ils parviennent plus facilement à maîtriser les mouvemens irréguliers de leurs organes respiratoires. Les deux méthodes qui nous restent à examiner se rapprochent davantage à agir sur la respiration, sans cependant reconnaître que c'est l'essentiel.

M. Colombat, outre sa distinction de bégaiement labio-choréique et gutturo-tétanique, dont nous avons déjà fait sentir l'inexactitude, s'est encore donné la peine fort inutile de distinguer dix variétés de bégaiement, qui nécessiteraient autant de modifications dans le traitement. Mais, si sa théorie est défectueuse, sa méthode de traitement laisse peu à désirer et s'accorde parfaitement avec la théorie que nous avons émise. Elle consiste dans l'emploi simultané des trois moyens suivans : 1° donner à la langue une position telle que sa pointe soit dirigée en haut et en arrière; 2° au commencement de chaque phrase faire une forte inspiration et la répéter plus ou moins souvent; 3° marquer la mesure en parlant par des mouvemens du pouce sur l'index. Il est manifeste qu'en observant les règles, il est impossible de bégayer, et on ne s'étonnera pas des nombreux succès qu'a obtenus cette méthode, qui consiste essentiellement à faire inspirer le bègue au commencement de chaque phrase et à marquer le retour régulier des inspirations par les mouvemens du pouce sur l'index. C'est ainsi que, malgré les erreurs de la théorie, l'empirisme a conduit au véritable traitement du bégaiement.

Enfin, M. Serres d'Alais a imaginé de faire accompagner d'un mouvement violent des bras l'émission de chaque son. Il ne s'inquiète pas de la position de la langue; néanmoins cette méthode réussit aussi bien que la précédente. Mais ni M. Serres, ni M. Itard, son rapporteur, qui s'étonne de la singularité de cette méthode, ne se sont aperçus que tout effort se fait pendant l'expiration; qu'ainsi, pour accompagner d'un effort l'émission de chaque son, l'élève doit toujours avoir sa provision d'air et s'habituer à ne parler que pendant l'expiration. Je rappellerai encore à cette occasion ce que j'ai dit de l'utilité des exercices gymnastiques pour augmenter l'énergie de la volonté et l'action du cerveau sur tout le système musculaire. C'est une idée neuve et d'une grande utilité pratique que celle de M. Serres, que le traitement du bégaiement doit consister dans une gymnastique des organes respiratoires et vocaux.

Je serais ainsi arrivé au but que je m'étais proposé, en mettant d'accord avec la théorie les méthodes de traitement du bégaiement qui ont eu le plus de succès, et en montrant que l'essentiel dans toutes est l'influence qu'elles ont sur la régularisation des mouvemens respiratoires.

OBSERVATION DE VESSIE SÉPARÉE EN DEUX, CYSTITE, RÉTENTION D'URINE, ULCÈRES, FISTULES ET ABCÈS URINEUX; NEPHRITE, HYPERTROPHIE ET SUPPURATION DE LA PROSTATE; URÉTRITE; par M. P. NAFTI, interne des hôpitaux.

OBS. — Le nommé Thomas Beaucheux, cordonnier de profession, âgé de 62 ans, est entré à l'infirmerie génerale de Bicêtre, le 22 février 1839. Il est d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une constitution délicate, d'une taille moyenne; il a joui d'une parfaite santé jusqu'en 1824. Il a été atteint d'une blennorrhagie à l'âge de 28 ans, et d'un gonflement des deux aînes. Il a été traité à l'hôpital du Midi pendant trois mois, et au bout de ce temps il est sorti guéri. En 1824, il est entré à la Charité (au service de MM. Roux et Boyer) ayant un ulcère qui donnait issue à l'urine, et dans l'espace de quatre ou cinq ans il y est allé trois fois (six ou sept semaines pour chaque traitement), et sortait tant soit peu soulagé, mais la fistule urinaire persistait toujours et livrait passage à l'urine. Il a été sondé et cautérisé sans aucun succès. Je note seulement qu'il y a trois mois il a été atteint d'une bronchite qui persévère. Le malade dit que, depuis douze à quatorze ans, il souffre d'une rétention d'urine très opiniâtre, et que le cathétérisme a été impossible par les chirurgiens les plus habiles de la capitale. Il dit qu'il n'a jamais craché de sang, qu'il a éprouvé quelquefois des maux de reins; mais il ne se rappelle pas l'époque précise; il n'a jamais eu d'hématurie; il a eu la gale cinq fois consécutives étant militaire en 1790.

ÉTAT ACTUEL. — Le 23 février. Résonnance normale à la poitrine; l'expansion pulmonaire s'entend partout, à grosses bulles, en arrière; crachat adhérent au vase; pouls à 90, peu développé; face pâle, langue sèche à la pointe, rien du côté du cœur; une selle hier; urines abondantes et troubles. (Vésicatoire à la cuisse droite; eau de veau, 2 pots; julep.)

27 février. Sécheresse de la langue et des lèvres, pouls faible, toux peu fréquente, une selle hier, ventre contracté, douleurs aux fosses iliaques; il vide sa vessie par ses differentes fistules desquelles il suinte du pus; il y a des excoriations aux fesses.

28 février. Le malade était aujourd'hui dans une prostration extrême : on entendait du râle trachéal. A neuf heures et demie du matin il est mort.

AUTOPSIE faite le 1er mars 1839, à dix heures du matin.

HABITUDE EXTÉRIEURE. — Couleur naturelle, embonpoint normal.

CERVEAU ET SES ENVELOPPES. — Dure-mère, rien d'anormal à noter; arachnoïde plus épaisse, plus opaque et très peu résistante, adhérente partout avec les circonvolutions cérébrales, tellement que j'eus de la peine à la séparer de la pie-mère, qui était d'ailleurs très injectée. Les anfractuosités du cerveau contenaient une matière séreuse mêlée au sang et formant des foyers circonscrits de dimensions diverses. L'arachnoïde qui adhérait aux circonvolutions cérébrales limitait ces petites cavités.

La substance cérébrale, ainsi que celle du cervelet, était d'une consistance ordinaire; les ventricules du cerveau étaient remplis du liquide de M. Magendie (effet de la position décline). Le septum lucidum et la voûte à trois piliers dans leur état le plus parfait.

CAVITÉ PECTORALE. — En enlevant les parois pectorales, on voyait que le poumon droit remplissait la cavité correspondante, tandis que le poumon gauche était en contact avec le péricarde, sans aucune adhérence d'ailleurs, et la moitié de la cavité gauche était vide. La plèvre du côté gauche était très adhérente aux côtes; et deux cordons très épais, très durs (formés par des fausses membranes tiraillées) et très résistans, s'étendaient depuis la plèvre pariétale jusqu'à la plèvre viscérale. La plèvre costale est un peu plus épaisse, plus opaque et plus résistante que dans l'état ordinaire. Au fond de cette paroi on rencontrait, avant d'enlever le poumon, deux onces environ d'un liquide très lié et de couleur légèrement roussâtre.

POUMON GAUCHE. — Le lobe supérieur dans ses quatre cinquièmes supérieurs est emphysémateux et exempt de toute autre lésion pathologique; il nage dans l'eau et il est crépitant.

Le cinquième inférieur du lobe supérieur, et le lobe inférieur de ce même poumon, dans sa totalité, sont rouge foncé, et dans quelques points, livides à l'extérieur, infiltrés dans leurs parenchymes d'une matière noirâtre semblable à la boue splénique; sa substance paraît être très endurcie dans quelques points et très ramollie dans d'autres; cependant la plus légère pression exercée par le doigt fait voir que même le point endurci du poumon a perdu sa force de cohésion et se déchire très facilement. Si on immergeait dans l'eau une partie de ces deux lobes elle allait au fond du vase; en incisant ce même poumon on voyait suinter du mucus purulent par tous les points où les branches se perdaient dans le parenchyme pulmonaire.

CAVITÉ PECTORALE ET POUMON DROIT. — La plèvre viscérale, ainsi que le poumon droit, adhéraient partout très fortement aux côtes, en dehors, et en dedans au péricarde. La cavité correspondante ne contient point de sérosité. En avant, et surtout en haut le poumon est très emphysémateux, et en perfo-

rant les vésicules contenant de l'air, avec la pointe du scalpel, on les voyait s'effacer en produisant de fortes détonations; en arrière et en bas quelques plaques rouges livides sont disséminées sur la surface pulmonaire. En incisant le poumon dans différens sens, on ne trouve aucune lésion organique, si ce n'est de l'infiltration d'une matière spumeuse et de couleur de lie-de-vin; cependant je dois noter que plusieurs tranches du poumon droit, qui paraissent être engi-nees, nagent dans l'eau

SYSTÈME CIRCULATOIRE. Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité, sa face interne présente de petites saillies mamelonnées et irrégulières formées par l'albumine (comme si deux assiettes enduites de beurre avaient été frottées mutuellement).

Le cœur ne présente rien d'anormal, si ce n'est un peu plus d'épaisseur des parois du ventricule gauche.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Aucune trace de péritonite. Tout l'appareil digestif dans son état normal.

ANNEXES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Le foie a son volume normal et ses granulations très prononcées. La vésicule biliaire très distendue et pleine d'une matière de la consistance du miel et d'une couleur verte foncée,

RATE. — Son volume est une fois et demie plus grand que d'ordinaire; sa substance est très résistante et dure.

VOIES URINAIRES. —

REIN DROIT. — Volume normal; sa surface externe est lisse. En l'incisant, on voit la muqueuse qui tapisse les calices et le bassinet très bien arborisée, et les vaisseaux très rouges; en pressant légèrement cet organe, de l'urine claire ruisselle par les mamelons et les calices qui se remplissent de ce liquide. Sa substance est d'une consistance normale.

REIN GAUCHE. — Un quart environ plus volumineux que le rein droit; au-dessous de son extrémité inférieure existait une poche dont les parois étaient fermées par son enveloppe propre, qui était plus épaisse que dans l'état ordinaire, et quelques vaisseaux rampaient sur sa face interne. Cette poche était pleine d'une matière verdâtre, crémeuse et bien liée: en incisant cet organe, on le voyait rempli d'une matière sanieuse, peu liée, noirâtre, grisâtre et très fétide. La muqueuse des calices et du bassinet était dans quelques points noirâtre, et dans d'autres rougeâtre. Cette membrane était épaisse, boursoufflée et se déchirait par le plus léger tiraillement; le reste du rein était gorgé de sang noirâtre, et sa substance propre, bien qu'endurcie, avait cependant sa force de cohésion normale.

Le calibre de l'uretère, qui avait son point de départ de ce même organe, égalait celui de l'intestin grêle, et était plein d'une matière sanieuse fétide, et semblable, sous tous les rapports, à celle que nous avons trouvée au rein. En lavant sa face interne par des jets d'eau, on voyait la muqueuse présenter des villosités et des follicules semblables à ceux qu'on remarque dans la muqueuse de l'estomac dans l'état normal.

VESSIE. — Elle était contractée sur elle-même; ses parois étaient un peu plus épaissies; en les incisant, on voyait une cloison qui séparait transversalement la vessie en deux cavités; cette cloison, qui était dure et résistante, adhérait de chaque côté vers les parties latérales de la prostate, qui était d'une dureté semblable au cartilage, sans d'ailleurs qu'il y ait de lobe moyen. La vessie contenait, dans ses deux cavités, une petite quantité d'une matière brunâtre, très liée et très purulente, semblable à la sanie; en enlevant cette matière par des jets d'eau, on y voyait des colonnes semblables à celles du cœur, peu nombreuses et ayant seulement la direction longitudinale de la vessie. Vers le sommet, on voyait ces mêmes colonnes colorées en rouge par plaques, et la muqueuse soulevée et peu résistante. Vers son bas-fond, ces mêmes colonnes étaient grisâtres et brunâtres, et la muqueuse plus ramollie. Les autres tuniques sous-jacentes à la muqueuse qui tapisse la vessie étaient un peu hypertrophiées. Le col de la vessie, ainsi que la portion prostatique de l'urètre, était très grisâtre; cette coloration grisâtre existait dans ce point de la prostate (qui d'ailleurs environne l'urètre partout) qui présente un grand nombre de petits orifices en arrosoirs; toute cette portion altérée était ramollie dans sa substance et infiltrée de pus. Entre la prostate et le rectum, il y avait un foyer d'une quantité considérable de pus qui était circonscrit tout autour par des portions de tissu cellulaire devenues très épaisses et ayant la forme de cordons. La portion membraneuse de l'urètre était comme oblitérée par la saillie que le tissu cellulaire endurci faisait de dehors en dedans, et la membrane muqueuse était noirâtre. A droite et à gauche, en dehors de la portion membraneuse de ce canal, on voyait un foyer purulent qui, après avoir disséqué toute l'épaisseur des parties molles qui occupaient l'intervalle limité, d'une part, à la portion membraneuse de l'urètre, et, de l'autre, un peu en dedans de la rainure qui sépare la fesse du périnée; dans ce point, on voyait à l'extrémité de la peau, et de chaque côté, un orifice rond ayant ses bords noirâtres; ces deux orifices avaient une étendue de deux lignes de diamètre. La muqueuse qui tapissait cette portion membraneuse de l'urètre était rougeâtre et ramollie, et le tissu cellulaire endurci. Le reste du canal de l'urètre présentait quelques brides formées par les replis de cette muqueuse qu'on apercevait très bien quand on l'immergeait dans l'eau; ces brides avaient toujours la direction transversale.

Point d'infiltration des bourses.

Les ganglions lymphatiques de l'aîne droite paraissaient être plus nombreux et d'un volume énorme, tandis que ceux de l'aîne gauche étaient au contraire dans leur état normal.

L'altération de la vessie signalée par M. Nafti reconnaît pour point de départ une cystite chronique: la nature et la succession des symptômes ne permet pas d'élever à ce sujet le moindre doute. On trouve exactement ici, à l'absence du calcul près, cet état des parois vésicales sur lequel nous avons appelé l'attention, dans ces derniers temps (voyez notre mémoire inséré dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, avril 1839). Nous ne reviendrons pas sur les caractères que nous indiquions à cette époque, et qui se retrouvent dans l'observation qu'on vient de lire.

La nature de cette cloison transversale est loin d'être suffisamment connue; est-une fausse membrane qui s'est organisée, ou bien un repli de la muqueuse qui s'est hypertrophié et exagéré? Je serais disposé à admettre cette dernière opinion, sans y attacher toutefois une trop grande valeur, les détails nous manquant sous ce rapport.

Indépendamment de la lésion de la vessie, qui mérite quelque attention, l'état du canal de l'urètre nous paraît offrir aussi de l'intérêt. La nature de la forme la plus fréquente des rétrécissemens y est parfaitement bien indiquée: « La portion membraneuse de l'urètre, dit l'auteur, était comme oblitérée par la saillie que le tissu cellulaire endurci faisait de dehors en dedans, et la membrane muqueuse était noirâtre. » Il y a plus ici qu'un endurcissement du tissu cellulaire sous-muqueux; il se fait des épanchemens de matière plastique, de lymphe coagulable qui, s'organisant, donne naissance à ces indurations dont la présence diminue l'étendue du canal de l'urètre.

Indépendamment de cette altération, le reste du canal présentait quelques brides formées par les replis de cette muqueuse, qu'on apercevait très bien quand on l'immergeait dans l'eau; ces brides avaient toujours la résection transversale.

L'état de la prostate, celui des uretères, des reins, etc., doit être signalé; cette réunion de désordres anatomiques fournit un ensemble assez complet de lésions chroniques graves des organes urinaires. Sous ce rapport déjà, ce fait peut être étudié avec fruit, sans parler de l'intérêt qu'il pourrait offrir au point de vue des symptômes et du traitement.

(NOTE DU RÉD.)

OBSERVATION D'ANKYLOSE COMPLÈTE, ACCIDENTELLEMENT GUÉRIE; par M. CAZENAVE, médecin à Bordeaux.

Monsieur,

Le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE (*samedi 22 février 1840, page 122, première colonne*) exprime des doutes sur l'exactitude de quelques observations qui me sont propres. Ces doutes n'auraient pas seulement pour résultat de faire suspecter ma bonne foi scientifique, mais ils tendraient à dépouiller deux faits intéressans de toute leur autorité. A ce double titre j'espère, M. le rédacteur, que vous voudrez bien accueillir les explications suivantes:

Voici ce qu'on lit à la page et dans le numéro cités de votre excellent journal:

« Les faits récens connus par M. Velpeau, abstraction faite de ceux de M. Louvrier, sont au nombre de trois; l'un est relatif à une jeune fille qui avait une ankylose du genou; il y a environ dix ans elle fut opérée à Paris par un procédé qu'on ne connaît pas et mourut; on n'a là dessus aucun détail. Les deux autres faits ont été relatés par M. Cazenave (1), de Bordeaux; *ils contiennent des choses si singulières qu'il faut connaître M. Cazenave pour les admettre* : 1° Un homme s'enfonça une serpe dans le genou; un chirurgien qu'il alla consulter lui donna le singulier conseil de marcher beaucoup, ce qu'il fit; il se développa une violente inflammation, que M. Cazenave fut appelé à traiter, et qui guérit en laissant le genou ankylosé; cet homme resta ainsi deux ans: au bout de ce temps voulant un jour disposer des chevaux auprès d'une voiture, il laissa sa béquille, et les chevaux ayant fait un mouvement, il tomba sur le genou (tout cela est bien admissible); *mais ce qu'il y a de singulier*, c'est qu'il se releva et retrouva les mouvemens de son genou comme s'il n'y avait jamais rien eu! »

Voici maintenant le fait tel que je le publiai dans le numéro de mai 1837, pag. 199, 200 et 201 du JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ARTICULATION TIBIO-FÉMORALE DROITE, SUIVIE D'ANKYLOSE COMPLÈTE ACCIDENTELLEMENT GUÉRIE.

« OBS. — M. Expert, de Cérons, propriétaire et maître forgeron, âgé de 50 à 51 ans, d'un tempérament sanguin prononcé, fortement constitué, et très laborieux, était dans la position que prennent ordinairement les vignerons de ce pays-là pour aiguiser les échalas (genou droit en terre), lorsque la pointe très aiguë de la serpe, qu'il tenait dans la main droite, étant mal dirigée, alla pénétrer profondément dans le côté externe de l'articulation tibio-fémorale droite. M. Expert n'éprouva qu'une légère douleur, se releva immédiatement, fit exécuter quelques mouvemens à son articulation blessée, et retourna chez lui sans éprouver la moindre difficulté dans la marche, quoiqu'il eût à parcourir une forte demi-lieue.

» Son pantalon étant relevé, on vit une plaie longue d'environ un pouce, à

(1) JOUR. DES CONNAISS. MÉD.-CHIRUR., 1837, t. IV, p. 200-201.

travers les lèvres de laquelle coulait fort peu de sang et une assez grande quantité d'un fluide visqueux, transparent, filant et d'un blanc verdâtre, surtout quand le blessé essayait des mouvemens de flexion ou d'extension, pour bien s'assurer si son genou jouait convenablement.

» 13 août. Le chirurgien du lieu, mort depuis cet accident, fut prié d'aller voir M. Expert, auquel il conseilla l'exercice, même forcé, *pour ne pas laisser la jointure s'engourdir*, et des lotions fréquemment répétées de vin chaud, avec addition d'eau-de-vie pendant toute la nuit. Le jeu *forcé* du genou et les lotions excitantes provoquèrent de très vives douleurs dans l'articulation, et de la fièvre. Quoi qu'il en fût, et dès le lendemain matin de bonne heure (14 août), le chirurgien insista pour que le malade marchât encore toute la journée. Cette prescription fut ponctuellement suivie, c'est-à-dire que M. Expert marcha en boitant et en se soutenant avec un bâton jusqu'à ce que le gonflement et la violence des douleurs le forçassent à se mettre au lit. Je fus appelé sur ces entrefaites (15 août). Un peu de synovie coulait de la plaie quand je découvris le malade; le genou était énormément tuméfié, douloureux, ne pouvait pas supporter le contact des plus légères couvertures; l'intérieur de l'articulation était le siége d'un sentiment de brulûre et de déchirement difficile à rendre; toute tentative de mouvement était impossible, excessivement redoutée par le malade, dont la main prévoyante suivait toujours celle du chirurgien qui explorait. La figure est rouge, les yeux brillans, la fièvre forte, le pouls dur et plein, la chaleur générale très prononcée, la langue rouge, pointue, la soif vive, l'haleine brûlante, la respiration vite et courte, l'anxiété, le malaise, l'impatience et la crainte extrêmes.

» Quelles que fussent les fautes qu'on avait commises, et quel que fût le temps qu'on avait perdu, je ne désespérai pas de parvenir à ramener le calme, et à prévenir de funestes conséquences.

» Saignée du bras d'une livre et demie; articulation placée dans la demi-flexion; application de quarante sangsues sur les côtés du genou, avec recommandation de favoriser l'écoulement du sang pendant sept à huit heures; puis compresses imbibées et continuellement arrosées d'eau froide; applications de plusieurs couches superposées d'emplâtre de diachylum sur la plaie; boissons délayantes, diète absolue; fomentations émollientes sur l'épigastre, qui est un peu tendu et douloureux.

» Visite de l'après-midi. Le malade est un peu plus calme, souffre un peu moins de l'articulation; du reste, le pouls est toujours dur et plein, la fièvre est forte, le visage très coloré, la soif un peu diminuée, la chaleur générale à peu près la même, et la respiration encore laborieuse Je prescrivis une nouvelle saignée du bras d'une livre, une seconde application de trente sangsues sur le côté de l'articulation, avec recommandation de les remplacer par dix autres, cinq à droite et cinq à gauche, dès qu'elles seront tombées, et ainsi de suite jusqu'au lendemain matin. Continuation des autres moyens déjà conseillés.

» 16 août. J'arrivai seul chez le malade, qui me parut être plus souffrant que la veille. Les douleurs, le gonflement et la chaleur de l'articulation avaient considérablement augmenté; la plaie était découverte; le membre avait été déplacé. Je connus qu'on n'avait pas suivi ma prescription quant au nombre et à la manière dont on devait appliquer les sangsues. La fièvre était forte, le pouls vibrant, très vite; face vultueuse, luisante, langue très rouge et pointue, soif inextinguible, tête douloureuse, chaleur générale insupportable.

« Voici ce qui s'était passé : la veille, dans l'après-midi, étant pressé de quitter le malade pour en aller voir d'autres, fort éloignés de chez moi, je laissai au chirurgien le soin de faire la saignée : il ne tira que quatre ou cinq onces de sang, blâma le traitement que j'avais prescrit, ne fit appliquer que sept à huit sangsues, déplaça le membre, tortura l'articulation, sans écouter le malade, qui criait miséricorde, prescrivit du bouillon et l'application d'une bouse de vache bien chaude sur le genou, tout cela avec la recommandation très expresse de ne point me dire ce qui avait été fait pendant mon absence.

» Mettant alors toutes les convenances de côté, je n'attendis pas mon confrère, fis une saignée du bras de vingt onces, fermai la plaie de l'articulation avec des emplâtres de diachylum superposés, appliquai moi-même trente sangsues autour du genou et recommandai d'en placer cinq de chaque côté de l'articulation dès que les premières seraient tombées, et ainsi de suite, jusqu'à ma visite du soir. Boissons délayantes, diète absolue, demi-lavement émollient, administré sans faire faire de mouvement au malade.

» A peine fus-je sorti que le chirurgien arriva, blâma sans réserve tout ce que je venais de prescrire et de faire, déclarant à M. Expert qu'il serait estropié si on ne suivait pas absolument ses avis, si surtout on laissait l'articulation blessée immobile, disant à la famille que j'avais pris une mauvaise direction; que le malade serait la dupe de mon entêtement, de mon inexpérience, de mes théories; que les choses étaient devennes très graves depuis qu'on avait mis de côté tout ce qu'il voulait faire, et qu'il était urgent d'appeler en consultation un médecin de Bordeaux. J'habitais alors une petite ville.

» 16 août, visite du soir. Tous ces symptômes généraux s'étaient amendés; le malade éprouvait un mieux sensible; l'articulation était moins chaude, moins tuméfiée, un peu moins douloureuse, et le sang avait coulé presque toute la journée, grâce au renouvellement permanent des sangsues. Toutefois il y avait encore de la fièvre et de la chaleur, et un peu de céphalalgie. Quoi qu'il en fût de ce mieux, la famille du malade et le malade lui-même me prièrent de trouver bon qu'on appelât un médecin de Bordeaux en consultation. J'approuvai fort cette résolution et écrivis sur le champ à M. Canihac. En attendant l'arrivée de ce confrère, je me contentai de prescrire pour la nuit des fomentations émollientes, le repos le plus absolu, la demi-flexion de l'articulation, les mêmes boissons, la diète, et de rassurer M. Expert sur les suites de son accident.

» 17 août, six heures du matin. La fièvre est modérée; l'agitation et le malaise ont un peu augmenté, la soif continue, l'épigastre est légèrement douloureux à la pression, l'articulation est un peu plus douloureuse, la peau qui la recouvre est tendue et d'un rouge érysipélateux.

» Consultation dans l'après-midi. Je raconte à M. le docteur Canihac ce qui s'était passé et ce que j'avais cru devoir faire jusqu'alors pour combattre l'arthrite traumatique et les phénomènes sympathiques qu'elle avait provoqués; j'ajoute que j'ai l'intention de continuer l'usage des anti-phlogistiques locaux et généraux, jusqu'à ce que les douleurs et le gonflement de l'articulation aient complètement cédé, ou, du moins, jusqu'à ce que la manifestation des accidens inflammatoires ne soit plus à craindre; que je me propose d'insister sur le repos le plus absolu du membre, sur la diète, etc., et que l'ensemble de cette médication me paraît être d'autant plus opportun chez le malade, qu'il est d'une constitution éminemment sanguine, que sa jeunesse est entière dans ses forces, que le système capillaire de la périphérie est partout injecté, et que la gravité de l'arthrite exige d'ailleurs qu'on agisse énergiquement et vite.

» M. Canihac voulut bien approuver sans réserve tout ce qui avait été fait, et partager ma manière de voir sur le traitement éventuel que je venais de proposer.

» Voici ce que nous arrêtâmes dans une consultation écrite :

» Nouvelles saignées générales si elles sont utiles, en les proportionnant toujours aux forces du sujet; saignées capillaires locales répétées et à peu près continues si les douleurs et l'inflammation persistent; fomentations émollientes; continuation du repos et de la demi-flexion du membre, mêmes boissons, diète continuelle, demi-lavemens, tantôt émolliens et d'autres fois laxatifs; beaucoup plus tard, et lorsqu'il n'y aura ni chaleur ni douleur, frictions légèrement excitantes, bains sulfureux et mouvemens gradués faits avec les plus grandes précautions. Si enfin l'ankylose est inévitable, on la fera s'opérer dans l'extension de la jambe sur la cuisse.

Ce plan de traitement fut exactement suivi; les phénomènes locaux et généraux s'amendèrent assez rapidement sous l'influence d'une légère saignée du bras, de plusieurs applications de sangsues; mais il fut impossible de prévenir l'ankylose. J'usai en pure perte de tous les moyens conseillés pour y remédier, et le malade fit l'année suivante le voyage de Barèges, dont il ne retira aucun fruit.

» Un mois et demi après son retour des Pyrénées, et vers la fin des vendanges, M. Expert, s'impatientant de ne pas voir arriver son bouvier, mit lui-même ses bœufs à la charrette, se tint debout sur elle, en s'appuyant de dos contre un support, et en fut violemment renversé par le choc que le moyen de l'une des roues reçut en se heurtant contre une borne; la chute eut lieu sur le genou ankylosé. M. Expert ne se fit aucun mal et se relevaz complètement guéri de son infirmité. »

M. Expert vit encore, habite toujours la commune de Cerons, tout le pays connaît les particularités que je viens de rapporter, mais notamment mes confrères MM. Ramade, Dubroca, Gardel, Brumont, Levillain, Moreau, et mon ami M. Théry, de Laugon, auquel M. Expert lui-même raconta la manière merveilleuse dont il avait été débarrassé de son ankylose, lorsque ce même M. Théry et moi nous donnions des soins à son fils aîné. D'autre part M. le docteur Canihac habite Bordeaux, et pourrait, s'il en était besoin, donner des éclaircissemens sur ce qu'il vit lors de notre réunion à Cerons.

Quoique ma réponse soit un peu longue, je n'ai pu en rien retrancher, car il m'importait beaucoup de réfuter par des faits et par des témoignages irrécusables des allégations malveillantes et basées sur ce que les faits racontés par moi *contiennent des choses très singulières!*

Je compte assez sur votre obligeance et sur votre équité, M. le rédacteur, pour espérer que vous voudrez bien faire insérer ma réclamation dans le plus prochain numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MARS.

NOUVELLE MODIFICATION APPORTÉE AUX PROCÉDÉS PHOTOGRAPHIQUES.

M. Arago entretient l'Académie de cette modification, qui est due à M. Soleil.

L'application du mercure, telle qu'elle a été conseillée par M. Daguerre, présente toutes les garanties désirables pour obtenir de belles épreuves ; mais elle ne laisse pas que d'offrir dans la pratique quelques incommodités, qu'il a paru possible d'écarter. Ces inconvéniens consistent dans la difficulté de transporter du mercure liquide (la quantité nécessaire pour opérer est d'un grand kilogramme); le danger de la fracture du flacon où le métal est contenu; la facilité avec laquelle le thermomètre se brise par les chocs et la chaleur; la dissémination de globules imperceptibles de mercure qui pénètrent partout, s'attachent aux doigts de l'opérateur, sur la table où l'on polit, etc., et finissent par tacher les plaques de manière à entraîner la perte de plusieurs heures de travail. Le procédé suivant paraît mettre à l'abri de ces diverses causes de non succès :

On forme avec une partie d'argent précipité du nitrate par le cuivre, et cinq parties de mercure distillé, un amalgame qu'on conserve dans un flacon bouché à l'émeri. Quand on en veut faire usage, on plonge dans le flacon une petite spatule d'argent, qui retient assez d'amalgame pour servir à frotter légèrement un disque d'argent fin d'environ 4 centimètres de diamètre, et d'un millimètre d'épaisseur. Ce disque, amalgamé dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, est

placé au fond de la boîte à mercure, qui, pour le recevoir, est légèrement embouti dans son milieu; ce fond est formé d'une plaque de tôle. On dispose son épreuve comme à l'ordinaire et l'on chauffe très légèrement le fond de la boîte dans le lieu qui correspond au disque d'argent.

La mèche de la lampe doit être composée de trois à quatre brins de coton seulement, et la flamme doit se terminer à deux ou trois centimètres du fond de la boîte, afin que la chaleur se maintienne toujours peu élevée.

On chauffe ainsi jusqu'à ce que l'image paraisse. L'expérience a prouvé que la durée de l'opération n'est pas la même dans tous les cas; il est même telle épreuve qui demande à être passée plusieurs fois au mercure.

Il est important de remarquer que, pour que l'opération réussisse bien, il ne faut jamais tarder trop longtemps à passer au mercure la plaque quand on l'a tirée de la chambre noire.

PAPIER PRÉPARÉ POUR LA PHOTOGRAPHIE.

A l'occasion des deux communications faites à l'Académie par MM. Bayard et Vérignon, M. Lassaigne écrit que les deux procédés sont fondés sur le principe qu'il a d'abord reconnu et mis à exécution, il y a environ un an, pour calquer des dessins par l'action de la lumière. M. Lassaigne rappelle que, le 8 avril 1839, il a présenté un dessin obtenu sur un papier teint en brun violacé par le sous-chlorure d'argent, et imprégné ensuite d'une solution d'iodure de potassium.

M. Biot remarque que dans la communication à laquelle il fait allusion, M. Lassaigne n'a point mentionné une circonstance d'ailleurs fort importante pour le succès de l'opération, la nécessité d'exposer le papier encore humide de l'action de la lumière.

MOULAGE EN MÉTAL, PAR LA VOIE HUMIDE, AU MOYEN DES ACTIONS ÉLECTRIQUES.

M. Demidoff adresse à l'Académie une note sur les progrès qu'a faits entre les mains de l'inventeur, M. Jacobi, cette découverte dont on fait déjà depuis quelque temps des applications à l'industrie, tant en Russie qu'en Angleterre. D'abord M. Jacobi éprouvait de la difficulté à empêcher l'adhésion entre le moule et l'empreinte, quand le métal tenu en dissolution était le même que celui de l'objet qu'on voulait contre-éprouver, ou bien quand cet objet était de nature un peu spongieuse; aujourd'hui cette difficulté ne l'arrête plus; il a su s'en affranchir au moyen de différens artifices auxquels on recourt, suivant la circonstance, mais dont le plus simple peut-être consiste à frotter légèrement de poudre de graphite l'objet sur lequel on veut que se dépose la couche de métal tenue en dissolution dans le liquide. La netteté de l'empreinte est telle, qu'elle rend avec une fidélité parfaite des aspérités qui échappent tout à fait au tact; telles sont celles que forment, sur une image photographique, les globules de mercure qui constituent les lumières de l'image. Toutes sont rendues en creux sur la contre-épreuve obtenue par les procédés galvanoplastiques, et elles forment un travail de pointillé qui fait paraître ombrées les parties qui étaient lumineuses dans l'origine, et réciproquement; ce qui n'empêche pas que les formes ne soient bien accusées. C'est un dessin comparable à quelques-uns de ceux que l'on a obtenus dans les commencemens, où l'on cherchait à faire de la photographie sur papier.

La déposition du métal sous l'influence de l'action électrique est beaucoup plus rapide qu'on ne le croirait, et dans vingt-quatre heures, si nous avons bien entendu, M. Jacobi est parvenu à obtenir par ce moyen un bas-relief long de 42 centimètres sur 28 de large, et pesant près de 1 kilogramme.

Plusieurs échantillons que M. Jacobi avait adressés à M. Demidoff n'étant pas encore parvenus à ce dernier, M. Arago met sous les yeux de l'Académie, afin de donner une idée de la perfection des produits, un moule d'une médaille représentant la cathédrale de Strasbourg. Celle pièce, qui lui a été adressée par M. Vogel, de Francfort, est aussi ferme de contours et aussi fine de détails que la médaille même, au moment où elle vient d'être frappée. M. Vogel l'a obtenue par le procédé de M. Jacobi.

M. Becquerel présente à cette occasion quelques épreuves de ce genre, exécutées par M. Boquillon. Celle que nous avons vue était prise sur un petit bas-relief en plâtre, qui n'avait pas la pureté d'une sculpture sur métal; il est donc presque impossible d'établir sur ces seules pièces une comparaison entre ses produits et ceux de M. Vogel.

SUR UN NOUVEAU SIGNE POUR LE DIAGNOSTIC DES HERNIES ÉTRANGLÉES.

M. Laugier écrit qu'il a découvert un nouveau signe à l'aide duquel il est facile de reconnaître, avec un degré de précision suffisant pour la pratique, si l'intestin est compris dans le sac herniaire et à quelle portion du canal intestinal appartient l'anse étranglée.

Ce signe est fourni par le météorisme quand on l'étudie avant le développement de la péritonite. En effet, l'étendue, la forme, le siége du météorisme varient suivant que la hernie est épiploïque ou intestinale, et dans celle-ci selon que le bout supérieur contient le gros intestin ou l'intestin grêle; son étendue varie aussi selon que la portion d'intestin grêle prisonnière est plus ou moins voisine de l'estomac.

Dans la hernie épiploïque, avant le développement de la péritonite, le ventre est souple, flasque même dans les environs de la hernie; il n'y a point de météorisme; tandis que dans la hernie intestinale, dans les premières heures, le météorisme se montre. Dans le cas où la hernie est formée par une portion du gros intestin, le bout supérieur étant constitué par la presque totalité du canal digestif, le météorisme est général et donne au ventre une forme presque cylindrique.

Si l'intestin grêle est seul dans le sac herniaire ou avec l'épiploon seulement, les flancs et la région épigastrique sont souples et déprimés; le ballonnement du ventre occupe la région hypogastrique et offre une forme sphérique.

Lorsque l'étranglement de l'intestin grêle porte sur une partie du canal plus voisine de l'estomac, le ballonnement du ventre est moins prononcé pour la même durée de la maladie; car le ventre est plus court; d'où résulte cette conséquence inattendue, que l'urgence de l'opération est indiquée par un météorisme partiel plus que par un météorisme général.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MARS.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE.

M. Bally annonce à l'Académie le résultat du dernier concours pour la chaire de pathologie interne vacante à la Faculté de médecine de Paris; M. Piorry a été nommé.

M. Cornac lit une note sur des modifications à apporter au mode d'élection des juges pris dans le sein de l'Académie de médecine. Sur la proposition de M. Cornac, une commission de cinq membres sera nommée dans la prochaine séance, pour revoir cette partie du réglement, et présenter un rapport à l'Académie.

PROPHYLAXIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur ce travail, adressé à l'Académie par un médecin du département du Bas-Rhin; l'auteur a pris pour point de départ le rapport exact qui existe entre le volume des poumons et le développement du thorax, et s'est fondé d'ailleurs sur cette vue théorique, que la phthisie pulmonaire est le résultat du dépôt dans les dernières ramifications bronchiques de matière tuberculeuse. Il pense qu'en faisant dilater artificiellement le tissu pulmonaire par l'arrivée d'une grande quantité d'air dans les bronches, il sera possible de provoquer l'expulsion de la matière qui s'y est accumulée. Douze faits viennent à l'appui de cette théorie, à laquelle on pouvait faire plus d'une objection; l'auteur donne l'histoire de douze individus à poitrine étroite, avec toutes les dispositions héréditaires et acquises à la phthisie, qui, après avoir respiré dans un appareil spécial, le fait surtout des inspirations profondes, se trouverent dans un état marqué d'amélioration. Les dimensions du thorax, prises avant le commencement de cette sorte de gymnastique respiratoire, avaient évidemment acquis en largeur. Indépendamment de ce moyen spécial, l'auteur avait eu recours aux moyens conseillés généralement, la respiration d'un air pur, un bon régime, etc.

M. le rapporteur termine en volant le dépôt aux archives, et la publication de quelques extraits dans les bulletins; remercîmens à l'auteur.

Suivant M. Bricheteau, ces expériences ne sont point nouvelles; un auteur anglais, dont l'ouvrage a été analysé dans les Archives de médecine, il y a quatre ou cinq ans, avait même donné un appareil tout à fait semblable.

M. Bouillaud pense que la théorie dont on vient de parler n'est pas fondée, et que les conclusions tirées des faits cités à l'appui ne le sont pas davantage. Il faudrait d'abord un plus grand nombre d'observations, et des détails plus circonstanciés qui ne permissent pas d'établir de doute sur la nature des prédispositions à la phthisie qu'on dit avoir combattues. Ce n'est pas seulement de l'étroitesse de la poitrine qu'il s'agit, mais aussi de l'ensemble de la constitution qui est le véritable cachet du phthisique. C'est moins contre l'exiguïté du thorax que contre cette condition organique générale qu'il faudrait agir. D'ailleurs, d'autres moyens ont été employés par l'auteur; comment séparer leur action de celle du traitement spécial sur lequel il appelle l'attention de l'Académie?

M. Planche rapporte à Mudge l'invention de l'appareil dont il vient d'être question.

M. Rochoux insiste sur l'impossibilité actuelle d'établir un diagnostic exact du début de la phthisie pulmonaire, et par conséquent sur l'impossibilité de conclure rigoureusement du succès de tel ou tel moyen destiné à la prévenir ou à la guérir.

M. Castel rappelle que Barthez recommandait déjà aux individus disposés à la phthisie, de chanter, afin de faire pénétrer beaucoup d'air dans leurs poumons. Mais il y a de l'inconvénient dans cet exercice, qui, faisant séjourner plus d'air dans les vésicules et conduits pulmonaires, les distend et anéantit leur rétractilité. M. Castel s'élève en passant contre les dangers du traitement de la phthisie par un régime et des méthodes débilitantes.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. Paul Dubois présente à l'Académie une jeune femme âgée de 23 ans, bien conformée, mais d'une taille très petite; c'est une véritable naine, chez laquelle l'accouchement prématuré artificiel a été provoqué avec succès et pour la mère et pour l'enfant, au huitième mois. L'enfant, assez bien développé, est également mis sous les yeux de l'Académie.

M. Dubois donnera des détails sur ce fait intéressant dans la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION DES ORGANES RESPIRATOIRES ET SUR LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, FAITES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL, par JULES FOURNET, chef de clinique de la Faculté de Médecine, etc. 2 vol. in-8°. Paris.

(Premier article.)

Il y a des découvertes qui se classent promptement dans la science; il y a des noms qui s'établissent d'emblée avec une autorité qui étonne les contemporains et que la postérité sanctionne: telle est l'auscultation, tel est Laënnec. Un cylindre à la main, il dote la médecine d'un sens nouveau; il agrandit la sphère de l'observation clinique; le ramuscule bronchique, la cellule où s'accomplit le mystère de l'hématose, deviennent visibles à l'oreille; les moindres jeux de l'air dans ce vaste système respiratoire, les plus fugitives altérations des parties qui le composent, se dénotent par des phénomènes sonores que l'auteur de l'auscultation distingue, classe, caractérise; un nouvel ordre de signes s'ajoute au diagnostic, et l'on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, ou de leurs invariables rapports avec les diverses séries d'états morbides, ou de la certitude des inductions qu'il suggèrent. Rarement le promoteur d'une découverte réussit à l'élaborer, à la compléter; l'idée une fois projetée dans les esprits, d'autres s'en emparent; d'autres mains l'appliquent, la façonnent, la dilatent par le travail d'une expérience subalterne. Laënnec a eu double fortune: temps ni patience ne lui ont manqué pour se faire l'artiste industrieux de son idée; la science de l'auscultation est pour ainsi dire sortie tout armée de son génie. Observateur aussi sagace au lit des malades que persévérant contrôleur des résultats nécroscopiques, il a tellement multiplié ses recherches, tellement précisé les faits, tellement excellé dans l'analyse et la peinture des phénomènes les plus complexes ou les plus délicats de l'organisme malade, que la critique a longtemps reculé devant le monument qu'il a élevé à la médecine. La nouveauté des faits, leur multiplicité, l'ordre rigoureux dans lequel ils furent produits, la sûreté des sens et la justesse d'esprit de l'auteur, lui donnèrent des disciples et point de rivaux, des admirateurs et point de critiques. Vingt-quatre ans sont écoulés depuis la promulgation de sa découverte; et plus vivace et plus solide qu'à sa naissance, elle subsiste presque intacte; elle fait retentir le nom de Laënnec dans toutes les cliniques du monde. Quelques hommes, entraînés de plus près, ont marché sur les traces toutes chaudes du maître et l'ont parfois émū de jalouse impatience; M. Andral figure au premier rang de ceux qui ont compris aussitôt la portée de la méthode nouvelle et concouru à ses développemens pratiques; plus récemment des esprits moins expérimentés ont jeté sur le même sujet plus de théorie que de positives lumières; mais aucune tentative de refonte générale n'a été faite jusqu'à M. Fournet: à lui l'honneur et la hardiesse d'une semblable entreprise; il s'est ménagé un sérieux début dans la carrière de la publicité médicale, en livrant à la critique deux volumes dont l'un est comme un nouveau champ ajouté au domaine général de l'auscultation, et dont l'autre promet sur une maladie aussi répandue que désolante à la pratique, des ressources inespérées de diagnostic et de traitement. Hâtons-nous de le dire, l'ouvrage de M. Fournet n'est pas de ceux qu'il est permis de refermer après l'avoir feuilleté curieusement; il porte un cachet de laborieuse maturité qui commande l'attention; après l'avoir lu, nous avons voulu entendre l'auteur; nous avons vérifié par nous-même les matériaux qu'il a mis en œuvre; ils sont immenses; recueillis sur un théâtre officiel, sous les auspices d'un maître justement célèbre, sanctionnés par de publiques rémunérations, ils nous ont frappé non moins par la minutieuse exactitude des détails que par l'opiniâtre travail qu'ils ont imposé à M. Fournet. Jeune, il s'est proposé un but difficile; il l'a poursuivi à travers plusieurs années avec une sorte de passion; à force de recherches, d'attention, d'ingénieuse induction, il a rectifié des erreurs, saisi des faits nouveaux, élucidé des problèmes douteux: s'est-il exagéré la valeur de quelques résultats? A-t-il introduit quelques minuties dans une branche déjà si chanceuse de la séméiotique? A-t-il trop semé dans le sillon qu'il a patiemment creusé? C'est au temps et à l'expérience de répondre; mais l'importance des sujets qu'il a traités, l'origine toute clinique des matériaux qu'il a fécondés, les conséquences pratiques qu'il a déduites, ont commandé, soutenu notre intérêt, et nous avons pensé que celui du lecteur s'attacherait avec quelque empressement à l'analyse détaillée de son livre.

1° RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION.

Laënnec n'avait décrit qu'un seul bruit de la respiration, *bruit respiratoire*; M. Fournet fait observer que ce bruit correspond à l'inspiration et qu'il existe un autre, celui de l'expiration qui a été indiqué dans ces derniers temps, mais dont l'analyse circonstanciée restait à faire; or, dans cette recherche gisait toute une moitié inaperçue de l'auscultation; là était la source de signes et de faits généraux dont la connaissance sera due à M. Fournet. Elargissant la base même de l'auscultation, il étudie successivement dans chacun des bruits respiratoires: 1° leur caractère propre; 2° leur caractère doux ou moelleux; 3° leur caractère sec ou humide; 4° leur timbre; 5° leur ton; 6° leur intensité; 7° leur durée; 8° leur rhythme; il définit les faits que représentent ces expressions, et pour aider à l'intelligence de leur valeur pratique, il fait sur le tissu de l'éponge comparé au tissu du poumon et convenablement préparé une série d'expériences ingénieuses qui le portent à conclure que le plus ou moins de liquide qui engoue les poumons peut être reconnu au caractère simplement humide ou bulleux des bruits perçus; que les liquides séreux ou sanguins qui déterminent cet engouement peuvent être discernés au caractère visqueux et au développement plus ou moins complet des bulles qui accompagnent le bruit respiratoire; ainsi devient possible le diagnostic de l'œdème et de la congestion sanguine du poumon (p. 19 à 21).

Après avoir émis des principes d'auscultation sur lesquels on n'avait pas suffisamment insisté jusque là ou qu'on avait à tort négligés, M. Fournet qui préfère l'application directe de l'oreille à l'emploi du stéthoscope, excepté dans quelques conditions déterminées, expose avec soin les types normaux des bruits respiratoires; il distingue en passant la respiration bronchique morbide de la respiration bronchique normale. Un fait important que l'anatomie et la clinique lui ont permis de constater, c'est que les bruits d'inspiration et d'expiration sont exactement les mêmes dans les deux côtés de la poitrine, de sorte que toute différence entre les bruits des deux sommets de la poitrine doit être attribuée à un état pathologique (62-70); ce fait est grave, car, ainsi que nous le verrons dans l'analyse du second volume, c'est surtout par la recherche des différences symptomatiques relatives entre les deux sommets thoraciques, que l'on s'achemine au diagnostic des époques les moins avancées de la tuberculisation pulmonaire. M. Fournet termine ce premier chapitre par l'exposition des variétés que peuvent offrir les bruits respiratoires normaux; il décrit ensuite les modifications si nombreuses qu'ils peuvent subir dans chacune des qualités qu'il leur a reconnues, et les rapporte à l'augmentation, à la diminution, à la cessation, à la perversion du bruit respiratoire; il a eu l'idée d'exprimer par des chiffres les degrés de cette augmentation et de cette diminution; ses expériences manométriques et cliniques l'ont porté à assigner le chiffre 10 au bruit de l'inspiration, et le chiffre 2 au bruit de l'expiration, comme représentant l'intensité et la durée normales et relatives de ces deux bruits. Il s'attache surtout à préciser les modifications que peut subir le bruit respiratoire, parce que les erreurs ou les oublis de la science, telle qu'elle était au moment où il a commencé ses recherches, portaient surtout sur ce point. D'après lui, l'augmentation du bruit respiratoire ne caractérise pas la tuberculisation pulmonaire, mais se rattache encore à toutes les indurations chroniques quelconques du tissu pulmonaire et même à la simple exagération fonctionnelle.

Il est un certain nombre de bruits morbides que l'on a considérés jusqu'ici comme autant de bruits de nature différente, et que M. Fournet range dans une même classe sous le nom d'altérations de timbre; ce sont, dans l'ordre de leurs dégradations successives, 1° le tintement métallique; 2° le caractère amphorique; 3° le caractère caverneux; 4° le caractère bronchique; 5° le caractère soufflant, déjà décrit par Laënnec; 6° le caractère résonnant; 7° le caractère clair. Les deux derniers ont été ajoutés par l'auteur, qui nous apprend que les altérations du timbre obéissent à cette loi constante: qu'elles apparaissent d'abord à l'expiration, pour s'étendre plus tard à l'inspiration quand les lésions qu'elles expriment se sont aggravées; les conditions anatomiques qui donnent lieu aux altérations du timbre, tantôt isolées, tantôt réunies, sont: 1° une augmentation de densité du tissu pulmonaire; 2° une ampliation du diamètre des cavités où se meut l'air inspiré ou expiré (p. 96-97).

De ces considérations particulières, dont nous signalons à peine les traits les plus saillans, M. Fournet s'élève à l'appréciation des lois qui régissent la production de ces phénomènes, et établit un parallèle entre ceux de l'inspiration et ceux de l'expiration.

Après avoir heureusement modifié le manomètre de M. Cagniard-Latour, M. Fournet a fait sur une malade qu'il avait opérée de trachéotomie, et qui portait encore sa canule, diverses expériences manométriques dont voici quelques résultats: « La voix basse n'est pas plus fatigante pour le malade que la respiration ordinaire, car la force dépensée

est la même; la fatigue s'accroît en raison directe de l'intensité de la voix, de la continuité de son émission et de l'acuité de ton sur lequel il parle; tous les actes expiratoires produits avec le caractère convulsif, comme un effort, la toux, l'éternuement, entraînent avec eux une dépense de forces, et, par conséquent, une fatigue beaucoup plus grande que pour ceux qui n'ont pas ce caractère; en pathologie comme en physiologie, il y a une plus grande dépense de forces pour la production des tons aigus que pour la production des tons graves, et les premiers supposent un état morbide plus developpé que les seconds. (p. 142-43). »

Dans autant d'articles séparés, M. Fournet traite successivement : 1° *Des caractères morbides de la voix et de la toux*, montrant le lien commun qui réunit la bronchophonie, l'égophonie et la pectoriloquie, rapports déjà approfondis et pesés, quant à leur signification diagnostique, par M. Andral; 2° *de la respiration exagérée et supplémentaire*, dont il fait mieux connaître les caractères distinctifs et les conditions productrices; 3° *du bruit ou râle de froissement pulmonaire*, que personne n'avait encore décrit, et que M. Fournet rattache surtout à l'histoire séméiotique de la première période de la phthisie pulmonaire; 4° *du râle de craquement pulmonaire*, autre signe révélé par M. Fournet, et sur lequel nous aurons occasion de revenir; 5° *du râle humide à bulles continues*, caractère nouveau d'un état morbide non encore signalé, que M. Fournet appelle congestion sanguine active et sur lequel il prépare un mémoire qui nous fournira l'occasion de discuter la maladie et son signe caractéristique; 6° considérant le bruit de frottement pleurétique sous d'autres points de vue qu'on ne l'avait fait, M. Fournet émet des aperçus nouveaux et propres à guider la pratique. « Le problème du bruit de frottement pleurétique comprend trois élémens : 1° l'état anatomique des surfaces; 2° le rapport de ces surfaces entre elles; 3° la quantité de mouvement qui les pousse l'une contre l'autre; l'analyse délicate de chacun de ces élémens, de leurs combinaisons donne aux praticiens le pouvoir de remonter de l'effet symptomatique à la cause, et de juger ainsi, sur tel ou tel ensemble de phénomènes, les conditions anatomiques et physiologiques des organes malades. » On sait que Laënnec considérait le bruit ascendant et descendant comme pathognomonique de l'emphysème interlobulaire; M. Fournet prouve, par les observations même de cet auteur, qu'il n'est autre que le bruit de frottement pleurétique; dès lors il n'existerait pas de signe différentiel entre l'emphysème interlobulaire et l'emphysème vésiculaire des poumons, le râle crépitant à grosses bulles décrit par Laënnec, n'étant encore, suivant M. Fournet, qu'une des rares erreurs échappées à l'auteur de l'auscultation.

Nous glissons bien à regret sur les pages où M. Fournet examine la marche et le rapprochement des phénomènes sonores, leur valeur relative, leurs combinaisons diverses sur celles qu'il consacre à une nouvelle classification des bruits physiologiques et morbides de l'appareil respiratoire. Cherchant des signes aux maladies de poitrine, ailleurs même que dans les bruits respiratoires, considérés en eux-mêmes, il s'enquiert des lois qui régissent la coexistence de ces bruits avec l'inspiration et l'expiration, et il trouve que des lois constantes président à l'apparition, tantôt successive, tantôt simultanée, tantôt exclusive de chacun des bruits de l'appareil respiratoire à l'inspiration et à l'expiration. Il expose ces lois et en fait ressortir avec bonheur des signes dont la pratique ne manquera pas de s'emparer. Tel est, par exemple, le fait suivant : Plus un râle quelconque coexiste exclusivement à l'inspiration, plus les conditions physiques dont il dépend, ont leur siége rapproché de l'extrémité vésiculaire de l'appareil respiratoire. Au contraire, plus un râle est constamment et également coexistant avec l'inspiration et l'expiration, plus son siége de formation se trouve rapproché de l'extrémité extérieure des canaux respiratoires (p. 264). Un tableau synoptique déroule rapidement sous les yeux du lecteur, les lois de coexistence dont nous parlons; plusieurs auteurs déjà avaient eu la pensée de cette recherche; mais aucun ne l'avait appliquée ni généralisée autant que M. Fournet.

Après l'analyse, la synthèse: les phénomènes sonores viennent d'être étudiés avec détail dans leurs qualités, dans leurs modifications, dans leurs successions, dans leurs combinaisons, dans leurs rapports avec les actes respiratoires; maintenant M. Fournet, muni des données acquises, passe en revue les affections multiples de l'appareil respiratoire, et assigne à chacune la part de résultats séméiotiques que fournit sa méthode d'auscultation. Ce chapitre était indispensable; sur lui viennent se réfléchir, comme autant de rayons convergens, les faits particuliers et les faits généraux exposés plus haut. Dans un autre chapitre que nous ne faisons qu'indiquer, l'auteur raconte les expériences qu'il a faites sur des individus qu'il avait opérés de trachéotomie, et desquelles il tire des conclusions relatives au siége primitif, au lieu d'origine des phénomènes sonores physiologiques et morbides de l'appareil respiratoire (page 330 à 340).

Ce premier volume est terminé par des recherches sur le mécanisme des lois productrices de ces mêmes bruits, ainsi que sur les causes de leur co-existence avec tel ou tel temps de la respiration : « L'explication placée à côté du phénomène, dit M. Fournet, est toujours une chose heureuse; elle n'est pas seulement une satisfaction donnée à la curiosité; elle est un guide pour l'observateur; de là naît la différence entre le principe et la routine; dans le premier cas, on domine le phénomène, on le précède, ou au moins on le suit avec intelligence; dans le second, on est dominé par lui, on l'observe passivement, on vit surtout dans le présent, et s'il est permis quelquefois de soupçonner l'avenir, c'est par une action de mémoire et non par une action raisonnée, » (pag. 341). Nous transcrivons ces lignes, premièrement parce qu'elles initient nos lecteurs aux tendances intellectuelles de l'auteur et leur serviront à l'appréciation des défauts comme des qualités de son travail; secondement, parce qu'elles contiennent, sous forme d'allusion, une critique fort sensée, à notre avis, d'une école contemporaine qui se pique de minutie dans l'observation et de sobriété dans l'interprétation. Non, la science n'est point dans l'enregistrement scrupuleux et patient des plus minces détails de chaque fait; non, ce n'est pas assez que de compter, de tamiser et de jeter par couches, sur le terrain de la médecine, grands et menus phénomènes, symptômes, lésions, données étiologiques; où en serions-nous, s'il fallait, à chaque proposition, à chaque fait nouveau qui surgit, nombrer aux doigts les élémens de notre observation antérieure et surmonter d'un chiffre chaque mot de notre phrase? Les observateurs qui procèdent sous l'empire de cette stricte méthode ne rappellent ils pas, jusqu'à un certain point, les machines inventées par les arithméticiens, et qui exécutent en tournant sur leur axe des calculs pas mal compliqués. C'est une science morte que la science de ces puritains de la clinique automatique, lesquels se frappent le front, s'il s'y entr'ouvre une idée, et se défendent contre leur spontanéité logique, afin de mieux contempler les faits dans leur nudité, dans leur sincérité. L'induction est le véritable instrument de la médecine il n'est pas jusqu'à l'hypothèse qui ne puisse la servir dans certaines limites, tout aussi bien qu'elle a rendu service aux sciences dites exactes : mais tous ces leviers du progrès doivent agir sous une loi de pondération, dont les esprits de quelque trempe possèdent l'instinct et le tempérament.

Dans un second article, examen du second volume avec quelques réflexions finales.

M. L.

VARIÉTÉS.

TRANSFERT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE LA FACULTÉ A L'HÔTEL-DIEU.

La clinique médicale de l'hôpital de la Faculté vient d'être transférée à l'Hôtel-Dieu, et les lits qu'elle occupait vont être répartis entre les deux cliniques d'accouchement et de chirurgie de MM. Paul Dubois et Jules Cloquet. Ce changement était médité depuis longtemps; des raisons de salubrité, l'intérêt des élèves, le rendaient nécessaire; mais il ne pouvait avoir lieu sans l'assentiment de M. Rostan, qui a généreusement consenti à l'agrandissement de l'enseignement de ses collègues, en transportant le sien à l'Hôtel-Dieu. La clinique d'accouchement de l'hôpital de la Faculté est la seule qui soit ouverte à l'instruction officielle des élèves sur cette branche de la médecine. Il était donc indispensable d'augmenter le nombre de ses lits, évidemment insuffisant, tout en lui conservant sa position centrale, la plus heureuse pour les élèves. Mais cela ne pouvait avoir lieu que par la migration de l'une des deux autres cliniques, et c'est celle de médecine qui a cédé ses lits et qui est allée prendre place à l'Hôtel-Dieu. Nous pensons que cet arrangement sera à l'avantage de tout le monde : il était convenable que les services chirurgicaux restassent séparés, afin qu'on eût des secours plus prompts et plus faciles à opposer aux accidens qui se produisent journellement dans les divers quartiers de Paris; deux cliniques médicales se trouvant déjà réunies à l'hôpital de la Charité, et cette réunion n'ayant produit jusque là que de bons effets, il n'y avait aucun inconvénient à ce que la même chose eût lieu à l'Hôtel-Dieu. Nous pensons même qu'il y aura avantage pour la science et pour les élèves. Le contact immédiat est utile et même nécessaire aux hommes de science et d'enseignement; c'est en réfléchissant les uns aux autres une excitation mutuelle qu'ils tiennent leurs facultés en éveil; et que leur activité, non usée par les fatigues du passé et par les douceurs du présent, se renouvelle sans cesse devant le souvenir et l'image de la lutte. Les salles d'accouchement étant exposées à de fâcheuses épidémies et devant rester ouvertes aux élèves à toute heure du jour et de la nuit, il fallait conserver place à cette clinique dans un hôpital où il n'y eût que peu de malades et peu de services.

D'autres avantages attendent M. Rostan à l'Hôtel-Dieu : son service sera plus considérable; l'amphithéâtre où il fera entendre sa parole si bien écoutée va s'agrandir, et son auditoire s'y trouvera plus à l'aise que dans le petit amphithéâtre de l'hôpital des cliniques où il avait peine à se placer; les salles qui lui sont destinées sont aussi plus larges, d'un accès plus facile aux élèves, et nous sommes bien sûrs que l'habile professeur s'y fera suivre par une foule aussi nombreuse qu'à l'ordinaire.

Deux habiles professeurs vont donc se trouver en présence à l'Hôtel-Dieu, comme cela est déjà à la Charité, et vont entrer en partage de temps, de soins, de popularité, et de ce qui est la conséquence d'un enseignement à la fois brillant et solide; l'un continuant le semestre d'hiver, l'autre prenant le semestre d'été; chacun d'eux, au milieu d'une instruction générale, imprimant à leur clinique le cachet particulier de leur esprit et de leurs travaux, insistant davantage sur certains ordres d'affections auxquels leur expérience et leur nom se trouvent plus particulièrement attachés, et pour cela faisant alternativement échange de leur auditoire; tous deux, légataires heureux de la science, transmettant aux nouvelles générations l'héritage agrandi et fertilisé de leurs mains.

Les malades atteints d'affections cérébrales abondent surtout à la clinique de l'ancien professeur de la Salpêtrière, qui, ainsi que chacun le sait, apporte un soin tout particulier à cette partie de son enseignement. Là aussi la science du diagnostic a fait de tels progrès que nos prédécesseurs seraient étonnés s'ils venaient à revivre; quoique loin encore de la précision, de la certitude acquise au diagnostic de la plupart des maladies de poitrine par les nouvelles méthodes d'investigation, nous avons vu néanmoins, dans la clinique dont nous parlons, l'analyse délicate et raisonnée des phénomènes conduire souvent, avec un rare bonheur, au siége, à la nature et au degré de la lésion des centres nerveux.

M. le professeur Rostan doit aussi, nous n'en doutons pas, une grande partie du succès de son enseignement à la méthode tout élémentaire et toute pratique qu'il emploie vis-à-vis des élèves : chacun d'eux est appelé à son tour à interroger les malades, à en faire lui-même l'examen, à comparer lui-même les symptômes et à en déduire le diagnostic et le traitement. Le professeur a tracé d'avance les règles de cet examen, de cette analyse. Guidé par ce fil d'Ariane, l'élève se hasarde dans le labyrinthe. Ses premiers pas y sont timides, incertains ; mais le professeur le rassure, ou le ramène s'il s'est égaré ; puis, à mesure que les épreuves se multiplient, l'élève prend de l'assurance; des rapports d'abord obscurs s'éclaircissent; le désordre apparent fait place à une certaine harmonie entre les faits, et bientôt, reconnaissant et réunissant les chaînons épars, il découvre l'enchaînement morbide. Les médecins formés à la clinique ne l'ignorent pas, c'est un véritable labyrinthe que cet assemblage de causes et d'effets, tissus entre eux de mille manières, qu'on appelle maladie; et celui qui n'a pas lui-même parcouru mille et mille fois les détours de ce dédale n'arrive point à son issue, qu'on nomme le diagnostic. Ne voyons-nous pas chaque jour des médecins, d'ailleurs fort instruits, mais inhabiles au maniement des malades, parce qu'ils ont pratiqué la clinique à distance, parce qu'ils ont vu faire et non fait eux-mêmes, ne savoir comment s'y prendre pour interroger et examiner leurs malades, et montrer auprès d'eux la timidité et l'impuissance du voyageur qui n'a encore parcouru que sa carte de géographie. Et cependant tout repose sur le diagnostic, et l'édifice s'écroule à chaque instant, et le temps se perd, et le jugement se fausse, et l'esprit se lasse, et la précieuse opportunité disparaît, et la vie du malade est compromise, si cette base est mal établie; car le diagnostic est la pierre angulaire de la médecine, ainsi que s'attache particulièrement à le faire comprendre et à le mettre en pratique le professeur que nous venons de nommer. Ses travaux particuliers, ses principes d'organicisme, ont contribué à donner à notre école clinique moderne l'éclat dont elle brille; et, tout en regrettant l'oubli trop grand dans lequel, de nos jours, on a laissé ta manière plus générale, moins précise, mais plus élevée de nos anciens, nous ne pouvons que nous féliciter de ce progrès.

Toutefois, il est certains points de vue de philosophie, de pensée, de direction médicale, sous lesquels nous ne sommes pas en arrière de nos anciens, tout en prenant sur eux, par l'exécution, l'avantage que nous donnent l'expérience et le perfectionnement des sciences et des méthodes; telle est l'étude des altérations des liquides, à laquelle on se livre aujourd'hui dans la plupart des cliniques libres ou officielles de Paris. Celle de M. Rostan, loin d'être en arrière de ce mouvement, est une des premières qui lui ait donné l'impulsion : elle fournit aussi sa part de sève à ce vieux tronc de la médecine, qu'on avait cru mort, et chez lequel nous voyons se développer une vie nouvelle, active, pleine d'avenir, mais plus régulière et plus durable que par le passé. Les altérations du sang y sont examinées avec soin; les liquides de sécrétions y sont traités par les divers réactifs en usage, les urines principalement; quelquefois même le professeur en fait faire une analyse chimique détaillée. Admirable institution que celle des cliniques, où l'on voit des malades, par un heureux accord entre les droits de l'humanité et les désirs et les besoins de la science, donner à la foule des élèves assemblés devant ce spectacle, l'instruction en échange des soins qui leur sont prodigués, et revivifier ainsi eux-mêmes la source salutaire à laquelle ils sont venus réparer leurs forces. Et que cette source est féconde pour les uns et pour les autres, quand on y puise à propos et qu'on sait y puiser! Il n'est pas jusqu'à la mort qui ne fournisse, au milieu même des dépouilles de ses victimes, des enseignements utiles à la vie et à la santé.

— M. Piorry a été proclamé professeur de pathologie interne à la suite du concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris.

Voici les résultats des différens scrutins :

PREMIER TOUR.

M. C. Broussais	5 voix.
M. Piorry	3
M. Dubois (d'Amiens)	3
M. Gibert	1

DEUXIÈME TOUR.

M. Piorry	5 voix.
M. Dubois (d'Amiens)	5
M. C. Broussais	2

TROISIÈME TOUR DE BALLOTAGE.

M. Piorry	6 voix.
M. Dubois (d'Amiens)	6

M. le président, ayant voix prépondérante, a déclaré avoir voté pour M. Piorry; celui-ci s'est trouvé avoir la majorité.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Quelques journaux annoncent que j'aurais déclaré que si M. Dubois d'Amiens était nommé professeur de pathologie interne, je donnerais ma démission. Je viens réclamer contre cette assertion qui est complètement fausse, et vous prier de vouloir bien insérer ma lettre dans le prochain numéro de la Gazette médicale.

Agréez, etc.

Orfila.

Paris, ce 4 mars.

— Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le baron Dupuytren; recueillies et publiées par MM. les docteurs Brierre de Boismont et Marx. Deuxième édition, entièrement refondue, t. IV, in-8 de 760 pages.

L'ouvrage est complet en 6 vol. in-8. Prix : 36 fr.

— Traité philosophique de médecine pratique, par A.-N. Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié. Tome second; deuxième partie; 1 vol. in-8 de 310 pages. Prix des 2 vol. parus : 14 fr.

— Traité de la phthisie tuberculeuse pulmonaire; par le docteur R. Riffard, ancien interne des hôpitaux de Montpellier; brochure in-8 de 78 pages. Prix : 2 fr.

— Formulaire des médecins praticiens, contenant les formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la Russie, de la Pologne, etc., avec les anciens poids et mesures, précédé de l'examen et de l'interrogation des malades, d'un mémorial raisonné de thérapeutique des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, de la classification des médicamens d'après leurs effets thérapeutiques d'un tableau des substances incompatibles, de l'art de formuler; par le docteur F. Fox, pharmacien en chef de l'hôpital des vénériens de Paris. Troisième édition, entièrement refondue; 1840; 1 vol. in-18 papier vélin. Prix : 3 fr. 50 c.

— Traité pratique des accouchemens; par F.-J. Moreau, professeur d'accouchement, des maladies des femmes et des enfans à la Faculté de médecine de Paris; atlas; livraisons 13, 14, 15 et dernière, in-folio, représentant l'accouchement artificiel, la version dans la première position oblique du sommet, le dégagement du bras et de la tête, la version dans les présentations des épaules et des bras, les diverses applications du forceps et les divers instrumens qui servent dans la pratique des accouchemens. Prix de l'ouvrage complet formant 2 vol. in-8 de texte et un atlas de 60 belles planches : 60 fr.; fig. col. : 120 fr.

La seconde partie du texte paraîtra très prochainement.

— De l'influence des ages sur les maladies; thèse de concours pour la chaire de pathologie interne, vacante à la Faculté de médecine de Paris, soutenue par A.-N. Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié; brochure in-8 de 112 pages. Prix : 2 fr.

— Des prodrômes dans les maladies; thèse de concours pour la chaire de pathologie interne, vacante à la Faculté de médecine de Paris, soutenue par A.-P. Requin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre du bureau central des hôpitaux. Brochure in 8 de 52 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

— Introduction au magnétisme; examen de son existence depuis les Indiens jusqu'à l'époque actuelle; sa théorie, sa pratique, ses avantages, ses dangers et la nécessité de son concours avec la médecine; par Gautier. Un vol. in-8°. 1840. Prix : 6 fr.

A Paris, chez Dentu, libraire-éditeur au Palais-Royal, galerie d'Orléans, 13, et chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue Neuve-Racine, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Nouvelles recherches concernant l'action de la garance sur les os. — II. Revue des journaux de médecine anglais trimestriels. Sur une forme particulière de tumeur congénitale du cou. — Cancer de la langue traité par la ligature. — Du traitement du rhumatisme aigu par l'opium. — Observations et expériences sur la manière dont agissent plusieurs poisons sur l'économie animale. — Observations sur les cicatrices jaunes, corpora lutæa de l'ovaire. — Observations sur les caractères d'une fièvre épidémique qui a régné à la Dominique en 1838. — Quatre cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte et un cas de hernie diaphragmatique. — Observation d'anasarque du cuir chevelu dépendant probablement d'une inflammation chronique du périoste des os du crâne. — Observation de presbyopie subite et de peu de durée chez un jeune garçon. — Observation de scarlatine et réflexions sur la nature et le traitement de cette maladie. — Note sur les cas de variole reçus en 1838 à l'hôpital des varioleux de Londres. — III. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 10 mars. — IV. Bibliographie. Traité de pathologie externe et de médecine opératoire. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Rapport statistique sur le service des aliénés de l'Antiquaille de Lyon, suivi de considérations générales sur le traitement de la folie.

PHYSIOLOGIE ANIMALE.

NOUVELLES RECHERCHES CONCERNANT L'ACTION DE LA GARANCE SUR LES OS; lues à l'Académie des sciences les 3 et 24 février, par M. Flourens.

Antoine Mizand, médecin de Paris, paraît être le premier qui, vers le milieu du seizième siècle, ait remarqué l'action singulière de la garance sur les os. Mais il faut avouer que cette observation curieuse de Mizaud, d'ailleurs à peine indiquée par lui (1), dont il ne tira aucun résultat, qui ne fut pour lui l'occasion d'aucune recherche, était entièrement oubliée, lorsque, plus d'un siècle et demi après, Belchier et Duhamel appelèrent sur le fait important dont il s'agit l'attention des anatomistes.

Tout le monde sait que Belchier, chirurgien de Londres, dînant un jour chez un teinturier en *toiles peintes*, s'aperçut que les os d'un morceau de porc frais étaient rouges. Or l'animal dont les os offraient cette couleur rouge avait été nourri avec du son chargé de l'infusion de garance employée pour la teinture des *toiles peintes*. Le fait de l'action de

(1) Voici tout ce que dit Mizand : *Erythrodanum, vulgo rubia tinctorum dictum, ossa pecudum rubenti et sandycino colore imbuit, si dies aliquot depastæ sint oves, etiam intacta radice, quæ rutila existit. Res ea similiter perspici potest in carnibus hujus pecoris elixis et assatis. Nam rubicundæ apparent, sicuti etiam ova in decocto ejus radicis elixatâ: putamine enim rubello non minus hinc vestiuntur, quam si cum ramentis et præseminibus brasiliani ligni perocta essent, vel cum racidibus anchusæ.*

Antonii Mizaldi, memorabilium, sive arcanorum omnis generis, etc., Centuriæ, p. 161, 1572.

Feuilleton.

RAPPORT STATISTIQUE SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE L'ANTIQUAILLE DE LYON, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

Par M. A. Bottex, inspecteur des maisons d'aliénés du département du Rhône; membre correspondant de l'Académie de médecine, des sociétés de médecine de Bordeaux, Nantes, Lyon, Dijon, etc.

STATISTIQUE.

Pendant les huit années qui viennent de s'écouler, du 1er janvier 1831 à la fin de décembre 1838, le mouvement total des aliénés, à l'hospice de l'Antiquaille, a été de 1,045 : 542 femmes et 503 hommes.

Voici, approximativement, la proportion des divers genres d'aliénation mentale sur cet ensemble de 1,045 malades; nous disons approximativement, parce qu'il est beaucoup de folies qu'il est fort difficile de classer; la nature se jouant de nos divisions systématiques ou classifications, qui ne sont utiles que pour étayer la faiblesse de notre intelligence.

FEMMES ALIÉNÉES.

Idiotie	21
Imbécillité	37
Manie	130
Monomanie	90
Démence	154
Démence avec paralysie	81
Démence et épilepsie	10
Épilepsie	19
Total	542

HOMMES ALIÉNÉS.

Idiotie	15
Imbécillité	23
Manie	147
Monomanie	105
Démence	115
Démence avec paralysie	64
A reporter	469

la garance sur les os, fait peut-être encore aujourd'hui unique en son genre, fait perdu depuis Mizaud, était donc retrouvé, et retrouvé, comme on voit, par un pur hasard.

Cependant la garance employée par les teinturiers ne l'était pas seule. Il fallait dnuc, pour se bien assurer de l'actinn propre de cette substance, commencer par la dégager de toute autre; et c'est ce que fit Belchier.

Il méla de la racine de garance en poudre aux alimens dont il nourrit un coq. Au bout de seize jours cet animal mnurut, et tous ses os se trouvèrent rouges. Et les os seuls : les muscles, les membranes, les cartilages, toutes les autres parties conservaient leur couleur ordinaire (1).

C'est donc la garance, et la garance seule, qui rougit les os; et, ce qui n'est pas moins remarquable, elle ne rougit que les os.

Les chnses en étaient là, lorsque Duhamel, dont nu connaît le goût pour les faits curieux et le talent admirable pour les expériences, fut instruit de celle de Belchier. Il s'empressa de la répéter sur des poulets, sur des pigeons, sur des cochons; il vit partout la garance rongir les os, ne rougir que les os; et cette action constante, cette actinn exclusive de la garance sur les os fut désormais un fait acquis à la science.

Dans les animaux qui avaient été snumis au régime de la garance, dit Duhamel : « ni les plumes, ni la corne du bec, ni les nugles, n'avaient changé de cnuleur... La peau de tout le corps avait sa couleur naturelle; le cerveau, les nerfs, les muscles, les tendons, les cartilages, les membranes, n'nffraient rien de contraire à l'état ordinaire de ces parties. Mais les longs tendons osseux qui se prolongent le long du gros os qu'on appelle improprement la *jambe des oiseaux*, étaient rnuges vers le milieu de leur longueur, qui en est la partie la plus dure. Tous les vrais os, même les plus déliés, étaient rouges cnmme du carmin (2). »

Il ajoute : « Le cœur, le poumon, la plèvre, se sont trouvés de leur cnuleur naturelle. Il n'y avait rien de remarquable au foie, aux reins, nou plus qu'à l'extérieur du gésier... La veloutée du jabot et des intestins paraissait d'abord comme injectée; cependant en l'examinant avec une loupe, je vis distinctement que ce n'était pas une liqueur teinte qui fût contenue dans les vaisseaux, mais que c'était simplement une espèce de fécule arrêtée dans le velouté de ces membranes (3). »

Tels snnt les premiers faits vus par Duhamel, et revus depuis par tous les physiologistes (Haller, Detlef, J. Hunter, etc., etc.) qui ont répété ses expériences. La garance n'agit donc ni sur les viscères, ni sur les muscles, ni sur les membranes, ni sur les cartilages, ni sur les tendons, etc.; elle n'agit que sur les os, mais elle agit sur tnus les os; et nul pnint d'ossification, quelque délié qu'il soit, quelque isolé qu'il soit, du reste du système osseux, n'échappe à son action.

Mais Duhamel ne s'en tint pas à ces premiers faits. Ayant remis au régime ordinaire quelques animaux dont les os étaient déjà devenus rouges par le régime de la garance, ces os lui parurent se décolorer et redevenir blancs; il en conclut « que le changement de nourriture faisait évanouir leur couleur (4). » Une observation plus approfondie le détrompa. Dans ces os étudiés par Duhamel, la couleur rouge n'avait pas disparu; seulement les couches rouges de l'os se trouvaient recouvertes par des couches blanches, des couches blanches étaient venues se placer sur les couches rouges. Ainsi, par exemple, les os de jeunes animaux, de jeunes cochons, soumis alternativement au *régime de la garance* et au *régime ordinaire* (1), lui offrirent alternativement des couches rouges et des couches blanches (2) : fait capital et première base, comme on le verra plus loin, de sa théorie sur le développement des os.

C'est cette théorie célèbre de Duhamel sur le développement des os, tour à tour admise ou combattue par les physiologistes, que je me suis proposé d'examiner de nouveau, et dans tnus les faits qui la constituent. Or, de tous les faits vus par Duhamel, ceux qu'il a dus à l'action de la garance sont, sans contredit, les plus importans; et c'est aussi par ceux-là que j'ai commencé.

J'ai soumis tout à la fois à mes expériences des oiseaux et des mammifères.

§ I. — EXPÉRIENCES SUR LES OISEAUX.

Ces expériences sur les oiseaux, dont je mets les principaux résultats sous les yeux de l'Académie, ont été faites comparativement avec la *garance d'Alsace, la garance d'Avignon* et *l'alizarine*; et, pour être plus sûr des substances que j'employais, c'est à notre savant confrère M. Robiquet que je les ai demandées.

Dans les deux expériences qui suivent, la garance a été mêlée en poudre aux alimens ordinaires de l'animal; et c'est ce mélange de la garance avec les alimens ordinaires que j'appelle le *régime de la garance*. J'avertis aussi que les pigeons dont je me suis servi, et pour les deux expériences qui suivent, et pour toutes les autres, étaient de très jeunes pigeons, des pigenns de deux à trois semaines au plus.

La pièce n. 1 est le squelette d'un pigeon qui a été soumis pendant quatorze jours au *régime de la garance d'Avignon*. Les os sont d'un beau rouge, mais d'un rouge bien moins foncé que ceux du squelette n. 2.

Cependant ce squelette n. 2 est celui d'un pigeon qui n'a été soumis au *régime de la garance d'Alsace* que pendant six jours. Et cette moindre intensité d'action de la *garance d'Avignon*, par rapport à la *garance d'Alsace*, s'est reproduite dans toutes mes expériences. Il m'a toujours fallu un temps plus long et une dose de substance plus forte pour nbtenir un résultat déterminé avec la *garance d'Avignon*, qu'avec la *garance d'Alsace*; et même, comme on en voit un exemple dans les deux pièces que je présente à l'Académie, le résultat définitif a toujours été moins prononcé avec la *garance d'Avignon* qu'avec la *garance d'Alsace*.

La pièce n. 3 est le squelette d'un pigeon dont les alimens ont été mêlés, pendant deux jours, avec de *l'alizarine* (3). L'animal n'a pris, en tout, que deux ou trois grammes à peu près (4) d'*alizarine*, et ses os néanmoins

(1) PHILOSOPH. TRANS., vol. 39, 1736.
(2) MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1739.
(3) IBID.
(4) IBID.

(1) C'est-à-dire à la nourriture mêlée de garance et à la nourriture ordinaire.
(2) MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1742.
(3) *Extrait alcoolique de garance en poudre.*
(4) Je dis *à peu près*; car, quelque attention qu'on y mette, il se perd toujours beaucoup de matière. Il en reste aux parois du vase dont on se sert; on en laisse tomber en gorgeant l'animal; souvent on en retrouve dans le jabot, etc., etc.

Report	469
Démence et épilepsie	7
Épilepsie	22
Penchans dangereux	5
Total	503

Il est important de remarquer que le nombre des manies ou folies aiguës a été proportionnellement plus considérable chez les hommes que chez les femmes : ce qui nous servira à expliquer la proportion plus grande des guérisons chez les hommes.

Quant à la nature des diverses causes physiques ou morales de la folie, voici le résultat de nos recherches, en tenant compte toutefois de l'insuffisance ou du manque absolu de renseignemens sur plusieurs malades :

FEMMES ALIÉNÉES. — 542.

Si l'on retranche du nombre total des femmes aliénées 21 idiotes, 37 imbéciles, 19 épileptiques, il restera 465 malades atteintes de manie, de monomanie ou de démence, dont les causes se trouveront ici réparties :

Causes physiques.

Hérédité	56
Liqueurs alcooliques et débauche	43
Suites de couches	45
Troubles de la menstruation	25
Syphilis ou mercure	5
Dartres ou humeurs répercutées	23
Onanisme	17
Coups sur la tête	3
Insolation	6
Total	223

Causes morales.

Chagrins domestiques	65
Misère	47
Revers de fortune	31
Jalousie et amour contrarié	33
Frayeur	8
A reporter	184

sont très rouges, quoique d'un rouge moins foncé, plus terne, que ceux du pigeon soumis au *régime de la garance d'Alsace*, lequel, à la vérité, a été soumis à ce *régime de la garance d'Alsace* pendant six jours.

Enfin, la pièce n. 4 est le squelette d'un animal dont les alimens ont été mêlés, pendant un jour seulement, avec de l'*alizarine* (1); et les os, quoique moins rouges encore que dans le pigeon précédent, sont néanmoins d'un rouge très prononcé.

Dans les expériences qui précèdent, la garance n'avait été donnée à l'animal que mêlée avec les alimens ordinaires.

La pièce n. 5 est le squelette d'un pigeon à qui la *garance d'Alsace* a été donnée seule. L'animal en a pris quarante grammes en deux repas, de vingt grammes chacun. Pendant les premières vingt-quatre heures, il n'y a point eu d'effet sur les os (2); le jabot et l'œsophage étaient fortement contractés, et à ce point qu'il a été impossible, pendant assez longtemps, de faire boire l'animal. Ce pigeon est mort au bout de cinquante-deux heures. Ses os sont d'un rouge très foncé.

J'ai fait conserver, dans tous ces squelettes, les cartilages, les ligamens, des portions de périoste. On ne peut se lasser d'admirer cette précision avec laquelle la *garance* atteint, découvre, décèle toutes les parties osseuses, et respecte toutes les autres. Tous les os sont rouges, et les os seuls; les ligamens, les tendons, les cartilages, conservent leur couleur ordinaire. Dans chaque os, tout ce qui est encore cartilage garde sa couleur ordinaire; dans chaque cartilage, tout ce qui déjà est os a pris la couleur rouge.

Les pièces n. 6 et 7 sont l'os hyoïde, le larynx et la trachée artère de deux pigeons; la pièce n. 6 appartient au pigeon soumis à la *garance d'Avignon*, et la pièce n. 7 au pigeon soumis, pendant deux jours, à l'*alizarine*. Toutes les parties de l'hyoïde, d'ailleurs si fines et si déliées dans ces jeunes pigeons, sont teintes du plus beau rouge. Dans le larynx, la plaque osseuse antérieure, qui répond au cartilage thyroïde des mammifères, est également du plus beau rouge; enfin, tout ce qu'il y a de points d'ossification dans les anneaux de la trachée artère, et particulièrement dans les deux derniers, voisins de la bifurcation des bronches, est aussi très rouge.

Et voici quelque chose de plus curieux encore. Je disais tout à l'heure, d'après Duhamel, que, les os mis à part, aucune partie ne se colore, ni les viscères (le cœur, les poumons, le foie, les reins, etc.), ni les muscles, ni les membranes, ni les cartilages, ni les tendons, etc.; et ce que je disais d'après Duhamel, toutes mes expériences le vérifient.

Cependant Duhamel avait cru apercevoir un commencement de coloration dans quelques parties de l'œil. « Les yeux de ces animaux (soumis au régime de la garance), les yeux de ces animaux encore vivans, dit-il, paraissent rouges comme ceux de quelques perroquets. Je crus, ajoute-t-il, après les avoir disséqués, qu'il n'y avait de teint que la capsule, ou plutôt le châton qui reçoit le cristallin... (3) »

J'ai vu aussi dans tous les pigeons soumis au *régime de la garance*, un cercle rouge autour de l'iris; et la dissection m'en a bientôt révélé le siége. Ce cercle qui se colore en rouge, et qui est la seule partie de l'œil qui se colore en rouge (car ni le cristallin, ni sa capsule, ni le corps vitré, ni sa membrane, etc., ne changent jamais de couleur), est ce cercle de petites pièces osseuses qui, dans l'œil des oiseaux, se trouve entre les deux lames de la partie antérieure de la cornée. Aussi les yeux des mammifères soumis à l'action de la garance n'offrent-ils jamais de cercle rouge, parce qu'en effet il n'y a pas de cercle osseux dans leur cornée.

Les pièces 8 et 9 montrent sur plusieurs yeux de pigeons, le cercle osseux de la cornée devenu rouge par l'action de la garance.

Nous pouvons donc conclure aujourd'hui, et avec plus de certitude encore que Duhamel, que dans les animaux nourris avec la garance, les os seuls se colorent, mais que tout ce qui est os, quelque fin, quelque délié, quelque délicat qu'il soit, se colore.

Je passe à des considérations d'un autre genre. Belchier avait vu les os d'un coq, soumis au *régime de la garance*, devenir rouges au bout de seize jours; et cette promptitude d'action l'avait étonné. Duhamel ne tarda pas à reconnaître qu'il faut bien moins de temps pour rougir les os. Il obtint des os très rouges en trois jours; il en obtint d'un *rose vif* en trente-six heures; et de *couleur de chair*, je me sers de ses expressions, en vingt-quatre heures.

Les pièces n. 10 et 11, que je mets sous les yeux de l'Académie, offrent, sous ce rapport, des résultats plus frappans encore.

La pièce n. 10 est le squelette d'un pigeon qui n'a fait qu'un seul repas de *garance d'Alsace*, et que je n'ai laissé survivre que vingt-quatre heures à ce repas unique. Cependant, tous les os sont du rouge le plus vif.

La pièce n. 11 est le squelette d'un pigeon qui n'a fait aussi qu'un seul repas de *garance*, et que, de plus, je n'ai laissé survivre que cinq heures à ce repas. Les os sont un peu moins rouges que ceux du précédent; et cependant ils sont encore très rouges. J'ajoute que l'animal n'a pris, dans son repas unique, que six grammes de garance.

Ainsi, pour que la garance ait parcouru toutes les voies organiques de la nutrition, pour qu'elle ait pénétré, pour qu'elle se soit incorporée dans le tissu intime des parties, et jusque dans les os, c'est-à-dire jusque dans les parties les plus profondes de l'économie, il n'a fallu que cinq heures de temps.

Je rappelle que ces résultats ont été obtenus sur des pigeons de deux à trois semaines au plus. Les résultats les plus prompts l'ont été sur des pigeons de quinze à seize jours. Des pigeons adultes, au contraire, offrent à peine un commencement de coloration après plusieurs jours du *régime de la garance*, et toujours l'effet de la garance est d'autant plus faible que l'animal est plus vieux, et, par conséquent, que son *ossification* est terminée depuis plus longtemps. De vieux pigeons, après dix-huit, et même vingt-deux jours du *régime de la garance*, ne m'ont offert, dans leurs os, aucune trace de coloration.

§ II. — Expériences sur les mammifères.

On a vu, par mes expériences sur les oiseaux, avec quelle rapidité la garance rougit les os. Mes expériences sur les mammifères montrent com-

(1) *Extrait alcoolique de garance hydraté.*

(2) Je suis, dans mes expériences, les effets de la garance, en découvrant, de temps en temps, quelque point d'un os superficiel, les os de l'avant-bras, par exemple.

(3) Mém. de l'Acad. des sciences, 1739.

Report	184
Événemens politiques	11
Exaltation religieuse	29
Total	224
Causes physiques (d'autre part)	223
Total	447
Causes inconnues	18
Total général	465

Hommes aliénés. — 503.

Si l'on retranche 15 idiots, 23 imbéciles, 21 épileptiques, 5 individus ayant des penchans dangereux, ce qui fait 64, il restera 439 malades atteints de manie, de monomanie et de démence, dont voici les causes tant physiques que morales :

Causes physiques.

Hérédité	62
Abus de liqueurs spiritueuses	54
A reporter	116
Report	116
Suite d'apoplexie	25
Onanisme	21
Syphilis ou mercure	5
Coups sur la tête	6
Insolation	9
Dartres ou humeurs répercutées	14
	196

Causes morales.

Chagrins domestiques	65
Misère	56
Revers de fortune	36
Événemens politiques	16
Jalousie	14
Exaltation religieuse	12
Frayeur	6
Excès d'étude	8
	213

ment la *coloration des os*, ou plutôt comment les *couches osseuses colorées* disparaissent peu à peu, et quelle est la marche qu'elles suivent pour disparaître.

Duhamel avait cru d'abord que la coloration des os se dissipait dès qu'on suspendait l'usage de la garance, et il se trompait. Il crut ensuite que la coloration des os, une fois acquise, ne disparaissait plus; et, dans le sens où il l'entendait, il se trompait encore. La coloration, une fois acquise, ne disparaît plus, mais les couches colorées disparaissent; et c'est ce que Duhamel n'a pas vu.

Il dit, dans son premier mémoire : « L'expérience me confirma que le changement de nourriture (la cessation de l'usage de la garance) faisait évanouir la couleur des os (1). »

Il soupçonna plus tard, quand il en fut venu à sa théorie de l'accroissement des os par couches successives et superposées, que « les couches rouges pouvaient bien être restées, et que si on ne les apercevait plus à la superficie des os, c'était parce qu'elles étaient recouvertes par des couches osseuses blanches qui s'étaient formées depuis la cessation de l'usage de la garance (2); » soupçon qui fut, pour lui, un trait de lumière, et auquel il dut le fait, sans contredit, le plus important de tout son travail. Voici comment il rend compte lui-même de ce beau fait :

« Trois cochons, dit-il, furent destinés à éclaircir mes doutes.

» Le premier, qui était âgé de six semaines, fut nourri pendant un mois avec la nourriture ordinaire, dans laquelle on mettait tous les jours une once de garance; au bout du mois on supprima la garance, et l'ayant nourri à l'ordinaire pendant six semaines, on le tua.

» Je sciai transversalement les os de ses cuisses et de ses jambes, et j'eus le plaisir de m'assurer que j'avais bien prévu ce qui devait arriver. La moelle était environnée par une couche d'os blanc assez épaisse; c'était la portion d'os qui s'était formée pendant les six semaines que ce cochon avait vécu d'abord sans garance.

» Ce cercle d'os blanc était environné par une zone aussi épaisse d'os rouge; c'était la portion d'os qui s'était formée pendant l'usage de la garance.

» Enfin cette couche rouge était recouverte par une couche assez épaisse d'os blanc; c'était la couche d'os qui s'était formée depuis qu'on avait retranché la garance à cet animal.

» Le second animal était âgé de deux mois, quand on le mit à l'usage de la garance; on lui en donna pendant un mois, puis on le remit aux aliments ordinaires; enfin, on lui donna encore pendant un mois de la garance, et on le tua.

» Les os de la jambe de cet animal avaient alternativement deux couches blanches et deux couches rouges, parce qu'on l'avait remis deux fois à l'usage de la garance.

» A l'égard du troisième, il a été traité comme celui dont je viens de parler, excepté qu'on a fini par le remettre à l'usage de la nourriture ordinaire pendant plusieurs mois, ce qui fait que ses os sont recouverts par une couche blanche, et qu'il faut les scier pour découvrir les deux couches rouges (3). »

(1) Mém. de l'Acad. des sc., 1739.
(2) Idem, 1742.
(3) Mém. de l'Acad. des sc., 1742.

Tout, dans ces trois expériences de Duhamel, est à remarquer. On avait vu, par les expériences de son premier mémoire, qu'entre toutes les parties de l'économie animale, la garance n'atteint que les os. On voit, par celles-ci, que, dans les os mêmes, la garance n'atteint que les portions d'os qui se forment. Tout ce qui, dans un os donné, se forme pendant l'usage de la garance, devient rouge; tout ce qui était formé avant l'usage de la garance conserve sa couleur ordinaire. La garance démêle donc, dans chaque os, les parties nouvelles des parties anciennes, les parties qui se forment des parties formées; elle suit pas à pas le progrès de l'ossification; elle marque la véritable marche de l'accroissement des os.

Or cette véritable marche de l'accroissement des os consiste dans la formation de couches successives et superposées. Et cette succession, cette superposition de couches sont ici de toute évidence. L'os de l'animal qu'on nourrit de garance est revêtu d'une couche rouge; l'os de l'animal qui, après avoir été nourri de garance, est rendu à la nourriture ordinaire, se revêt d'une couche blanche, laquelle se place sur la couche rouge. C'est donc par couches qui se superposent, par couches qui se forment les unes par-dessus les autres, que les os croissent.

Mais cette *suraddition*, cette *superposition* de couches, est-ce là tout ce qui se passe pendant l'accroissement des os? Non, sans doute. A mesure que les parois des os s'accroissent par la *suraddition* de couches externes, leur canal médullaire s'accroît par la *résorption* des couches internes. Ce sont là deux faits, desquels Duhamel n'a vu que le premier, qui, réunis, constituent tout le mécanisme du développement, de l'accroissement des os en grosseur (1), et que les pièces qui sont sous les yeux de l'Académie mettent dans tout leur jour.

La pièce n° 1 est le squelette d'un jeune porc de quatre à cinq semaines, qui n'a été soumis au *régime de la garance* (2) que pendant vingt-quatre heures. Et néanmoins tous les os sont déjà d'une couleur rose. C'est un nouvel exemple (et le premier de ce genre dans les mammifères) de la rapidité avec laquelle la garance agit sur les os.

La pièce n° 2 est le squelette d'un jeune porc, du même âge que le précédent, mais qui a été soumis au *régime de la garance* pendant un mois. Tous les os sont du plus beau rouge.

Enfin, la pièce n° 3 est le squelette d'un jeune porc qui, après un mois du *régime de la garance*, a été rendu à la nourriture ordinaire pendant six mois. Tous les os sont blancs à l'extérieur; et pour apercevoir ce qui reste encore de la coloration produite par la garance, il faut enlever les couches blanches qui recouvrent les couches rouges.

Je dis que *tous les os sont blancs à l'extérieur*; et ils le sont, en effet, dans la plus grande partie de leur étendue. Mais quelques points sont demeurés rouges; et ces points demeurés rouges sont précisément ceux dont l'ossification était la plus avancée (3) au moment où l'animal a été rendu à la nourriture ordinaire, ceux qui se sont le moins développés depuis, ceux qui, par conséquent, ont eu le moins à se recouvrir de nouvelles couches, et de couches blanches, puisque l'animal n'a plus été soumis au *régime de la garance*.

(1) Le développement en longueur fera l'objet d'un autre mémoire.
(2) Garance mêlée à la nourriture (voyez mon précédent mémoire).
(3) Les points qui, dans les os longs, par exemple, répondent au corps de l'os.

Total	409
Causes inconnues	30
Total général	439

Ce tableau statistique du service des aliénés de l'hospice de l'Antiquaille, pendant une période de huit années, donne une idée approximative de la proportion des divers genres de folies et de leurs causes sur un ensemble de 1,045 malades de l'un et de l'autre sexe.

Sur 542 femmes, 114 sont sorties parfaitement guéries, 91 ont été retirées par leurs familles, dans un état de guérison incomplète, ou bien ont éprouvé des rechutes; 162 sont mortes; il en restait à l'hospice 175 au 1er janvier 1839.

Sur 503 hommes, 149 ont été guéris; 61 ont été emmenés par leurs parens, quoique encore aliénés, ou ont rechuté; 158 sont morts, et, au 1er janvier 1839, l'hospice en renfermait encore 135.

Ainsi la proportion des guérisons a été de 1 sur 5 environ pour les femmes et d'un peu plus de 1 sur 5 pour les hommes.

Dans le service des hommes comme dans celui des femmes, les causes morales paraissent l'avoir emporté sur les causes physiques, ce qui est en harmonie avec les observations de MM. Esquirol et Parchappe.

Les folies par suite de couches sont celles qui ont présenté les guérisons les plus nombreuses, et cependant la proportion des cures a été en faveur des hommes : nous croyons devoir attribuer ce résultat à ce que les folies aiguës ou maniaques sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Il est important de remarquer que les résultats que nous venons de signaler ont été obtenus sur un ensemble de malades, composé en très grande partie d'épileptiques, d'idiots, d'imbéciles et d'individus atteints de démence compliquée de paralysie générale, affections toutes incurables.

La proportion des incurables est très grande à l'Antiquaille, parce que cet hospice, vu le manque d'espace, ne peut admettre tous les malades qui sont présentés; il en résulte que les folies aiguës, celles précisément qui présentent le plus de chances de guérison, sont très souvent conduites provisoirement dans d'autres maisons de santé, et celles-là seulement qui deviennent incurables arrivent plus tard à l'Antiquaille.

Pendant ces huit années, le nombre des aliénés a été sans cesse croissant : ainsi, au mois de janvier 1831, il n'y avait à l'hospice que 94 hommes et 135 femmes, tandis qu'à la fin de décembre 1838, la population totale était de 135 hommes et 175 femmes.

Il en sera ainsi dans tous les hôpitaux d'aliénés des départemens, jusqu'à ce que l'équilibre soit établi entre le nombre total des fous et l'étendue des hospices.

Ainsi le nombre des aliénés, dans les hôpitaux de Paris a été en augmentant depuis 1790 jusqu'en 1825; il est stationnaire depuis cette époque, ce qui prouve que depuis lors les hospices d'aliénés de la capitale suffisent aux besoins des populations.

J'ai réuni, dans le bocal n° 4, une série de portions d'os longs, sciés en travers. La première pièce de ce bocal est une portion du fémur d'un jeune porc (1) qui a été soumis au *régime de la garance* pendant vingt jours. On y voit deux cercles, un extérieur rouge et un intérieur blanc.

La seconde est une portion du fémur d'un jeune porc qui a été soumis au *régime de la garance* pendant un mois. Toute l'épaisseur de l'os est rouge (2).

La troisième est une portion du fémur d'un jeune porc qui, après un mois du *régime de la garance*, a été rendu au régime ordinaire pendant un mois et demi; et il y a trois cercles: un interne, très mince et blanc; un intermédiaire, plus épais et rouge, et un externe blanc.

La quatrième pièce est une portion du fémur d'un porc qui, après un mois du *régime de la garance*, a été rendu au régime ordinaire pendant trois mois; et il n'y a plus que deux cercles, un interne rouge et un externe blanc.

Enfin, la cinquième pièce est une portion du fémur d'un porc qui, après un mois du *régime de la garance*, a été rendu au régime ordinaire pendant six mois; et la sixième pièce est une portion du radius de ce même porc. Dans le fémur, le cercle rouge est très mince; déjà même il y manque dans quelques points; et dans le radius, ce cercle rouge manque partout.

Ainsi donc le cercle rouge est d'abord extérieur, puis il est placé entre deux cercles blancs, puis il devient tout à fait interne, et le cercle blanc qu'il recouvrait a disparu, puis il disparaît à son tour.

A mesure donc que l'os se recouvre de nouvelles couches par sa face externe, par celle qui répond au périoste proprement dit, il en perd d'autres par sa face interne, par celle qui répond à la membrane médullaire: double travail de *suraddition externe* et de *résorption interne*, dans lequel consiste, comme je l'ai déjà dit, tout le mécanisme de l'accroissement des os, et qui est ici démontré aux yeux.

Dans l'accroissement des os en grosseur, il y a deux faits: l'épaississement des parois mêmes de l'os, et l'élargissement de son canal, et ces deux faits sont simultanés. Plus les parois de l'os prennent de l'épaisseur, plus le canal s'élargit. C'est là ce qui embarrassait Duhamel.

Il expliquait très bien l'épaississement des parois de l'os par la *suraddition des couches externes* qu'il avait vue. Mais comme il n'avait pas vu, faute d'avoir prolongé la durée de ses expériences assez longtemps, la *résorption par les couches internes*, il ne savait comment expliquer l'élargissement du canal médullaire, du canal de l'os.

« Sitôt, dit-il, qu'on sait que le canal médullaire augmente le diamètre, on peut en conclure que les lames osseuses s'étendent (3). » Il dit encore: « La superaddition des lames osseuses ne pouvant servir à rendre raison de l'agrandissement du canal médullaire, il faut donc que l'extension des lames osseuses concoure à l'augmentation de grosseur des os (1). »

Pour expliquer l'agrandissement du canal médullaire, Duhamel imagine donc une prétendue *extension des lames osseuses*; mais il ne l'imagine que parce qu'il ignore la cause réelle, c'est-à-dire la *résorption*. Il entoura l'os d'un jeune pigeon d'un anneau de fil d'argent, placé immédiatement sur le périoste. Au bout de quelque temps, l'anneau qui primitivement recouvrait l'os se trouva recouvert par l'os. Duhamel explique ce singulier renversement des choses par l'*extension* des lames osseuses, par leur *rupture vis-à-vis l'anneau*, par leur rejonction par-dessus cet anneau; et chacun voit que toute son explication ne roule que sur une suite de suppositions gratuites. Il n'y a eu ni *extension*, ni *rupture* des lames osseuses. Toute la portion d'os, entourée d'abord par l'anneau, a disparu; toute celle qui l'a entouré plus tard s'est formée depuis. Il s'est fait un os nouveau à la place de l'os ancien.

Je passe à un autre objet, et sur lequel je m'arrêterai fort peu. Selon Duhamel, tout l'os vient du périoste. « Les lames du périoste, dit-il, d'abord membraneuses, deviennent ensuite cartilagineuses, et elles acquièrent enfin la dureté des os (2). » Il dit encore: « Les os croissent en grosseur par l'addition de couches osseuses qui tirent leur origine du périoste (3). »

J'ai réuni, dans le bocal n° 5, quelques os courts, sciés par le milieu. Le premier est un *astragale*; les autres sont des *rotules*. Or, dans tous ces os, le noyau osseux, le *noyau rougi par la garance*, est partout entouré par le cartilage; il est partout séparé du périoste par le cartilage; ce n'est donc pas dans le périoste, c'est dans le cartilage que l'os se forme.

Ainsi donc, des trois points principaux qui constituent la théorie de Duhamel, la *suraddition de couches externes*, l'*extension des lames osseuses* et la *formation de l'os aux dépens des lames du périoste*, le premier seul demeure comme fait réel, comme fait capital; le second n'est qu'une supposition gratuite, et le troisième n'a tenu peut-être qu'à ce que Duhamel ne distinguait pas assez nettement le périoste du cartilage.

Je n'ai parlé dans ce mémoire que du mécanisme selon lequel s'opère le *développement* ou *accroissement* des os; je parlerai dans un autre du mécanisme selon lequel s'opère leur *nutrition*.

Mais avant d'en venir là j'ai à faire connaître les résultats de mes expériences sur les dents; car les dents se colorent comme les os dans les animaux nourris avec la garance; et j'en mets déjà, dans les bocaux n° 2 et n° 3, deux exemples remarquables sous les yeux de l'Académie.

(1) Tous les animaux soumis à ces expériences étaient du même âge, de quatre à cinq semaines à peu près.

(2) C'est que le cercle blanc, qui, s'il existait encore, serait interne, a déjà disparu. Ce cercle interne et blanc, quoique devenu très mince, subsiste dans l'animal de l'expérience suivante. La rapidité de la *résorption* varie beaucoup en effet, même à égalité d'âge, d'un individu à l'autre.

(3) Mém. de l'Acad. des sc., 1743.

(1) Mém. de l'Acad. des sc., 1743.

(2) Mém. de l'Acad. des sc., 1742.

(3) Ibid.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

Si la thérapeutique de l'aliénation mentale est moins avancée que celle des autres maladies qui affligent l'espèce humaine, il faut en accuser l'état d'imperfection où sont encore l'anatomie et la physiologie du cerveau, malgré les travaux de Gall et des physiologistes modernes.

Quelque réels qu'aient été les progrès de la science dans ces derniers temps, il faut convenir qu'on n'est pas encore parvenu à localiser d'une manière satisfaisante les diverses fonctions departies à l'encephale. Il en résulte qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'analyser avec toute la précision désirable les symptômes si nombreux et si variés qui sont produits par les altérations organiques ou les simples lésions vitales des diverses parties de cet important viscère.

C'est à l'encéphale, organe matériel de la pensée, qu'aboutissent les sensations externes et internes; c'est de lui qu'émane le principe de tous les mouvemens volontaires; il exerce, en outre, un empire immense sur la vie organique elle-même et principalement sur la nutrition.

Le nombre et la gravité de ses maladies étant nécessairement en proportion de la multiplicité et de l'importance de ses fonctions, mieux ces dernières nous seront connues, mieux aussi nous connaîtrons la nature des altérations organiques qui les produisent, plus la thérapeutique qui leur est applicable deviendra rationnelle.

« La science aura fait un pas immense, disait Georget, le jour où on pourra apprécier la relation qui existe entre les troubles intellectuels et l'altération cérébrale. »

Ce pas immense, si ingénieusement indiqué par Georget, les travaux successifs de MM. Calmeil, Falret, Ferrus, Foville, Delaye, Pinel fils, ne l'ont fait faire à la science qu'en partie. Néanmoins, en suivant les conseils de cet excellent observateur, trop tôt enlevé à la science; en s'efforçant, à l'aide de recherches anatomiques minutieuses, de remonter à la cause prochaine de la folie, ils sont déjà arrivés à d'importans résultats.

Les idées que nous avions émises, il y a cinq ans, sur le siége et la nature de la folie, d'après les recherches d'anatomie pathologique auxquelles nous avions eu l'occasion de nous livrer dans cet hospice, viennent d'être confirmées et développées de la manière la plus remarquable, dans un mémoire important sur le même sujet, récemment publié par M. le docteur Parchappe, médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Rouen (1).

Nous n'entrerons pas à cet égard dans des détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin; nous présenterons seulement un résumé très succinct de l'état actuel de nos connaissances sur le sujet qui nous occupe, afin de mieux étayer les opinions que nous allons émettre sur le traitement de la folie.

L'aliénation mentale est, comme toutes les autres maladies, le résultat d'une

(1) Un des élèves de M. Bottex, le docteur Artbaud (de Lyon) a publié en 1835 un travail intéressant sur l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale. (Du siége et de la nature des maladies mentales; Thèses de la Faculté de Paris, n. 303, 1835.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le numéro de janvier 1840 renferme un certain nombre d'articles empruntés aux MEDICO CHIRURGICAL TRANSACTIONS; nous en extrairons les plus importans.

SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE TUMEUR CONGÉNITALE DU COU; par M. CÉSAR HAWKINS.

OBS. I. — Un enfant de huit mois environ, portant une tumeur sur le côté droit du cou, fut présenté à M. Hawkins. On lui dit qu'elle avait au moment de la naissance le volume à peu près d'une petite orange, et qu'elle avait graduellement augmenté de volume depuis cette époque. La tumeur s'étendait depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au cartilage cricoïde, et de l'apophyse mastoïde au menton. Elle faisait une saillie de près de trois pouces en dehors, ce qui faisait paraître ce côté de la face près de deux fois aussi large que celui du côté opposé. Elle s'étendait également au-dessous de la mâchoire, dans la bouche, repoussant la langue du côté opposé et en haut. Du reste, à part la difformité, l'enfant ne paraissait éprouver ni douleur ni inconvénient; sa santé générale était excellente.

La peau était saine et libre sur la tumeur; le tissu cellulaire sous-jacent paraissait pénétré d'une grande quantité de graisse; la surface de cette tumeur était lisse et uniforme; en pressant sa circonférence, il était évident cependant qu'il y avait plusieurs petites inégalités globuleuses dont quelques-unes assez dures, d'une apparence solide; quatre autres sur la parotide et les glandes sous-maxillaires semblaient contenir un liquide. Ce qui était d'autant plus probable, que deux autres kystes s'apercevaient au-dessous de la langue, transparens comme des grenouillettes, mais renfermant un liquide d'un brun rougeâtre.

Les kystes furent ponctionnés de temps en temps, à mesure qu'ils se remplissaient, et les mêmes moyens furent employés pour d'autres qui se développèrent à mesure que les premiers se cicatrisaient; chacun d'eux renfermait un drachme à une demi-once de liquide, dans les uns limpide, avec quelques traces de mucus et d'albumine, d'une couleur brunâtre dans les autres, renfermant plus de matière coagulable et ressemblant à de la gelée de groseille un peu liquide. (Frictions avec l'hydriodate de potasse dans les intervalles des piqûres.)

Ce traitement fut continué pendant une année; quand la disposition à la sécrétion du liquide parut détruite et la tumeur réduite à un tiers de son volume primitif, ce qui restait présentait l'aspect d'un sac graisseux, lâche, avec deux ou trois masses solides au-dessous, ressemblant à des glandes.

L'enfant fut perdu de vue pendant plusieurs années; mais la dernière fois qu'on l'examina il ne restait plus rien.

OBS. II. — Dans ce cas, la tumeur avait le volume d'une orange molle et élastique, pouvant se déplacer sous la peau, occupant à peu près la même place que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en avant de l'oreille, et au-dessous de la mâchoire. L'enfant, qui avait alors un an, n'en éprouvait ni douleur ni inconvénient. La peau n'était point adhérente; on aurait pu s'arrêter à l'idée d'enlever la tumeur comme si elle eût été de nature adipeuse. Cependant elle renfermait plusieurs petits corps ronds, dont deux semblaient renfermer un liquide; la nature des autres était douteuse.

L'un d'eux, près de la glande parotide, contenait trois drachmes d'un liquide clair; les autres n'en laissèrent pas écouler une seule goutte après leur ponction.

M. Hawkins ne revit pas le malade.

L'auteur cite l'observation suivante, comme très propre à jeter du jour sur la nature de la maladie.

OBS. III. — L'enfant, qui en fait le sujet, avait près de trois mois lorsque les parens vinrent consulter pour la tumeur qu'il portait au cou. Il éprouvait de fréquens accès de suffocation, parfois il était réveillé en sursaut, par le besoin de respirer. La tumeur située au côté droit du cou offrait les mêmes caractères que chez les sujets précédens. M. Hawkins reconnut également la présence de quelques kystes; le reste de la tumeur était mou et élastique, compressible comme un nœvus.

Quand l'enfant criait, cette portion devenait plus tendue et plus saillante; il existait sous la muqueuse buccale plusieurs vaisseaux variqueux, analogues à ceux qu'on observe quelquefois dans le voisinage des tumeurs sanguines.

L'enfant mourut peu de jours après dans un accès de suffocation.

AUTOPSIE. La peau ayant été disséquée, on reconnut que la tumeur avait presque le volume de deux oranges, séparées par un sillon profond, dû à la pression exercée par le tendon du muscle digastrique repoussé en avant. On constata dès lors qu'il s'agissait d'une agglomération d'un grand nombre de petits kystes; il s'en trouvait plusieurs centaines, variant en volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix, étroitement réunis et formés d'une membrane fine, ayant l'aspect du péritoine, couverts dans quelques parties par une couche fibreuse, donnant aux kystes l'apparence d'un péricarde épais. Il était difficile d'en isoler quelques-uns sans inciser les autres. Dans beaucoup de ces kystes, il y avait un liquide transparent; dans d'autres, le contenu était d'une teinte rougeâtre, parfois aussi foncée que celle du sang veineux, mais sans caillot; c'était évidemment une sécrétion colorée.

La mollesse et l'élasticité de la partie saillante de la tumeur provenait de la flaccidité de certains kystes à moitié remplis. Dans d'autres points, ils étaient si distendus, au contraire, qu'on les aurait aisément pris pour des tumeurs solides; cependant, il n'y avait d'autres corps ayant ce caractère que deux ou trois petites glandes absorbantes entremêlées au kyste. La portion de tumeur voisine de l'oreille était recouverte par une couche assez épaisse formée aux dépens de la glande parotide condensée.

La glande sous-maxillaire était repoussée en dehors par d'autres kystes, si bien qu'elle était libre sous la peau, et tous les vaisseaux et nerfs de la base de la mâchoire se trouvaient entourés par quelques kystes, qui étaient en quelque sorte entrelacés.

En pénétrant plus profondément, on reconnut que les kystes s'étendaient le long de la partie antérieure de l'épine, derrière le pharynx et l'œsophage; quelques-uns même atteignant l'apophyse basilaire; d'autres se portant en bas jusque vers la sixième vertèbre cervicale. Tout le long du cou, les kystes environnaient l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf vague, qui se trouvaient même séparés les uns des autres par de petits kystes développés dans leurs gaînes. Aucun de ces corps n'était uni à l'œsophage et au pharynx; on ne trouva pas d'autre altération autour de la glotte qu'un léger épaississement de la membrane muqueuse.

M. Hawkins fait les remarques suivantes, à propos du diagnostic de cette affection; il est évident que les nombreux kystes qui constituaient la tumeur étaient primitivement formés dans le tissu cellulaire commun. Chacun d'eux, analogue à ces petites tumeurs séreuses enkystées qu'on rencontre à tout âge dans plusieurs parties du corps. Pourquoi se seraient-elles formées en si grand nombre avant la naissance? Cela ne peut s'expliquer qu'en admettant une disposition lâche et aqueuse dans le tissu cellulaire du fœtus, au cou plus qu'ailleurs, là où je crois qu'en réalité les tumeurs s'observent plus souvent que partout ailleurs.

Le nombre de ces kystes, et les divers degrés de consistance des différentes parties qui composent la tumeur, provenant, ainsi qu'on s'en as-

---

lésion de l'organisme. L'organe lésé est le cerveau; il peut ne l'être que sympathiquement dans le principe; mais il devient le siége essentiel de la maladie, toutes les fois qu'elle se prolonge.

Le mode de lésion varie suivant le genre de folie; car, sous ce terme générique, on a rapproché des maladies qui n'ont de rapport entre elles que le trouble des facultés intellectuelles et qui sont fondamentalement différentes.

Ainsi, l'idiotie et l'imbécillité résultant d'une imperfection du cerveau, congéniale ou acquise; qui s'oppose à l'exercice des des facultés intellectuelles d'une manière plus ou moins complète, ne sont pas, à proprement parler, des maladies, et n'exigent aucun traitement.

La manie qui est caractérisée par un délire général, avec excès d'action, est le produit d'une irritation de la surface extérieure du cerveau et de ses membranes, dans une étendue plus ou moins considérable, irritation qui peut se résoudre, ce qui rend la manie curable.

Si cette irritation ou inflammation ne se termine pas en se résolvant, elle détermine à la longue des altérations organiques qui constituent la démence, laquelle, par conséquent, est peu ou pas susceptible de guérison.

La démence est donc la manie devenue incurable.

La manie et la démence peuvent se compliquer de la paralysie d'un plus ou moins grand nombre de muscles de la vie animale; cette affection, désignée depuis M. Calmeil sous le nom de paralysie générale des aliénés (qui est toujours mortelle), est causée par le ramollissement de la couche corticale ou extérieure du cerveau.

Les monomanies avec excès d'action sont produites par une irritation très circonscrite d'une portion du cerveau et de ses membranes.

Enfin, dans les monomanies tristes ou lypémanies, mélancolie de Pinel, il n'y a probablement ni irritation ni inflammation du cerveau, mais habitude contractée par le malade d'enchaîner des idées incohérentes.

Nous croyons qu'une lésion chronique d'une portion du trisplanchnique peut, par sa réaction sympathique sur le cerveau, jouer un rôle important dans ce genre d'aliénation mentale, dont la cause est encore fort obscure.

Il est évident que ces données plus positives sur le siége et la nature de la folie exerceront une grande influence sur la thérapeutique des maladies mentales, laquelle doit, dès aujourd'hui, devenir moins empirique et plus rationnelle, puisqu'on peut la baser sur l'état organique du cerveau.

On devra toujours remonter, par la pensée, à l'organe lésé et employer avec confiance les moyens les plus propres à combattre cette lésion qui est la cause essentielle de la maladie. Attaquer les symptômes secondaires ou sympathiques, serait aussi peu rationnel, comme l'a dit Georget, *que si, pour apaiser un vaste incendie, on s'amusait d'abord à éteindre les parcelles du feu lancées au loin par le vent, au lieu de porter tous ses moyens au foyer lui-même.*

Nous ne ferons pas ici l'historique du traitement de la folie chez les anciens, ni l'énumération des moyens empiriques et plus ou moins bizarres auxquels ils avaient recours; disons seulement que la saignée, les purgatifs, les bains de surprise, formaient toute la thérapeutique des aliénés, à une époque encore fort rapprochée de nous.

L'illustre Pinel, en popularisant les idées que lui suggérait sa philantropie

sura par la dissection, de la grandeur et de l'état de tension, et aussi de la position relative de chacun de ces kystes, rend quelque peu obscur le diagnostic.

Quand ils sont nombreux, pleins de liquide et peu volumineux, ils ressemblent à des glandes hypertrophiées ou à d'autres corps arrondis; quand ils ne sont qu'à moitié pleins, ils deviennent mous et compressibles; mais, dans ces deux cas, l'existence du fluide est difficile à constater, comparativement surtout aux cas dans lesquels il n'existe qu'un petit nombre de kystes plus volumineux.

Il est facile de confondre ces tumeurs avec les loupes graisseuses, d'autant mieux qu'il existe une grande quantité de graisse au-dessous de la peau, remplissant les inégalités de la tumeur. Elles pourraient également être prises pour un nœvus sous-cutané, si souvent développé à la même place, lorsque les kystes sont à moitié remplis. Dans le cas malheureux dont j'ai donné l'histoire (obs. 3) la mollesse et la compressibilité d'une partie de la tumeur, son accroissement par les efforts, et l'existence de vaisseaux variqueux vers la joue et dans la bouche, donna à penser qu'il s'y trouvait aussi des vaisseaux sanguins, quoique la nature du reste en fût facilement appréciable. Dans tous les cas que j'ai vus, ajoute M. Hawkins, l'existence de corps globuleux, dont quelques-uns renfermaient évidemment un liquide, distinguait cependant cette affection de toute autre tumeur analogue sous le rapport de son apparition dans l'enfance.

Relativement au traitement, on doit, de prime abord, repousser l'excision, quoiqu'elle puisse paraître facile. Cela résulte et de la description anatomique donnée par M. Hawkins, et d'un cas dans lequel M. Arnolt crut devoir la pratiquer. La tumeur était bien favorablement placée derrière le muscle sterno-mastoïdien. On ouvrit d'abord un simple kyste, lorsque l'enfant eut un mois; on y revint une seconde fois. Lorsqu'il eut atteint l'âge de cinq mois, on fit une incision pour enlever ce qui semblait être un corps solide et ce qui n'était qu'une agglomération d'une multitude de petits kystes, comme dans le cas précédent. La tumeur fût suivie jusque sous le muscle sterno-mastoïdien et l'artère carotide, derrière le pharynx. L'excision totale se trouvant impossible, on plaça une ligature autour de sa partie profonde. L'enfant guérit à la longue; mais, trois mois après, la ligature n'était pas encore tombée; pendant ce temps, il eut de fréquens érysipèles.

M. Hawkins a formulé ainsi le traitement d'une manière générale:

1° On videra les kystes de temps en temps, à l'aide d'une simple piqûre, afin d'éviter une cicatrice apparente, ou au moyen de la lancette, s'ils sont dans la bouche; la ponction guérit par elle-même, et en évacuant les kystes on favorise l'action des remèdes sur ces derniers.

2° La compression peut être employée, après l'évacuation du liquide, spécialement dans quelques régions, comme au-devant de l'oreille, quoique cependant, d'une manière générale, ce moyen ne soit pas facilement applicable, par suite de la gêne qu'il peut apporter à la respiration, à la mastication et à la déglutition.

3° On pourra recourir aux applications stimulantes pour exciter une irritation modérée, mais en ne prolongeant pas la suppuration, afin d'éviter la difformité.

Aussi M. Hawkins les cesse-t-il assez promptement après avoir fait la ponction.

Les applications auxquelles il a eu recours sont l'onguent d'hydriodate de potasse en frictions avec la main. Une solution d'une dragme d'iode et deux scrupules d'iodure de potassium, dans une once d'eau, en frictions sur la tumeur, au moyen d'une brosse de crins de chameau; ou bien une lotion avec un mélange de deux onces d'alcool, six onces de teinture camphrée en applications; enfin, on peut avoir recours à une solution de deux drachmes de muriate d'ammoniaque dans deux onces de vinaigre et d'esprit de vin, étendue de huit à dix onces d'eau.

Le meilleur de tous ces liquides a paru être la teinture d'iode, appliquée plusieurs fois avec une brosse. Il en résulte une desquamation de l'épiderme; quant à la teinte spéciale communiquée par l'iode, elle disparaît au bout d'un certain temps.

Du reste, ce traitement est, en général, fort long, puisque M. Hawkins en a vu rarement la fin.

CANCER DE LA LANGUE TRAITÉ PAR LA LIGATURE; par M. ARNOLT.

OBS. — Hannah Hayward, âgée de 15 ans, entra à l'hôpital de Middlesex le 8 mai 1838. Le côté droit de la langue était occupé par une tumeur saillante à la partie supérieure et à l'inférieure, s'étendant jusqu'à près d'un demi-pouce de l'isthme du gosier, s'engageant sur les côtés entre les rangées dentaires. La portion saine se trouvait considérablement diminuée en largeur par cette compression. Du reste, la forme de la tumeur se rapprochait assez, à part l'inégalité de surface, de celle d'un œuf de poule. Sa couleur était pourpre, en partie cependant d'un gris jaunâtre, ce qui résultait sans doute d'un épanchement de lymphe sous la muqueuse de la langue. En arrière, la surface supérieure est recouverte d'excroissances verruqueuses; en avant, elle présente un aspect vésiculeux, par suite d'un épanchement de sérosité dans le tissu papillaire. Le tissu composant la tumeur était ferme, solide, résistant à la pression; le malade y accusait une douleur qui s'étendait jusque dans l'oreille. Une certaine quantité de sang s'écoulait de temps en temps, surtout lorsqu'on exerçait quelque pression sur elle. Les glandes lymphatiques voisines n'étaient pas engorgées; la malade paraissait du reste en bon état. Elle n'avait jamais été menstruée.

La maladie s'était présentée neuf ans auparavant, époque de son début, sous la forme d'une petite tumeur bleuâtre; depuis six semaines elle avait augmenté de volume avec rapidité, après l'ingestion de quelques pilules pour calmer des accès nerveux. Il est inutile de rappeler que les remèdes employés avaient été sans effet, et que la maladie faisait des progrès.

Il était difficile d'apprécier exactement l'étendue de la maladie; mais en faisant sortir la langue et la portant fortement à gauche, il devint possible de reconnaître les bornes de la tumeur en passant le doigt le long de son bord externe, sous la voûte palatine, où des tissus sains pouvaient être sentis en arrière. Inférieurement, comme la mobilité de l'organe se trouvait conservée, il était probable que l'altération n'atteignait pas toute sa base.

Voici comment fut exécutée la ligature le 6 juin, en présence et avec l'assistance de MM. Mayo, Tason, Warren de Boston et de M. B. Phillips.

La malade étant assise, la tête légèrement étendue, et l'os hyoïde bien senti, une incision fut commencée au niveau des parties supérieure et antérieure dans une étendue d'un pouce et demi sur la ligne médiane, comprenant la peau, le tissu cellulaire et le raphé des muscles mylo-hyoïdiens. Pénétrant alors entre les muscles genihyoïdiens et genio-glosses; le doigt put s'y faire une route; alors un ténaculum, saisissant le sommet de la langue, la fixa hors de la bouche, et la maintint ainsi pendant tout le temps que dura l'opération. Une forte aiguille, ayant son chas traversé d'un fil, fut passée par la plaie du cou, à travers la base de la langue dans le pharynx, un peu à gauche de la ligne médiane. L'anse de la ligature qui avait été portée au moyen d'un crochet mousse fut amenée hors de la bouche, et l'aiguille fut retirée de la plaie sur l'une de ses extrémités. L'anse étant coupée, on eut deux ligatures, dont l'une fut placée le long de la partie supérieure de la langue, de manière à limiter la maladie à gauche et portée à travers le sommet de cet organe de haut en bas, au moyen d'une forte aiguille

---

éclairée, en faisant tomber les chaînes dont, jusqu'à lui, ces malheureux étaient accablés, en les considérant non plus comme des coupables qu'il fallait punir, mais bien comme des malades qu'on devait guérir, a bien mérité de l'humanité entière, puisque partout ces infortunés étaient traités avec la même barbarie.

Il a rendu en outre un grand service à la science, en rejetant les moyens empiriques employés jusqu'à lui, et en accordant beaucoup aux forces médicatrices de la nature; ne pas troubler ses efforts était déjà un grand progrès, peut-être était-ce même tout ce qu'on pouvait faire de mieux à cette époque.

S'il ne guérissait pas autant d'aliénés qu'on peut le faire aujourd'hui, par un traitement plus actif et basé sur la nature mieux connue de la folie, du moins il se conformait au premier précepte de l'art : *primo non nocere*.

Les moyens auxquels on peut avoir recours pour traiter la folie sont de deux genres.

Les uns portent leur action sur diverses parties du corps, dans l'intention de modifier indirectement l'état du cerveau; c'est le traitement médical; les autres agissent sur cet organe en modifiant son action comme agent matériel des facultés affectives et intellectuelles; c'est le traitement moral.

Le premier est presque entièrement applicable à la manie, pendant sa période d'acuité, et le second aux diverses espèces de monomanie.

Parmi les moyens qui nous ont paru agir avec le plus d'efficacité, nous ferons mention seulement des saignées, des bains, des douches, des purgatifs et des exutoires.

La saignée, après avoir été longtemps considérée comme un des plus puissans moyens de guérison de l'aliénation mentale, a été ensuite repoussée comme un des plus pernicieux. Elle a été, pour ainsi dire, proscrite par Pinel; M. Esquirol pense qu'on ne doit y avoir recours que dans un très petit nombre de cas, et seulement lorsqu'il y a des signes très évidens de pléthore. D'un autre côté, Haslam, en Angleterre; J. Franck, en Autriche, et Rhus, aux Etats-Unis, ont singulièrement préconisé les évacuations sanguines, au début de la folie; le dernier surtout, qui soutient que les saignées doivent être plus abondantes dans la folie que dans toute autre maladie, et qu'elles doivent être portées jusqu'à défaillance.

Nous pensons, avec MM. Foville, Ferrus, et la plupart des médecins d'aliénés de notre époque, qu'il est tout à fait rationnel d'employer les saignées générales et locales dans la manie, puisque nous avons admis qu'elle était produite par une irritation ou une inflammation, et que la saignée est sans contredit le plus puissant des antiphlogistiques. Non seulement les évacuations sanguines contribuent à la guérison des manies aiguës, mais elles sont surtout très propres à prévenir ces altérations organiques qui, à la longue, amènent les démences incurables.

Ainsi, au début de la manie, nous avons souvent employé les saignées générales, plus ou moins répétées; puis, nous avons fait appliquer les sangsues à l'anus, et ensuite derrière les oreilles; un plus ou moins grand nombre de fois, suivant la persistance de la manie et la constitution des malades.

Nous pourrons rapporter ici un grand nombre d'observations de maniaques qui ont été dans un état de délire et de fureur extrême pendant plusieurs mois, lesquels sont parfaitement guéris, n'ont point éprouvé de rechutes, et chez lesquels nous avons eu recours aux saignées générales et locales fréquemment répétées.

Mais le moyen par excellence, celui dont on ne peut abuser dans le traitement

courbe, à travers laquelle l'extrémité buccale de l'autre ligature fut aussi passée.

Fixée au porte-aiguille, l'aiguille fut alors portée par le plancher de la bouche immédiatement derrière la dernière molaire, du côté droit, dirigée d'abord, et pendant la plus grande partie de son trajet perpendiculairement en bas, alors inclinée vers le milieu, enfin sortie par l'incision du cou. Il y avait ainsi deux ligatures dont les quatre chefs sortaient par la plaie; l'un d'eux fut disposé de manière à comprendre la moitié droite de la langue à sa base derrière la tumeur; l'autre placé longitudinalement à sa partie supérieure, puis obliquement en bas. La ligature ayant été faite alors aussi serrée que possible, la masse malade se trouva circonscrite en arrière, latéralement, et en quelque sorte inférieurement. Alors une troisième ligature traversa le devant de la langue, de manière à isoler dans ce point les tissus malades des parties saines.

Le premier effet de l'opération fut que la langue se trouva fixée dans la bouche, et qu'il devint impossible au patient d'articuler ou d'avaler.

Pendant quinze jours, la nourriture et les médicamens furent portés dans l'estomac à travers une sonde de gomme élastique.

Le onzième jour, les parties malades étaient séparées complètement du reste de l'organe par un sillon profond qui lui donnait un caractère de bifidité particulier. Ce sillon s'étendait jusqu'à la base, et semblait comprendre toute l'épaisseur des parties. La tumeur avait perdu de son volume par suite de la gangrène de sa surface. Elle n'avait plus son caractère vésiculeux et verruqueux; sa couleur n'était plus qu'un rouge pâle. Elle était ferme, résistante et dure, surtout en arrière. Vers le milieu de son bord dentaire, sa couleur était livide, et près de la surface supérieure, il devenait irrégulier et ulcéré.

La cicatrisation par seconde intention avait commencé de s'établir entre les parties saines et malades de la langue; seulement il était facile de déchirer avec la sonde ces adhérences encore molles. Il devenait évident que la *première portion* recevait du sang de la partie inférieure; on eut recours au procédé suivant pour la détacher : une anse de fil d'argent convenablement plié fut passée sur elle, par la bouche, enfoncée dans le sillon déjà mentionné; tirée alors en avant, la partie malade se trouva complètement placée au-dessous du niveau de l'anse. Les deux extrémités du fil furent ensuite passées à travers une double canule à polype, qui, portée jusque sur la tumeur, au point qui pouvait être considéré comme son col, la ligature fut serrée; alors le reste de la tumeur se mortifia cinq jours après, le seizième à dater de la première opération. Le malade quitta l'hôpital le 10 juillet, sans que rien pût faire craindre une récidive.

M. Arnolt ajoute : « Il est inutile de rappeler que l'extrémité de la langue, et tout le côté droit qui étaient sains furent ménagés. Pendant quelque temps le malade souffrit beaucoup de son inhabileté à distinguer le goût des substances mises en contact avec cette portion du sommet, et par les pincemens continuels qu'elle éprouvait entre les dents. Quoique rien ne soit changé, j'ai aujourd'hui (13 novembre) acquis la certitude par l'application de corps sapides que ces deux inconvéniens n'existent plus. Pendant quelque temps, la malade se trouva incommodée par les portions d'alimens qui pénétraient sans cesse dans la cavité laissée par l'opération, ce qui nécessitait presque toujours l'emploi du doigt pour l'éloigner. Mais, par suite de la diminution de cet espace, due au développement des parties primitivement comprimées, et de l'habitude que la malade avait acquise de mouvoir sa langue, le malade n'éprouva plus les inconvéniens déjà signalés. Toutefois, les mouvemens de la langue sont bornés par une cicatrice attachée à l'extrémité de la bouche, et son sommet ne peut être porté au-delà des dents; mais un étranger ne pourrait pas découvrir, en l'entendant parler, qu'elle a perdu une portion si considérable de la langue; seulement on remarquerait qu'elle grasseye.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU PAR L'OPIUM; par le docteur CORRIGAN.

Le but que doit se proposer le médecin, dans le traitement du rhumatisme, est d'abréger autant que possible la durée de la maladie, de prévenir les complications graves qui viennent pendant son cours et de soutenir les forces du malade. Le traitement par l'opium aurait, au rapport du docteur Corrigan, ces trois avantages; il abrège la durée de la maladie, rend supportables pour les malades les douleurs atroces qui l'accompagnent, et soutient ses forces de manière à ce que la convalescence est rapide; enfin il affaiblit considérablement la disposition aux complications du côté du cœur et de ses enveloppes.

La règle dont il est le plus important de ne pas s'écarter dans ce traitement, c'est d'administrer l'opium à une dose suffisamment élevée. Beaucoup de praticiens croient avoir fait l'essai de cette médication et disent n'en pas avoir retiré les heureux effets qu'ils en attendaient; mais, dit l'auteur, c'est que dans ces cas on s'était contenté d'administrer l'opium à la dose d'un grain toutes les cinq ou six heures. Or, ce n'est pas le traitement que conseille M. Corrigan, car il a l'inconvénient de laisser supporter au malade tous les effets de l'action stimulante de l'opium et le priver des bienfaits de son influence sédative. La dose d'opium doit toujours être augmentée en fréquence et en quantité jusqu'à ce que le malade éprouve un soulagement manifeste, et alors on doit continuer la même dose jusqu'à ce que la maladie ait pris une marche décidément rétrograde. Le premier indice d'après lequel le praticien pourra juger qu'il a atteint la dose convenable est fourni par le malade lui-même qui répondra si on lui demande, par exemple, comment il a passé la nuit, qu'il n'a pas dormi peut-être, mais que ses douleurs ont cessé et qu'il se trouve très à son aise; à partir de ce moment, l'opium peut être continué à la même dose et à la même fréquence. Chez un des malades dont l'auteur rapporte l'observation, une rechute ayant eu lieu après que ce traitement avait été discontinué, on revint à l'opium à la dose de deux grains toutes les trois heures, sans interruption pendant vingt-quatre heures, durant lesquelles le malade en prit seize grains; aussi à partir de ce moment tous les accidens cessèrent et pour tout à fait. Dans un autre cas, le malade en prit deux cents grains en quinze jours. Le plus souvent, la dose de dix à douze grains par jour doit suffire.

La tolérance de l'opium dans les cas de rhumatisme est un des caractères les plus remarquables de traitement, et pourrait être citée comme une preuve de son efficacité; le cerveau n'éprouve aucun effet fâcheux de l'administration d'une aussi grande quantité d'opium. Chez un malade même qui, dans toutes ses affections fébriles antérieures, avait toujours eu une tendance très prononcée au dérangement des fonctions cérébrales, l'administration de grandes quantités d'opium ne fut pas suivie du plus léger trouble de ces fonctions.

Un autre effet remarquable de l'emploi de l'opium à doses continues, c'est d'amener la diarrhée pendant que le malade prend les doses les plus élevées. Dans quelques cas même, cet accident devient assez prononcé pour qu'on soit obligé d'avoir recours aux lavemens d'amidon ou aux autres astringens.

Il est rarement utile de purger le malade pendant la durée du traitement par l'opium, car on a vu les douleurs qui avaient été calmées revenir à

de la manie, c'est l'usage des bains, non pas les bains de surprise, froids, mais les bains tièdes dans lesquels on laisse longtemps les malades. Pendant la période aiguë, on se trouvera très bien de l'action de l'eau froide sur la tête, lorsque le malade est au bain : on emploie pour cela un bonnet de laine ou bien une éponge. On peut encore, pour remplir la même indication, avoir recours aux affusions froides recommandées par le docteur Curie, et surtout par M. Foville, ou enfin à la douche légère en arrosoir.

Quant à la douche ordinaire, elle ne doit être employée qu'avec beaucoup de prudence; elle peut être utilisée surtout comme moyen de correction et d'intimidation. Nous y reviendrons en parlant du traitement moral de la folie.

Par les bains tièdes et l'eau froide sur la tête, on obtient un effet doublement sédatif.

Dans les manies très aiguës, dans celles qui tiennent de la frénésie, nous avons quelquefois employé avec succès, après les évacuations sanguines, la glace sur la tête.

Les purgatifs, tant préconisés par les auteurs anciens, sont peut-être oubliés de nos jours; ils peuvent être employés avec beaucoup d'avantage sur les individus d'un tempérament lymphatique, lorsque l'estomac et les intestins ne sont pas irrités.

L'émétique en lavage produit de très bons effets sur les sujets bilieux atteints de lypémanie.

Mais il est ordinairement fort difficile de décider les aliénés à prendre des médicamens, et surtout des purgatifs ou des émétiques. On est obligé d'employer ceux qui, sous un petit volume, sont doués d'une action très énergique; ainsi, on peut administrer dans des confitures ou dans toute autre substance alimentaire, le calomelas, à la dose de 1 à 3 décigrammes (2 à 6 grains); mais le purgatif par excellence, dans ces cas, est l'huile de croton-tiglium, qui, à la dose d'une à deux gouttes, dans du sirop ou du miel, étendu ensuite dans une plus ou moins grande quantité d'un liquide quelconque, purge parfaitement bien, sans causer aucun accident. Il est bien préférable à l'ellébore, tant vanté par les anciens, drastique infidèle, qu'on a eu grandement raison d'abandonner entièrement.

Lorsque la maladie ne cédait pas aux saignées générales et locales, aux bains et aux boissons délayantes ou émulsionnées, aidées d'un régime doux, nous avions recours, après un laps de temps plus ou moins considérable, aux exutoires, et surtout au cautère potentiel à la cuisse, chez les femmes non menstruées, et, dans presque tous les autres cas, à la nuque.

Nous préférions en général le cautère au séton, parce qu'après l'application de la potasse caustique, il survient un travail particulier destiné à séparer la partie morte des tissus vivans, travail que nous croyons être un puissant moyen de révulsion; d'ailleurs le séton a en outre l'inconvénient d'occasionner des douleurs violentes, et d'être continuellement arraché par les malades.

Nous avons employé quelquefois avec succès les frictions autour du cuir chevelu avec la pommade d'Autenrieth. Un jeune homme de 17 ans était depuis six mois atteint d'une manie aiguë; les saignées, les boissons délayantes, le cautère avaient été employés, sans aucun amendement dans la marche de la maladie; les frictions avec l'axonge et le tartre stibié autour du cuir chevelu rasé, déterminèrent l'apparition de boutons qui amenèrent la guérison.

la suite de l'administration d'un purgatif, soit parce que le malade avait peut-être pris froid en se levant du lit, soit par l'irritabilité produite par l'action du purgatif. Lorsque le malade n'a pas été constipé au commencement de la maladie, il suffit et même il est avantageux qu'il n'ait qu'une seule selle toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Dans la plupart des cas, le docteur Corrigan applique en même temps des embrocations sur les articulations douloureuses, de l'essence de térébenthine chaude, de l'eau-de-vie camphrée ou une simple décoction de tête de pavot; ou, quand il ne reste qu'un peu de raideur dans les articulations, sans gonflement, il ordonne un liniment avec parties égales d'essence de térébenthine, d'huile camphrée, et un gros de soufre par once de liniment.

L'auteur conseille dans quelques cas de joindre à l'opium le sulfate de quinine; voici dans quelles circonstances; c'est surtout lorsque la fièvre venant à tomber presque tout d'un coup, la peau reste couverte d'une transpiration presque continuelle, quelquefois avec une éruption miliaire; cette sueur est quelquefois si abondante que lorsqu'on change les vêtemens du malade, il s'en élève une épaisse vapeur; la peau pâlit et devient gluante; les douleurs prennent un caractère erratique, le pouls devient plus fréquent et plus fort. Quand la maladie commence à décliner, le docteur Corrigan veut qu'on emploie la mixture de gaïac qui selon lui ne mérite pas le discrédit où est tombée la préparation de ce moyen qui autrefois était en si haute faveur.

II. EDINBURGH JOURNAL.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR LA MANIÈRE DONT AGISSENT PLUSIEURS POISONS SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE; par M. J. BLAK.

L'auteur se propose, dans ce mémoire, de combattre l'opinion des physiologistes qui pensent que quelques poisons agissent diretement sur le système nerveux et sans l'intermédiaire de la grande circulation. La principale raison sur laquelle ils appuient cette opinion, c'est que les effets du poison se manifestent avec tant de rapidité, d'une manière si instantanée; il se passe, selon eux, si peu de temps entre le moment où le poison est mis en contact avec le corps et ses effets, que l'on ne peut admettre qu'il ait eu le temps de traverser la circulation pour agir ensuite sur toute l'économie. De là, la nécessité d'expliquer cette transmission si instantanée par l'intermédiaire du système nerveux qui transmet avec tant de rapidité les sensations des membres au cerveau, et l'influx cérébral du cerveau aux membres. M. Blak établit deux séries d'expériences sur cette question; les unes destinées à apprécier aussi exactement que possible la rapidité de la circulation; les autres à démontrer que sans la circulation les poisons les plus actifs perdent presque toute leur énergie.

1° Comme le résultat des expériences de la première série diffère un peu de ce qui est généralement admis, nous allons analyser quelques-unes des expériences de cette série.

1re EXPÉRIENCE. — Un gros d'ammoniaque très fort est injecté avec cinq gros d'eau dans la veine d'un chien: pendant ce temps on tenait tout auprès et au-dessous de ses narines une baguette de verre qu'on venait de plonger dans de l'acide hydrochlorique très fort. A peine quatre secondes s'étaient écoulées depuis l'introduction de la première goutte de la solution d'ammoniaque dans les veines, que déjà on reconnaissait la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré par les vapeurs blanches abondantes qui se dégageaient autour du balon de verre imbibé d'acide hydrochlorique. En quatre secondes, l'ammoniaque avait donc passé de la veine jugulaire dans les cavités droites du cœur, et de là dans les capillaires pulmonaires, et, enfin, traversé toute l'étendue des voies aériennes des poumons.

2e EXP. — Elle repose sur la propriété que possède la sonde, ainsi que ses sels, d'arrêter la circulation capillaire dans les poumons, et conséquemment de diminuer immédiatement la force du pouls. 15 grains de sonde dissous dans 6 gros d'eau sont injectés dans la veine jugulaire d'un chien. Six secondes après l'introduction de la première partie de l'injection la pression exercée par le système artériel était déjà diminuée, et le mercure de l'hémadynamomètre tomba rapidement à zéro, bien que le cœur continuât encore de battre.

3e EXP. — Elle repose sur la propriété qu'ont certaines substances de paralyser l'action du cœur lorsqu'elles viennent en contact avec cet organe. Cette expérience, faite avec l'*upas antiar*, l'arsenic, l'acide oxalique, l'infusion de tabac injectés en solution dans les veines, a arrêté les mouvemens du cœur dans l'espace de sept à quatorze secondes.

2° La seconde série d'expériences a pour objet de rechercher si les poisons les plus énergiques agissent réellement à l'instant même où ils sont mis en contact avec l'économie, ou s'il s'écoule entre ces deux instans un temps assez long pour qu'on puisse expliquer leur transmission par la circulation.

4e EXP. — Un demi-gros d'acide hydrocyanique concentré, et qui venait d'être préparé, est versé sur la langue d'un fort chien qui pesait dix-huit livres, et dont on tenait la tête élevée; onze secondes s'écoulèrent entre l'application de l'acide hydrocyanique et l'apparition des premiers phénomènes morbides. La respiration fut la première gênée, et au bout de trente-trois secondes, le chien était mort. Si on introduit un tube dans la trachée, et par lequel l'animal puisse respirer, les phénomènes morbides se développent encore plus tardivement, ce qui dépend probablement alors de ce que la vapeur de l'acide n'est pas inspirée. Cette expérience, répétée plusieurs fois, a toujours produit les mêmes résultats.

5e EXP. — Cinq grains de woorara, qui n'est absorbé que lentement, sont injectés avec 5 gros d'eau dans la veine jugulaire d'un chien. Vingt secondes s'écoulent avant qu'aucun symptôme apparaisse; alors seulement de violentes convulsions sont produites, et quarante-cinq secondes après l'injection, l'animal était mort. Cette expérience, répétée trois fois, a constamment fourni les mêmes résultats.

6e EXP. — Dix gouttes de conine (le principe de la ciguë) sont injectées dans la cuisse d'un chien; quinze secondes s'écoulent sans aucun phénomène morbide; alors la respiration est notamment affectée, et le chien meurt trente secondes après l'injection.

Des expériences semblables, faites avec la noix vomique et d'autres poisons d'une grande énergie ont prouvé qu'il s'écoulait toujours entre le moment où le poison est mis en contact avec l'économie, et celui où commencent les premiers accidens un intervalle d'au moins douze ou quinze secondes, intervalle qui suffit pour expliquer la transmission des principes vénéneux par la circulation, sans qu'on ait besoin d'admettre

---

Le vésicatoire sur le cuir chevelu a quelquefois produit des effets avantageux.

Avant de passer au traitement moral, nous ne pouvons nous dispenser de dire un mot de l'opium, de la digitale et du quinquina, médicamens qui ont été singulièrement prônés par quelques auteurs.

Il est facile de concevoir que l'action de l'opium et des narcotiques en général doit presque toujours être nuisible dans la folie, puisque ces médicamens favorisent les congestions cérébrales qu'il faut s'efforcer de prévenir. Cependant nous avons employé quelquefois, comme sédatif, le sirop ou l'acétate de morphine sur des malades d'un temperament nerveux et très irritables, et l'eau de laurier-cerise.

La digitale, par la propriété qu'elle possède de diminuer les battemens du cœur, convient dans quelques manies hystériques compliquées de palpitations violentes.

Nous avons eu souvent l'occasion de constater l'inefficacité du quinquina dans les manies intermittentes, même dans celles dont les accès étaient très rapprochés.

Dans la convalescence de la manie, on continue d'employer le traitement physique ou medical dont nous venons de parler; mais on doit y joindre les moyens moraux; on a alors recours aux conseils, aux exhortations, aux distractions, au travail manuel et surtout aux voyages.

Le traitement moral, dont il nous reste à parler, convient seul dans les diverses monomanies et dans les folies où des idées fausses, où des hallucinations constituent seules la maladie.

Le premier essai d'un traitement moral de la folie ne remonte pas au-delà de la fin du siècle dernier; jusque-là on se contentait, comme nous l'avons déjà indiqué, de saigner, de purger les aliénés, et de les précipiter dans l'eau froide; après quoi ils étaient considérés comme incurables, et, comme tels, relégués dans des cachots, où non seulement ils ne recevaient aucun des soins qu'exige leur position, mais où on leur prodiguait au contraire les traitemens les plus barbares.

C'est, nous le répétons, à un médecin français, à l'illustre Pinel, que les aliénés doivent les améliorations qui ont été successivement apportées à leur malheureuse situation, non seulement en France, mais encore chez toutes les nations civilisées.

Ainsi, ce ne sont pas les Anglais qui, les premiers, ont traité avec humanité les malheureux privés de l'usage de la raison; c'est en 1792 que l'usage des chaînes a été aboli à Bicêtre, tandis que ce n'est qu'en 1814, lorsque les Anglais se furent convaincus que les fous pouvaient être contenus sans ces moyens cruels, qu'ils furent enfin abandonnés à l'hôpital de Bedlam, à Londres.

On trouve dans les œuvres de Pinel, de Cox, de Haslam, de Georget et de M. Esquirol, d'excellens préceptes sur le traitement moral des aliénés. M. Leuret vient de publier des faits qui prouvent que le traitement moral, dirigé avec sagacité et avec une volonté ferme, peut ramener à la raison des malades réputés incurables.

Tous les médecins que nous venons de citer pensent que l'isolement est une condition indispensable pour le traitement des aliénés; en les éloignant de leurs parens et de leurs amis, en les arrachant à toutes leurs habitudes, on opère sur leur esprit un changement utile, parce qu'ils sont forcés de se soumettre à des

l'action dn système nervenx pour expliquer cette transmission. Mais l'anteur va plus loin encore, et démontre par une autre série d'expériences, que plus la partie du système vasculaire dans laquelle on introduit le poison est près des centres nerveux, plus son action est rapide. Ces expériences reposent sur ce que, en injectant dans l'aorte un poison qui agit sur les centres nerveux, la distance qu'il doit parcourir pour arriver à ces centres est beaucoup moindre que quand on l'injecte dans le système nerveux.

7ᵉ Exp. — On fait arriver dans l'aorte, au moyen d'un tube introduit dans l'artère axillaire, 5 grains de woorara, dissous dans 2 gros d'eau. Les premiers symptômes de l'action dn poison se développent au bout de sept secondes. Nous venons de voir (5ᵉ exp.) que cette même opération pratiquée par la veine jugulaire avait exigé vingt secondes. Des expériences analogues, répétées avec d'autres substances vénéneuses ont constamment produit les mêmes résultats.

Toutes ces expériences ne sont cependant pas des preuves positives de l'assertion de l'anteur, et ne peuvent fournir que de fortes présomptions en sa faveur; aussi a-t-il cherché par l'expérience suivante à donner une preuve directe que le simple contact du poison avec une large surface ne produit pas d'action générale sur l'économie, tant que le poison n'est pas entré dans la grande circulation.

8ᵉ Exp. — Après avoir ouvert l'abdomen sur un chien, on lui pratique la ligature des vaisseaux qui traversent le foie; puis on lui injecta dans l'estomac, par une ouverture faite aux parois abdominales, 3 gros d'acide hydrocyanique de Scheele. Dix minutes se passent sans qu'on observe le plus léger effet. Alors, on retire la ligature appliquée sur la veine porte, et au bout d'une minute, l'effet du poison commence à se manifester. La ligature est aussitôt réappliquée; mais l'animal allait périr, si on n'eût eu recours à la respiration artificielle. Au bout de huit minutes, l'animal était assez bien pour respirer sans ce secours; on retire encore une fois la ligature, et l'animal meurt deux minutes après.

L'auteur tire de ces expériences, qui furent faites sur des chiens adultes, les conclusions suivantes.

1° Le temps nécessaire pour qu'une substance parcoure le système capillaire peut être considéré comme inappréciable.

2° l'intervalle qui s'écoule entre l'absorption d'une substance par les capillaires et sa diffusion générale dans le corps ne doit pas excéder neuf secondes.

3° Un espace de plus de neuf secondes s'écoule toujours entre l'introduction d'un poison dans les veines ou les capillaires et l'apparition de ses premiers effets.

4° Si le poison est introduit dans une partie du système vasculaire plus rapprochée du cerveau, ses effets se développent avec plus de rapidité.

5° Le contact du poison avec une large surface du corps ne peut donner naissance à des symptômes généraux tant qu'on ne permet pas qu'il s'étende par tout l'organisme.

OBSERVATIONS SUR LES CICATRICES JAUNES, CORPORA LUTÆA DE L'OVAIRE; par le docteur PATERSON.

On trouve dans l'ovaire et aux divers âges de la vie des taches jaunes, qui peuvent être facilement confondues avec les vraies cicatrices des vésicules de Graaf. Le but de l'auteur de ce travail est de signaler les différences qui existent entre ces différentes productions et de donner les moyens de distinguer les vraies cicatrices des autres altérations qui peuvent les simuler jusqu'à un certain point. Il retrace d'abord le mode de formation des taches jaunes qui succèdent, comme on le sait, à la rupture des vésicules de Graaf, et trouve dans la marche que suivent ces cicatrices dans leur formation les deux caractères principaux qui peuvent servir à les distinguer, et qui sont un aspect plissé de la cicatrice et la présence au centre d'une cavité ou d'un caillot fibrineux. Quand la vésicule de Graaf, après avoir été considérablement distendue par l'afflux du sang, s'est déchirée et a laissé sortir l'ovule, il s'en écoule aussi une certaine quantité de fluide, qui diminue son volume et, en raison de l'élasticité de ses parois, elle revient à peu près à son volume ordinaire. Mais la matière du *corpus lutæum* qui s'était épanchée autour de la vésicule obligée, de la suivre dans son retrait, ne peut le faire qu'en prenant un aspect plissé dont M. Paterson offre plusieurs exemples dans ses planches. Quant au deuxième caractère, la présence d'une cavité ou d'un caillot au centre, il est l'effet de l'hémorragie qui accompagne toujours la rupture de la vésicule, et qui fait qu'une certaine quantité de sang pénètre toujours dans son intérieur. Si cette quantité est considérable, il se forme nécessairement un caillot fibrineux qui le remplit. S'il n'y pénètre que peu de sang, le fluide propre de la vésicule y reste et y forme la cavité qu'ont décrite les auteurs. L'opinion de l'auteur sur le siége du *corpus lutæum* diffère donc des deux émises jusqu'ici sur ce point, de celle de Baer (de Konigsberg), qui regarde cette production comme une simple hypertrophie de la membrane interne de la vésicule, et de celle du docteur Lee, qui pense que la substance jaune est déposée en dehors des deux membranes de la vésicule, tandis que, pour le docteur Paterson, c'est entre ces deux membranes qu'elle se trouve réellement.

L'un des points les plus importans de l'étude de ces cicatrices jaunes, c'est l'appréciation de leur âge, du temps qui s'est écoulé depuis la rupture de la vésicule. Il est facile de concevoir que cette connaissance peut être utile dans certains cas de médecine légale. Les deux caractères que nous avons donnés ci-dessus, comme pouvant servir à caractériser la matière jaune, appartiennent presqu'exclusivement aux trois premiers mois qui suivent la rupture de la vésicule. A une époque plus éloignée, cette production diminue graduellement de volume; sa couleur est communément d'un jaune foncé, quelquefois, au contraire, très brillant et même mêlé d'une nuance rougeâtre. La cavité centrale, lorsqu'il en existait une dans les premiers mois, se présente alors généralement sous la forme d'une ligne blanche au centre et disposée en zigzag. Dans les cas cependant où cette cavité existe, et où la membrane qui la tapisse est épaisse, il n'est pas rare qu'elle conserve sa dimension première pendant toute la durée de la grossesse. L'auteur rappelle à cette occasion que le *corpus lutæum* est extrêmement mou chez les femmes qui meurent des suites de couches, au point même que quelquefois on entraîne la matière centrale avec la lame du histouri, lorsqu'on pratique une incision pour l'examiner.

L'époque où disparaît le *corpus lutæum* est encore fort incertaine. L'auteur dit en avoir cherché en vain des traces chez beaucoup de femmes mortes trois ou quatre mois après l'accouchement. On cite cependant quelques cas où on le retrouve à une époque plus éloignée; mais ces cas ne sont que des exceptions et très rares. Quoi qu'il en soit, la grande quantité de sang que reçoivent pendant la grossesse les appendices de la

---

étrangers sur lesquels ils n'ont aucun empire; leur volonté se trouve ainsi brisée, ce qui est de la plus haute importance.

Il faut donc conduire les aliénés, dès le début de la maladie, dans un établissement consacré à ce genre d'affections, où ils soient traités avec humanité, mais où un appareil de force puisse être déployé à propos, afin de les intimider et de réprimer la violence de leurs emportemens.

Il est évident que tout raisonnement serait inutilement adressé à un maniaque furieux; mais il est arrivé, quelquefois, que des reflexions faites à propos à des monomaniaques ont changé la série de leurs idées. Il faut donc les encourager et les punir suivant la nature des symptômes.

Les seuls moyens de répression, aujourd'hui employés, sont : le gilet de force, le cachot et surtout la douche d'eau froide sur la tête, ou seulement la crainte de la douche.

Ce dernier moyen nous a quelquefois parfaitement réussi ; en voici un exemple : le nommé D....., de Cublize, avait été amené à l'Hospice, à l'âge de vingt ans; renvoyé guéri, il y était rentré en 1836, ayant éprouvé une rechute quinze ans après le premier accès. Sa folie consistait à crier sans cesse et à tue-tête, répétant toujours la même chose. Lorsqu'on lui enjoignait de se taire, il répondait que c'était plus fort que lui, qu'il ne pouvait se retenir ; il criait de plus belle, et ne s'arrêtait que lorsque ses vociférations l'avaient entièrement épuisé. Impatienté, je lui intimai un jour l'ordre de se taire, en ajoutant que s'il continuait, je le ferais doucher; il continua. Soumis à l'instant même à l'action de la douche, il se tut; la crainte d'être douché de nouveau l'empêcha de crier, et dès lors il fut guéri. Il sortit de l'Hospice un mois après, parfaitement tranquille, et nous savons que sa guérison ne s'est pas démentie.

Pour guérir les fous, et pour prévenir les rechutes, il faut les occuper continuellement, surtout à des travaux manuels; ainsi l'expérience faite à Bicètre par M. le docteur Ferrus a prouvé qu'une ferme était devenue un auxiliaire indispensable de tout hôpital d'hommes aliénés.

Les voyages sont aussi utiles pour les malades riches que les travaux manuels pour la classe inférieure; ils accélèrent la convalescence et préviennent les rechutes. Ainsi nous avons souvent conseillé avec un plein succès un voyage en Suisse, fait partie à pied, partie en voiture, et à petites journées. « J'ai souvent observé, dit M. Esquirol, que les aliénés sont soulagés après un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés dont l'aspect et le site aient saisi leur imagination, s'ils ont éprouvé les difficultés, les tracasseries, les contre-temps et les fatigues ordinaires aux voyageurs.

» Les voyages agissent encore en excitant toutes les fonctions assimilatrices; ils provoquent l'appetit, le sommeil et les sécrétions.

» Les convalescens qui craignent de rentrer dans le monde, où ils redoutent à avoir à parler de leur maladie, sont moins inquiets après un voyage, qui est le sujet de leur conversation avec leurs amis et leurs parens. »

J'ai cru devoir rapporter ce passage de M. Esquirol, parce qu'il résume on ne peut mieux les heureux effets que produisent les voyages sur les aliénés.

Pour que le traitement moral de la folie soit possible, il faut que l'hospice soit lui-même, suivant l'heureuse expression de M. Esquirol, un instrument de

matrice peut expliquer pourquoi il n'est pas absorbé pendant ce travail de la nature; mais l'activité avec laquelle s'opère l'absorption à la suite de la couche ne tarde pas à le faire disparaître complètement, à moins que quelques causes accidentelles, comme une inflammation, n'entretiennent dans l'ovaire un afflux de sang longtemps après l'accouchement, car alors son absorption est complètement arrêtée. A mesure que le *corpus lutæum* est absorbé, les deux membranes de la vésicule se rapprochent, finissent même par se réunir, et forment un petit kyste plissé sur lui même. L'usage du *corpus lutæum* est encore inconnu. Il paraît cependant probable qu'il joue un rôle dans l'évolution de l'ovule, et qu'il est surtout destiné à fermer l'ouverture par laquelle l'ovule s'est échappé.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens dans lesquels il entre sur les causes et le mode de formation des fausses cicatrices jaunes, *falsa corpora lutæa*. Nous nous contenterons de dire, en résumant, qu'elles peuvent être produites:

1° Par la rupture d'une vésicule de Graaf et l'épanchement consécutif dans son intérieur d'une certaine quantité de sang, comme pendant la menstruation;

2° Par la résorption du fluide d'une vésicule, qui avait pris une dimension anormale, et d'où résulte un kyste plissé;

3° Par un épanchement sanguin dans le tissu de l'ovaire, apoplexie de l'ovaire;

4° Par des dépôts tuberculeux;

5° Par des kystes remplis d'une matière grasse jaunâtre.

Ces productions peuvent être distinguées, suivant l'auteur, du vrai *corpus lutæum* par les signes suivans; elles ont ordinairement une forme irrégulière; elles n'ont ni cavité centrale tapissée par une membrane distincte, ni cicatrice centrale disposée en zigzag, ni rayons concentriques. On en trouve souvent dans les deux ovaires.

OBSERVATIONS SUR LES CARACTÈRES D'UNE FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE QUI A RÉGNÉ A LA DOMINIQUE EN 1838; par le docteur IMRAY.

Pendant la fin de 1837 et le commencement de 1838, il régna à Roseau et aux environs une fièvre intermittente qui frappa beaucoup de monde, n'atteignant pas cependant les Européens, mais seulement les indigènes blancs ou colorés. A peine cette fièvre avait-elle disparu qu'elle fut remplacée par une fièvre continue d'un caractère bien plus grave et qui atteignait spécialement les Européens établis dans l'île. Cette maladie, qui différait spécialement de la fièvre intermittente et même de la fièvre rémittente, qui règne habituellement dans le pays, offrait les caractères les plus graves de la fièvre jaune. Aux symptômes de prostration, aux céphalalgies, malaises généraux, oppressions, petitesse et fréquence du pouls, irritabilité de l'estomac, succédaient, au bout de deux ou trois jours, des vomissemens noirs ou une exsudation de sang par la muqueuse de la bouche et du nez, puis les symptômes cérébraux et nerveux, et la mort avançait promptement; la peau prenait une couleur jaune très foncée, et surtout au col, aux épaules et à la poitrine. Dans les cas où les vomissemens noirs n'avaient pas lieu, on trouvait, après la mort, l'estomac plein de ce fluide; si on laissait reposer la matière non vomie, elle laissait au fond du vase un dépôt semblable à du marc de café.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails des symptômes graves de cette affection et des divers traitemens qui lui ont été opposés; nous nous bornerons seulement à signaler quelques faits qui nous paraissent plus importans. Les vomissemens ont, dans tous les cas, été suivis de mort. Le traitement antiphlogistique, employé d'abord, dut être bientôt abandonné. Les stimulans les plus énergiques procurèrent seuls quelques guérisons: on était obligé de les continuer pendant plusieurs jours et à fortes doses; si on les discontinuait pendant quelques heures, seulement, l'abaissement du pouls et le refroidissement des extrémités survenaient immédiatement. Une dame et un ministre méthodiste, qui en santé ne buvaient que de l'eau, prirent chacun, en peu de jours, sans compter les autres stimulans, douze bouteilles de vin de Champagne et furent sauvés.

L'auteur cherche en vain dans les conditions atmosphériques et d'assainissement la cause de cette épidémie. Les altérations morbides trouvées dans l'estomac semblaient plutôt être des effets que la cause de la maladie. Le foie avait dans tous les cas une teinte jaune légère. Sur 131 hommes de garnison, 100 furent malades et 35 moururent. Sur six officiers qui furent atteints, trois succombèrent.

QUATRE CAS D'ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE ET UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE; par le docteur J. REID.

L'auteur dit avoir observé en dix-huit mois neuf cas d'anévrisme de l'aorte, à l'infirmerie royale d'Edimbourg, qui tous se sont terminés par la mort. Les quatre qu'il rapporte sont ceux qui lui ont semblé offrir le plus d'intérêt. Nous allons en donner les titres seulement, car ils ne sont remarquables que par leur rareté et n'ont fourni aucun renseignement utile, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement de cette affection, qui jusqu'à ici a toujours résisté à tous les secours de l'art.

1° Anévrisme de l'aorte, qui s'est ouvert dans l'oreillette droite chez un homme de 35 ans. Toute la partie supérieure du corps était livide et le siége d'un œdème très prononcé. La mort arriva subitement. L'anévrisme comprimait la veine-cave supérieure près de son origine et deux ouvertures ovales à bords arrondis établissaient une libre communication entre l'anévrisme, l'oreillette droite et l'origine de la veine-cave supérieure. L'œdème très prononcé de la partie supérieure du corps devait, dans ce cas, comme on l'a vu dans plusieurs autres, être l'effet de la compression exercée par l'anévrisme sur la veine-cave supérieure.

2° Anévrisme de l'aorte, qui s'est ouvert dans l'artère pulmonaire chez un homme âgé de 36 ans, adonné à l'intempérance. A l'autopsie on trouva sur l'aorte et près de son origine une tumeur anévrismale du volume d'une orange, et qui communiquait avec l'artère pulmonaire par une fissure d'un pouce de long et d'une origine récente.

3° Anévrisme de l'aorte, communiquant avec l'artère pulmonaire, chez un homme âgé de 60 ans, qui vint mourir à l'infirmerie. La communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte anévrismal existait à l'endroit qu'occupe le canal artériel chez le fœtus; cependant, l'auteur ne pense pas que cette communication soit un reste du canal artériel, d'abord parce que sur ce point l'aorte offrait une dilatation anévrismale, et ensuite parce que l'ouverture de communication était irrégulière et frangée au lieu de cette surface lisse et arrondie que présente l'embranchement des deux artères. La membrane interne de l'artère pulmonaire présentait plusieurs taches jaunes autour de l'ouverture.

---

guérison. Or, il faut l'avouer, quoique l'intérêt qu'inspirent les aliénés semble s'accroître de jour en jour, les asiles dans lesquels ces malheureux sont reçus laissent encore beaucoup à désirer.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai lu avec autant de surprise que de peine la réclamation assez vive que vous a adressée M. Cazenave, de Bordeaux, à propos d'un passage de l'article *ankylose* inséré dans la GAZETTE MÉDICALE du 22 février dernier. Ne connaissant M. Cazenave que par quelques-uns des mémoires intéressans publiés par lui dans divers journaux de médecine, je ne pouvais être porté par aucun motif à alléguer contre lui rien de *malveillant*. Mon intention n'a été nullement de mettre en doute la véracité de M. Cazenave; et comme il paraît n'avoir pas bien saisi le sens de mes expressions, je vais expliquer en peu de mots ce que j'ai voulu dire.

Après avoir rapporté le commencement d'une observation publiée il y a trois ans dans le journal des CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, je dis, entre parenthèses: (*Tout cela est bien admissible*), c'est-à-dire que les faits dont je viens de parler, ou du moins des faits analogues ont été observés si souvent et sont tellement simples qu'il n'est besoin du poids d'aucune autorité scientifique pour les faire admettre. Je continue et je dis: (*mais ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il se releva et retrouva les mouvemens de son genou, etc.*).

Le mot *singulier* a été pris par M. Cazenave dans un sens tout autre que celui reçu généralement dans la science. Tous les jours, dans tous les ouvrages, partout, on entend par *fait singulier*, un fait en dehors des faits habituels, en dehors des faits qu'on a coutume d'observer. Or, tout fait de cette nature, tout *fait singulier* a besoin, pour être cru, d'être appuyé sur une autorité scientifique suffisante, et c'est pour cela qu'avant de rapporter les faits dont il s'agit, j'ai cru devoir dire: (*ils contiennent des choses si singulières, qu'il faut connaître M. Cazenave pour les admettre*). Je ne rejette donc point l'autorité de M. Cazenave, puisqu'au contraire je l'invoque pour prouver la réalité de *faits singuliers*.

J'espère que cette explication satisfera M. Cazenave, et lui donnera la certitude que le mot *singulier* n'a pas été pris par moi dans le sens *malveillant* qu'il a cru y apercevoir.

A. DEVILLE.

— CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS, par F.-L.-J. VALLEIX, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, ancien interne de l'hospice des Enfans trouvés, etc.; avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation. Un fort volume in-8. Prix: 8 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

4° Anévrisme qui s'est ouvert à l'intérieur, chez un maçon de 31 ans, et chez lequel la tumeur s'ouvrit pendant qu'il était à la garderobe. Cette tumeur anévrismale était énorme et s'étendait depuis l'origine de l'aorte jusqu'à la quatrième vertèbre.

OBSERVATION D'ANASARQUE DU CUIR CHEVELU DÉPENDANT PROBABLEMENT D'UNE INFLAMMATION CHRONIQUE DU PÉRIOSTE DES OS DU CRANE; par le docteur J. REID.

L'auteur rapporte quatre observations d'anasarque du cuir chevelu, et pourrait, dit-il, en citer beaucoup d'autres, si elles n'offraient pas à peu près toutes les mêmes caractères; les deux suivantes suffisent pour appeler l'attention des lecteurs sur cette maladie nouvelle, si toutefois on peut désigner ainsi l'état morbide mal caractérisé dont il est question dans cet article.

OBS. I. — R. Mitchell, âgé de 26 ans, robuste et habituellement bien portant, dit avoir éprouvé depuis un an plusieurs attaques de grippe dont il n'a jamais été bien guéri, et se plaint aujourd'hui d'un malaise avec douleurs vives sur tout le cuir chevelu. Il dit avoir perdu beaucoup de ses forces et être constamment en transpiration. Il a une toux incommode suivie d'une expectoration muqueuse et quelquefois de nausées. Saigné huit ou neuf fois, il n'en a retiré aucun soulagement. Le cuir chevelu paraît mou et très flasque dans toute son étendue, et surtout vers l'occiput. On peut le prendre entre les doigts et en former de larges plis. On sent qu'il est épais et engorgé, et en appuyant faiblement avec le doigt, on éprouve une sensation désagréable de craquement. Le malade a un aspect cachectique et transpire abondamment le jour et la nuit. Le pouls est à 110, petit et vif; la langue épaisse et collante; les selles ne viennent pas régulièrement; il n'y a pas de sommeil ni d'appétit. Plusieurs grands vésicatoires sont appliqués sur le cuir chevelu, et en même temps le malade est soumis à un traitement par le mercure employé comme altérant, par les purgatifs salins, par les infusions toniques et les vomitifs, administrés de temps en temps. Ce traitement fut suivi pendant plus d'une année avant qu'aucune amélioration fût manifeste. La mollesse et les douleurs du cuir chevelu ne disparurent qu'après que dix-huit vésicatoires avaient été appliqués. Longtemps le malade resta faible et mou, il conserva pendant deux ou trois ans un gonflement des ganglions lymphatiques du cou, et jouit aujourd'hui d'une parfaite santé. L'engorgement des ganglions cervicaux fut probablement le résultat de l'irritation produite par les nombreux vésicatoires qui furent appliqués.

OBS. II. — Dryburgh, maçon, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, a été mal portant depuis quelques mois, et a été obligé de cesser son travail par de violentes douleurs qu'il éprouvait dans la tête. Le cuir chevelu peut être pris par gros plis, semble engorgé et ramolli, et est douloureux à la pression. Il n'y a pas d'appétit, mais de l'anxiété; le malade ne peut se déterminer à sortir de la maison; la langue est chargée, la bouche mauvaise, il y a quelques étourdissemens. Bien qu'il ait pris plusieurs purgatifs et qu'il ait été saigné fréquemment, son état s'est aggravé.

On suit le même traitement que dans l'observation précédente, avec quelques légères différences et peu importantes; huit vésicatoires ont été appliqués sur le cuir chevelu, et le malade a fait un fréquent usage des altérans. Il est bien rétabli maintenant, et cependant se plaint encore quelquefois de sensibilité à la tête.

Les deux autres cas ne diffèrent pas des deux que nous venons de rapporter: dans l'un le traitement dura trois mois, dans l'autre six.

Dans tous les cas qu'a observés l'auteur il y avait quelques symptômes d'une affection chronique des poumons, ce qui, avec la tendance aux sueurs et les autres signes cachectiques, a pu induire les médecins en erreur; tandis que pour l'auteur, l'altération primitive, celle qui cause les autres symptômes, est l'affection du cuir chevelu. Il insiste sur l'utilité des vésicatoires dans le traitement de cette maladie; de tous les moyens employés, les vésicatoires sont les seuls qui procurent quelque soulagement aux malades; à chaque nouvelle application la douleur diminue et le cuir chevelu devient de plus en plus ferme. L'amélioration est même d'autant plus prononcée que les vésicatoires guérissent plus promptement.

L'œdème dans les cas analogues est toujours borné au cuir chevelu, et, bien que l'extérieur des malades annonce généralement une disposition de l'économie à la leuco-phlegmasie, on n'en observe cependant sur aucun autre point; au contraire, les autres organes paraissent plutôt amaigris.

L'origine de cet œdème se trouve pour l'auteur dans un état phlegmasique du périoste des os du crâne, et il appuie cette opinion sur la douleur dont se plaignent les malades, douleur dont ne se plaint pas quand l'anasarque ne se lie pas à une périostite, mais dont se plaignent souvent les malades qui ont un œdème des extrémités inférieures; ce qui dépend de ce que le périoste de la face extérieure du tibia participe à la maladie que cause cet œdème. L'auteur rapporte deux observations d'inflammation du périoste de la face antérieure du tibia avec œdème des jambes, douleurs aiguës et qui cédèrent à l'emploi de cinq ou six vésicatoires après avoir offert une ressemblance frappante avec la maladie dont il s'occupe dans ce travail.

OBSERVATION DE PRESBYOPIE SUBITE ET DE PEU DE DURÉE CHEZ UN JEUNE GARÇON; par le docteur HUNTER.

Cette observation n'offre quelque intérêt que par l'âge du sujet et la discussion que l'auteur soulève à son occasion sur les causes de la presbyopie; mais comme les dernières, bien qu'assez étendues, ne jettent aucune lumière sur ce point important de physiologie, nous allons nous borner à rapporter les faits propres à l'observation elle-même.

OBS. — Un enfant très intelligent et très studieux, de 9 ans 1/2, allait à l'école depuis trois ans; sa vue commença, tout à coup et sans cause appréciable, à baisser, et au bout de quatre jours, il ne pouvait plus lire à l'œil nu un caractère ordinaire; la santé avait toujours été parfaite, et les yeux ne présentaient pas le moindre changement appréciable. Avec les lunettes de son père dont le foyer était à neuf pouces de distance il voyait aussi bien qu'auparavant. On lui prescrivit une dose de rhubarbe et de calomelas; puis, comme il ne rendit pas de vers, on lui administra deux fois par semaine le sulfate de magnésie avec le sené; on le soumit à une diète légère, avec un exercice actif en plein air; on cessa de l'envoyer à l'école, et on lui défendit de se servir de lunettes Au bout de trois semaines la vue avait commencé à s'améliorer, et en deux jours, elle fut complètement rétablie. L'enfant retourna à l'école et reprit toutes ses habitudes.

OBSERVATION DE SCARLATINE ET RÉFLEXIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par le docteur W. CULLEN.

Tout ce que nous dirons de ce mémoire, c'est que l'épidémie de scarlatine dont il y est question a été extrêmement grave. A Cuper-Fif et dans les villages voisins, le quart, le tiers et même la moitié des malades succombaient. Mais comme l'auteur ne rapporte que des cas de guérison, et que la description qu'il donne de cette épidémie est très incomplète, nous ne pouvons connaître la cause de cette gravité extraordinaire.

NOTE SUR LES CAS DE VARIOLE REÇUS EN 1838 A L'HÔPITAL DES VARIOLEUX DE LONDRES; par le docteur GREGORY.

De quelque part que viennent les documens sur l'influence de la vaccine sur le développement de la variole, nous retrouvons toujours à peu près les mêmes résultats; le nombre des varioleux reçus en 1838 à l'hôpital de la variole à Londres, a été de 712 (416 hommes et 296 femmes); mais ce nombre doit être réduit à 695, parce que 17 malades avaient été reçus pour d'autres maladies que la variole. Voici le tableau de ces malades disposés par âge.

Age.	Non protégés par la vaccine ni une première attaque de variole. Admis.	Morts.	Vaccinés. Admis.	Morts.
Au-dessous de 5 ans	42	20	0	0
de 5 à 9 ans	37	11	5	0
de 10 à 14 ans	30	8	25	0
de 15 à 19 ans	103	32	92	6
de 20 à 24 ans	119	50	108	15
de 25 à 30 ans	45	23	55	8
de 31 à 35 ans	12	7	13	1
Au-dessus de 35 ans	11	6	4	0
	393	157	302	30

Si nous comparons la mortalité des sujets qui avaient été vaccinés avec celle des sujets qui ne l'avaient pas été et qui n'avaient pas la protection d'une première attaque, nous verrons qu'elle a été de 40 pour 100 chez les derniers, et de 10 pour 100 seulement chez les seconds. L'auteur fait observer que les salles ayant été encombrées pendant les mois de mars et d'avril, le typhus s'y déclara et enleva en peu de jours 12 malades dont 6 avaient été vaccinés, tandis que 6 ne l'avaient pas été, ce qui réduit à 8 pour 100 le nombre des morts chez les sujets qui avaient été vaccinés; et chez la plupart de ces derniers l'opération de la vaccine leur avait été pratiquée à la campagne et avec bien peu de soin; car on ne voyait qu'une seule cicatrice sur le plus grand nombre des bras.

La gravité de la maladie croissant avec l'âge des individus est aussi un fait remarquable qui ressort de ces résultats comme aussi de tous ceux qui ont été recueillis avec soin sur la même question.

Sur 30 enfans qui avaient été vaccinés la variole ne fut mortelle chez aucun, et encore ou n'en reçut aucun qui fût âgé de moins de huit ans.

L'âge le moins avancé où il est mort un sujet vacciné est quinze ans.

De 15 ans à 29, sur 92 personnes vaccinées il en est mort 6 (environ 6 pour 100), tandis que de 20 ans à 30 sur 163 sujets vaccinés 15 ont succombé.

On observe la même gravité croissante chez les sujets non vaccinés: sur 246 âgés de 10 à 30 ans il en est mort 90 ou près de 1 sur 3, et de 20 à 40 ans, sur 181 malades, il y a eu 86 morts ou près de 1 sur 2.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MARS.

EMPOISONNEMENT PAR LE TARTRE STIBIÉ.

M. ORFILA donne lecture à l'Académie d'un mémoire sur ce sujet. Je me suis attaché dans mes travaux, dit l'auteur, à retrouver les poisons ailleurs que dans l'estomac, les intestins et les matières vomies; j'ai indiqué par quels procédés il était possible de reconnaître dans le sang et la plupart des organes, des quantités fort minimes d'acide arsénieux, absorbé par les voies digestives.

Ces recherches, et celles que je vais communiquer aujourd'hui à l'Académie, non seulement sont indispensables à la médecine légale, mais éclairent encore certains points de physiologie et de thérapeutique.

Indépendamment des faits que j'avais recueillis, et des résultats auxquels mes expériences m'avaient conduit, plusieurs expertises médico-légales ont permis depuis la communication de mes travaux de vérifier l'exactitude des résultats auxquels j'étais arrivé; à Gaillac, à Lyon, à Angers, etc., MM. Rigal, Parisel et Chapeau, Godefroy ont constate la présence de l'arsenic dans les viscères, plusieurs mois après que l'empoisonnement avait eu lieu; alors que les preuves fournies par les organes digestifs ne semblaient plus suffisantes.

Ce que j'ai tenté pour l'acide arsénieux, je l'ai fait depuis pour le tartre stibié, et je viens démontrer aujourd'hui qu'on peut retirer de l'antimoine métallique du corps des individus chez lesquels l'émétique a déterminé la mort sans que le vomissement l'ait rejeté.

Déjà en 1813, M. Magendie avait annoncé que le tartre stibié était absorbé, d'après certains faits physiologiques; je viens prouver qu'il en est ainsi, car je retire des divers viscères l'antimoine métallique qui fait partie de ce sel. Sans doute que cette substance est rarement choisie par le crime pour produire la mort; cependant il existe déjà dans la science un certain nombre de cas où son administration a été suivie de la mort; d'autres faits peuvent s'y ajouter. On sait qu'appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un chien, il détermine la mort à la dose de quelques grains; qu'ingéré dans l'estomac et conservé là par la ligature de l'œsophage qui empêche les vomissemens d'avoir lieu, il peut amener des accidens graves et même la mort. Ces considérations démontrent sans réplique l'importance de chercher à constater dans le sang et dans les divers organes la présence de ce poison.

Le procédé qui m'a paru le plus simple et le meilleur pour arriver à ce résultat est celui auquel j'avais eu recours dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux: il permet de reconnaître les quantités les plus minimes d'antimoine, et consiste, ainsi que je le disais alors, à traiter par l'acide nitrique concentré le sang ou les divers organes, à soumettre ensuite à l'action de l'appareil de Marsh les produits carbonisés obtenus et soumis à l'action de l'acide chlorhydrique bouillant, mélangé de quelques gouttes d'acide azotique.

Cela posé, voyons jusqu'à quel point nous avons pu constater sa présence dans les organes.

Nous avons ingéré dans l'estomac de plusieurs chiens, dont l'œsophage était lié ensuite, 15, 20, 25 grains de tartre stibié; tous mouraient au bout de quelques heures.

Le foie traité par les procédés indiqués a donné des taches d'antimoine.

La rate, les poumons et le cœur traités de la même manière, en ont à peine offert quelques traces.

Les reins en présentaient comme le foie.

Dans une autre expérience, je plaçai 2 grammes 52 centig. de tartre stibié dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un chien, la mort survint au bout de vingt heures. Le petit sachet qui renfermait le sel finement pulvérisé avait perdu 72 centigr. Les poumons, le foie, la rate n'ont fourni que des taches insignifiantes à l'appareil de Marsh. L'urine en a présenté une quantité notable. Le sang n'en renfermait pas.

Sur deux autres chiens, dans le tissu cellulaire sous-cutané desquels j'avais placé 6 grammes de tartre stibié, et dont l'un mourut douze heures après, et l'autre fut tué quatre heures après l'empoisonnement, six onces de sang tiré par l'ouverture de l'aorte chez ce dernier; le sang de la veine cave chez tous deux ne donnèrent pas de taches antimoniales; le foie en présenta, mais c'est surtout de l'urine que nous en retirâmes une proportion considérable.

D'autres expériences, dont je ne donne pas les détails ici, me fournirent à peu de chose près les mêmes résultats; si bien que je me crois fondé à conclure:

1° Que le tartre stibié introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'estomac avec la précaution de lier ensuite l'œsophage, est absorbé et pénètre avec le sang dans les differens viscères où il séjourne peu, surtout lorsque ces organes ne reçoivent qu'une petite quantité de sang.

2° Que ces organes l'abandonnent et le cèdent surtout à l'urine dans laquelle on le retrouve.

J'ai voulu savoir si l'acide arsénieux se comportait sous ce dernier rapport de la même manière; ces recherches étaient le complément de celles que j'avais entreprises sur cette substance; toutefois ces dernières expériences me manquaient à cette époque.

J'ai placé deux grains d'acide arsénieux dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un chien qui a succombé au bout de vingt-deux heures. Le foie traité par les procédés que j'ai déjà indiqués a donné tout au plus douze taches arsenicales; l'urine traitée de la même manière en a donné plus de cent. Plusieurs expériences analogues m'ont fourni les mêmes résultats.

Des faits et des expériences précédentes, je crois pouvoir conclure:

1° Que le tartre stibié mis en contact avec les tissus vivans est absorbé, et va pénétrer les organes avec le sang.

2° Qu'il est possible de retirer l'antimoine métallique de ces derniers, et d'avoir ainsi la preuve non équivoque de l'empoisonnement.

4° Par conséquent, les rapports médico-légaux qui ne mentionnent pas la recherche du tartre stibié dans les viscères, où il peut séjourner après l'absorption devront être regardés comme insuffisans.

3° Qu'il faut chercher le tartre stibié ailleurs que dans l'estomac et les intestins, puisqu'il ne peut plus s'y retrouver, s'il a été rejeté par les vomissemens ou les selles.

5° Parmi les viscères, les organes sécréteurs les plus importans, tels que le foie et les reins, sont ceux qui renfermeront le plus d'antimoine.

6° Qu'en admettant qu'il se fasse une décomposition dans le sang, elle ne sera que de peu d'importance, et donnerait lieu tout au plus à un hypo-antimonite de potasse soluble dans l'eau bouillante.

7° Il est possible de recueillir l'antimoine métallique, en traitant par l'eau bouillante, l'acide nitrique pur, et l'appareil de Marsh, de la manière indiquée, un des viscères, et préférablement en agissant sur plusieurs.

8° Il pourrait arriver qu'en opérant de cette manière, on ne trouvât aucune trace d'antimoine, puisqu'il séjourne peu dans les organes; mais constamment en agissant sur les liquides sécrétés, et particulièrement sur les urines, on en constate la présence. Toutefois, l'antimoine semblerait rester moins longtemps dans les tissus que l'arsenic.

9° Que parmi les procédés employés dans le but de constater la présence de l'antimoine métallique, c'est à celui déjà indiqué pour la recherche de l'arsenic, qu'il faut donner la préférence.

10° Le même procédé, revendiqué à tort par M. Couerbe, et que nous avions indiqué déjà en 1832, dans notre TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, nous semble l'emporter sur les autres par son exactitude et sa simplicité.

11° L'extraction faite de la sorte de l'antimoine métallique renfermé dans les viscères, le sang et l'urine, prouve, si le malade n'a pas pris du tartre stibié comme médicament, qu'il y a eu empoisonnement par cette substance, puisqu'à l'état normal le corps de l'homme ne renferme pas un atôme d'antimoine.

M. Orfila insiste en terminant sur la différence que présente l'acide arsénieux et le tartre stibié, sous le rapport de la durée de leur séjour dans le sang et dans les organes; l'acide arsénieux est éliminé plus lentement avec les produits de sécrétion que le tartre stibié. Ceci peut conduire à des recherches et à des résultats tout nouveaux, intéressans au point de vue physiologique, sur les différences que présentent tel ou tel poison, relativement au temps pendant lequel chacun d'eux est gardé par nos organes.

Après la lecture de ce mémoire, écouté avec un vif intérêt par l'Académie, une courte discussion s'engage sur quelques-uns des faits ou des conclusions qui y sont renfermés.

M. CORNAC demande jusqu'à quelle dose il est permis de porter le tartre stibié sans danger pour les malades; il avoue être effrayé des doses qu'il a prescrites, sans avoir observé cependant le moindre accident.

M. CHEVALLIER rapproche des faits cités par M. Orfila, celui d'un individu dont le sang a fourni à l'analyse une certaine quantité de kermès; il en avait pris pendant sa vie à petites doses cependant.

M. GIMELLE dit avoir donné et administré souvent encore l'émétique à haute dose, 8, 10 décigrammes, avec le plus grand avantage; ses effets curatifs sont d'autant plus prononcés qu'il n'y a pas de vomissemens; les liquides épanchés dans les cavités séreuses se résorbent, cela est manifeste, surtout dans le rhumatisme articulaire.

M. FERRUS parle dans le même sens, et désirerait savoir si l'émétique administré à un individu atteint de pneumonie, par exemple, éprouverait certaines modifications de la part des solides ou des liquides.

M. ORFILA ne partage pas les craintes de M. Cornac sur l'action du tartre stibié chez l'homme malade; la condition pathologique dans laquelle il se trouve alors constitue pour les effets du médicament une différence essentielle. Les vomissemens, suivant qu'ils existent ou non, ainsi que M. Magendie et d'autres physiologistes l'ont souvent noté, impliquent encore une différence notable dans l'action du poison. Toutefois, il ne faudrait pas nier que des malades ne pussent succomber après une administration intempestive ou maladroite du tartre stibié; plusieurs faits prouvent que cela est possible. Mais l'existence d'une affection aiguë, surtout s'il existe, comme le disait Laënnec, quelque engorgement à fondre, peut, en indiquant l'emploi du médicament, anéantir tout à fait son action toxique. Il est cependant des cas où, malgré une phlegmasie aiguë, le tartre stibié peut donner lieu à des accidens; c'est ainsi que, dans un fait qui m'a été communiqué par M. J. Cloquet, le malade, qui avait une plaie de tête, mourut empoisonné par le tartre stibié.

M. EYMERI admet l'opinion de Laënnec sur l'innocuité du médicament dans la plupart des cas; mais il en a vu aussi où il y avait une action locale des plus énergiques; il cautérisait réellement les membranes muqueuses offrant de véritables ulcérations.

M. ORFILA avait constaté ces effets depuis bien des années, avec M. Magendie et d'autres expérimentateurs.

M. BOUILLAUD : Les exemples d'inflammation, d'ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale par le tartre stibié sont déjà nombreux, les recueils scientifi-

ques en contiennent plusieurs; ce ne peut donc être une question de savoir si cette substance est susceptible de déterminer des accidens toxiques chez les individus malades auxquels on l'administre. Mais on peut se demander s'il agit chez eux de la même manière que chez les individus sains, et si, par exemple, ses effets sont d'autant plus marqués qu'il y a ce qu'on appelle *tolérance*. Ceci est encore un sujet de litige; plusieurs auteurs disent que la tolérance est nécessaire à son action médicatrice; mais d'autres pensent aussi que les vomissemens sont inévitables, surtout au début de son administration.

Jusqu'ici il n'avait pas été possible de retrouver le sel au milieu des tissus ou des liquides; on n'avait fait que le soupçonner; les recherches de M. Orfila constituent donc des faits complètement neufs. Dans ses précédentes recherches sur l'arsenic, il avait montré que le sang pouvait en contenir lorsqu'il n'était pas possible d'en constater la présence dans les organes digestifs. Ici, le métal n'existant ni dans le sang, ni dans les organes dont les sécrétions l'ont chassé, se retrouve dans les urines. Ce résultat important et neuf jette une grande lumière sur les recherches médico-légales.

M. Ferrus revient sur la question de la tolérance, et dit n'avoir pas trouvé d'inflammation chez les individus atteints de phlegmasies, pour lesquelles le tartre stibié avait été administré, et avait agi sans provoquer de vomissemens. Il persiste à soupçonner dans ces cas une certaine modification dans la composition du médicament; on pourrait le rechercher alors dans le sang d'une saignée; ce serait de nouvelles expériences à tenter.

M. Honoré dit avoir essayé depuis longtemps, pour prévenir tout accident, de soumettre l'administration du tartre stibié à certaines règles pratiques; il s'est arrêté à celle-ci, savoir : que si vers le deuxième ou le troisième jour après son emploi, qu'il y ait tolérance ou non, on n'aperçoit pas d'amélioration dans l'état du malade, il faut en cesser l'usage.

M. Pelletier pense qu'il serait avantageux pour les praticiens de rechercher dans quelles circonstances morbides il pourra se développer dans l'organisme des substances qui rendront l'émétique vénéneux; car il est tantôt inoffensif, tantôt toxique; ceci peut fournir matière à d'importantes recherches.

(Le mémoire de M. Orfila sera renvoyé au comité de publication.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL CHEZ UNE NAINE.

M. P. Dubois communique les détails suivans sur la jeune naine qu'il a présentée dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

Cette jeune fille, âgée de 23 ans, haute de 3 pieds 2 pouces 9 lignes, taille inférieure à celle d'un enfant de 5 ans, est née d'un père qui n'avait que 3 pieds 6 pouces; sa mère avait une taille ordinaire. Ils eurent six enfans dont trois nains; les autres avaient une taille ordinaire. Son grand père qui était Lapon vint s'établir en Italie. Il y a deux ans, dit M. Dubois, que je la vis pour la première fois; elle était alors aux douleurs depuis quarante-huit heures. La veille, elle avait eu des accès éclamptiques; au moment de mon arrivée, je la trouvai dans une sorte de stupeur, couchée dans un *berceau*. Le travail paraissait avancé, car on sentait facilement la tête qui plongeait dans l'excavation. Toutefois les choses en restèrent là; une portion de la tête ne dépassait pas le détroit supérieur. Je m'arrêtai à l'idée d'appliquer le forceps, mais après y être parvenu non sans difficulté, il me fut impossible d'amener la tête plus loin; il en restait toujours une grande étendue au-dessus du détroit supérieur. L'enfant étant mort, il était rationnel après ces efforts inutiles de pratiquer la perforation du crâne. A l'aide d'un bistouri porté sur une des sutures, j'ouvris les membranes cérébrales, et le cerveau put s'écouler sans peine. La tête s'engagea dès lors, et parut à la vulve. Nouvelle difficulté, car cette dernière était d'une étroitesse proportionnée à la taille de l'individu. Heureusement qu'elle s'agrandit bientôt spontanément par une rupture qui se fit en arrière et sur un des côtés, jusque vers l'un des ischions. L'accouchement se termina heureusement. L'enfant (moins le cerveau) pesait 5 livres 1/2; sa longueur était de 17 pouces 1/2. Les suites de couches furent très heureuses; la malade se rétablit bientôt. L'état de stupeur où elle se trouvait au moment de l'accouchement lui permit d'en ressentir à peine les douleurs.

L'année dernière, elle redevint encore enceinte; mais cette fois se conformant à mes recommandations, elle vint m'annoncer de bonne heure sa grossesse, qui paraissait remonter au mois de juin dernier. Je trouvai alors par l'examen du bassin que ces diamètres n'étaient pas en rapport avec les dimensions présumées de la tête du fœtus, puisque le diamètre coccy-pubien n'avait pas plus de 3 pouces.

Admise à la Clinique d'accouchement, on revint au toucher qui donna de précieux renseignemens sur la petitesse de l'enfant; l'utérus était peu développé. Au milieu de février, la jeune femme se trouvait à son huitième mois. Le ventre grossit alors considérablement dans l'espace de peu de jours, ce qui pouvait faire craindre quelques difficultés à l'accouchement provenant d'une trop grande quantité d'eaux. Décidé alors à pratiquer l'accouchement prématuré, j'avais à choisir entre la rupture des membranes, la dilatation du col utérin avec l'éponge préparée, ou l'administration du seigle ergoté; c'est à ces deux derniers moyens que je m'arrêtai. La malade ayant pris un bain fut placée sur le bord de son lit; un spéculum fut alors introduit; un morceau d'éponge préparée, long de 12 lignes, taillé en cône, fut placé dans le col utérin, et par dessus une autre éponge molle destinée à la maintenir; toutes deux fixées par un fil; on administra en même temps six grains de seigle ergoté. La malade fut alors remise au lit. Quatre heures après, elle ressentait de fortes douleurs et se trouvait en plein travail. Il paraissait même marcher avec tant de rapidité que je retirai l'éponge. A neuf heures du soir, la poche des eaux étant bien formée, je la rompis; je m'aperçus alors qu'il s'agissait d'une présentation des fesses. Les doigts furent appliqués sur les hanches pour faciliter leur sortie; la tête restait au détroit supérieur; quelques tractions, des mouvemens de flexion convenablement exercés la firent s'engager dans l'excavation; enfin elle sortit entièrement. L'enfant respira immédiatement. Il avait 15 pouces de longueur. Le diamètre bi-pariétal était de 3 pouces; l'occipito-frontal de 3 pouces 2 lignes. Il pesait 3 livres 12 onces. Le volume de l'enfant était donc peu considérable; cependant ce n'était point un nain. La mère le nourrit les premiers jours, bientôt la sécrétion lactée s'arrêta; le vingtième jour, la femme était parfaitement rétablie.

M. Dubois ajoute quelques détails comme complément à l'histoire intéressante qu'il vient de rappeler.

Le père de l'enfant est d'une taille ordinaire; il a près de 5 pieds 4 pouces. Les premiers rapports sexuels furent très douloureux; mais les deux grossesses ont été très heureuses.

Rien n'est plus rare, ajoute M. Dubois, que les accouchemens chez les naines, puisqu'il n'en existe qu'un seul fait authentique; il est rapporté dans l'ouvrage de M. Geoffroy-Saint-Hilaire. La femme qui aurait accouché à Londres aurait succombé; le squelette serait conservé dans le musée huntérien. Il est à remarquer que la petite fille de cette femme n'est point une naine; les nains viennent beaucoup plus petits. La mère elle-même était d'une petitesse extrême; elle passa toute son enfance sur une table assise sur une pelote. Il n'existe qu'une exception à cette règle; c'est un nain anglais qu'on montrait en 1770; il vint au monde avec une taille ordinaire; à l'âge d'un an, son développement s'arrêta tout à coup.

Je n'ai sans doute pas besoin de justifier le parti que j'ai pris dans ce cas de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. On ne saurait l'assimiler à une opération dont le résultat serait de sacrifier la mère ou l'enfant, et souvent tous deux à la fois. Un grand nombre de faits, plus de deux cents venus à ma connaissance maintenant, prouvent que ce n'est pas une chose aussi grave qu'on pourrait le croire; la moitié des enfans est restée vivante et l'immense majorité des femme a survécu. Toutefois qu'on ne s'y trompe pas, l'opération césarienne ne saurait être remplacée dans tous les cas par l'accouchement prématuré artificiel; chacune de ses opérations, comme la symphyséotomie, comme l'embryotomie, a ses indications particulières.

M. Capuron rapproche de ce fait l'histoire d'une femme rachitique, qui n'avait pas trois pieds de hauteur. Elle devint enceinte; le ventre était énormément proéminent, et s'élevait jusqu'à l'aisselle; on croyait que l'accouchement ne se ferait jamais; cependant le travail se déclara. La tête sortit; elle était comme passée à la filière et avait près de 9 pouces de l'occiput au menton. L'enfant était du reste bien développé; il vécut; la mère, qui avait alors 32 ans, se rétablit parfaitement. Douze ans après, elle était grosse une seconde fois, et accoucha tout aussi heureusement. M. Capuron conclut de ces faits qu'il ne faut pas désespérer de voir l'accouchement se faire naturellement dans les cas en apparence les plus défavorables.

M. P. Dubois ne regarde pas le fait cité par M. Capuron comme extraordinaire; il en existe plusieurs dans la science qu'on pourrait en rapprocher. Toutefois, il s'élève contre les conclusions de son collègue; elles peuvent devenir dangereuses, surtout si on les prend d'une manière exclusive. Comme il n'est nullement question, dans l'observation de M. Capuron, des dimensions du bassin, on ne sait pas jusqu'à quel point l'accouchement pouvait paraître impossible. Le fait que j'ai cité n'a avec elle aucun rapport; qui ne sait qu'il arrive fort souvent dans les altérations du système osseux de voir le bassin garder ses dimensions, alors que les membres inférieurs sont considérablement difformes, que la taille est fort petite? Ceci doit porter aussi à ne pas être trop exclusif dans un autre sens.

Après cette communication, M. Renault, d'Alfort, présente à l'Académie des pièces d'anatomie pathologique, relatives à l'histoire de la contagion de la morve.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; par Aug. Vidal, de Cassis. — Tom. III, un vol. in-8° d'environ 600 pages. J.-B. Baillière. Paris, 1840.

En annonçant les deux premiers volumes de cet ouvrage (1838, p. 735), nous avons signalé les caractères généraux du travail de M. Vidal, considéré sous le rapport de la science et de l'art; du fond et de la forme. Sans revenir sur une appréciation qui a été ratifiée par le jugement du public compétent, nous devons cependant en indiquer brièvement les points principaux. Le livre de M. Vidal est spécialement destiné aux élèves et aux jeunes praticiens, tant de la chirurgie civile que de la chirurgie militaire. Il offre en conséquence un cours complet d'instruction chirurgicale, et embrasse à la fois la pathologie externe et la médecine opératoire. C'est le double cadre de Boyer et de Sabatier résumé, rajeuni et mis au niveau des acquisitions les plus récentes de la science. Mais un livre consacré aux élèves serait fort au-dessous de sa mission s'il ne pouvait servir aussi aux maîtres. Le Traité de M. Vidal offre aux premiers un enseignement dogmatique complet, clair, précis et choisi; et aux seconds des aperçus neufs, ingénieux, sur une foule de points contestés. Nous avons signalé surtout l'esprit général de modération et de prudente pratique qui a présidé à la composition de l'ouvrage. Dans un temps où l'on voit introduire dans nos hôpitaux, sur la foi du plus grossier empirisme, et comme si la science ne faisait que de naître, des pratiques di-

gnes de l'ignorance et de la barbarie du moyen-âge, il est bon de prémunir les jeunes chirurgiens contre ces entraînemens. Comme traité *didactique* nous avons loué la clarté de la classification générale qui, sans prétendre à une systématisation rigoureuse, d'ailleurs impossible, suffit à toutes les conditions de la science actuelle, et surtout, ce qui était le plus important, aux besoins d'un enseignement élémentaire.

Sous le rapport de la forme, nous avons dû faire remarquer la netteté des divisions, la concision du style, la justesse de l'expression, toujours en rapport avec le fait à décrire, avec l'idée à énoncer, et dont l'ensemble forme un mérite littéraire qui devient de jour en jour plus rare dans les spécialités scientifiques.

C'est sur ces motifs que nous avons recommandé ce nouveau Traité, comme une des meilleures productions de la littérature médicale, et comme éminemment propre à propager et populariser tout ce que la science et l'art du chirurgien ont de plus utile, de mieux constaté, comme un livre enfin qui ne peut manquer d'influer utilement sur la direction des études chirurgicales.

Après avoir rappelé le jugement général de l'ouvrage, il nous reste à rendre compte du troisième volume qui vient de paraître. Nous nous bornerons dans ce qui suit à une simple analyse.

Le troisième volume commence l'histoire des maladies chirurgicales considérées dans chaque région. L'auteur n'a point suivi un ordre purement anatomique dans la circonscription des régions; mais il soumet ses divisions aux exigences de la chirurgie et à celles de la clarté dans l'exposé des faits. Ainsi tantôt une région sera représentée par un groupe ou un appareil d'organes, tantôt par un organe seul. Toutefois, M. Vidal respectera autant que possible les limites qui semblent avoir été tracées par la nature, laissant intactes les régions dites naturelles, et faisant rarement des coupes artificielles.

Cela posé, il entre en matière par l'étude des maladies chirurgicales du crâne. C'est ici que les praticiens trouvent un exemple remarquable de l'avantage qu'il y a à considérer les diverses maladies, dans les élémens organiques groupés selon leurs rapports naturels et dans de certaines limites. Au crâne, surtout, les connexions de ces élémens sont telles, que presque toujours la cause morbide a une action simultanée sur plusieurs tissus; souvent même elle les influence tous. Une fois produite, la lésion respecte rarement les limites des élémens d'abord envahis; elle se propage plus ou moins, suivant son intensité et la nature de sa cause. Les symptômes s'influencent aussi dans leur manifestation; la marche et les terminaisons s'entravent réciproquement ou s'envoient des impulsions mutuelles. Enfin, continue M. Vidal, les modificateurs thérapeutiques, l'action chirurgicale ne peuvent guère porter sur un élément de cette région, sans agir plus ou moins directement sur les autres. Un coup-d'œil rapide sur la disposition des couches organiques qui entrent dans la composition du crâne permet de vérifier la justesse de ces propositions.

Deux questions dominent l'histoire des plaies du crâne, dit M. Vidal; la première est relative aux lésions de l'encéphale; l'autre à l'indication du trépan. Ces questions sont loin d'être résolues, celle du trépan surtout, qui a si fortement occupé les anciens chirurgiens depuis Hipocrate jusqu'à nos jours, et dans l'intervalle surtout, l'ancienne Académie de chirurgie, M. Vidal n'espère pas en donner une solution complète; seulement il s'efforce de placer les faits dans un jour favorable à une bonne interprétation.

Les plaies simples et leurs principales complications, les contusions, l'histoire de la bosse sanguine, les plaies contuses, celles par instrumens piquans, forment une série de paragraphes, dans lesquels l'état de la science et de la pratique se trouve judicieusement exposé.

Lorsque les os ont été compris dans la division et coupés dans toute leur épaisseur, quand une portion en a été soulevée, ou bien détachée, quelle doit être la conduite du chirurgien? Dans le premier cas, M. Vidal pense qu'il faut se ranger à l'opinion de la plupart des praticiens qui est aussi celle de Boyer, c'est-à-dire laisser un espace entre les bords de la plaie pour favoriser l'écoulement du pus et afin que la réunion marche du fond à la surface de la plaie. Si une portion du crâne a été tout à fait détachée et qu'elle tienne encore aux parties molles, on doit tout faire pour la réappliquer et en obtenir la cicatrisation. Il est préférable de conserver le fragment osseux et de suivre l'exemple de Paré, qui lui-même a été inspiré par Celse; à ce sujet Paré dit avoir fait ce que celui-ci commande. Toutefois il faut bien reconnaître qu'il est des cas où le fragment détaché du crâne ne peut être conservé; c'est quand il est trop petit ou trop inégalement coupé, quand il est lui-même le siége d'une fracture, quand cette fracture existe aux os qu'il a abandonnés, quand il tient peu aux parties molles qui le supportent, et surtout quand le péricrâne est détaché de la surface externe de ce fragment.

Ici se présente tout naturellement la discussion sur les indications du trépan, à propos des lésions du crâne. Si le corps étranger contondant ou autre est resté dans le crâne, il faut ou l'extraire avec des tenailles, quand il offre assez de prise à l'extérieur, avec l'instrument imité de l'élévatoire et imaginé par M. Charrière, ou, enfin, si le corps étranger ne peut être convenablement saisi, il faut de toute nécessité appliquer une couronne de trépan dont la largeur sera en rapport avec le corps à extraire. La pyramide ne pouvant être employée ici, on se servira d'une rondelle de carton avec un œil au centre, et ayant les diamètres de la couronne, pour la fixer et faciliter l'établissement de sa voie.

Les accidens très graves survenus à la suite de la contusion des os du crâne ont porté plusieurs chirurgiens à proposer et à appliquer le trépan, même avant l'apparition de ces accidens; c'est-à-dire comme moyen préventif. Malgré l'autorité de Boyer, qui s'était rangé à cette opinion; M. Vidal rejette les incisions profondes pour découvrir le crâne et reconnaître s'il y a fracture ou non. Il pense, avec bon nombre de chirurgiens de nos jours, que le meilleur, le plus sage parti dans un cas de plaie contuse, est de réunir le plus possible les parties molles, de soumettre le malade à un régime sévère, de saigner largement après les premiers effets de la commotion. Il conseille, en un mot, de placer le malade dans les circonstances les plus favorables, pour que l'inflammation soit prévenue ou avantageusement combattue.

M. Vidal admet chez les enfans seulement l'enfoncement des os du crâne sans fracture, avec Paré, qui disait que les enfoncemens ont lieu *aux os mollets des enfans, sans fracture ni division*, ainsi que la *bosselure en vaisseaux d'estain ou de cuivre, sans qu'ils soient rompus*. Chaussier et M. Velpeau les ont signalés aussi chez les enfans, de naissance. Dans ce cas, ils auraient été produits au moment de l'accouchement, par la pression des os du bassin de la mère.

Dans l'âge adulte, il s'agit de fracture partielle; une des tables osseuses est brisée, l'autre s'affaisse; l'autopsie avait constamment fait voir à Dupuytren, dans des cas de ce genre, que l'une des tables de l'os, l'externe ou l'interne, avait seule cédé, et s'était laissé enfoncer; tandis que l'autre s'était rompue, ainsi que le diploë. Repoussant pour cette lésion l'opération du trépan, M. Vidal ne les considère que comme des contusions plus ou moins prononcées du crâne, et devant être traitées en conséquence. Chez les enfans, elles n'ont aucune gravité. Toutefois il est évident que si, chez un adulte, après une lésion de ce genre, des symptômes cérébraux se développaient, on serait fondé en droit à trépaner, non toutefois sans avoir préalablement essayé le traitement général et local des lésions inflammatoires dans les plaies de tête.

Après avoir complété l'histoire des fractures proprement dites, avec ou sans enfoncement, esquilles, etc., traité de l'indication du trépan dans ces cas, dit quelques mots de l'écartement des sutures, M. Vidal arrive aux plaies des parties contenues dans le crâne, qu'il étudie, et dans leurs causes, suivant qu'elles résultent de l'action d'instrumens piquans, tranchans ou contondans, et dans les organes lésés, membranes, encéphale et ses divisions.

L'histoire de la commotion cérébrale est traitée avec beaucoup de soin; c'est, en effet, un point difficile et encore obscur parmi les accidens des plaies de tête. Les expériences intéressantes de M. Gama que rappelle M. Vidal éclairent non seulement le mécanisme de la commotion cérébrale, mais permettent encore de donner une explication plausible de quelques-uns de ses effets les plus utiles à connaître. Quant à la lésion anatomique de la commotion, vainement a-t-ou jusqu'à présent cherché à la caractériser. Le fait de Sabatier, celui de Littre, sembleraient prouver qu'à son degré extrême la masse encéphalique est réduite dans son volume; il se ferait une espèce de tassement de sa substance; mais ces faits ne sont ni assez nombreux, ni assez circonstanciés pour faire loi.

D'après les observations de Dupuytren, on ne trouve dans le cerveau de ceux qui ont succombé au troisième degré de la commotion cérébrale, si promptement et si constamment mortel, aucune trace d'épanchement, de compression, de contusion, ou de désorganisation. Cet organe à seulement perdu de sa consistance, et est susceptible d'être déchiré au moindre effort... En ouvrant la boîte crânienne, il s'affaisse, revient sur lui-même, tend à occuper moins d'espace. C'est que, dans ce cas, il contient moins de sang, et que privé d'action et de stimulus, il tombe en affaissement. Mais à la loupe comme à l'œil, on n'aperçoit aucune trace de séparation, de déchirure, ni de contusion (Leçons orales).

La compression et l'inflammation cérébrale, accidens dont l'histoire est plus avancée, sont étudiées avec détails. M. Vidal a donné, dans un tableau comparatif, le diagnostic différentiel de la commotion et de la compression, en prenant chacune de ces lésions à l'état le plus simple, c'est-à-dire la commotion sans contusion du cerveau, et pour la compression l'épanchement sanguin.

Le traitement général de l'inflammation; enfin, une description succincte de l'opération du trépan terminent ce long et important chapitre.

Nous nous sommes laissés entraîner à exposer trop longuement les faits

divers qu'il renferme; aussi, ne ferons-nous que mentionner une bonne description du cœphalématome, dont il n'était pas question encore dans les traités dogmatiques de chirurgie. M. Vidal a mis à profit les travaux des accoucheurs modernes, et surtout l'excellente monographie de M. Valleix.

Nous ne ferons que passer aussi sur l'encéphalocèle, l'hydrocéphale, l'hydrachis, dont l'histoire renferme en substance tous les travaux récens publiés sur ces maladies que la chirurgie n'a pas jugées au-dessus de ses ressources. M. Vidal rapporte avec détails à propos de l'hydrachis les deux observations consignées dans les œuvres d'A. Cooper (traduction de MM. Chassaignac et Bichelot); c'est à la ponction ou pour mieux dire à l'acupuncture souvent répétée et à la compression qu'on doit donner la préférence.

Ce sont les deux seuls moyens qui comptent des succès peu nombreux, il est vrai, mais bien constatés, bien authentiques.

Avant d'arriver aux maladies des yeux, nous avons à signaler les articles: carie et nécrose du crâne; exostoses; les loupes; enfin un long chapitre sur les dégénérescences du crâne qui peuvent avoir pour point de départ:

1° Le péricrâne;
2° Les os;
3° La face externe de la dure-mère;
4° La face interne de la même membrane;
5° La pie-mère;
6° Le cerveau.

Comme appendice et résumé séméiologique, M. Vidal termine cette première partie du troisième volume par une sorte de tableau synoptique, sur le diagnostic différentiel des principales tumeurs du crâne.

L'auteur consacre le reste du volume, c'est-à-dire plus des deux tiers, aux maladies des yeux, et donne ainsi un traité d'ophthalmologie substantiel et complet.

Après les maladies du globe oculaire proprement dit dont la description est précédée de données générales pratiques sur la manière d'examiner fructueusement ces organes empruntés au TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de M. Carron du Villards, l'auteur aborde les maladies des paupières, celles de l'appareil lacrymal et celles de l'orbite. A ce propos, il est question de ces tumeurs de diverses natures, dont le diagnostic est si souvent difficile et le traitement infructueux; des tumeurs phlegmoneuses, des abcès de l'orbite, des fistules de la glande lacrymale, etc. M. Vidal rappelle deux observations intéressantes d'abcès et de fistules de la glande lacrymale (GAZ. MÉD., 1838, et ARCH. DE MÉD., 1834). Enfin, pour ne rien omettre, il traite en dernier lien des maladies du sourcil.

Cette courte notice, quoique bien incomplète, suffira peut-être pour donner une idée de cette nouvelle partie du grand travail de M. Vidal (de Cassis) dont nous attendons et désirons le prompt achèvement dans l'intérêt de la science et surtout dans l'intérêt des étudians auxquels il est spécialement destiné, et auxquels il ouvre avec tant de succès l'entrée de leur laborieuse et difficile carrière.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans la GAZETTE MÉDICALE la délibération ci-jointe qui a été prise sous ma présidence par l'assemblée des professeurs de la Faculté.

Agréez, etc.

ADELON, *assesseur du doyen de la Faculté.*

Paris le 12 mars 1840.

« Quelques articles du NATIONAL, qui ont amené la publication de plusieurs lettres écrites à ce journal par des professeurs de la Faculté de médecine, ont attiré l'attention du public sur un fait qui, d'après ce journal, se serait passé pendant le concours pour une chaire de professeur, qui vient de se terminer.

» D'après le NATIONAL, le doyen de la Faculté aurait manifesté, en présence de quelques juges du concours, l'intention de se démettre de ses fonctions de doyen, si les chances du scrutin amenaient l'élection de l'un des concurrens que le journal désigne.

» Cette assertion, en elle-même, aurait paru de peu d'importance aux professeurs de la Faculté. Ils ont un sentiment trop élevé de leurs devoirs de juge en matière de concours, ils comprennent trop bien la haute importance des fonctions qui leur sont déléguées, quand il s'agit d'appeler un nouveau collègue dans le sein de la Faculté, pour que des considérations étrangères au mérite des candidats et aux épreuves du concours puissent influer en rien sur leurs votes.

» Cependant, comme le nom de quelques-uns des professeurs de la Faculté, mêlés à cette discussion, et les interprétations de leurs lettres par le rédacteur du journal, ont donné à ces bruits une importance qu'ils ne méritaient pas en eux-mêmes; les professeurs, réunis sur la convocation du doyen de la Faculté, ont cru nécessaire de s'en occuper.

» Chacun d'eux, interpellé nominativement, a été invité à déclarer s'il avait entendu M. le doyen de la Faculté manifester l'intention de se retirer dans le cas où le concurrent désigné par le journal serait nommé. Tous ont répondu négativement à cette question, y compris ceux qui avaient signé les lettres publiées par le NATIONAL.

» Ainsi, les professeurs de la Faculté déclarent que le fait rapporté par le NATIONAL est entièrement faux, quelle qu'en soit la source. Ils croient devoir ajouter, dans le sentiment de leur dignité, qu'en tous cas, les conséquences qu'on en tirait ne peuvent être admises par quiconque se fait une idée droite des devoirs que la position de juge impose.

» Les professeurs de la Faculté saisissent cette occasion pour témoigner publiquement de leur profonde reconnaissance pour le zèle sans borne, la haute habileté administrative et l'intégrité parfaite que M. le doyen porte à l'accomplissement de toutes les fonctions qui lui sont confiées, fonctions si nombreuses, si pénibles et souvent si délicates à remplir.

» Délibéré en séance, le 11 mars 1840.

» MOREAU, ROSTAN, CHOMEL, RICHARD, VELPEAU, BRESCHET, DUMAS, ADELON, SANSON, TROUSSEAU, CRUVEILHIER, BÉRARD, PELLETAN, DUMÉRIL, ANDRAL, J. CLOQUET, FOUQUIER, MARJOLIN, ROUX, BOUILLAUD, PAUL DUBOIS, HIPP. RICHERAND, professeurs de la Faculté de médecine. »

« Nous, membres de l'Académie royale de médecine, ayant fait partie du jury du concours, nous réunissons aux professeurs de la Faculté de médecine de Paris, pour déclarer que M. Orfila ne nous a jamais manifesté aucune intention de se démettre des fonctions de doyen, si tel ou tel candidat du concours obtenait la majorité.

« Paris, le 12 mars 1840.

» BALLY, RAYER, HONORÉ, BRICHETEAU, ROCHE, membres de l'Académie royale de médecine. »

AU MÊME.

Monsieur,

Vous avez répété, d'après un autre journal, que j'avais obtenu *une voix* au premier tour du scrutin destiné à la nomination du professeur de pathologie interne de la Faculté. Pour être entièrement exact, il aurait fallu dire que cette voix m'était également échue *au second tour*, et qu'elle ne m'a abandonné qu'au scrutin de ballottage, qui ne pouvait avoir lieu qu'entre les deux candidats privilégiés. J'attache quelque importance à cette rectification, et j'espère que vous serez assez bon pour la mentionner dans le prochain numéro de la GAZETTE.

Agréez, etc.

GIBERT.

Paris, ce 7 mars.

— M. le docteur Biett, membre de l'Académie royale de médecine, médecin de l'hôpital St-Louis, est mort à l'âge de 56 ans, d'une maladie du cœur.

— M. Hippolyte Cloquet, membre de l'Académie royale de médecine, agrégé de la Faculté de Paris, est mort d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

— Un concours va s'ouvrir prochainement dans les hôpitaux pour quatre places de médecins expectans attachés aux services des aliénés.

Les conditions sont les mêmes que pour les médecins ordinaires du Bureau central; seulement les concurrens sont tenus de fournir la preuve qu'ils n'occupent pas de position qui les empêcherait de résider dans les établissemens de Bicêtre et de la Salpêtrière.

— ERRATUM. L'article sur le bégaiement, inséré dans le numéro 10 de la GAZETTE MÉDICALE, est de M. E. DU TOIT, D. M., et non de M. DU SOIT.

— MAYGRIER (J.-P.), membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchemens; NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENS; deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée; par HALMAGRAND, docteur en médecine, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans.

Cet ouvrage se composera de vingt livraisons ou quatre-vingts planches in-folio gravées en taille-douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets et d'un fort volume in-8° de texte. Il paraîtra par livraisons de quatre planches et deux feuilles de texte. Le prix de chaque livraison est fixé à 2 fr. pour les souscripteurs, et 2 fr. 50 c. pour ceux qui n'auront pas souscrit à la mise en vente de la sixième livraison. Il en paraît une livraison le premier et le quinze de chaque mois. Les deux premières sont en vente.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Études expérimentales et pratiques sur le nitrate d'argent fondu, et sur la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre indurés, calleux, ordinairement infranchissables, faite avec une pâte caustique. — II. CLINIQUE DES DÉPARTEMENS. Compte-rendu des accouchemens de l'hospice de la Maternité de Marseille pendant l'année scolaire de 1838-1839. — III. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Observations supplémentaires sur l'anthrakokali. — Observations de perforations intestinales par des vers. — Observation de fièvre pernicieuse singultueuse. — Trois observations remarquables de clinique obstétricale. — Lettre sur les bandages herniaires. — IV. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séances des 9 et 16 mars. — Académie de médecine: séance du 17 mars. — Société anatomique de Paris. — V. BIBLIOGRAPHIE. Nouvelles recherches sur l'auscultation et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur Andral. — VI. VARIÉTÉS. — VII. FEUILLETON. De la mortalité dans l'armée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET PRATIQUES SUR LE NITRATE D'ARGENT FONDU, ET SUR LA CAUTÉRISATION DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE INDURÉS, CALLEUX, ORDINAIREMENT INFRANCHISSABLES, FAITE AVEC UNE PATE CAUSTIQUE; par J. J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

A. DU NITRATE D'ARGENT FONDU.

Avant de parler du nitrate d'argent fondu et des précautions qu'il faut prendre pour le bien préparer, je rapporterai une observation de rétrécissement de l'urètre qui me fit faire les recherches auxquelles je me suis livré depuis sur ce caustique. Cette observation, insérée dans le vingt-neuvième volume des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, Paris 1832, p. 413, est tirée de ma pratique particulière.

OBS. — M. E. a été traité par un de nos plus recommandables confrères de Bordeaux, pour un rétrécissement de l'urètre, sur lequel trois cautérisations par semaine, faites pendant six mois, ne produisirent aucun changement, soit en bien, soit en mal. Le médecin du malade, et le malade lui-même, demeurèrent bien persuadés, après cela, que le rétrécissement, *soixante-douze fois cautérisé*, était incurable. La guérison, toute récente alors, d'un ami de M. E., chez lequel j'avais détruit plusieurs rétrécissemens de l'urètre par la cautérisation, engagea le malade dont il s'agit à me faire appeler en consultation par son voisin M. Guiard. Son médecin et moi l'examinâmes, mesurâmes la distance à laquelle siégeait le rétrécissement, et en primes l'empreinte, tout cela sans la plus petite difficulté.

Son médecin ordinaire chargea son porte-caustique de Ducamp et l'introduisit facilement dans le rétrécissement, qu'il cautérisa selon les règles ordinaires, mais

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ DANS L'ARMÉE.

La question de la mortalité dans l'armée vient d'être portée à la tribune par le général Paixhans à l'occasion de la loi sur le recrutement. Ce n'est pas la première fois que l'honorable député de la Moselle essaie d'appeler l'attention de la chambre sur ce grave sujet; muni de chiffres dont l'authenticité n'a pas été révoquée en doute, il a déjà signalé l'an dernier les différences notables de la mortalité entre l'armée et les autres classes de la population, et la conclusion de sa motion annuelle tend à faire obtenir aux chambres la communication des documens officiels sur l'état sanitaire des troupes, en même temps que sur la manière dont est prélevé sur les diverses parties de la population l'impôt périodique du recrutement. Nous ignorons jusqu'à quel point de semblables renseignemens pourraient être livrés sans inconvénient à la publicité: la répartition des contingens est établie sur les bases légales du dernier recensement; peut-être serait-il plus juste de l'ordonner suivant les proportions relatives de mortalité qu'apportent les différens départemens dans le total général des décès qui surviennent dans l'armée. Quoi qu'il en soit, il est aisé de comprendre et de justifier la réserve du gouvernement à l'égard des faits de cette nature; afficher dans une statistique annuelle les pertes qu'éprouve l'armée, ce serait travailler au découragement des recrues et jeter l'alarme dans les familles; assez d'émotions, assez d'angoisses et de désespoirs assiègent l'urne où le sort agite les noms obscurs de nos futurs héros, pour ne pas élargir le texte des lamentables commentaires et des pressentimens sinistres. La loi qui institue le vivant impôt est au nombre de ces lois qui tiennent de plus près à la discipline sociale et qu'il importe de ne point chicaner dans leur application; la société a ses douleurs comme l'individu; elles a ses brutales nécessités; il y a sagesse à les reconnaître sans difficulté, à les subir sans discussion. Ce n'est donc pas nous qui aurions fouillé dans les données de l'arithmétique funéraire et déclaré aux jeunes générations les chances de destruction qui les attendent sous les drapeaux. Mais puisque M. Paixhans a prononcé des chiffres en pleine tribune, permis à nous de les reproduire; puisqu'il a proclamé le mal, essayons d'en indiquer les causes; c'est déjà en atténuer la gravité que d'en marquer l'origine et le développement. Parmi les causes qui concourent à l'augmentation de la mortalité dans les rangs de nos soldats, il n'en est pas une qui ne soit susceptible d'être corrigée, combattue avec succès; l'enquête qu'elles sollicitent est aussi complexe qu'étendue; loin de nous de l'entreprendre; nous nous bornerons à en noter un certain nombre, à désigner quelques moyens d'amélioration, à montrer seulement que l'avenir promet sous ce rapport de larges amendemens; car on peut presque affirmer que le bien vraiment réalisable se produit tôt ou tard comme par une force d'expression spontanée.

D'après des calculs qui n'ont pas été contredits, l'armée perd

sans fruit. Nous revînmes chez le malade le surlendemain. Ce jour-là, mon confrère insista pour que je cautérisasse moi-même, ce que je fis avec le porte-caustique droit de M. Lallemand. A peine le nitrate d'argent fut-il à découvert dans le rétrécissement, que le malade nous dit éprouver une chaleur dont il n'avait jamais eu la conscience jusque-là (1). Cette chaleur, quoique modérée, avait persisté quelques heures, nous dit-on le lendemain, et avait fort inquiété M. E. pendant toute la nuit. Le malade urinait déjà un peu plus largement, et les seconde, troisième et quatrième cautérisations, produisirent chaque jour un mieux plus marqué, et suffirent pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie.

On aura probablement dû se demander à quoi tenait l'inefficacité d'un si grand nombre de cautérisations faites pendant six mois par un médecin qui procédait à chacune d'elles selon toutes les règles, et avec beaucoup de dextérité? Le malade n'éprouvait rien de particulier lors des applications du caustique faites avant moi, et dès la première, à laquelle m'oblige mon confrère, il sent dans le canal une assez forte chaleur qui l'inquiète. mais dont il ne s'occupe plus dès qu'il urine un peu plus facilement et un peu plus largement.

Il ne m'était pas difficile d'expliquer la cause d'un changement aussi heureux (je m'étais servi de l'azotate d'argent que je porte toujours avec mon appareil à cautérisation), et l'inspection du nitrate avec lequel mon confrère chargeait son porte-caustique confirma toutes mes prévisions. Les petits cylindres que j'avais sous les yeux, et que j'allai montrer à M. Fauré, chimiste très distingué de Bordeaux, étaient comme rongés, bossués, inégaux et réduits à un beaucoup plus petit calibre que celui des lingotières dont on se sert ordinairement pour couler le nitrate d'argent. La cassure en était terne, d'un aspect pulvérulent, au lieu d'offrir ces aiguilles brillantes et rayonnées qu'on observe sur la pierre infernale bien préparée.

Ce fait éveilla mon attention, me fit tenir sur mes gardes, et me fournit des occasions répétées d'avoir des rapports avec M. Fauré, qui a fait, de la meilleure grâce du monde et avec une rare obligeance, toutes les expériences et toutes les analyses dont j'ai eu besoin pour quelques-unes de mes recherches et après chacune de mes opérations de lithotritie.

Le nitrate d'argent, dans le commerce, contient toujours du cuivre qui le rend déliquescent, ou bien on le falsifie avec du nitrate de potasse, ce qui altère beaucoup sa propriété caustique. D'un autre côté, Dulong d'Astafort démontra, en 1827, que le contact du nitrate d'argent fondu avec la graine de lin produisait, sans qu'il fût besoin d'humidité, une réaction lente entre ce sel et la matière organique des graines, d'où il arrive qu'une assez notable quantité de nitrate d'argent est absorbée, et que de petites excavations sont creusées à la surface des cylindres de pierre infernale. Pour confirmer ce qui avait été dit de l'absorption d'une partie de la pierre infernale par la graine de lin, dans laquelle beaucoup de pharmaciens ont l'habitude de la conserver, M. Robiquet rappela, en 1827 aussi, que Deyeux avait vu la mort être produite par de la graine de lin dans laquelle on avait préparé un remède interne.

Cette connaissance de la sophistication du nitrate d'argent, du peu de soin avec lequel on prépare ce caustique dans quelques pharmacies et de son altération par son contact avec la graine de lin, me fit prier M. Fauré d'examiner avec attention deux petits cylindres de nitrate d'argent que j'avais pris en même temps chez un bon pharmacien de Bordeaux, qu'on avait sortis du même flacon contenant de la graine de lin, et dont l'action n'avait produit que des résultats négatifs sur des rétrécissemens de l'urètre.

L'examen de ces deux cylindres ayant été fait le 25 janvier 1835, M. Fauré me dit qu'ils n'étaient pas identiques quoiqu'ils eussent été pris dans la même officine; que l'un contenait une beaucoup plus grande quantité que l'autre d'oxide de cuivre; que les impuretés contenues dans le premier n'étaient que d'un trentième de son poids, tandis qu'il y avait un dixième d'argent à l'état d'oxide ou de métal dans le second; que la différence d'action entre ce nitrate et celui que me fournissait habituellement M. Fauré était de plus d'un dixième en moins à cause de l'état dans lequel se trouvait l'argent, et par les impuretés; que lorsqu'on liquéfiait du nitrate d'argent altéré comme l'étaient les deux cylindres dont je viens de parler, l'oxide d'argent, étant plus léger que le sel, venait toujours à la surface et ne cautérisait pas du tout les points de sa membrane muqueuse sur lesquels on l'appliquait.

Ayant eu l'occasion de voir et de traiter plusieurs malades qui avaient été cautérisés par M. Lallemand, l'un d'eux, homme de mérite et fort bon observateur, me dit que le nitrate d'argent fondu dont j'avais rempli la cuvette de mon instrument pour cautériser la portion prostatique de son urètre, n'avait pas du tout l'aspect de celui dont le savant professeur de Montpellier se servait, et n'en aurait probablement pas l'activité. Quelques jours suffirent pour me procurer une certaine quantité de sel caustique absolument semblable à celui que mon malade avait vu dans les mains de M. Lallemand, et voici ce que M. Fauré m'écrivit le 17 septembre 1838, à l'occasion d'un petit cylindre de ce nitrate d'argent que je lui avais apporté pour qu'il eût la complaisance de l'examiner.

« J'examinai hier le morceau de pierre infernale que vous m'avez remis, et j'ai acquis la certitude que ce n'est que du nitrate d'argent pur. Sa blancheur vient de ce qu'il n'a subi qu'une liquéfaction à un feu modéré, et qu'il conserve encore un peu d'eau de cristallisation qui le rend moins dur et par conséquent plus soluble. A chaque application qu'on en fait, il s'en dissout une plus grande quantité que du nitrate ordinaire; de là vient sa plus grande énergie.

» J'en ai préparé de semblable au vôtre et peut-être même plus blanc. Je vous en envoie trois petits cylindres pour que vous en fassiez l'essai. J'en ai préparé aussi d'un peu coloré, dont je vous envoie également un cylindre pour que vous en fassiez la différence. Vous pourrez avoir maintenant, quand vous le désirerez et selon les cas, du nitrate plus ou moins énergique, quoique de même nature; il ne s'agit, pour conserver ou diminuer son action, que de le laisser plus ou moins sur le feu. »

Ainsi que le pressentait M. Fauré, j'ai pu agir à mon gré et plus ou moins énergiquement avec le nitrate d'argent fondu qu'il me fournit, bien qu'aujourd'hui je ne cautérise qu'assez rarement des rétrécissemens de l'urètre.

B. DE LA CAUTÉRISATION DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE, INDURÉS, CALLEUX, ORDINAIREMENT INFRANCHISSABLES, FAITE AVEC UNE PATE CAUSTIQUE.

Comme j'avais rencontré dans ma pratique plusieurs cas de rétrécisse-

(1) Les malades éprouvent de la douleur lorsqu'on cautérise même des rétrécissemens cartilagineux. (Lallemand, OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. Première partie. Paris, 1825, p. 55-138.)

Dans les colonies.................. 75 sur 1,000 hommes.
En Afrique.......................... 70 sur 1,000 —

Dans l'armée restreinte aux troupes qui sont sur le territoire français, la mortalité est de 20 sur 1,000; enfin, l'armée entière perd, sous-officiers et soldats, 22 sur 1,000.

Chaque soldat coûte par an à l'état 500 fr., c'est-à-dire beaucoup plus que ne dépense pour leur entretien une grande partie de la population civile; l'existence du soldat est donc plus aisée que celle de beaucoup d'habitans des villes et des campagnes; il est mieux vêtu, mieux nourri, mieux couché que la moitié des ouvriers attachés aux fabriques et aux manufactures; il ne végète point dans une atmosphère saturée de miasmes ou chargée d'émanations nuisibles et de corpuscules étrangers; les travaux militaires s'accomplissent en plein air; les alternatives de mouvement et de repos sont convenablement marquées dans sa journée; il ne connaît ni le souci de l'existence matérielle ni les tristesses du foyer domestique où veille la misère multipliée par le nombre d'enfans; l'habit militaire a d'ailleurs une vertu spéciale; il relève les faibles, il donne de la fermeté et du nerf aux plus humbles courages; sous l'uniforme, la poitrine se gonfle de générosité; les préjugés inhérens à l'état sont eux-mêmes une source d'energie morale; le sentiment exalté de l'honneur soutient l'âme du jeune soldat, et souvent il a puisé dans les exemples d'un amour-propre chatouilleux la force de résistance que lui aurait refusée son organisation. Comment ne pas rendre hommage au soin paternel avec lequel les officiers pourvoient à ses besoins et ménagent sa santé? La vie régimentaire n'est pas connue du monde; en général, les gens étrangers à l'état militaire ne sont frappés que des rigueurs de la discipline, de l'énergique et prompte action de la hiérarchie de l'épaulette et du galon; ils ne savent point l'intérieur des casernes, le ménage de la chambrée, l'économie domestique de chaque compagnie; c'est dans ces détails que se montre l'excellence de l'administration française; c'est aussi là que se trouve le correctif de ce que l'institution militaire a de rudesse obligée et de nécessaire absolutisme. Dans l'intérieur de sa compagnie, le capitaine est un père de famille, mais un père comptable envers chacun de ses enfans, des deniers qu'il perçoit pour l'entretien commun; ses lieutenans l'assistent dans sa tâche quotidienne et partagent ses sollicitudes; à l'un, la surveillance du matériel, armes, vêtemens, linge, couchage; à l'autre, le réglement hygiénique de la nourriture et le contrôle des dépenses qui s'y rapportent; des comptes sont ouverts avec les maîtres-ouvriers et les fournisseurs; chaque soldat, je veux dire chaque membre de la famille, a le droit de les vérifier; tout est calculé, tout est prévu dans ce système d'ambulante communauté; la maladie s'y introduit-elle, dès les premiers symptômes les secours de l'art sont prêts; des infirmeries, des hôpitaux reçoivent le malade; officiers et médecins militaires sont les premiers serviteurs de leurs subordonnés, et c'est par un dévouement incessant à leurs intérêts, non moins que par la vigueur draconienne des pénalités disciplinaires, que se maintient intacte l'autorité morale des positions hiérarchiques. Ne semble-t-il pas qu'un pareil ensemble de conditions ne doive tourner au profit de la longévité et soustraire nos troupes à une foule d'influences funestes qui sévissent sur les autres classes de la population? Il n'en est rien cependant, et tandis que la moyenne générale des décès dans l'armée s'élève à 22 sur 1,000, elle n'est que de 12 à 14 sur 1,000 dans la vie civile.

mens urétraux indurés, calleux, et même cartilagineux multiples, qu'il m'avait été impossible de traiter par la cautérisation, faite de dedans en dehors, à cause de l'étroitesse des parties, que je ne pouvais jamais dilater assez pour y faire pénétrer le porte-caustique le plus délié de M. Lallemand, et que, d'ailleurs, ces mêmes rétrécissemens étaient demeurés réfractaires à sa cautérisation lumitérienne, ou d'avant en arrière, force me fut de recourir à un moyen dont je me suis toujours bien trouvé, et qui n'a aucun rapport avec la pondre caustique, dont Paré, Loiseau et d'autres chirurgiens de la même époque imprégnaient une loupe de fil placée à l'extrémité d'une bougie, pas plus qu'avec la pommade, caustique aussi, dont on se servait dans le même but, vers la première moitié du seizième siècle, et avec laquelle l'empirique italien Godefroy Giannati traita Charles IX de caroncules de l'urètre (1). Ce moyen me sert à cautériser des rétrécissemens durs, calleux, à ouvertures *indilatables*, ou dans lesquelles il est au moins fort difficile de faire pénétrer quelque instrument que ce soit, flexible ou inflexible, et consiste dans une pâte caustique, que M. Fauré eut la complaisance de préparer en 1832. En voici la formule :

Prenez : Poix blanche bien pure............ 15 grammes et demi.
Cire blanche.............................. 8 grammes.
Huile d'amandes douces.................... 2 grammes.

Faites liquéfier une douce chaleur dans une capsule en porcelaine; sortez le vase de dessus le feu, remuez avec tube en verre, jusqu'à ce que le mélange ait acquis sa consistance pâteuse, et incorporez-y :

Nitrate d'argent fondu, en poudre... 26 grammes.

Lorsque l'union sera parfaite, on mettra la pâte dans un pot hermétiquement fermé.

Ce caustique, auquel on peut donner à volonté plus ou moins de consistance, en ajoutant ou en retranchant de l'huile d'amandes douces. doit toujours être un peu dur, et prendre facilement entre les doigts la forme qu'on veut lui donner.

Voici comment j'use de cette préparation : quand le rétrécissement est *capillaire*, je prends une corde à boyau, ayant le diamètre d'une chanterelle de violon, et mois de cela s'il y a lieu, j'en arrondis le bout avec la pierre ponce, et fais avec un canif sept à huit petites entailles sur l'extrémité que je dois faire pénétrer dans l'urètre. Je mets alors un peu de pâte entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, prends la corde à boyau entre le pouce et l'indicateur de la main droite et en garnis l'extrémité, entaillée dans l'étendue de six, neuf lignes, et jusqu'à un pouce, selon les cas. Cela fait, j'huile un peu la surface du caustique, introduis la corde à boyau dans un conducteur, dont le diamètre doit être tel que la pâte ne soit ni pressée, ni refoulée par le frottement avec ses parois internes, et la fixe au niveau de l'extrémité urétrale de ce conducteur avec un petit curseur à vis de pression. L'appareil étant ainsi préparé, j'huile ou je graisse avec du cérat le tube en gomme élastique et le pousse doucement dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, contre lequel j'appuie un peu avec la main gauche, tandis qu'avec la main droite, et après avoir dévissé le curseur, je pousse lentement la corde à boyau dans le pertuis et l'y laisse environ une minute et demie, ou moins, si la cuisson est trop forte. Au fur et à mesure que le rétrécissement est élargi j'augmente la grosseur des cordes à boyau, et répète chaque fois la même manœuvre cautérisante. Ce mode de traitement a réussi, on du moins n'a toujours permis de dilater assez les rétrécissemens pour cautériser ensuite comme on le fait ordinairement, Dans tous les cas, je suis parvenu à soulager beaucoup de malades que ni d'autres ni moi nous n'avions pu guérir à l'aide de tous les moyens conseillés jusqu'ici. Je rapporterai en temps et lieu quelques faits de ce genre.

Quoique, d'après mes expériences, faites sur des plaies et des ulcères, la pâte caustique conserve ses propriétés pendant un an, la prudence commande de ne plus s'en servir quand elle est préparée depuis plus de six mois.

(1) On préparait cette pommade tantôt avec un gros et demi du poudre de sabine et une demi-once de cérat mucilagineux, et d'autres fois avec le vitriol, l'orpin, l'alun de roche et le vert de gris, à la dose d'un gros de chaque, macérés dans le vinaigre, et incorporés ensuite dans deux onces d'onguent de céruse.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

COMPTE-RENDU DES ACCOUCHEMENS DE L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ DE MARSEILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1838-1839; par M. le docteur VILLENEUVE, professeur à l'école secondaire de médecine de cette ville.

Le nombre des acconchemens qui, l'an dernier, était de 50 s'est élevé, cette année, à celui de 71. — 69 enfans ont présenté le vertex, 1 le pelvis et 1 l'épaule gauche. Sur ces 71 enfans, il y a eu 36 filles et 35 garçons. 6 filles enceintes sont sorties de l'établissement avant leur accouchement. Une autre fille, menacée d'avorter au quatrième mois de sa grossesse, a fait son avorton au moment de son entrée dans la salle d'accouchement; il était du sexe masculin; une femme ayant fait en ville deux avortons, 1 fille et 1 garçon, au cinquième mois de sa grossesse, est entrée à l'hospice pour y être délivrée. Ce qui élève le nombre des femmes reçues dans l'hospice à celui de 79, Parmi les 71 enfans viables, 8 sont nés-morts, 4 garçons et 4 filles; ce qui réduit à 63 le nombre des enfans vivans.

Quatre opérations obstétriques ont été pratiquées dans le courant de l'année : deux versions et deux applications de forceps. La version a été faite une fois chez une femme entrée à la Maternité avec une procidence du cordon, le bassin étant rétréci, de manière à empêcher la tête de franchir l'orifice utérin. L'enfant extrait était déjà putréfié. La version a été pratiquée une autre fois pour une première position de l'épaule gauche.

Le forceps a été appliqué chez deux primipares dont l'une, entrée dans l'hospice après soixante-douze heures d'un travail pénible, présentait une résistance insurmontable des parties externes de la génération, et l'autre avait un bassin de 3 pouces 1/4. Dans le premier cas, l'épiderme de l'enfant s'enlevait; dans le second, l'enfant, quoique faible, s'est bien porté depuis.

Comment n'être point frappé de la différence de ces résultats, surtout quand on songe à la disparité des unités intégrantes de ces chiffres? Ainsi, la moyenne de la mortalité civile représente les femmes, les enfans, les vieillards, les infirmes, aussi bien que les hommes adultes et validés, tandis que ces derniers seuls fournissent aux calculs de la mortalité dans l'armée; ici tous les élémens mélangés de la population; là un choix d'hommes dans des limites déterminées d'âge et de constitution; et entre ces deux termes inégaux, la statistique ne réussit même point à balancer ses résultats; la mort penche du côté de la force et de la jeunesse.

Nous l'avons dit : il faudrait un livre pour analyser en détail tous les faits qui se rattachent à cette étude, pour raisonner les données brutes de la statistique; car celle-ci ne résout rien; elle n'est bonne qu'à transformer les problèmes, à en créer de nouveaux : celui qui nous occupe ici ne trouvera point dans ces lignes une solution complète; nous ne ferons qu'énumérer une série de causes dont l'action fâcheuse nous a particulièrement frappé dans le cours de notre militante expérience à travers hospices et régimens :

1° Les gens du monde, et nous n'en exceptons pas la majorité de nos confrères civils, ont une fausse idée des élémens qui entrent dans la composition de l'armée; pour eux, le mot soldat signifie vigueur, prestesse, musculature riche et souple; mais si l'on jette un coup-d'œil explorateur dans les rangs de nos troupes, dans les lits des hôpitaux militaires, on ne tarde point à reconnaître l'inanité de ce type idéal du soldat; que voit-on? Force jeunes gens maigres, pâles, étiolés, à poitrine étroite, à respiration courte; les uns paraissant épuisés avant le temps par le labeur des professions pénibles ou par la vie désordonnée des grandes villes; les autres surpris par la conscription avant l'entier achèvement de leur évolution organique, la nature s'étant moins hâtée que la loi et n'ayant souci de fournir à point nommé d'âge légal la somme de force et de développement que réclame l'état militaire. Oui, le mauvais recrutement est la plus grande plaie de l'armée; malgré les sages mesures du ministère de la guerre, malgré la bonne volonté des officiers de santé militaires, seuls appelés désormais à faire partie des conseils, cette opération capitale est souvent faussée dans son but; par quelles influences? Ce n'est point ici le lieu de les rechercher; mais qu'on n'espère point les corriger sans une plus ample représentation de l'élément militaire dans les conseils; des militaires seuls sont aptes à choisir des recrues, et seuls les choisiront dans l'intérêt de l'armée. Jusqu'à cette réforme essentielle, nos régimens verront arriver encore dans leur sein des hommes mutilés ou impotens, des malheureux qui auraient vécu dans leur condition antérieure, et qui vont traîner d'hôpital en hôpital leur chétive existence. On a parlé de la détérioration de l'espèce humaine, de l'affaiblissement progressif des classes inférieures par suite de l'extension des travaux industriels au détriment de l'agriculture. Ceci renferme une épineuse question qui confine à beaucoup d'autres; nous laisserons aux économistes le soin de rechercher jusqu'à quel point l'établissement des octrois, en amenant une hausse considérable dans le prix des denrées alimentaires, a pu influer sur le développement physique des classes populaires; pour nous, nous sommes portés à soupçonner au moins quelque exagération dans ces propositions, et nul doute que l'opération du recrutement, dirigée avec une sincère sollicitude des intérêts de l'armée, ne verse dans ses rangs des élémens meilleurs que ceux qu'elle a reçus jusqu'à présent.

Un cas d'éclampsie a été observé pendant l'accouchement chez une fille âgée de 24 ans. Deux fortes saignées du bras ont enrayé les accès qui n'ont été qu'au nombre de quatre : trois pendant le travail et un beaucoup plus faible après la délivrance. Cette fille, qui était parvenue à cacher sa grossesse, était douée d'un tempérament si faible que le médecin qui la soignait se trompa sur son véritable état et crut devoir la traiter pour une maladie chlorotique. Elle est sortie en bonne santé, dix-huit jours après son accouchement. L'enfant était né mort.

Deux femmes ont succombé: l'une le 2 février, sans cause connue, dix jours après son accouchement, au milieu de la plus brillante santé à la suite d'une syncope prolongée. L'autopsie cadavérique n'a présenté aucune lésion appréciable. Il n'y avait d'autre particularité que la possibilité de faire pénétrer une aiguille de bas à travers le canal artériel. Cette femme était âgée de 30 ans. L'autre, parvenue au dernier degré d'épuisement à la suite d'une leucophlegmasie générale, est accouchée le 25 d'un enfant putréfié, et a succombé sept heures après son accouchement. La nécropsie n'a pas pu être faite.

Le 20 juillet dernier, une femme enceinte pour la septième fois avorte au cinquième mois de sa grossesse, vingt-neuf heures après la rupture des membranes. Expulsion d'un garçon présentant le vertex. Quarante-huit heures après, expulsion d'une fille présentant les fesses. On tente la délivrance, les cordons cassent. On détermine cette femme à entrer à la Maternité. Nous administrons le seigle ergoté par doses de 6 grains. La malade en prend deux paquets. L'utérus se contracte; les douleurs sont faibles. Il semble même que les fibres circulaires inférieures de cet organe se resserrent sous l'influence de l'action du seigle et s'opposent encore plus à l'expulsion des placentas. Je prescris alors des injections émollientes dans le vagin. On administre même un bain à la sortie duquel les deux placentas sont l'un à l'autre tombent du vagin.

Quoique l'on ne puisse nier certains succès dus à ce médicament, nous possédons cependant plusieurs faits qui, malgré la bonne qualité et la bonne administration du remède, ne nous ont pas donné les résultats que prééminent la plupart des accoucheurs. Souvent inutile, peut-être plus souvent nuisible, on attribue au seigle ergoté une action organique qui plus d'une fois est due à un changement avantageux dans la position du fœtus. Que de fois en effet un défaut de flexion de la tête arrête le travail? Que cette flexion s'opère, et que l'on donne le seigle ergoté dans ce moment; à lui la gloire d'avoir précipité l'accouchement. D'autres fois, une procidence de la main empêchera la tête de descendre; le travail se ralentit; des contractions utérines indépendantes de celles des muscles abdominaux feront descendre la tête au-dessous de la main que le toucher n'aura pas fait apprécier. On administre sur ces entrefaites le seigle ergoté. L'accouchement a lieu; c'est encore le seigle qui a opéré cette merveille. Mais qu'une femme soit bien conformée, que la tête se présente bien, sans procidence d'une main; que l'inertie utérine soit due, comme chez toutes les primipares, à la résistance des parties molles; que l'on administre le seigle ergoté doué de toutes les qualités et dans les conditions voulues; que ce médicament n'opère aucune action et que l'on soit obligé d'appliquer le forceps, on ne parle pas de l'insuccès du seigle parce qu'il est convenu que quand il faut préconiser un médicament, un système, une méthode, il est très rationnel de ne jamais parler des mécomptes. Quant à nous, nous en avons éprouvé et nous le disons. Nous croyons même être plus utile à la science en les signalant qu'en les taisant. Nous craignons même avoir quelquefois déterminé chez des enfans, par le seigle ergoté, une mort que la longueur du travail avait rendue imminente. Nous pensons que tel enfant né vivant avec asphyxie apoplectique ne serait pas mort quelque temps après si le seigle ergoté n'avait pas été administré avant l'accouchement.

En résumé, nous disons que ce médicament est inutile quand il n'agit pas, et qu'il est souvent nuisible quand il agit. Dans le premier cas, on conçoit très bien que la vie de l'enfant ne sera nullement compromise si l'accouchement est facilité par un changement de rapports entre les diamètres céphaliques et pelviens ou par la seu traction naturelle de l'obstacle (procidence de la main) qui s'opposait à l'accouchement. Dans le second cas, son action est plus souvent nuisible qu'utile: 1° en retardant *quelquefois* l'accouchement; 2° en favorisant, en augmentant même l'asphyxie et l'apoplexie du fœtus.

1° *Son action retarde quelquefois l'accouchement.* Cette proposition doit paraître paradoxale aux partisans du seigle ergoté. Je m'attends même à soulever contre elle l'opinion de respectables confrères qui, selon moi, n'ont pas assez tenu compte des nombreux cas d'insuccès dans l'emploi de cette substance. En attendant que je puisse prouver, par l'exposition d'un certain nombre de faits détaillés que je possède, la proposition que j'avance, je dois me contenter aujourd'hui d'affirmer que j'ai plus d'une fois constaté cette action et l'observation de l'avortement de jumeaux que je viens de relater m'en a fourni un nouvel exemple. Ici l'action du seigle a fait contracter l'utérus. Mais, loin d'opérer des contractions expultrices, il a déterminé une véritable constriction plus énergique au segment inférieur qu'au segment supérieur de l'utérus, de manière à mouler cet organe sur les placentas, et à resserrer de plus en plus les orifices interne et externe, de manière enfin à empêcher plutôt qu'à favoriser l'expulsion de ces gâteaux vasculaires. En d'autres termes, le seigle ergoté semble déterminer ou augmenter le spasme utérin. Ce phénomène, je l'ai observé plus souvent encore avant la parturition.

2° *Son action augmente l'asphyxie et l'apoplexie fœtales.* C'est une proposition qui, quoique fortement controversée par des hommes recommandables, a déjà été soutenue et prouvée. Quiconque connaît le mode d'action des contractions utérines sur la circulation placento-fœtale comprendra facilement que plus l'action du seigle sera énergique, plus seront grands les obstacles portés à cette circulation. Si M. Levacher, en 1834, a préconisé, pour le travail long et pénible de l'accouchement, le laudanum, tant usité chez les Anglais, et l'a présenté comme activant les contractions utérines, cet auteur a fourni des observations vraies, sans expliquer le mode d'action physiologique de ce médicament. Au lieu d'attribuer au laudanum la propriété d'exciter, de réveiller la contraction utérine, il eût été plus rationnel, selon moi, de dire que ce médicament, en ralentissant la contraction utérine, faisait passer cette contraction de l'état de permanence, qui suspend la contraction des muscles abdominaux, à l'état intermittent, qui est l'état normal, et qui, en réveillant, ou plutôt en permettant la contraction des muscles volontaires, donne lieu aux véritables douleurs expultrices. En sorte que le laudanum agirait ici d'une manière indirecte sur les muscles abdominaux, dont l'intervention contractile est nécessaire pour que l'accouchement s'effectue. On conçoit que pour obtenir ce résultat thérapeutique, il est important de ne pas élever la dose du laudanum, au point d'agir assez fortement sur le cerveau

2° Les migrations de troupes sont une des grandes causes de la mortalité qui les atteint; tout régiment qui parcourt de grandes distances, sème la route d'un certain nombre de malades et d'infirmes, et, rendu à sa destination, envoie à l'hôpital une plus forte proportion de sujets; celle-ci est en rapport avec les fatigues et la longueur du déplacement, avec l'opposition des climats et des localités; la France présente des zônes climatériques fort distinctes; on ne jette pas impunément un corps de troupes d'une zône à l'autre: les saisons ne prêtent pas aux déplacemens des masses d'hommes une égale opportunité; enfin, dans l'étendue d'une même zône climatérique, il est une foule de conditions locales que la prudence oblige à consulter. Le 9e régiment de ligne avait été soumis, à Rochefort, à l'intoxication des marais; une garnison montagneuse lui convenait, au sortir de cette fiévreuse résidence; envoyé à Paris, il a rempli les hôpitaux de ses malades. Il est évident que l'expérience des praticiens consommés qui siègent au conseil de santé peut être interrogée avec fruit par le ministère, avant la détermination des changemens annuels de garnison.

3° A ces mutations de lieu se rattache une affection désolante et pour le malade et pour le médecin, affection qui exerce de cruels ravages parmi les jeunes recrues; seule, elle tue lentement, mais à coup sûr; compliquant des états morbides divers, elle les aggrave et les précipite; c'est la maladie de ces pauvres ames qui se souviennent de leur Argos (*dulces reminiscitur Argos*), et qui ne veulent pas être consolées, parce qu'elles en sont éloignées. La nostalgie, qui ne fait que de rares victimes dans les hôpitaux civils, moissonne incessamment nos jeunes militaires. Peut-être une repartition sagement calculée des recrues, suivant leur origine, pourrait-elle remédier en partie à ce mal sans remède.

4° L'alimentation du soldat n'est pas entièrement suffisante; la solde de 30 à 32 centimes par jour, qui lui est allouée, n'est plus en rapport avec le prix des subsistances. A vingt ans, l'assimilation est prompte et vive, le développement encore incomplet, la muqueuse gastrique douée d'une grande activité. La ration de viande est exiguë et déjà dépouillée d'une partie de ses sucs par une décoction prolongée. L'uniformité presque absolue de la nourriture dans toutes les régions de la France peut offrir quelques inconvéniens: dans les localités humides, marécageuses, des distributions de vin seraient fort utiles.

5° Le casernement laisse beaucoup à désirer. Dans la plupart de nos villes, les bâtimens consacrés au logement des troupes ont été construits pour d'autres usages; d'anciens couvens, d'anciennes églises, d'anciens magasins ont été transformés, tant bien que mal, en habitations militaires; les conditions hygiéniques ont dû être sacrifiées dans cette métamorphose; l'infraction la plus fâcheuse aux lois conservatrices de la santé, c'est l'entassement des hommes dans les chambrées, et, par suite, la viciation de l'hématose.

6° Le croirait-on! le service médical de l'armée, destiné à prévenir et à guérir ses maux recèle en lui plus d'une chance de mortalité. La faculté accordée aux chirurgiens des corps de traiter dans les infirmeries régimentaires un certain nombre d'affections occasione fréquemment des retards irréparables dans l'envoi des malades à l'hôpital; malgré leur surveillance assidue, certains malades leur échappent et traînent longtemps dans les chambrées des états morbides que chaque jour écoulé rend moins curables. Dans les hôpitaux, comme dans les casernes, encombrement des lits; on ne saurait trop signaler cette cause d'insalubrité. L'administration, qui a déjà beaucoup fait pour améliorer les hospices militaires,

pour que l'engourdissement de ce centre de perception n'entraîne pas celui des muscles abdominaux.

Le principal effet du laudanum est donc de ramener à l'état physiologique la contraction utérine, en en diminuant l'intensité, en en supprimant la permanence.

Si tel est le mode d'action du laudanum, il est bien prouvé que la plupart des accoucheurs qui, comme M. Fouilhoux, ont écrit sur les propriétés excitantes du laudanum, ont confondu la constriction utérine avec l'inertie de cet organe. J'ose même dire que si des auteurs aussi recommandables que les Dugès et autres n'avaient pas consacré la dénomination d'*inertie par épuisement* à un état qui, loin d'être une inertie, est l'excès de la contraction, est une véritable constriction permanente, les praticiens n'auraient pas employé avec tant de profusion le seigle ergoté, substance que je crois, comme je l'ai déjà dit, plus souvent nuisible qu'utile.

On ne manquera pas de m'objecter que le seigle produit au moins le même effet et souvent un effet plus énergique que le laudanum, puisqu'il précipite le travail de l'accouchement. A cela je réponds 1° qu'un résultat identique peut être attribué à des causes différentes; 2° que le mode d'action du seigle n'est nullement comparable à celui du laudanum; que l'ergot du seigle, loin de ralentir comme le laudanum la contraction utérine, l'augmente, et que dans les cas même où il active l'accouchement, c'est par une surexcitation morbide. En effet, si les contractions des muscles abdominaux sont quelquefois éveillées par le seigle, c'est que, loin de faire cesser la constriction du corps utérin, cette substance a étendu son action sur la portion du plexus hypogastrique, qui se distribue à la partie inférieure de l'utérus; ce qui explique la contraction plus énergique du segment inférieur de cet organe. Le plexus hypogastrique ainsi excité transmet synergiquement cette excitation aux nerfs des muscles abdominaux, avec d'autant plus de facilité que ces deux sortes de nerfs participent les uns et les autres à la vie de relation. Les muscles obligés de se contracter réagissent sur le corps utérin qui, pressé par les parois abdominales, se débarrasse avec d'autant plus de facilité du produit de la conception que cet organe, dans son état de constriction permanente, n'a besoin que d'un faible secours d'expulsion pour vaincre la résistance des parties molles. Pour celui qui a observé les phénomènes de l'action du seigle dans l'accouchement et les a comparés avec ceux produits par le laudanum, il a été facile de distinguer la violence des angoisses inexprimables déterminées par le premier de ces médicamens d'avec les douleurs bien moins fatigantes que développe l'action du second.

Cette explication donnée pour l'action de ces deux moyens thérapeutiques me semble d'ailleurs suffisante pour faire apprécier les propriétés généralement reconnues au seigle ergoté et aux préparations opiacées. Le seigle n'est-il pas en effet recommandé dans les hémorragies utérines, dans les leucorrhées même à cause de cette propriété particulière qu'on lui accorde de faire contracter, resserrer le tissu utérin? Oserait-on employer le laudanum dans ces mêmes circonstances? Ne serait-il pas à craindre au contraire que le laudanum n'augmentât l'hémorragie? Or, s'il est prouvé cependant que ces deux médicamens accélèrent dans beaucoup de cas l'accouchement, il est bien établi qu'ils agissent d'une manière différente (1).

Il resterait à prouver peut-être, pour quelques esprits difficiles, que le seigle ergoté est rarement administré par les accoucheurs dans les cas de véritable inertie. C'est là une tâche facile. Je déclare d'abord avoir presque toujours vu employer le seigle pour des cas de résistance de l'orifice externe de l'utérus, ou des parties externes de la génération chez des primipares, ou bien pour un obstacle quelconque à la marche de l'accouchement chez des femmes déjà mères. Or, je ne balance pas à soutenir que ces cas n'appartiennent pas à l'inertie essentielle, à l'inertie primitive. On m'objectera avec raison que ces cas présentaient une véritable inertie consécutive; on me dira même que l'inertie, pour être consécutive, ne laisse pas d'être une vraie inertie, et on aura le droit de s'étayer de l'opinion des accoucheurs les plus distingués. C'est précisément aussi l'opinion que je cherche à renverser, et j'en appelle à ces mêmes auteurs pour prouver que la distinction faite d'abord par Dugès de l'inertie en inertie par torpeur et inertie par épuisement n'a été faite que pour faciliter l'intelligence de ce point de doctrine obstétrique, et que l'inertie, par épuisement, n'est pas rigoureusement une inertie.

Les auteurs qui se sont servis de cette distinction me fourniront eux-mêmes les preuves de mon assertion. Madame Lachapelle (tom. III, pag. 289 et suivantes), Dugès (MANUEL D'OBSTÉTRIQUE, 1826, p. 207), nous apprennent « que la prétendue inertie par épuisement se reconnaît par la tension, la dureté, la sensibilité et la chaleur du ventre, par la rigidité et souvent l'épaississement des bords de l'orifice, par la constriction permanente de l'utérus sur l'enfant dont la peau se tuméfie dans la partie que circonscrit l'orifice, et sur la main de l'accoucheur qu'il fatigue, engourdit et rend incapable d'agir. » Dans l'inertie par torpeur, je vois des signes tout opposés : « absence de douleurs, de dureté et de tension dans l'abdomen et l'orifice utérin; pénétration libre de la main dans l'utérus; liberté des mouvemens du fœtus; fort souvent intégrité des membranes. » Ce sont là des différences trop grandes pour faire croire à un état d'inertie utérine dans ces deux cas. Il est évident que les derniers signes appartiennent à la vraie inertie, et que les premiers sont l'expression d'un état de constriction permanente de l'utérus.

Ce qui, sans doute, a pu faire considérer ces deux états comme appartenant à l'inertie, c'est probablement l'absence de douleurs expultrices. Cependant dans l'inertie par épuisement, ces douleurs ont toujours précédé cet état, tandis que dans l'inertie par torpeur, il n'y a jamais eu que des douleurs insignifiantes. En un mot, ce qui a pu faire donner le nom d'inertie à ces deux états si différens l'un de l'autre, c'est, sans contredit, l'absence totale de toute contraction des muscles volontaires de l'abdomen. Il existe encore une autre raison, c'est que l'inertie par épuisement a souvent été suivie des mêmes accidens (hémorragie) que l'inertie par torpeur. Mais que de fois des phénomènes identiques sont le résultat de causes différentes! Aussi me semblerait-il plus rationnel de conserver le nom d'*inertie utérine* à l'inertie par torpeur et de donner celui de *con-*

(1) Nous n'avions pas connaissance des expériences ingénieuses du docteur Corrado Taddei de Gravina (V. GAZ. MÉD., 20 décembre 1839), sur le seigle ergoté, lors de la lecture de notre compte-rendu (16 octobre 1839). Que les conclusions qu'il en tire soient vraies ou fausses, il résulte de ces travaux que l'opinion sur l'action du seigle n'est pas encore irrévocablement fixée. *Adhuc sub judice lis est.* Aussi je ne balance pas de soumettre à l'appréciation des praticiens et de l'expérience ultérieure l'opinion que j'ai cru devoir admettre sur l'action de ce moyen thérapeutique. . . . .

---

aura bien mérité de l'armée et de l'humanité le jour qu'elle aura fait disparaître cette condition malfaisante de la plupart des salles. La promiscuité des maladies contagieuses, telles que les exanthèmes aigus de la peau, avec les autres affections, est un autre inconvénient, que l'on commence à corriger par l'établissement de petites attenances aux salles ordinaires; celles-ci sont en général d'une longueur démesurée, et, par l'accumulation des malades, multiplient pour chacun d'eux les chances d'infection, d'insomnie et d'agitation nocturne. Mais ce qui manque surtout au système nosocomial de l'armée, ce sont les établissemens de convalescence, qui lui sont bien plus nécessaires encore qu'aux classes civiles. En effet, l'ouvrier, l'indigent même qui quitte l'hôpital, peut couronner sa convalescence au dehors; mais le soldat qui retourne à la caserne y retrouve la vie commune, avec ses charges et ses fatigues; plus d'alimens légers, plus de repos, point d'exercices gradués, point d'influence consolatrice qui viennent confirmer les effets obtenus par l'art : entre l'hôpital et la caserne, point de refuge intermédiaire. Convalescent à l'hôpital, il couche entre un typhoïde et un varioleux ; il a besoin d'un air pur et il est plongé dans les miasmes; de calme et de repos, et il n'entend que cris et plaintes; que de rechûtes fatales! que de convalescences trompées! Il y a quinze jours, un jeune soldat, entré pour une simple bronchite, était convalescent dans mon service, au Val-de-Grâce; la rougeole s'étend à lui d'un lit voisin et il meurt. Combien d'événemens analogues n'a point notés tout praticien militaire!

Telles sont quelques influences qui concourent à la mortalité de l'armée; il en est beaucoup d'autres dont l'examen nous conduirait peut-être à des questions délicates. Assurément le zèle des officiers de santé militaires n'est point en cause dans ce sujet lugubre : l'administration se plaît elle-même à le reconnaître; elle a pour eux des éloges; pour eux aura-t-elle aussi des récompenses? Ce nous est plaisir de l'espérer. . . . .

M. L.

— DICTIONNAIRE DE CHIRURGIE PRATIQUE de SAMUEL COOPER, traduit sur la septième et dernière édition, par MM. PH. SCOTT et M. PINEL DE GOLLEVILLE, docteurs en médecine de la Faculté de Paris; édité par Auguste Le Gallois.

Conditions de la souscription : Le Dictionnaire de S. Cooper formera quatre volumes grand in-8°, imprimés sur deux colonnes, avec les mêmes caractères et sur le même papier que le specimen.

Cet ouvrage, qui contiendra la matière de huit volumes in-8°, paraîtra par livraisons de seize pages, avec couverture imprimée.

Il paraît une livraison tous les huit jours, à partir du 20 janvier dernier.

Le prix de chaque livraison est de 1 fr. pour Paris.

Les souscripteurs de Paris recevront leurs livraisons franches de port, en en payant vingt à l'avance. Les souscripteurs des départemens les recevront moyennant 15 cent. de plus par livraison, et en envoyant un mandat sur la poste pour le montant de vingt livraisons au moins.

On souscrit aux bureaux de l'Agence générale et littéraire de traductions, à Paris, rue Coquillière, 20, et chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

striction utérine ou celui d'*inertie consécutive des muscles abdominaux* à la prétendue inertie par épuisement. La dénomination de *constriction utérine* me paraît pourtant préférable à celle d'*inertie consécutive des muscles*, parce qu'elle désigne l'essence de l'affectinn et qu'il est d'ailleurs, ce me semble, peu philosophique de donner nne dénomination pathologique à des phénomènes essentiellement secondaires. En effet, la contraction musculaire, quoiqne nécessaire dans l'acte de l'accouchement, est toujours consécutive à la contraction utérine. C'est un phénomène de la vie de relation dont l'énergie est en raison directe de l'état normal du travail de l'accouchement et dont la cessation ou la suspension est due à l'excès de contraction utérine. On dirait que cet état de constriction détourne la contraction des muscles abdominaux, pour augmenter celle de l'utérus, en anéantissant les rapports synergiques que le plexus hypogastrique semble établir sympathiquement avec les nerfs des muscles abdominaux, nerfs qui participent à la même vie de relation. Aussi de même, comme le dit l'illustre Bichat, que la torsion éveille la sensibilité animale dans des tissus qui, comme les ligamens, paraissent ne jouir que de la sensibilité organique inseusible; de même le seigle ergoté, que je crois plus utile à l'inertie primitive ou par torpeur, doit faire passer, dans les cas plus fréquens de coustriction permanente de l'utérus, doit faire passer, dis-je, la contraction organique insensible à l'état de contraction animale, et cela avec d'autant plus de facilité qu'il se reod dans l'utérus des nerfs spinaux. Seulement je crois avoir avancé avec raison que l'action synergique de l'utérus sur les muscles abdominaux par le seigle ergoté est essentiellement pathologique.

Les 73 femmes accouchées ont donné naissance à 74 enfans, dont 37 garçons et 37 filles.

69 femmes sont accouchées à terme et ont mis au monde 34 garçons et 35 filles. Deux femmes sont accouchées à huit mois, chacune d'un enfant mort; elles étaient primipares. Deux autres se sont blessées : l'une, à quatre mois de grossesse, a expulsé un garçon, et l'autre a donné deux avortons de cinq mois, une fille et un garçon. il y a eu 24 primipares.

8 enfans sont mort-nés, dont 4 proviennent de primipares, une fille et 3 garçons. La fille a dû sa mort à la maladie de sa mère, qui a été atteinte d'éclampsie.

Les trois garçons sont morts à la suite d'un travail trop prolongé ; l'un d'eux n'avait que huit mois de vie intra-utérine. Parmi les quatre autres enfans morts, il y a 3 filles et 1 garçon, et aucun de ces enfans n'a dû sa mort à la longueur du travail. Le garçon a succombé dans le sein de sa mère, qui n'a survécu que sept heures à son accouchement, à la suite d'une leucophlegmasie générale. Les trois filles ont présenté, l'une les pieds, l'autre l'épaule gauche, et la troisième une procidence du cordon, qui s'était effectuée en ville, la mère ayant un bassin de trois pouces un quart.

Sur les 74 enfans, 2 avortons mâles et 4 garçons mort-nés, un avorton femelle et 4 filles nées mortes réduisent le nombre des enfans vivans à 63, savoir 31 garçons et 32 filles.

Voici le tableau des positions du fœtus dans les 73 accouchemens, qui ont produit 74 enfans :

52	premières positions	70 vertex.
16	secondes, dont 7 troisièmes au debut du travail	
1	troisième franche (fronto cotyloïdienne gauche)	
1	indeterminee	
1	quatrième des pieds	2 pelvis.
1	indéterminée (avorton)	
1	première de l'épaule gauche	1 épaule.
1	présentation indéterminée (avorton)	1 indéterminée.
74		74

CLINIQUE DES ENFANS MALADES.

Du 1er octobre 1838 jusqu'au 1er juillet 1839 :

310 enfans ont été admis dans l'hospice. Il faut ajouter
27 enfans nés dans la section d'accouchement. Le 1er octobre il en existait
38 à la section d'allaitement. Il y en avait
3 au biberon et
4 à l'infirmerie; ce qui, dans l'espace de neuf mois, fait un total de
382

Sur ce nombre il y a eu 121 morts, dont 92 nourris artificiellement par le biberon et 29 nourris à la mamelle. De là les proportions suivantes :

121 morts sur	382 enfans	:: 1 :	3 19/121
92 morts nourris au biberon sur	382 »	:: 1 :	4 14/92
29 morts nourris à la mamelle sur	382 »	:: 1 :	13 5/29

L'an dernier, la moyenne des enfans morts était de 17 $\frac{1}{4}$ par mois. Elle a été de 13 $\frac{5}{9}$ cette année. L'allaitement artificiel fournissait un mort sur 2 $\frac{1}{3}$ enfans reçus en 1838; il n'y en a eu qu'un sur 4 $\frac{1}{6}$ en 1839. L'allaitement naturel donnait un mort sur 8 $\frac{1}{2}$ en 1838; c'a été un sur 13 $\frac{1}{6}$ en 1839.

Ces améliorations salutaires sont incontestablement dues à ce que des nourrices, ayant un lait jeune, ont été exclusivement destinées aux enfans de l'infirmerie. On ne saurait croire les merveilles qu'opérait sur ces pauvres enfans le lait récent de nourrice administré sous forme médicamenteuse. Il n'est qu'une manière péremptoire de répondre à ces assertions, que l'on pourrait croire hasardées.

Le ramollissement intestinal qui, l'an dernier, avait fait périr un enfant sur 3 1/2, n'en a fait mourir cette année qu'un sur 6 environ.

En 1838, l'entérite en a moissonné 1 sur 6 1/4, et en 1839, 1 sur 7 2/3.

Le muguet est demeuré à peu près dans les mêmes proportions : 1 sur 2 $\frac{13}{28}$ en 1838, et 1 sur 2 $\frac{22}{26}$ en 1839. Aussi cette dernière maladie s'est-elle présentée à nous sous toutes les formes; depuis l'érythème le plus léger des membranes buccale et pharyngo-œsophagienne jusqu'à la gangrène pulpeuse et à la destruction presque totale du canal œsophagien, tous les degrés ont été observés et recueillis. Nous devons à l'obligeance de M. Bande, interne de l'Hôtel-Dieu, des dessins sur cette affection que nous espérons mettre à profit dans un autre temps. Nous nous bornerons aujourd'hui à transcrire quelques observations qui nous ont paru dignes de quelque intérêt.

OBS. I. — Le 4 octobre 1838, une fille, âgée de 12 jours, portant le n° 2385, est portée du biberon (1) dans la salle de l'infirmerie, ayant un muguet léger depuis deux jours, rendant par le bas des matières vertes et liquides.

Le deuxième jour, le muguet devient confluent; la langue est épaissie par l'inflammation au point que l'enfant est obligé de tenir la bouche béante; les matières rendues sont jaunes, vertes et demi-liquides (bain, cataplasme sur l'abdomen, tisane de riz acidulée, collutoire émollient).

Le troisième jour, matières jaunes, peu liquides; muguet moins confluent; une couche de couenne épaisse s'est détachée de la surface de la langue (mêmes prescriptions).

Quatrième jour. Matières jaunes, demi-liquides, muqueuse buccale se dépouillant du muguet (mêmes prescriptions).

Cinquième jour. Chaleur faible, diarrhée jaune; météorisme du ventre (tisane de riz, collutoire acidulé).

Sixième jour. Ventre météorisé; chaleur faible; pourtour des lèvres bleuâtre; respiration gênée surtout dans son mouvement expiratoire; difficulté de la déglutition (tisane de riz; lavement de lait, deux fois; collutoire).

Morte le sixème jour, 10 octobre, à trois heures du soir.

AUTOPSIE NÉCROSCOPIQUE le 11, à neuf heures du matin, dix-huit heures après le décès.

Abdomen distendu par des gaz ; écume sortant par le nez ; sein gauche donnant par la pression une goutte d'eau laiteuse, et le sein droit une matière concrète.

Gros et petits intestins remplis de gaz. Rectum aplati et contracté. Muqueuse du gros intestin saine. Arborisation sous-péritonéale de l'intestin grêle. Rougeur vasculaire très prononcée sur la muqueuse du petit intestin dans sa moitié inférieure et d'autant plus intense qu'elle se rapproche davantage du cœcum.

En soulevant le sternum, une traînée de pus phlegmoneux se remarque sur sa face médiastine. La surface externe du poumon gauche tapissée d'une légère couenne, et plutôt d'une couche purulente qui recouvre également la plèvre costale de ce côté qui est d'un rouge livide. Le sommet du poumon gauche est un peu froncé, *ratatiné*. Tous ses lobes sont pleins d'un sang noir. La substance du poumon a une couleur de rate sans en avoir la consistance. Tout ce poumon surnage; il n'y a qu'un petit fragment du sommet qui, jeté dans l'eau, est revenu lentement à la surface.

Estomac distendu par une matière pultacée que nous avons cru d'abord être de la bouillie et qui n'était autre chose que de la tisane de riz épaissie et non digérée. Muqueuse saine, pointillée de rouge, un peu friable vers le cul-de-sac. Pourtour du cardia présentant une plaque circulaire, noire, grisâtre, *sphacelée*.

Œsophage sphacelé dans la partie inférieure de sa membrane muqueuse. Une plaque oblongue de même nature dans son milieu.

Cœur distendu par du sang noir; poumon droit sain. Foie d'une couleur naturelle, le cœur s'étant déjà vidé du sang qu'il contenait. Vésicule du fiel très distendue par de la bile verte.

OBS. II. — Un garçon, portant le n° 2406, âgé de 13 jours, allaité par une nourrice, a été placé à la salle de l'infirmerie, le 21 octobre 1838, présentant les symptômes suivans : muguet jaune, diarrhée, chaleur faible, déglutition difficile et cris continuels (tisane de riz, lavement, bain, cataplasme sur l'abdomen, collutoire émollient).

Le 22, langue épaissie par l'inflammation; matières jaunes, liquides, rendues par les selles; chaleur faible aux mains; cris étouffés.

Le 23, troisième jour de l'entrée, muqueuse buccale rouge avec sécrétion blanche pointillée; matières d'un vert jaune, liquides (même prescription; lavement de lait).

(1) Le biberon est un lieu où les enfans sont nourris artificiellement.

Le 24, quatrième jour, mêmes symptômes, cri faible; abdomen météorisé, peau amincie (eau de gomme acidulée, lavement de lait).

Mort le 25, cinquième jour, à huit heures du matin.

NÉCROPSIE faite à trois heures du soir, sept heures après la mort.

ABDOMEN. La paroi des gros intestins est plus épaisse que d'ordinaire; la muqueuse en est pâle, mais elle présente pourtant quelques points ardoisés au rectum, ainsi qu'au voisinage de la valvule iléo-cæcale. On remarque de plus sur sa surface quelques granulations peu apparentes. Les petits intestins présentent une infinité de plis transversaux très prononcés sur la face péritonéale. La muqueuse en est très pâle et ferme. Les glandes mésentériques très pâles sont volumineuses et en grand nombre.

Estomac rempli et distendu par une grande quantité de matières caséeuses, d'une odeur acide. La muqueuse est d'un rouge légèrement foncé et nullement ramollie.

L'œsophage depuis sa partie moyenne jusqu'au cardia est boursouflé. Sa muqueuse mollasse ressemble à une *pulpe* grisâtre comparable à la pourriture d'hôpital. Cette altération est parfaitement circonscrite par un rebord de la muqueuse, semblable à un petit cordon. La partie supérieure d'une rougeur un peu foncée offre quelques points grisâtres.

Poumons très sains.

Foie dans l'état normal. Vésicule du fiel flasque; bile jaune en petite quantité.

OBS. III. — Une fille ayant le n° 2769, âgée de 11 jours, a été transportée, le 22 juin 1839, de la salle du biberon dans celle de l'infirmerie. Muguet blanc, déglutition difficile, respiration gênée, diarrhée verte; tels sont les symptômes que cette enfant a présentés à son arrivée (prescription: quelques gouttes de lait trait, un bain, cataplasme sur le ventre, tisane de riz).

Troisième jour. Le muguet devenu plus confluent se détache par lambeaux (même prescription; collutoire émollient et acidulé).

Quatrième jour. La muqueuse linguale dépouillée de muguet est d'un rouge vif; les matières alvines sont d'un jaune ocre (même prescription).

Cinquième jour. Même état, même moyen.

Sixième jour. Scléréme, difficulté plus grande de respirer; matières liquides d'une couleur jaune verdâtre.

Morte le 28 juin, septième jour de son entrée à l'infirmerie.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE le 29, à dix heures du matin, vingt-quatre heures après la mort.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Embonpoint ordinaire. Scléréme général. Cordon non tombé. Peau de couleur un peu vinacée.

POITRINE. Péricarde rouge, injecté et tapissé par du pus crémeux. Lobe inférieur du poumon droit gorgé de sang et présentant une surface couenneuse grisâtre, oblongue, correspondant au côté droit de l'œsophage. Cette portion du poumon contiguë à ce canal va au fond de l'eau. Il n'en est pas ainsi de la portion bien plus étendue du poumon gauche qui répondait à l'œsophage. Cette portion du poumon qui surnageait était tapissée d'une couenne purulente qui, par la destruction complète de ce canal, semblait former la paroi antérieure de cet organe. L'œsophage était donc détruit dans ses parois antérieure et latérale dans l'étendue de 2 pouces à son extrémité inférieure, sa longueur totale jusqu'à la glotte étant de 4 pouces. La continuité du canal ne tenait en arrière que par une largeur de 3 lignes. Son extrémité supérieure intacte présentait une rougeur vinacée et quelques petites ulcérations allongées. La muqueuse qui a disparu inférieurement est remplacée par un mucus grisâtre et diffluent. Un liquide de même couleur était répandu en petite quantité dans le médiastin postérieur. Le tissu cellulaire intermédiaire à l'aorte et à l'œsophage était tellement boursouflé que nous avions pris ce boursouflement pour le véritable œsophage. Ne soupçonnant pas encore, dans ce moment d'investigation, la destruction de ce canal, nous pensâmes d'abord que son absence dans ce point devait coïncider avec un vice de conformation qui établissait une communication de l'œsophage avec la trachée-artère. Mais le détachement de toute la longueur du canal depuis le pharynx jusqu'à l'estomac a rectifié notre erreur en nous montrant une altération pathologique extraordinaire à la place d'une déviation organique.

Rien d'extraordinaire dans l'abdomen. Nous n'avons remarqué qu'une injection veineuse assez prononcée et trois invaginations intestinales.

J'ai pensé que le seul exposé de ces trois faits me dispensait de tout commentaire sur leur importance. Je les crois assez rares pour mériter l'attention des praticiens et surtout des médecins des hôpitaux d'enfans malades. Extraits de 172 observations suivies d'autopsie cadavérique, ils donnent évidemment la preuve du plus haut degré auquel puisse arriver l'inflammation de l'œsophage. Cette inflammation, produit presque constant de l'allaitement artificiel, forme au moins les deux tiers de la mortalité des enfans soumis à ce mode d'alimentation, et complique toujours les autres maladies auxquelles ces enfans succombent.

A l'exception du seul fait de gangrène de l'œsophage, cité par Billard, je n'en connais pas d'autres semblables, et dont les ravages aient été aussi étendus que dans le cas de la troisième observation relatée plus haut. Cette fréquence et l'intensité de la maladie me paraissent devoir être attribuées, non pas seulement à l'allaitement artificiel, mais plus particulièrement à la négligence, aux soins peu intelligens que l'on porte à ce service, et surtout à la résistance opiniâtre et stupide que des préjugés surannés et meurtriers opposent aux conseils hygiéniques du médecin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR L'ANTHRAKOKALI; communiquées par M. le docteur M.-M. JACOBOVICS, faisant suite à la note du même auteur.

(Voir le numéro du 29 février.)

Un des meilleurs caractères auxquels on puisse reconnaître si la préparation de l'anthrakokali est bien faite, c'est qu'elle soit presque entièrement soluble dans l'eau distillée (1); il faut donc faire l'expérience suivante: on prend 25 ou 50 centigrammes de la préparation et on les mêle à 30 ou 60 grammes d'eau distillée; le mélange doit alors prendre et conserver une couleur brun-noirâtre. On laisse reposer cette solution, et si elle devient plus claire, si une poudre noire se précipite au fond du vase, alors la préparation est mal faite; même après avoir été filtrée cette solution doit conserver cette coloration noirâtre. Si l'anthrakokali est privé de ce caractère distinctif, il faut en chercher la cause ou dans le charbon de terre ou dans le mode de préparation. L'on voit des pharmaciens qui obtiennent de très mauvaises préparations, soit parce qu'ils se servent de la potasse caustique du commerce, soit parce qu'en employant de la potasse parfaitement convenable ils lui associent un charbon de terre de mauvais choix. Dans l'un et l'autre cas, la préparation échoue; bien plus, dit M. le docteur Polya, on en a obtenu de mauvais effets quand on l'a employé dans les engorgemens des ganglions lymphatiques; on les a vus, en effet, entrer en suppuration dans des cas analogues à ceux où, par le secours d'une préparation convenable, on en obtenait la résolution complète.

M. le professeur Caventou a eu la bonté de faire lui-même la préparation sous mes yeux; mais le produit que nous avons obtenu ne jouissait pas de ces derniers caractères; car une solution de cet anthrakokali laissait tomber une assez grande quantité de poudre noire, et, après l'avoir filtrée, presque tout le charbon restait dans le filtre, et le liquide obtenu était aqueux, ayant une teinte légèrement brunâtre et, du reste, les caractères d'une solution de potasse caustique.

M. le docteur Mandl a rapporté d'un voyage qu'il a fait dernièrement en Hongrie de l'anthrakokali, qu'il a obtenu de M. Polya lui-même. Cette préparation, mêlée avec de l'eau distillée dans les proportions indiquées ci-dessus, formait un liquide noir, dans lequel même, après un quart-d'heure de repos, il ne se montrait guère de dépôt, et qui, après avoir été filtré, n'a perdu que très peu de sa coloration, ne laissant qu'une petite quantité de poudre noire dans le filtre. Une gouttelette du liquide filtré, placée entre deux verres, et examinée sous le microscope, a fait voir des parcelles irrégulières, noirâtres, nageant dans le liquide, particules qui appartiennent probablement au charbon qui s'y trouve en suspension.

Le charbon et la potasse se trouvent-ils en partie réunis à l'état de combinaison chimique ou à l'état de simple mélange? Quelle que soit la réponse de la chimie à cette question, le seul fait important à constater pour le praticien, c'est une très grande solubilité de la préparation et dès lors son absorption plus facile, son introduction dans toute l'économie, pour en modifier les sécrétions, les nutritions morbides, les inflammations chroniques, par lesquelles se manifestent les maladies cutanées.

On aura plus de chances d'obtenir une préparation qui ait ces qualités si l'on choisit un charbon *très noir, très léger, bien porphyrisé* à plusieurs reprises, et que l'on aura soin de mêler avec la potasse immédiatement après la préparation de cette dernière, parce que les corps sont plus disposés à former de nouvelles combinaisons, immédiatement après les avoir dégagées d'autres; en outre, la température, le degré de fluidité de la potasse caustique après sa préparation peuvent aussi contribuer à favoriser l'union.

Aujourd'hui, où l'on s'en tient à l'apparence, où l'on regarde chaque hypothèse, quelque bien fondée qu'elle soit, comme une entrave au progrès, où l'on circonscrit avec exactitude les limites de chaque maladie, on s'étonnera d'entendre professer que des dartres peuvent se développer sous l'influence de la gale, maladie regardée par les dermatologues les plus célèbres comme une affection purement locale, qui ne doit jamais être traitée que par des topiques.

Les motifs sur lesquels ces savans et praticiens basent leur opinion sont:

1° Que la gale est produite par la transmission de l'acarus qui creuse son sillon, produit la vésicule, etc.

(1) Polya, OBSERVATIONES DE HERPETE, etc., p. 115.

2° Qu'un grand nombre d'individus, qui ont été traités exclusivement par des topiques, ont été parfaitement guéris de la gale, sans avoir jamais eu ensuite d'autres affections cutanées.

Quant au premier point, on peut répondre : que le rôle de l'acarus dans la production de la gale, n'est point encore incontestablement démontré; toujours est-il qu'on trouvera un grand nombre de malades convers de gale, sur lesquels l'observateur, aussi le plus exercé, ne pourra découvrir l'acarus; d'autres fois, on ne trouvera qu'un seul acarus sur des galeux porteurs de myriades de vésicules; bien plus, après la destruction de l'insecte, on voit les vésicules persister, se reproduire et suivre toutes les phases de leur évolution parfaite. L'on sait, du reste, que la gale se développe spontanément chez les animaux dans certaines circonstances débilitantes. Donc il faut admettre que si l'acarus peut développer l'affection psorique locale, celle-ci, par sa prolongation, peut créer un état général, une diathèse si l'on veut, dont les effets persisteront après la destruction de l'acarus; de même que l'évolution de la gale peut se manifester spontanément sans la présence de l'acarus, et par le fait, sans doute, d'un état morbide général.

2° S'il est vrai que beaucoup d'individus affectés de gale en ont été guéris radicalement par le seul traitement local, c'est que dans ces cas la gale n'avait pas atteint un haut degré de développement, soit à cause de sa courte durée, soit à cause du défaut de l'activité de la peau chez des individus vigoureux exposés aux vicissitudes atmosphériques, à des travaux durs et pénibles et vivans dans des climats froids et humides; mais si un individu porte la gale plusieurs semaines, ou quelques mois, s'il a la peau impressionnable, s'il vit sous un climat, et au milieu d'occupations qui augmentent l'activité et la susceptibilité de la peau, le traitement tenté dans ces circonstances avec les seuls remèdes externes n'a en sa faveur ni les preuves de l'expérience, ni celles de la raison; parce que dans ces cas la gale a cessé d'être une maladie purement locale, ce qui est prouvé par des lois incontestables de la pathologie, et par les observations les plus authentiques :

1° C'est une loi pathologique que l'organisme s'habitue aux sécrétions morbides et aux inflammations chroniques, et leur suppression subite a ordinairement tôt ou tard des suites fâcheuses; nous devons donc penser que pendant leur durée, quoique l'économie n'offre, du reste, presque rien d'anormal, elle est cependant modifiée, et la maladie après une certaine durée ne peut plus être considérée comme locale.

Ainsi la gale qui a duré quelques semaines et qui s'est développée sous des influences favorables aux maladies cutanées, est souvent accompagnée d'une inflammation assez vive de la peau, d'une sécrétion assez abondante, qui forme non seulement des vésicules, mais encore de larges pustules, qui se rompent, forment des croûtes, et se reproduisent pendant des semaines et des mois; la résorption s'opère toujours dans les parties affectées et rend la maladie de plus en plus générale.

2° Quelque limité que soit leur foyer primitif, les maladies contagieuses ont une singulière tendance à affecter toute l'économie; le point de départ de la syphilis, son foyer primitif, est bien plus restreint que celui de la gale, et pourtant voyez combien sont terribles les suites d'un chancre négligé. La variole inoculée produit souvent une éruption générale. La vaccine, qui ne dure que de huit à quatorze jours, change totalement les dispositions de l'économie qui perd désormais sa susceptibilité à contracter telle maladie contagieuse.

Eh bien! la gale qui est aussi une maladie contagieuse, et qui pour sa transmission n'exige pas même un contact si intime que la syphilis et la vaccine, pourquoi n'exercerait-elle pas aussi son influence sur toute la constitution, influence qui se manifeste d'ailleurs par des phénomènes consécutifs variables.

Si, d'un côté, le raisonnement nous fait rejeter l'opinion de ceux qui considèrent la *gale invétérée* comme une maladie purement locale, d'un autre côté l'expérience prouve invinciblement que, comme les autres maladies contagieuses, la gale aussi en se prolongeant a une tendance spéciale à affecter toute l'économie :

1° En effet, suivons la marche de la maladie : l'infection s'opère ordinairement sur une partie circonscrite, le plus souvent sur les mains, et à l'instant où l'éruption s'y manifeste, les démangeaisons sont déjà plus ou moins répandues sur tout le corps; des vésicules s'élèvent sur le ventre et sur les articulations dans le sens de leur flexion, sans que l'on puisse invoquer, dans bien des cas, sur ces parties, le contact des doigts, ou de l'acarus, que l'on ne trouve ordinairement qu'aux mains. Si la maladie n'est pas traitée, son invasion devient générale; si elle est traitée par des applications irritantes, il se produit des éruptions très rebelles; si elle est combattue par les remèdes même les plus doux, les démangeaisons n'en persistent pas moins pendant un temps plus ou moins long aussi après la disparition des vésicules.

Or, cette altération générale et profonde de l'inervation cutanée peut-elle être attribuée à une maladie toute locale? Et une maladie qui se caractérise par des éruptions morbides presque générales n'aurait-elle pas des racines plus profondes dans les humeurs, dans toute l'économie, enfin?

2° Voilà, en outre, ce que l'expérience répond et prouve : c'est que les sujets qui ont été porteurs d'une gale de longue durée, qui n'a été traitée que par des moyens externes, conservent une prédisposition qui fait récidiver à chaque printems, pendant de longues années, soit des démangeaisons simples, soit accompagnées par des éruptions vésiculeuses et papuleuses.

Les syphilides ordinairement ne sont point accompagnées ni suivies de semblables pruits, et si maintes fois nous avons rencontré des démangeaisons vives avec des syphilides, toujours nous avons pu constater que les individus avaient été anciennement affectés de la gale.

Sans nier donc l'influence de l'acarus, il reste prouvé pour nous :

1° Que la gale, après une certaine durée, tend à affecter toute l'économie, et dès-lors son traitement à cette époque doit être général, plus encore que local.

2° Que cette gale *invétérée* exerce une influence spéciale sur les maladies cutanées ultérieures, et, partant, leur traitement doit être modifié en conséquence, et on doit tenir un compte tout particulier de cette gale antécédente.

Mais revenons à l'anthrakokali : quoi qu'on ne puisse expliquer l'action de ce remède, et que son administration soit encore empirique, ses effets avantageux doivent le faire admettre dans la pratique. Il est important d'avoir une bonne préparation du remède pour répéter les expériences de M. le docteur Polya, et pour arriver aux mêmes résultats. Toutefois, on ne doit point regarder l'anthrakokali comme infaillible à lui seul; les maladies chroniques de la peau ont jeté de trop profondes racines dans l'économie; il faut donc aider l'action du médicament par un régime et par une hygiène bien entendus et continués pendant un temps assez long.

On trouvera dans l'ouvrage de M. le docteur Polya de plus amples détails sur toutes ces données et sur l'application heureuse de l'anthrakokali à quelques maladies spéciales.

Le talent d'observation de M. le docteur Polya, et la consciencieuse probité de ce savant praticien, sont des garans qui doivent engager les médecins à répéter ses expériences.

OBSERVATIONS DE PERFORATIONS INTESTINALES PAR DES VERS; J.-B. DAVID, D. M. P.

Les faits litigieux des sciences médicales appellent spécialement l'attention des praticiens et leur tribut d'observations. Celles que je vais rapporter pourront concourir à constater la réalité des *perforations de la paroi intestinale, pour des ascarides lombricoïdes.*

Cet accident, dont M. Dalmas parut admettre la possibilité, dans sa leçon probatoire du dernier concours, est considéré comme illusoire pour nombre d'auteurs. Mais aussi plusieurs autres l'admettent comme réel. Serait-il raisonnable de penser que ces vers se soient spontanément engendrés dans le foyer d'un dépôt de récente formation? Si, chez les deux malades que je vais citer, la perforation intestinale eût été la conséquence d'ulcération, d'un ramolissement de la paroi, ces hommes eussent-ils recouvré la santé de manière à reprendre bientôt leur service?

Desault citait des faits semblables et pensait que les parasites, qui en étaient les artisans, perforaient l'intestin obliquement, comme les uretères pénètrent dans la vessie.

En faveur de l'innocuité de ces perforations intestinales, de l'intérieur à l'extérieur, je placerai ici l'annotation suivante. Elle n'offre pas, sans doute, une entière similitude, mais on peut y reconnaître un degré d'analogie et d'intérêt.

AIGUILLE AVALÉE PAR UN ENFANT ET EXTRAITE D'UN DÉPÔT PRÈS DE L'OMBILIC.

OBS. I. — En 1788, une petite fille d'environ 5 ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être visitée par le célèbre chirurgien en chef. L'enfant posé sur un lit de la salle où il se trouvait, on remarqua au-dessus du nombril un dépôt phlegmoneux du volume d'un œuf de pigeon. Sur l'ordre que j'en reçus, j'ouvris la tumeur, et avec le pus se présenta une aiguille de deux pouces de long, que la petite avait avalée quelque temps auparavant. Je la remis à M. Desault, et l'enfant, d'ailleurs bien portante, fut ramenée par ses parens, qui reçurent des avis pour que la guérison ne se fit pas attendre.

ASCARIDES LOMBRICOÏDES RETIRÉS D'ABCÈS A L'ADOMEN.

OBS. II. — En 1801, mon régiment étant en garnison à Calais, je fréquentai souvent, par devoir et par besoin d'instruction, l'hôpital militaire. Dans une de mes visites, je vis M. Bastide, alors chirurgien major, ouvrir un dépôt phlegmo-

neux, situé près et au-dessous de l'ombilic. Au milieu d'environ deux onces de pus, d'odeur repoussante, nous vîmes un ver lombric de six pouces de long et bien vivant. Le respectable docteur Lallemand, alors doyen des médecins militaires, vint voir la plaie et le ver. Il a reconnu le malade pour être sorti de ses salles; c'était un soldat valétudinaire depuis longtemps. Il guérit de sa plaie assez promptement et rentra au régiment.

Par un singulier hasard, nous eûmes à observer, ces messieurs et moi, peu de semaines après, un fait semblable chez un marin. Je puis attester que dans ces deux cas nous ne nous fîmes point illusion. Le rétablissement ne se fit point attendre.

Je terminerai cette notice en copiant textuellement ce que rapporte (1) Pierre Barrere, médecin distingué de Perpignan, mort en 1755, et noté par les biographes comme observateur exact et bon praticien. S'il ne peut convaincre, il répond du moins à ceux qui affirment que toujours les ascarides-lombricoïdes ont été trouvés libres, détachés dans le tube intestinal.

INTESTINS PERCÉS PAR DES VERS.

OBS. III. — Un nègre, à Cayenne, âgé d'environ 18 ans, après avoir été fatigué de mouvemens convulsifs en divers endroits du corps, avec des douleurs de coliques, tomba dans une convulsion universelle, dans un vrai tétanos, auquel sont sujets les nègres en ce pays-là. La raideur des membres ne fut pas continuellement soutenue; les mouvemens convulsifs revinrent de nouveau, et même plus forts qu'ils n'avaient été ci-devant, et qui emportèrent le malade en dix jours, au mois de juin 1823. J'ouvris le cadavre : je ne vis rien dans le cerveau ; je trouvai dans les intestins des pelotons de vers ronds et longs. Je remarquai l'intestin colon percé en quelques endroits par ces vers, qui servaient de tampons à ces ouvertures.

J'ai observé plusieurs fois à Cayenne le fait que je viens de rapporter. J'ai vu aussi, en Roussillon, les intestins des *cochons* souvent percés par des vers.

Puisse la communication de ces faits être d'utilité réelle pour la science.

Tonnerre, 15 février 1840.

OBSERVATION DE FIÈVRE PERNICIEUSE SINGULTUEUSE, communiquée par M. le docteur OLIVIER, médecin de l'hôpital de Montluel (Ain).

OBS. — Mademoiselle Joséphine Simmonet, fille d'un ancien confrère de ma localité, après une émotion très vive qu'elle ressentit à la lecture d'une lettre anonyme qu'elle avait reçue, fut prise le 24 janvier 1837 d'un hoquet avec mouvemens convulsifs des membres et des muscles de la face.

Agée de 23 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, Mlle Simmonet avait cinq ans auparavant éprouvé une maladie d'une nature déjà nerveuse, dont quelques symptômes s'étaient rapprochés, m'a-t-on dit, de ceux du tétanos. Elle était restée six mois malade. Depuis lors, cette jeune personne n'avait jamais été bien portante. Sous l'influence d'une irritation chronique du canal intestinal, ses digestions étaient restées laborieuses; elle avait habituellement le ventre tuméfié.

Appelé dans la nuit du 24 au 25 janvier, je trouvai la malade dans l'état suivant : visage animé, mouvemens convulsifs des muscles de la face et des membres, pupilles contractées, insensibilité de la rétine et perte de l'ouïe; langue très sèche et d'un rouge cerise très prononcé dans son pourtour; région épigastrique très douloureuse; point dans la région précordiale; hoquet des plus forts. Le ventre est météorisé, douloureux dans la fosse iliaque gauche; la percussion fait entendre un bruit analogue à celui que donne la tympanite; légère fréquence dans le pouls.

PRESC. — 12 sangsues sur l'estomac; cataplasmes de farine de lin; embrocations sur le ventre avec de l'huile de morphine; potion calmante à prendre par cuillerée d'heure en heure; moutarde sur les extrémités inférieures; colon aux pieds; on la recouvre de taffetas gommé.

Le 25 janvier dans la matinée, l'état de la malade est le même; tout ce qu'on lui donne est rejeté; la potion calmante, l'eau de fleur d'oranger, quelques gouttes d'éther sur du sucre, rien ne calme le hoquet; il semble au contraire augmenter, lorsqu'après bien des efforts la malade parvenant à vaincre la constriction qu'elle ressent au gosier, quelques gouttes de liquide arrivent dans l'estomac; alors les douleurs du ventre augmentent; elles sont intermittentes et produisent un spasme tel dans les fibres musculaires des parois abdominales, qu'au toucher elles offrent la résistance de la pierre; la douleur passée, le spasme musculaire cesse, mais on sent très distinctement celui de l'intestin qui se dessine au travers de ses parois. En promenant la main dessus, on produit un bruit sonore qui provoque chez la malade l'expulsion par la bouche d'une assez grande quantité de gaz. La malade cependant a repris connaissance; elle accuse une douleur violente dans l'estomac et dans toute la région latérale gauche de l'abdomen.

Dans la soirée, le hoquet augmente; les cataplasmes sont arrosés avec du laudanum; on continue les autres moyens; une nouvelle potion calmante est ordonnée; on donne aussi à la malade un demi-lavement d'eau de graines de lin, une addition de manne, 2 onces, à cause de l'absence des selles depuis trois jours. La nuit est mauvaise.

(1) OBSERVATIONS ANATOMIQUES, etc. Nouvelle édition. Perpignan, 1753, p. 167.

Le 26, sur les six heures du matin, Mlle Simmonet est mieux; la langue est cependant dans le même état qu'avant la première évacuation sanguine; même rougeur, même sécheresse. Une selle assez abondante a eu lieu dans la nuit.

PRESC. — Nouvelle application de quinze sangsues sur l'estomac, fomentation sur le ventre. Le soir, administration d'un lavement avec l'assa fœtida. A la tombée de la nuit, exaspération de tous les symptômes; le hoquet et les douleurs abdominales augmentent.

Le 27, à quatre heures du matin, calme, malgré la continuation de ces deux derniers symptômes qui durent toute la journée.

Les frictions, les cataplasmes, les fomentations, les calmans, continuent à être mis en usage.

La nuit du 27 est encore mauvaise.

Le 28 au matin, calme, légère moiteur, la langue commence à perdre de sa rougeur et s'humecte un peu; le pouls est calme, petit, nerveux, la constriction de l'œsophage est moins forte; le hoquet continue, mais à des intervalles plus éloignés; le ventre est toujours météorisé, et à 1 pied ou 2 du lit de la malade, on entend un bruit de gaz dans les intestins.

Dans la journée, un chien étranger, que l'on s'efforce de chasser de la maison, arrive dans la chambre de la malade, qui, se trouvant seule, prend peur. De là exaspération de tous les symptômes, surtout dans la nuit. Les choses marchent de même jusqu'au 31 janvier. Les sangsues, les antispasmodiques étant restés sans effet sur le hoquet, je fais appliquer un vésicatoire sur l'estomac, et au premier pansement la plaie est recouverte avec l'hydrochlorate de morphine.

J'ai eu recours à l'extrait gommeux d'opium pour procurer un peu de sommeil à la malade, parce que, par suite d'une agrypnie de plusieurs jours, elle accusait des douleurs violentes dans les orbites.

Dans la nuit du 1er au 2 février, je fus appelé. Mlle S. était dans un état alarmant. Le hoquet était fort et continuel, la respiration suspirieuse, la face était pâle, cadavéreuse; la malade se sentait des maux de cœur à chaque instant; deux personnes la soutenaient sur son lit, sur lequel elle ne pouvait rester étendue; ce n'était que fortement inclinée en avant qu'elle éprouvait moins de souffrance; les mains étaient froides, le pouls petit, accéléré. Dans la soirée, la malade s'était plainte d'un froid de jambes.

N'hésitant plus alors un seul instant à considérer l'état de Mlle S. comme un véritable accès de fièvre pernicieuse, j'ordonnai un demi-grain de décoction de quina avec dix grains de sulfate de quinine, quatre grains de thridace et un demi-gros de poudre de valériane, à prendre aussitôt que la malade paraîtrait plus tranquille. Un léger amendement s'était déclaré sur le matin : ma prescription fut mise à exécution. Le soir, léger frisson, retour d'un paroxisme, mais bien moins fort que la veille. Il en fut de même le jour suivant. Je continuai le fébrifuge en lavement, mais non par le haut, parce que je redoutais son action sur la muqueuse de l'estomac.

Sous l'influence de ce traitement, chaque matin la rémission se prononçait de plus en plus; le hoquet disparut bientôt et avec lui les douleurs abdominales; la langue peu à peu reprit son état normal, ainsi que le pouls. La tension du ventre cessa; bientôt la malade fut mise à l'usage du bouillon de poulet, puis ensuite elle prit des potages, et fut convalescente une quinzaine après.

Dans cette observation, l'irritation cérébrale qui s'annonce au début de la maladie ne peut être considérée que comme sympathiquement produite par la phegmasie de la muqueuse intestinale. L'encéphale n'a pas été ici le siége de l'irritation congestive; il n'y a pas eu cérébrite; c'est de l'estomac que sont partis tous les principaux phénomènes que nous avons remarqués. Il y a donc eu inflammation évidente des voies digestives, compliquée d'accès pernicieux. Ceux-ci, je le crois, se sont développés sous l'influence des évacuations sanguines, qui ont déterminé la prédominence du système nerveux. Quoi qu'il en soit, ce n'est que lorsque les paroxismes sont devenus le plus violens que nous avons remarqué une suite mieux suivie de leur marche, une espèce d'apyrexie.

Le traitement que j'ai employé le premier jour pour combattre cette maladie a été tout anti-spasmodique, parce qu'alors le symptôme principal et le souvenir de l'ancienne affection dont mademoiselle S. avait été déjà atteinte les années précédentes me portaient à considérer celle-ci comme provenant essentiellement du système nerveux; ce fut en vain, j'échouai, et il me fallut recourir à une autre médication, celle du fébrifuge, dont la parfaite réussite ne peut laisser maintenant aucun doute sur l'ensemble des phénomènes de cette affection, que j'ai cru devoir ranger au nombre des fièvres pernicieuses, avec la dénomination de *singultueuse*.

Agréez, etc.

TROIS OBSERVATIONS REMARQUABLES DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE; par M. le docteur RIDARD, médecin à Corné, près d'Angers.

PREMIÈRE GROSSESSE; ANASARQUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE; MORT DU FOETUS; FORCEPS; GUÉRISON RAPIDE.

OBS. I. — Morean (Jeane), 36 ans, tempérament sanguin, constitution robuste, petite stature, mariée depuis un an, est enceinte pour la première fois.

Au commencement du septième mois de grossesse saignée du bras droit pour remédier à un état de pléthore sanguine. Quelques jours après infiltration du pied et de la jambe droits augmentant graduellement sans causer de douleurs. L'appétit

se conserve; mais céphalalgie continuelle, face rouge, sommeil nul. Seconde saignée au neuvième mois pour combattre quelques accès de fièvre intermittente qui disparut. Bientôt l'enflure envahit le membre inférieur gauche, puis les cuisses, les parties génitales et le tissu cellulaire du bassin et du bas-ventre. Depuis quinze jours avant l'accouchement la malade se tient avec peine assise ou couchée et ne peut marcher qu'en écartant beaucoup les jambes.

Le jeudi, 26 août 1830, vers onze heures du matin, la malade ressent quelques douleurs dans les lombes, et à mon arrivée, une heure après, on me dit que les eaux étaient écoulées. Cependant, je ne pus reconnaître un commencement de dilatation du col placé en avant au-dessus des pubis. J'engageai la malade à prendre patience, persuadé que l'accouchement n'aurait pas lieu avant la nuit.

Vendredi, vers deux heures du matin, les choses étaient à peu près dans le même état, si ce n'est que j'atteignis quoiqu'avec peine l'orifice utérin dilaté à pouvoir admettre tout au plus l'extrémité de l'indicateur. Douleurs encore peu fortes.

Sept heures du matin. Même état.

A neuf heures, le travail a fait quelques progrès, et je reconnais la présentation du sommet. La malade est fatiguée; les douleurs languissantes. Elle s'était levée pour uriner, et sans le secours des assistans, elle serait tombée évanouie sur le carreau (10 grains de seigle ergoté).

Vers midi, les douleurs sans être bien vives tourmentaient la malade; je m'aperçus d'une légère aberration dans les idées; la parole semblait embarrassée. Bientôt les membres supérieurs sont pris de convulsions, puis successivement les muscles de la face et du col; yeux injectés; langue saillante entre les dents qui la serrent et la déchirent; face déviée à gauche; respiration difficile, profonde et par instans accompagnée d'un ronflement très fort. Les mains fermées se pressent convulsivement contre le cul et la poitrine comme pour en arracher un obstacle. Les jambes éprouvent des secousses violentes. Contractions utérines presque nulles depuis un instant. Cet état dure près d'une heure, et quand il cesse, la malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse; légères tranchées par intervalles (saignée du bras de douze onces, sinapismes aux pieds, potion antispasmodique).

A neuf heures du soir, la même scène s'est renouvelée trois fois et toujours avec la même violence. Perte de connaissance complète, déglutition presque impossible; pouls à 110.

Dans l'intervalle des convulsions, la tête de l'enfant a franchi le détroit supérieur; mais depuis plusieurs heures après s'être présentée au détroit inférieur en première position du sommet, elle reste stationnaire, malgré des douleurs assez fréquentes. Les forces baissent rapidement, et tout me fait craindre que la malade ne succombe si l'accouchement n'est pas terminé. J'annonçai aux parens la mort du fœtus, ce qui fut reconnu vrai plus tard. Le forceps fut appliqué sans beaucoup de peine, malgré l'énorme enflure des parties génitales. La délivrance eut lieu une demi-heure après. La connaissance ne revint pas, mais les convulsions avaient totalement cessé (repos absolu; boissons antispasmodiques; quelques cuillerées de bouillon; nouveaux sinapismes).

La matrice est revenue sur elle-même.

Samedi matin. Faiblesse extrême; réponses brusques. La malade n'a aucun souvenir de tout ce qui s'est passé et demande si elle accouchera bientôt. Visage moins rouge; pouls à 90; ventre mou; les lochies n'ont pas coulé (fomentations émollientes et aromatiques sur le ventre; potion diurétique).

Soir. Pas de fièvre ni de douleurs abdominales; les lochies coulent facilement; la malade a uriné; parole moins embarrassée; connaissance entière, mais sans la mémoire de tous les accidens.

Dimanche matin. Même état; sommeil la nuit.

Lundi. Le mieux se soutient; il y a eu une selle la veille. Les seins ne sont pas gonflés ni douloureux. Demain, chopine antilaiteuse.

Jeudi. Il y a eu plusieurs selles; la malade se lève; appétit bon. Les cuisses et les jambes sont encore enflées.

Quinze jours après l'accouchement, plus d'enflure. La malade est assez bien pour reprendre ses travaux.

PREMIÈRE GROSSESSE; INERTIE DE LA MATRICE; RIGIDITÉ DU COL COMBATTUE PAR LA POMMADE BELLADONÉE; FORCEPS; FOETUS MORT.

Obs. II. — Dutertre, 27 ans, primipare, d'un tempérament sanguin, saignée deux fois dans le cours de sa grossesse qui fut toujours accompagnée d'incommodités graves, me fait appeler le vendredi 25 octobre 1833, vers dix heures du soir. Je la trouvai assise, tourmentée de douleurs rares et peu durables n'ayant rien de l'apparence des tranchées. Les eaux, me dit-elle, avaient depuis deux heures commencé à couler avec une grande abondance et continuaient toujours de mouiller ses jambes. Je prescrivis le repos au lit; et comme le col de la matrice ne m'offrit au toucher ni amincissement ni dilatation, le travail me paraissant devoir être fort long, je quittai la malade en recommandant de m'avertir au moindre changement.

Jusqu'au dimanche matin, 27, même état. A cette époque, je revis la malade qui avait eu quelques tranchées. Le col ouvert de la largeur d'une pièce de 2 sous, je reconnus avec difficulté une position du sommet, la tête n'étant que peu descendue dans l'excavation du bassin. La malade est faible, abattue; l'inertie de la matrice menace de s'augmenter encore (quinze grains de seigle ergoté; suivis de quelques tranchées).

Vers midi, nouvelle dose qui amène de nouvelles douleurs, mais peu durables. Sollicité instamment par la Dutertre, je me décidai avec peine à appliquer le forceps, annonçant que j'espérais peu saisir la tête qui en effet fuyait au-devant des branches.

Vers cinq heures, nouvelle application aussi infructueuse; le ventre avait été circulairement comprimé par une serviette. Troisième dose de seigle ergoté. La tête descend avec beaucoup de lenteur; mais le col, irrité peut-être par deux applications de forceps, offre un cercle dur, épais, inextensible lors des contractions qui ont repris un peu de vigueur. Plusieurs frictions sur le col avec une pommade composée d'axonge, 1 gros, et extrait de belladone, 20 grains.

Au bout d'une demi-heure, relâchement du col.

Application du forceps à sept heures du soir. Enfant mâle, mort probablement depuis le matin.

Suites de couches heureuses.

SEPTIÈME GROSSESSE; MORT DU FOETUS; ISSUE DU CORDON; VERSION; MORT DE LA MÈRE.

Obs. III. — Femme Renault, 45 ans, robuste, bien constituée, est à terme de son septième enfant; les six autres vivent et sont venus au monde avec facilité.

Le 22 mars 1835, un chirurgien appelé dans la nuit trouve les eaux écoulées, le cordon ombilical pendant à la vulve, et après plusieurs heures d'attente et d'inaction, il quitte la malade.

Le 23, au point du jour, une sage-femme qui assiste la femme Renault juge le cas assez grave pour demander un médecin. J'arrive dix heures après la rupture de la poche des eaux. Tranchées assez fortes, mais peu fréquentes et peu durables, à cause de l'accablement produit par la longueur du travail; la femme est à genoux sur son lit, appuyée en arrière par son mari, poussant des cris de désespoir, demandant du secours, mais persuadée qu'elle doit mourir; facies décoloré; traits crispés par la douleur et l'inquiétude; pouls petit, concentré; éruption bruyante de gaz par la bouche. Il ne coule plus d'eau par la vulve; quelques pouces du cordon froid, violacé, sans pulsation, pendant entre les grandes lèvres indiquent assez que le fœtus a cessé de vivre. Col largement entr'ouvert. La tête présente au détroit supérieur sa partie occipito-pariétale droite, de manière que le front regarde obliquement et en haut vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Le forceps appliqué deux fois saisit la tête; mais elle s'échappe.

Le travail cependant avance et bientôt l'épaule droite et le bras descendent dans l'excavation et se présentent au détroit inférieur. Après des tentatives inutiles pour les repousser et ramener la tête au passage, celle-ci s'incline de plus en plus vers l'épaule gauche; le bras et la main franchissent le détroit inférieur. Je me sers de cette partie pour aller chercher les pieds, et la version est faite non sans peine; car la matrice vide des eaux embrasse exactement le corps de l'enfant. Extraction d'un enfant mâle, volumineux, mort depuis plusieurs jours; délivrance quelques minutes après.

La mère est remise au lit; mais elle ne peut y rester, et se jette en avant, de manière à comprimer son ventre contre ses couvertures amoncelées, pour diminuer ses souffrances, disait-elle. Faiblesse extrême; oppression considérable; hoquets; efforts douloureux pour vomir. (Sinapismes aux pieds; potion calmante.)

Mort deux heures après.

LETTRE SUR LES BANDAGES HERNIAIRES; par M. le docteur Prosper Meynier.

Monsieur,

Seriez-vous assez bon pour donner place, dans votre excellent journal, à de courtes réflexions sur le nouvel appareil herniaire proposé par M. Malgaigne? (Gaz. Méd. de cette année, p. 118.)

Je ne doute pas que le bandage montré à l'Académie par notre confrère contienne à merveille la descente à laquelle il a été appliqué. Je ne doute pas davantage qu'il remédie aux exomphales des adultes, voire à celles des petits enfans.

Mais, contenir une rupture doit-il être le seul but des efforts du chirurgien? Je ne le pense pas, et pourtant, c'est beaucoup faire sans doute.

Il me semble que le problème à résoudre, en fait de hernies, offre deux inconnues à dégager : contenir, d'abord; guérir, ensuite.

Ceci s'applique surtout aux jeunes sujets.

Or, le champignon de M. Malgaigne ne remplit que la première intention; il s'oppose évidemment à la seconde. Qu'est-ce que son bandage? *Une hernie retournée!..*

En effet, en s'engageant de dehors en dedans, ou, pour parler plus exactement, de l'extérieur à l'intérieur, que fait la saillie de la pelote; que fait le doigt qu'elle simule alors? Ils traversent l'anneau en sens opposé à celui que suit la hernie elle-même. Partant, ils se substituent à celle-ci, et, tout en la contenant, ils lui gardent fidèlement la place pour la lui rendre à la première occasion.

Est-ce là ce que voulaient le médecin et le malade?

Je ne dis pas seulement ceci pour le brayer nouveau, qui était peut-être le meilleur, le seul convenable, dans l'espèce. Mais je le dis en général pour tous ceux qui offrent une saillie au-dessus du niveau de la pelote. On doit avouer, d'ailleurs, que, construits ainsi, et dans des cas analogues à celui qui est relaté dans votre numéro 8, ils doivent contenir mieux que ceux à pelote rase. Ils entrent, en quelque façon, comme un clou, dans l'ouverture herniaire, et s'opposent par là aux glissemens que l'extrémité antérieure du bandage est sujette à éprouver. Ces glissemens, on le sait, sont un des principaux vices de tous les brayers connus.

Tout cela est vrai; mais encore si les pelotes à saillie contiennent mieux, elles s'opposent davantage, par une fâcheuse compensation, à l'o-

blitération de l'ouverture herniaire. On les doit donc réserver pour des cas exceptionnels; pour ceux, entre autres, où tout ce qu'on peut espérer est de maintenir la hernie réduite.

Qui ne sent de suite combien surtout l'inconvénient signalé sera grave pour les petits enfans, chez qui l'on doit, au contraire, favoriser le plus possible la tendance qu'ont les ouvertures accidentelles à s'oblitérer?

Et pour ne parler que de cette classe de hernieux, qu'il me soit permis de rappeler le moyen si simple, si facile, que j'ai consigné dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, numéro de décembre 1834. Celui-là remplit parfaitement les deux indications que j'ai posées ci-dessus. Aussi, ne compté-je plus les succès qu'il m'a procurés.

« *Simplex sigillum veri...* »

Agréez, etc.

Ornans, 2 mars 1840.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MARS.

ENFANT A QUATRE JAMBES.

M. Geoffroy Saint-Hilaire met sous les yeux de l'Académie deux dessins faits d'après un enfant qu'il avait précédemment décrit et figuré dans le onzième volume des mémoires de l'Académie. L'enfant avait seulement deux à trois ans quand il fut pour M. Geoffroy l'objet d'un premier examen. Dans les neuf années qui se sont écoulées depuis cette époque, ce jeune sujet s'est développé d'une manière remarquable; certaines difformités qu'il présentait se sont réformées complètement; d'autres se sont modifiées de manière que, sans cesser d'offrir une disposition anormale, elles remplissent pour l'individu un but utile. Par exemple, les deux jambes normales, qui diffèrent entre elles de longueur se sont égalisées et la station est solide. Les deux jambes supplémentaires ankylosées et en partie réunies par des tégumens, au lieu de former un appendice incommode, constituent une sorte de tabouret que l'individu porte partout avec lui, attaché à la partie postérieure du bassin, comme le vacher suisse quand il va traire ses vaches au pâturage, et sur lequel il se repose quand il est fatigué.

Une commission, composée de MM. Serres et Magendie, est chargée d'examiner ce jeune sujet.

APPAREILS POUR L'EXTRACTION DES CORPS TOMBÉS DANS LA VESSIE.

M. Leroy-d'Etiolles présente des instrumens qu'il a imaginés pour l'extraction de tiges métalliques tombées dans la vessie, et de portions d'instrumens de lithotritie rompus par des manœuvres imprudentes. Ce sont différentes tenettes à coulisse, modifiées pour les diverses indications qui peuvent se présenter, mais toutes disposées de manière à ce que, lorsque la portion de tige brisée a été saisie en travers, ce qui est le cas le plus commun et en même temps le plus défavorable pour l'extraction, elle est forcée de tourner sur elle-même et de se placer dans la direction du canal, qui est aussi celle de l'instrument qui l'entraîne.

SUR LA CHALEUR PROPRE DES ANIMAUX DITS A SANG FROID.

M. Dutrochet communique les résultats de ses recherches sur ce sujet.

REPTILES. Différens observateurs ont estimé la chaleur propre de la grenouille, d'un tiers de degré à deux degrés et demi centésimaux au-dessus de la température du milieu environ. Berthold seul a trouvé que ce reptile, observé dans l'air, était plus froid que ce milieu, et qu'observé dans l'eau il avait la même température que ce liquide, sauf dans le moment de l'accouplement, où ils ont une chaleur propre d'un degré centésimal. M. Dutrochet n'a pas observé dans cette dernière circonstance, mais dans les autres, que les résultats qu'il a obtenus ont été conformes à ceux de Berthold. Toutefois, en placant l'animal dans un air saturé d'humidité, et prévenant ainsi le refroidissement dû à l'évaporation, la température de la grenouille a été trouvée égale à celle de l'air. Celle du crapaud accoucheur, dans le même cas, est supérieure de douze centièmes de degré; son têtard, de même que celui de la grenouille, n'a offert aucune chaleur propre appréciable.

Le lézard gris, plus froid à l'air libre que le milieu ambiant, manifeste dans l'air une chaleur propre de 25 centièmes de degré.

POISSONS.—Les expériences de M. Dutrochet faites sur l'ablette ont confirmé celles de MM. de Humboldt et Provençal, Prevost, Dumas et Berthold, c'est-à-dire qu'elles ont donné pour la température de ces poissons dans l'eau exactement celle du liquide ambiant.

Mollusques et annélides observés à l'air libre, l'*hirundo medicinalis*, l'*helix pomatia* et le *limax rufus* ont été trouvés plus froids que l'air ambiant; placés dans un air saturé d'humidité, ils n'ont manifesté aucune chaleur propre. Berthold avait trouvé aussi les mollusques, dans l'air libre, plus froids que l'air, et dans l'eau, d'une température égale à celle de ce liquide.

CRUSTACÉS. — Dans l'air humide et dans l'eau, ils n'ont manifesté aucun indice de chaleur propre.

SÉANCE DU 16 MARS.

ACTION DE LA GARANCE SUR LES DENTS.

M. Flourens entretient l'Académie de ce sujet, qui fait la suite de ses précédentes recherches.

Belchier avait remarqué que, sous l'influence de la garance, les dents se colorent, à l'exception de l'émail, qui est d'une substance différente. Duhamel ne parle point de ce sujet, mais il l'a connu. En effet, Fougeroux nous dit que les racines des dents sont de véritables os, et que ces os, ainsi que l'a prouvé Duhamel dans ses expériences sur la garance, se forment par des couches qui se recouvrent les unes les autres.

J. Hunter a vu également la coloration de la portion osseuse des dents par la garance. Blake l'a de même observée. Ainsi c'est un fait connu, du moins d'une manière vague, car on n'a pas suivi la marche de la garance dans la dent, et on ne s'est pas servi de cette marche pour suivre le développement de la dent, développement inverse de celui des os. Cette marche est rendue manifeste par les pièces que M. Flourens met sous les yeux de l'Académie.

Dans un jeune porc soumis durant quatorze jours au régime de la garance, la couche extérieure de la dent est blanche; c'est celle qui a été formée avant que l'animal fût mis à la garance. La couche intérieure est rouge; c'est la partie nouvelle. Les dents croissent donc par couches internes.

Une autre pièce est la dent molaire d'un jeune porc qui, après quinze jours du régime de la garance, a été remis à la nourriture ordinaire pendant vingt jours, et l'ordre des couches renversé; c'est la couche rouge qui est externe, et la blanche qui est interne. Cette dernière est certainement celle qui s'est formée depuis la cessation de l'usage de la garance, mais qu'est devenue la couche qui était déjà formée avant que l'animal fût soumis à ce régime? Elle devrait se trouver en dehors de la couche rouge, la cacher. Or, puisque celle-ci est maintenant la plus externe, c'est que l'autre a été résorbée, et cette résorption est rendue encore plus manifeste par une autre pièce où la couche la première formée n'est encore qu'incomplètement résorbée; de sorte que la sous-jacente, celle qui a été formée pendant le régime de la garance, se montre déjà à travers.

On peut varier de plusieurs manières ces expériences, et toujours on est conduit à des résultats qui prouvent :

1° Que les dents croisent comme les os par couches distinctes et juxtaposées;

2° Que dans le développement des dents, comme dans celui des os, il y a tout à la fois suraddition de lames par un côté et résorption de lames par l'autre;

3° Que cette suraddition et cette résorption se font dans la dent en sens inverse de ce qui a lieu dans l'os; la suraddition qui est externe dans l'os étant interne dans la dent, et la résorption qui est interne dans l'os étant externe dans la dent;

4° Que la seule partie de la dent qui se colore est la partie osseuse. L'émail ne se colore point.

Si l'on plonge des dents colorées par la garance dans de l'acide hydrochlorique, les sels terreux sont complètement enlevés, et il ne reste que le cartilage pur et flexible; mais il est à remarquer que ce cartilage n'est pas complètement décoloré, et qu'il faut pour le blanchir complètement employer un acide assez fort.

D'après ce que nous venons d'exposer, il n'est plus permis d'admettre la théorie mécanique qui ne voit dans la partie osseuse de la dent que de simples couches terreuses, de simples couches mortes transsudées par le noyau pulpeux, et la théorie plus récente proposée par M. Owen, qui n'y voit que l'ossification du noyau pulpeux lui-même, n'est pas plus admissible. La vraie théorie, dit M. Flourens, voit dans la formation de la substance osseuse des dents une véritable ossification qui se fait dans un véritable cartilage; ce cartilage se forme autour du bulbe ou noyau pulpeux; il est successivement pénétré par le molécules terreuses, mais il subsiste toujours, puisque les acides, en le dépouillant de ces molécules terreuses, le restituent ou le ramènent à son état primitif et flexible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 MARS.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL CHEZ UNE NAINE.

M. CAPURON demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il revient sur le fait dont il a communiqué à l'Académie les détails dans la dernière séance. Le bassin avait huit pouces et demi dans son grand diamètre transversal, bis-iliaque; trois pouces neuf lignes d'avant en arrière au détroit supérieur; près de quatre pouces dans tous les diamètres du détroit inférieur. Il rapproche de l'observation qu'il a citée, celle de Solayrés, dans laquelle une femme accoucha naturellement avec un bassin qui n'avait que deux pouces et demi au détroit supérieur. M. Capuron ne pense pas que les deux cents faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'accouchement prématuré artificiel, soient suffisans; les élémens n'ont pas été convenablement analysés, ni étudiés avec assez de sévérité. Il persiste à croire que l'enfant présenté par M. Dubois à l'Académie serait venu tout aussi bien à terme, et sans danger pour la mère, etc.

M. DUBOIS ne répondra pas aujourd'hui, car la question est trop vaste et trop importante pour être traitée incidemment à propos d'un procès-verbal. Il ne croit pas toutefois que M. Capuron soit au courant des travaux publiés sur ce sujet.

EMPOISONNEMENT PAR LE TARTRE STIBIÉ ET L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. ORFILA rapporte brièvement à l'Académie le résultat de deux expériences qui ont été faites depuis la lecture de son mémoire sur l'empoisonnement par le tartre stibié. Un chien qui avait pris 9 décigrammes d'acide arsénieux a succombé au bout de deux heures; tous les organes analysés ont donné des quantités notables d'arsenic, l'urine n'en renfermait pas un atome. Dans une seconde expérience, 1 décigramme d'acide arsénieux appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse a déterminé l'empoisonnement et la mort au bout de trente-six heures. Tous les organes, moins le cerveau, renfermaient de l'arsenic, l'urine en contenait une quantité notable.

M. Orfila cite ces faits comme complément de ses premières expériences, comme prouvant la durée du séjour du poison dans les viscères, et éclairant sur le temps nécessaire au passage des substances vénéneuses dans les produits de sécrétion.

CAUSES GÉNÉRALES DE LA MORVE DANS LES RÉGIMENS DE CAVALERIE.

M. Bouley jeune, au nom de MM. Adelon et Londe, et des membres de la section de médecine vétérinaire, lit un rapport fort remarquable en réponse aux questions du ministre de la guerre sur les causes de la morve, sur l'assainissement des écuries, etc.

Après une longue discussion, à laquelle ont pris part MM. Dupuy, Gerdy, Naequart, Adelon, Double, Pelletier, Chevallier, etc., les conclusions du rapport sont adoptées.

EXPÉRIENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MORVE AIGUE.

M. Renault, d'Alfort, met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales d'un cheval dans la veine jugulaire duquel le pus provenant d'un cheval morveux a été injecté; l'animal a présenté tous les symptômes de la morve, et à l'autopsie, les altérations caractéristiques dans les fosses nasales et les poumons.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Fondée en 1802, la Société anatomique tient ses séances régulièrement tous les mercredis et publie un bulletin mensuel de ses travaux. Ces Bulletins, qui jusqu'à ce jour n'étaient distribués qu'aux membres de la Société, deviennent publics (1). C'est un devoir pour nous de rendre compte de cette importante publication spécialement destinée à l'anatomie pathologique. Tous les faits consignés dans ce recueil ont été examinés par la Société, et dès lors ils jouissent de toute l'authenticité désirable.

PREMIER EXTRAIT. — PERFORATIONS SPONTANÉES DU TUBE DIGESTIF.

Obs. — Un blanchisseur, âgé de 36 ans, adonné aux boissons alcooliques, jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'un matin ayant pris six petits verres d'eau-de-vie, il déjeuna comme à son ordinaire. Immédiatement après son repas, il est pris de coliques très vives. Transporté à la Charité, il éprouve dans tout l'abdomen une douleur excessive, il a de fréquentes envies de vomir, mais sans résultat. Il meurt vingt-quatre heures après l'invasion des premiers accidens. A l'autopsie, on trouve une perforation à la face antérieure du duodénum. Cette perforation avait été précédée d'une ulcération ancienne qui est actuellement cicatrisée sans rapprochement de ses bords qui sont épais, arrondis, parfaitement lisses, de couleur presque normale; le fond de l'ulcération est constitué uniquement par le péritoine; c'est ce dernier qui s'est rompu. Un épanchement a eu lieu, une péritonite est survenue. On voit des fausses membranes molles qui environnent la face péritonéale de cet orifice. (Lenepveu.)

Obs. — Un distillateur, très vigoureux et adonné à l'eau-de-vie, est pris tout à coup de péritonite sur-aiguë; il succombe en vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouve une perforation analogue à la précédente, ayant son siége à l'iléon. (Hardy.)

Obs. — Un étudiant en médecine consulte M. Cruveilhier pour un peu d'anorexie et de constipation: quelques verres d'eau magnésienne sont prescrits. A peine le premier verre est-il pris que soudain il survient des frissons, une sueur froide, une cessation complète des battemens du pouls, et la mort. On croit à un empoisonnement; on court chez le pharmacien, et il se trouve que n'ayant pas d'eau magnésienne, il a donné de l'eau pure. A l'autopsie, on trouve une perforation au centre d'une ulcération solitaire de l'intestin grêle. (Cruveilhier.)

Obs. — Un malade vient à pied à l'hôpital; il ne présente qu'un peu d'hébétude; il meurt dans la soirée. A l'autopsie, on trouve une perforation de l'œsophage avec un épanchement dans la plèvre gauche. (Hélie.)

Obs. — Une femme affectée de dyspnée, de nausées, de coliques, etc., éprouve subitement en se baissant une vive chaleur à l'abdomen, promptement suivie de mort. A l'autopsie, on trouve dans la cavité du péritoine des gaz et des liquides mêlés de débris d'alimens, des traces de péritonite chronique et de péritonite récente; puis près du pylore qui est rétréci une perforation occupant le fond d'une cicatrice large et déprimée qui se continue sur les parois de l'estomac. (Sestié.)

Obs. — Au vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde, une femme, âgée de 35 ans, est prise de péritonite et meurt. A l'autopsie, on trouve sur l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale, une ulcération très étendue, et à son centre une perforation assez large. (Prestat.)

Obs. — Un malade entre à l'hôpital pour une bronchite; tout à coup il est pris de péritonite, et meurt rapidement. A l'autopsie, on trouve vers la fin de l'iléon une perforation circulaire de 3 lignes de circonférence; les bords en sont rouges et un peu tuméfiés. (Régnier.)

Obs. — Un jeune homme, âgé de 20 ans, bien portant, est pris tout à coup de vomissemens, de douleurs à l'épigastre; il entre à l'hôpital; un épanchement que l'on croit être séreux se fait dans l'abdomen, des accidens de suffocation surviennent; on fait une ponction. Un écoulement de matières jaunes, verdâtres, d'une odeur stercorale infecte a lieu; le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale une perforation de 2 lignes de diamètre dont les bords tuméfiés, arrondis, sont taillés à pic. Un peu au-dessous du cœcum se trouve une seconde perforation, qui peut admettre le petit doigt; elle offre les mêmes caractères que la précédente. (Dariste.)

Toutes les perforations intestinales ne sont suivies d'une mort aussi rapide que les précédentes. Depuis longtemps, en effet, on sait que les parois détruites de l'intestin peuvent être remplacées par les organes voisins qui contractent des adhérences avec le tube digestif et préviennent des épanchemens qui seraient rapidement mortels. Les Bulletins de la Société anatomique nous en fournissent un grand nombre d'exemples curieux, parmi lesquels nous choisirons les suivans :

Obs. — Une journalière, âgée de 64 ans, après une série d'accidens, dont les plus intenses consistaient en douleurs vives dans la région épigastrique, d'envies de vomir sans résultat, et de constipation, meurt à la suite de quelques vomissemens de sang. A l'autopsie on trouve à la partie moyenne de la face postérieure de l'estomac une perforation d'un pouce et demi de diamètre, ses bords mous et arrondis sont taillés à pic. Cette perforation repose sur une partie du pancréas, qui adhère à son pourtour, et qui, s'adaptant parfaitement à sa circonférence, l'a bouché complètement et a prévenu tout épanchement dans le péritoine. (Cazeaux.)

Obs. — Une marchande des quatre saisons, âgée de 57 ans, perd l'appétit; ses repas sont suivis d'aigreurs, de rapports, de nausées, d'envies de vomir: au bout de deux mois elle vomit presque tous ses alimens. Elle entre à l'hôpital et meurt bientôt. A l'autopsie on trouve dans l'estomac, près du pylore, une perforation de 3 pouces de diamètre; elle adhère de toutes parts à la surface du foie, qui lui est uni par des fausses membranes résistantes. (Denonvilliers.)

Obs. — Un homme est atteint de néphrite albumineuse et meurt peu de temps après. A l'autopsie on trouve les altérations suivantes, qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme: l'estomac est adhérent à la rate par son grand cul-de-sac. Au centre de cette adhérence se trouve une perforation de la largeur d'une pièce de cinq francs. Ses bords sont épais, arrondis, d'une dureté cartilagineuse. La rate est quadruplée de volume; elle est creusée d'une large cavité, qui communique avec celle de l'estomac, par l'ouverture dont celui-ci est le siége. (Vigla.)

Obs. — Un homme est pris d'hématémèse, et quatre jours après les premiers vomissemens il meurt. A l'autopsie on trouve une perforation déjà ancienne de la paroi postérieure de l'estomac; le fond de cette perforation est formé par le pancréas, qui adhère à tout son pourtour. L'hématémèse était dû à la division de l'artère splénique, dont on trouve les deux bouts divisés et béans dans le champ de l'ulcération. (Cazeaux.)

Dans un cas présenté par M. Cruveilhier, on voit une ulcération qui détruit toutes les tuniques de l'intestin grêle; la perforation est obturée par un tampon épiploïque. L'épiploon a contracté de fortes adhérences avec le pourtour de l'ulcération, et s'est ainsi substitué à la portion absente de la paroi intestinale. (Cruveilhier.)

Obs. — Une femme, âgée de 45 ans, est affectée de rétrécissement à la partie supérieure du rectum. A la suite d'un écart de régime, elle est prise de malaise et de coliques. Le ventre est tendu, ballonné, sonore à la percussion, très douloureux au toucher. Mort. A l'autopsie, pas de trace de péritonite. Les intestins sont ballonnés et très volumineux. Dans la fosse iliaque gauche, le gros intestin a contracté des adhérences; il est le siége d'une large perforation; mais des pelotons graisseux entourent cette ouverture; l'un d'eux pénètre même dans la cavité de l'intestin et remplit l'office d'obturateur. (Marchesseaux.)

Obs. — Un journalier, 42 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur douloureuse qu'il porte dans le flanc gauche, et pour un dévoiement opiniâtre. Les sangsues, les opiacés, etc., améliorent son état. Il sort de l'hôpital. Après quelques écarts de régime, il éprouve les mêmes accidens, revient et meurt un mois après. A l'autopsie on trouve que le commencement de l'S iliaque communique avec son extrémité, de sorte que les matières fécales passent directement du colon descendant dans le rectum sans traverser l'S iliaque. (Legendre.)

Nous n'avons donné ici que des extraits d'observations; ils suffisent pour donner une idée de l'importance du recueil de la Société anatomique. Nous nous promettons de lui faire d'assez nombreux emprunts.

J.-B.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION ET SUR LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, FAITES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL, par Jules Fournet, chef de clinique de la Faculté de Médecine, etc. T. II.

(Deuxième article.)

Le voyageur qui parcourt les montagnes de la Corse et certaines régions de l'Espagne et de l'Italie, rencontre de temps en temps de petites croix plantées sur les bords des routes, tristes indicateurs du sort d'autres voyageurs qui l'ont précédé dans ces mêmes lieux, et que le crime ou la vengeance ont frappés à l'écart. Il jette sur ces étranges signes un coup-d'œil furtif, comme s'ils étaient à la fois un avertissement du passé et une menace de l'avenir, et il passe outre. Le long chemin qui nous conduit à travers le domaine de la pathologie interne a aussi ses petites croix, ses funèbres indicateurs. Combien de maladies jetées là, sur les deux bords du sentier, qui recèlent une mort inévitable, et contre lesquelles l'art s'escrime vainement à travers les siècles! Nos devanciers ont tant lutté contre elles que nous avons même fini par nous résigner à l'im-

(1) Chez Ebrard, libraire, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 24. Prix, par an, 5 fr. pour Paris, et 6 fr. 50 c. pour les départemens.

puissance; et comme l'impuissance personnelle rend incrédule à la force d'autrui, nous avons pris le parti de rejeter *à priori* les moyens nouveaux que l'on vient à proposer contre ces affections meurtrières! La phthisie pulmonaire appartient à ce groupe; elle a fait tant mourir qu'on n'a plus songé à la guérir. Le pronostic qu'elle a soggéré à la médecine des siècles passés n'est qu'un écho de désespoir, transmis de génération en génération. Il retentissait encore quand Laënnec est venu annoncer que la phthisie est susceptible de curation, et, chose d'abord singulière, qu'elle présentait cette chance dans la période extrême de l'excavation du parenchyme pulmonaire. Dans la marche accoutumée des choses pathologiques, c'est au début que l'art intervient avec succès, c'est surtout avant la manifestation des altérations locales qu'il lui est donné de déployer une salubre prophylaxie, et d'armer en quelque sorte l'organisme contre l'imminence morbide. Or, ce que Laënnec a recherché avec prédilection, ce n'est point un ensemble de moyens préservateurs de la cachexie tuberculeuse; ce n'est point un traitement approprié aux premiers temps où cette cachexie choisit, pour ainsi dire, la surface respiratoire pour le lieu de sa première apparition; mais c'est le mode de cicatrisation des cavernes. Nous ne savons si l'industrieux mécanisme, auquel il rattache ce résultat, appartient à son esprit plutôt qu'à la nature; car comment affirmer l'existence antérieure d'une caverne, d'après des traces qui s'expliquent aussi bien par certaines formes de pleurésie adhésive? Mais aux investigations de Laënnec on ne saurait refuser le mérite d'avoir rappelé l'attention des praticiens sur la question de curabilité de la phthisie; de nombreux travaux, sollicités d'ailleurs par les progrès de la séméiologie physique et par les programmes académiques, ont été produits sur ce point depuis quelques années; le plus important, sans contredit, est celui dont nous avons à présenter l'analyse.

L'inutilité des efforts de l'art contre la phthisie pulmonaire ne tiendrait-elle point à sa tardive intervention? Voilà ce qu'a pensé M. Fournet quand il a entrepris de rechercher les signes qui peuvent faire reconnaître la phthisie dans ses commencemens, les causes qui la produisent, le traitement rationel qui lui convient à cette époque, enfin les conditions et les chances de succès que cette nouvelle situation indique et promet à la pratique.

Curabilité de la phthisie. — L'auteur la considère aux deux périodes extrêmes de la maladie. C'est presque une hérésie aujourd'hui que de ne pas croire à la cicatrisation des cavernes: telle est pourtant l'opinion de M. Fournet; ces petites masses et lames fibreuses, que Laënnec et d'autres, après lui, ont décrites comme des cicatrices de cavernes, ne sont, à ses yeux, que des restes de fausses membranes pleurétiques, engagés dans les sillons que laissent entre eux les plissemens de la surface d'un poumon, comprimé par un épanchement ou bien soumis à la rétraction de la fausse membrane qui l'enveloppe. Ces prolongemens pseudo-membraneux communiquent d'abord avec la fausse membrane aérienne, et alors leur origine est évidente; plus tard, le col du sillon se ferme, la communication cesse entre la couche pseudo-membraneuse extérieure et son prolongement, lequel, engagé dès-lors dans les parties intérieures du poumon, à une profondeur quelquefois considérable, est considéré comme un reste de cicatrice avec d'autant plus d'apparente vérité qu'il est souvent avoisiné par des tubercules; les dilatations des bronches qui vont se terminer brusquement à ces lames fibreuses, et que Laënnec envisageait comme des preuves de la préexistence des cavernes, se produisent par le même mécanisme que toutes les dilatations de canaux au-dessus de l'obstacle qui les comprime; les froncemens de la surface pulmonaire sont dus, non an mouvement de retrait occasioné par la disparition du vide d'une caverne, mais à la rétraction de la fausse membrane extérieure. Si ces conditions anatomiques s'observent surtout chez les tuberculeux, c'est parce que la présence de tubercules ou de cavernes dans les poumons entraîne toujours à sa suite le développement d'une pleurésie chronique. En effet, ajoute M. Fournet, ces altérations se rencontrent exactement les mêmes chez les pleurétiques qui n'ont jamais eu et qui ne présentent aucune trace de tuberculisation; on les retrouve souvent dans les parties inférieures des poumons, où il n'existe que très rarement des cavernes. Enfin, elles occupent presque toujours seulement la surface des poumons, tandis que les cicatrices des cavernes devraient bien plus souvent, comme les cavernes elles-mêmes, occuper les parties centrales des sommets. L'analyse des observations relatées par Laënnec vient à l'appui des idées de M. Fournet, qui arrive à cette conclusion, bien différente de celle de l'auteur de l'auscultation, que la phthisie à la troisième période n'est curable que dans un nombre extrêmement petit de cas, et que ces guérisons paraissent être dues à la conversion des cavernes en fistules et non à leur cicatrisation.

Bayle, Laënnec, et la presque totalité des médecins de notre époque, ont désespéré de la guérison de la phthisie dans sa première période. M. Fournet répond que nulle raison suffisante n'autorise à poser en axiôme l'incurabilité absolue de cette période, et que des faits irréfragables démontrent le contraire; il s'appuie, en effet, sur l'observation directe, pour prouver en principe et en fait la curabilité de la première période de la tuberculisation pulmonaire. Tout en s'aidant avec avantage, avec talent, de l'analogie et du raisonnement pour corroborer cette démonstration, l'auteur a compris qu'il devait surtout emprunter ses preuves à l'anatomie pathologique rapprochée de l'histoire et de la marche antécédente de la maladie; cette partie de son travail est traitée avec beaucoup de soin; on y trouve surtout tracées avec précision et vérité les diverses phases de formation de l'enveloppe fibreuse qui entoure les tubercules, de résorption de la matière tuberculeuse ainsi isolée et comprimée par ce kyste fibreux, et, enfin, de ce kyste lui-même. Une observation fort remarquable, accompagnée d'une gravure qui reproduit d'après nature plusieurs des phases précédentes, fait suite à cette description. Ce mode de guérison, désigné par l'auteur sous le nom de résorption tuberculeuse, serait le plus commun, tandis qu'il se borne à considérer seulement comme très probable la guérison de la phthisie par voie d'absorption pure et simple et par voie d'excrétion (p. 929 et 963.)

Séméiologie de la première période. — Une fois la curabilité de première période reconnue, il importait d'en établir le diagnostic, lacune profonde encore dans la science, et que M. Fournet s'est proposé de combler. Il établit d'abord en principe que l'on ne peut arriver au diagnostic de la première période par un ou plusieurs signes isolés ou considérés d'une manière absolue, mais par la considération d'un grand nombre de signes divers et surtout par la considération de leur valeur relative, c'est-à-dire du mode de leur association entre eux et de la marche qu'ils prennent dans leur développement successif. Dans l'impossibilité de suivre l'auteur dans un trop grand nombre de points de recherches, nous nous attacherons seulement à quelques-uns des traits principaux des résultats auxquels il est arrivé.

Une constitution primitivement robuste, un tempérament sanguin, une santé parfaite, régulière, jusqu'au moment où ont débuté les signes de la maladie actuelle, l'absence de toute prédisposition héréditaire à la phthisie, n'excluent point la possibilité d'existence de cette affection. Le caractère hippocratique des doigts doit être considéré comme une forme exceptionnelle dont la cause nous échappe, et qui est sans rapport direct avec la phthisie pulmonaire. L'influence héréditaire subie par des enfans nés de parens tuberculeux est moindre, lorsque la phthisie à laquelle les parens ont succombé était acquise, que lorsqu'elle était pour eux-mêmes un héritage de famille (p. 416). Parmi les maladies étrangères à l'appareil respiratoire, il faut signaler comme ayant des rapports directs avec la tuberculisation pulmonaire et la cachexie tuberculeuse en général, pour le système cutané, les maladies aiguës exanthématiques; pour le système muqueux, les maladies chroniques de l'appareil digestif (p. 425). Contrairement à l'opinion d'un auteur, la pleurésie double et la pleurésie chronique peuvent exister sans qu'il y ait phthisie pulmonaire. La valeur des hémoptysies, comme signes de la phthisie, doit être restreinte beaucoup. Certaines conditions anti-hygiéniques peuvent créer la phthisie pulmonaire de toutes pièces, nonobstant les caractères de la constitution individuelle. Après avoir ainsi demandé aux conditions d'hérédité, d'âge, de sexe, de constitution du malade, aux maladies antécédentes qu'il a pu éprouver, aux conditions anti-hygiéniques qu'il a subies, tout ce que ces circonstances peuvent fournir au diagnostic de la première période de la phthisie pulmonaire, M. Fournet passe à l'examen des signes présens dont les plus importans sont fournis par l'appareil respiratoire, et il consacre autant d'articles séparés aux signes recueillis par l'auscultation, la percussion, la palpation, l'inspection, l'examen des crachats, les sensations éprouvées par les malades dans la poitrine; il termine par des considérations sur le siége, l'étendue et la valeur des signes physiques. Toutes ces questions, tombées en apparence dans le domaine classique, acquièrent sous la plume de l'auteur un caractère d'intérêt et de nouveauté qui nous a frappé; nous citerons surtout comme dignes d'attention les parties de l'ouvrage où sont exposés: 1° les caractères morbides du bruit respiratoire dans le premier degré de la phthisie (p. 516 à 532); 2° les caractères particuliers de la voix chez les malades de ce degré; 3° la toux particulière que présentent un certain nombre d'entre eux; 4° l'analyse des bruits du cœur sous les clavicules et la valeur séméiologique de leur différence de retentissement dans ces deux points (p. 551 à 552); 5° les résultats obtenus par M. Fournet par la palpation et l'inspection de la poitrine des phthisiques du premier degré, et les règles qu'il a tracées pour l'application de ces moyens. Parmi ces résultats, nous mentionnerons les suivans: les mouvemens partiels de locomotion et les mouvemens de vibration de la partie antérieure et supérieure des parois thoraciques diminuent en raison directe de l'atrophie du sommet des poumons, produite par l'infiltration tuberculeuse de ce sommet et surtout par son incarcé-

ration dans une ancienne et épaisse pseudo-membrane. Cette diminution coïncide toujours avec un certain degré d'affaissement sous-claviculaire et lui est proportionnelle. Le rétrécissement *uniforme* des parties supérieures de la poitrine des phthisiques, tantôt indique une simple prédisposition à la phthisie, tantôt une tuberculisation effectuée selon l'absence ou la présence des signes physiques de la première période de cette affection (587 à 596). L'étroitesse et la mauvaise conformation de la poitrine qu'on observe chez les individus prédisposés à la phthisie sont le résultat du développement incomplet des poumons (603 à 610). Un principe de diagnostic établi par M. Fournet et sur lequel nous ne saurions trop insister est le suivant : la valeur primitive ou absolue des signes physiques se borne à indiquer qu'il existe dans les poumons un certain nombre de corps étrangers, une certaine induration; mais elle ne peut faire préciser la nature de ces corps étrangers, de cette induration; la détermination de la nature de l'affection ne peut s'obtenir que par la valeur relative qu'ils tirent de leur combinaison entre eux, de leur réunion à d'autres signes, et surtout de leur co-existence avec certaines circonstances antécédentes, avec certains symptômes généraux. M. Fournet différencie ensuite la diarrhée qui accompagne parfois la première période de la phthisie, de celle qui survient plus tard; il fait aussi quelques remarques judicieuses sur les vicissitudes morales du malade à travers les périodes de cette maladie; il trace enfin, dans leur ordre naturel, les phénomènes généraux, combinés de manière à concourir à l'expression de l'ensemble, et c'est cette expression d'ensemble que recherche surtout l'auteur; plusieurs traits de ce tableau n'ont été saisis par personne avec autant d'exactitude et de finesse que par M. Fournet, et ceux qui ont observé un grand nombre de tuberculeux y retrouveront, dans toute leur vérité, leurs vives impressions de clinique. En résumé, dit M. Fournet (p. 689), les phénomènes généraux qui accompagnent la première période de la phthisie pulmonaire, quoique peu importans dans leur isolement, doivent être considérés comme d'une très grande valeur, même dès leur début, même sous leurs formes les plus délicates, quand ils présentent à un degré plus ou moins prononcé, d'une manière plus ou moins régulière, les caractères et la marche qu'il a décrits précédemment; quand ils apparaissent à la suite de quelques-unes des conditions morbides qui précèdent le développement de la phthisie; quand ils co-existent avec quelques-uns des signes physiques de la première période de la phthisie.

Les variétés de la phthisie se rangent en deux classes : les unes *circonstancielles ou individuelles*; les autres *naturelles*, parce qu'elles représentent une manière d'être particulière et toujours la même de la phthisie; celles-ci se résument dans la *phthisie aiguë* et dans la *phthisie chronique*; les autres variétés admises par les auteurs ne sont que des dégradations successives de l'un ou l'autre de ces deux types; l'auteur trace un parallèle rapide, quoique composé d'élémens nombreux, entre la phthisie aiguë et la phthisie chronique, entre la phthisie héréditaire ou constitutionnelle et la phthisie accidentelle ou acquise. Dans son type primitif, l'héréditaire est constituée par des tubercules de forme globulaire, et est essentiellement chronique; l'accidentelle, par des tubercules ou granulations miliaires, et affecte une marche aiguë, et parfois s'accélère tellement que le malade est emporté en peu de jours; M. Fournet décrit cette variété sous le nom de *phthisie asphyxique*. . . . .

Consacrant en principe, et par un excellent exemple, l'étude importante et trop peu faite des rapports entre les phénomènes et les groupes de phénomènes observés, l'auteur, cessant de considérer dans leur isolement et d'une manière absolue les signes qu'il a décrits un à un précédemment, les rapproche les uns des autres, et en recherche le sens relatif, les lois qui président à leurs combinaisons et la valeur qu'ils en tirent. Sous ce rapport, il les divise en signes du passé, signes du présent, et ceux qui, enchaînant entre eux les précédens, appartiennent à la marche de la maladie. Il y a dans cette manière d'appréciation séméiologique quelque chose de philosophique et d'élevé; elle dénote les habitudes toutes cliniques de l'auteur, et imprime à son œuvre un caractère que ne sauraient offrir les élucubrations achevées hors de la vue permanente et intuitive des faits. Dans un chapitre qui a pour titre *Marche de la première période de la phthisie*, M. Fournet recherche successivement : 1° les conditions capables d'accélérer ou de retarder le progrès de l'affection; 2° l'ordre d'apparition des phénomènes locaux et généraux, comparés entre eux; 3° l'ordre successif de manifestation des signes locaux. Par le second ordre de ces recherches, il arrive à la confirmation positive, expérimentale d'un résultat qui a été produit jusqu'à présent sous forme de conjecture plutôt que par démonstration, à savoir, que la phthisie pulmonaire est une maladie générale avant de devenir une maladie du poumon, et que la période de prédisposition ou de formation tuberculeuse est marquée par certains symptômes généraux, de caractère hectique, différens de ceux qu'il a décrits comme accompagnant la période d'élimination ou de ramollissement des tubercules. Il en résulte que, dans certains cas, les phénomènes généraux du premier ordre précèdent évidemment les signes locaux; cela arrive surtout dans les cas de phthisie aiguë. Par le troisième ordre de recherches, il est conduit à diviser en trois phases la première période de la phthisie pulmonaire; la première phase exprime le moment où l'observateur peut être initié par les signes locaux au premier soupçon de la tuberculisation pulmonaire; or, cette possibilité du diagnostic commence, d'après M. Fournet, *dès le moment où un très petit nombre de tubercules crus, même disséminés, occupent une surface limitée des poumons*. Le fait le plus général qui ressort des considérations diagnostiques de l'auteur, est celui-ci : la phthisie pulmonaire se compose de deux époques, l'une de prédisposition plus ou moins imminente aux sécrétions tuberculeuses, ou, si l'on veut, de travail préparateur, l'autre de fait accompli; c'est ce dernier seulement que les auteurs ont divisé en trois périodes; or, le diagnostic peut, dans un certain nombre de cas, atteindre la simple prédisposition tuberculeuse, et dans la grande majorité des autres, dévoiler la première période de fait accompli, avec une certitude d'autant plus grande, qu'on se rapproché davantage de la troisième phase. Il est encore un point important établi par M. Fournet, et que les praticiens ne sauraient perdre de vue, c'est qu'en outre des phénomènes généraux de réaction qui accompagnent la période d'élimination du tubercule, seuls admis par la plupart des représentans de l'École française, il existe un autre ordre de phénomènes généraux qui précède et accompagne le dépôt de la matière tuberculeuse dans les poumons. Dans le dernier chapitre, qui se rapporte à la question diagnostique, M. Fournet expose avec détail le diagnostic différentiel de la première période de la phthisie; on y reconnaît l'observateur sous les yeux duquel les faits d'un même ordre ont passé sous toutes les formes, en laissant comme traces de leur passage d'heureuses impressions de clinique; on reconnaît un esprit élevé dans le principe salutaire de la comparaison des faits et de la recherche de leurs dissemblances sous le voile quelquefois fort obscur de leurs analogies ou de leur identité.

ÉTIOLOGIE ET NATURE DE LA PHTHISIE. — Les travaux de M. Fournet ont encore ici un certain mérite de nouveauté et nous paraissent propres à jeter quelque jour sur la nature et le traitement des affections tuberculeuses; ici reparaît, avec une haute signification pratique, la division de la phthisie en héréditaire et en accidentelle; celle-ci a été mieux étudiée par M. Fournet que par ses devanciers; les influences antihygiéniques qui peuvent la produire sont fort nombreuses : « En somme, dit l'auteur (p. 469 à 516), l'influence prolongée d'un travail physique excessif, de la privation du sommeil, d'une alimentation malsaine et insuffisante, de l'habitation dans un espace étroit, de la respiration d'un air vicié, d'une vie trop sédentaire, des passions tristes portées à un haut degré, des excès vénériens et alcooliques poussés très loin, peut à elle seule développer la cachexie tuberculeuse, et par suite la phthisie pulmonaire chez un individu qui n'y était nullement disposé, etc. » M. Fournet a placé à la fin de ce chapitre dix observations de phthisie accidentelle dans lesquels on voit, en effet, l'affection tuberculeuse avoir pris naissance à la suite de l'action de l'une des conditions antihygiéniques précédentes ou de plusieurs d'entre elles réunies et combinées de diverses manières. A l'observation clinique l'auteur a joint quelques résultats d'expériences tentées sur des animaux de diverses grandeurs, de diverses espèces; ces expériences sont trop incomplètes jusqu'ici pour établir directement les principes fournis par la seule observation. Au reste, M. Fournet émet encore l'opinion que les affections tuberculeuses auxquelles succombent une grande partie des animaux que renferment nos ménageries, sont la conséquence des conditions hygiéniques nouvelles dans lesquelles ils sont placés, plutôt que le résultat d'un changement de climat, ainsi qu'on le dit généralement. M. Fournet n'a pas seulement poursuivi, dans cette exégèse des agens hygiéniques, les causes génératrices de la phthisie pulmonaire; il a noté aussi toutes les causes capables d'influencer sa marche, une fois qu'elle a pris naissance; de cette double vue étiologique résulte la possibilité de prévenir la maladie en écartant du malade les causes reconnues capables de la produire, et d'arrêter ou de modérer, de ralentir sa marche, en soustrayant le malade aux circonstances qui en favorisent le développement plus ou moins rapide. Delà deux ordres d'applications de ces résultats, l'un à l'hygiène privée que M. Fournet développe longuement, l'autre à l'hygiène publique qui est du ressort gouvernemental, et à propos duquel M. Fournet signale, dans plusieurs parties de son ouvrage, plusieurs points capitaux dignes de fixer l'attention de l'administration.

Quelle influence les pneumonies, les pleurésies, les bronchites peuvent-elles exercer sur le développement de la phthisie pulmonaire? Dans beaucoup de cas, ces maladies peuvent être regardées comme des effets d'un travail de tuberculisation déjà commencé; dans d'autres, comme causes accélératrices de ce travail, quand la marche en est très lente; comme ses causes excitatrices ou occasionelles, dans le cas où il n'avait

pas encore pris naissance, le malade y étant prédisposé; mais jamais comme causes formatrices directes, dans ce sens que la matière tuberculeuse serait le produit de l'inflammation.

Généralisant ensuite les données cliniques qu'il a amassées, M. Fournet en vient à considérer la phthisie, non plus comme la maladie d'un organe en particulier, mais comme une maladie générale dont la tuberculisation pulmonaire n'est qu'un accident consécutif qui peut se manifester sur tout autre système d'organes que l'appareil respiratoire. La phthisie pulmonaire se compose, suivant ces idées, de deux élémens et de deux époques; la première époque est marquée par le développement de l'élément général de la maladie, c'est-à-dire d'une altération telle de la nutrition, et par suite des autres fonctions organiques, qu'il y a prédisposition spéciale et plus ou moins imminente à la production de la matière tuberculeuse. L'élément local qui est une conséquence naturelle, mais non pas forcée du premier, qui ne saurait se développer sans la préexistence de l'autre, consiste dans le dépôt de la matière tuberculeuse au milieu de tel ou tel de nos tissus, devenu le siége d'une excitation morbide, mais plus souvent au sein du parenchyme pulmonaire que ses fonctions exposent plus fréquemment aux offenses du dehors; cet élément local constitue la deuxième époque de la maladie. Ce point de vue, dont l'initiative n'appartient pas néanmoins à M. Fournet, nous reporte loin des opinions qui longtemps ont régné et qui règnent encore dans notre école sur la phthisie.

THÉRAPEUTIQUE. — La thérapeutique de la phthisie, telle que la propose M. Fournet, est toute rationnelle : la maladie a deux époques, l'une de prédisposition, l'autre de fait accompli; l'une de maladie générale, l'autre de localisation; de là le traitement préservatif et le traitement curatif; de là deux ordres de moyens différens comme les élémens morbides qu'ils sont destinés à combattre; les uns agissant sur tout l'organisme par l'intermède de la nutrition, exerçant sur lui une action tonique, analeptique, doucement stimulante, formant la partie la plus essentielle du traitement et employés sans interruption; les autres locaux, d'un caractère asthénique, d'un emploi secondaire et seulement circonstanciel, car l'élément morbide local qu'il s'agit de combattre consiste dans une excitation fâcheuse et quelquefois dans des phlegmasies des organes respiratoires. Nous nous bornons à indiquer d'une manière générale le cadre de la thérapeutique instituée par M. Fournet; ajoutons seulement qu'il puise particulièrement dans l'hygiène les moyens destinés à combattre la cachexie tuberculeuse et à prévenir la sécrétion de la matière tuberculeuse; les recherches cliniques et expérimentales qu'il a faites sur l'étiologie des affections de cette nature l'ont mis à même de traiter avec une précision toute particulière les règles de l'hygiène qu'il convient d'appliquer aux phthisiques ou aux individus menacés de le devenir. C'est dans l'association raisonnée de l'hygiène et de la pharmacologie, dans le concours rationnel de moyens locaux temporaires et de moyens généraux permanens, qu'il a placé quelque espoir de rendre l'art plus efficace dans le traitement de cette cruelle maladie.

Que si l'on nous demande les impressions générales qu'a laissées en nous la lecture des deux volumes dont nous complétons aujourd'hui l'analyse, nous dirons 1° que les recherches de M. Fournet élargissent les bases de l'auscultation, qu'elles y introduisent une méthode plus exacte, et en rendent les applications plus fécondes; 2° qu'elles jettent une nouvelle lumière sur l'étiologie, le caractère morbide, la curabilité et le traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, en même temps qu'elles nous permettent, dans un certain nombre de cas, d'appliquer à la première période de la maladie la thérapeutique dont elles nous indiquent d'autre part les moyens et la direction. Les travaux de M. Fournet puisent dans leur origine toute clinique, tout expérimentale, un crédit incontestable: une louable impartialité dirige l'auteur, soit dans l'interprétation des faits qu'il observe, soit dans l'appréciation des travaux publiés sur le même sujet. Trop d'importance ajoutée à certains faits de détail, un peu de prolixité dans l'exposition, de fréquentes répétitions inutiles pour la netteté des pensées, une vicieuse distribution des matières dans certaines parties de l'ouvrage, tels sont les reproches que nous paraît avoir encourus l'auteur. Concentré durant plusieurs années dans les études pratiques sur lesquelles est fondé son ouvrage, M. Fournet est peut-être resté quelque peu étranger au mouvement d'idées médicales qui s'opérait au dehors; il ne s'est pas aperçu que sur quelques points de ses recherches la lumière avait jailli au dehors, en même temps qu'il la faisait luire dans l'enceinte de son hôpital; tel est l'heur ou le malheur des idées judicieuses, des vérités pratiques qu'elles germent presque simultanément dans un essaim de têtes, et que la nouveauté de leur émission devient le mérite de plusieurs. Beaucoup des résultats et des conclusions formulés par M. Fournet circulaient dans la conscience publique de la médecine avant l'apparition du livre que nous avons analysé; il en est d'autres qui n'y circuleront peut-être jamais, parce qu'ils ont plus de subtilité que de vérité. Comme tous les écrivains, M. Fournet a les défauts de ses qualités : sa faculté dominante consiste dans la promptitude d'induction, dans la fécondation ingénieuse des données cliniques et anatomiques; mais le vice est imminent, c'est-à-dire une ardeur exagérée de généralisation, une complaisance prolixe d'interprétation et de manipulation logique. Le temps réglera les allures de son esprit; la sobriété n'est pas le caractère ordinaire d'un début, et c'est un brillant et solide début que celui de l'auteur des NOUVELLES RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION ET LA PHTHISIE.

M. L.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En réponse à l'article que j'ai publié dans l'un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE, *sur l'intervention de la médecine et des médecins dans l'établissement du système pénitentiaire en France*, M. Baillarger vient d'essayer contre mon opinion, une critique dont vous avez fait l'insertion dans votre numéro du 29 février. Comme cette critique m'accuse de ne pas avoir compris un système que j'ai combattu, et que je dois l'accuser à mon tour de m'avoir mal compris dans mon argumentation, et par conséquent de m'avoir mal jugé, j'ai dû prendre la plume à mon tour pour réfuter le travail dans lequel l'auteur a complètement manqué son but.

Et d'abord, quelques mots sur l'objet de mon travail. Je ne voulais pas attaquer tel ou tel homme en écrivant ce que j'ai écrit; je voulais avant tout essayer de prouver que les médecins devaient intervenir d'une manière très directe, j'allais dire absolue, dans la grande question d'hygiène philosophique qui se lie si étroitement à l'établissement du système pénitentiaire. Donc, en attaquant, non pas la personne, mais les opinions de M. Moreau, je n'ai fait que m'en prendre à la théorie qui est devenue l'évangile de l'administration et la source des inspirations du pouvoir, surtout depuis que l'Académie de médecine a rendu en sa faveur un verdict de haute approbation. Ceci explique très bien pourquoi je n'ai pas voulu dépouiller ni discuter tous les travaux de M. Moreau, depuis sa brochure sur *l'état actuel des prisons en France*, jusqu'à celle qui a pour but (je crois que c'est la dernière) d'établir que M. Charles Lucas a eu tort devant l'Académie des sciences morales; tandis qu'il est très facile de prouver que cet antagoniste des théories de M. l'inspecteur des prisons a eu pour lui la logique et la raison. Ceci explique très bien encore pourquoi je me suis occupé seulement du mémoire sur la *mortalité et la folie;* car ce mémoire, présenté à l'Académie de médecine, et écrit pour réfuter des travaux et des observations de médecins, rentrait plus spécialement dans mon cadre, et avait surtout l'avantage d'être le résumé des ouvrages et des opinions que M. Moreau avait publiés antérieurement.

Si je passe maintenant à l'argumentation critique de M. Baillarger, voici ce que j'y trouve : « M. Carrière, dit-il, présente M. Moreau comme un partisan pur et simple de Philadelphie », et puis en me citant : « Nous aurons donc le système américain à peu près dans sa pureté primitive » Cet *à peu près* prouve suffisamment que je n'ai pas présenté M. Moreau comme un partisan *pur et simple* du système philadelphique, puisque je suppose que la législation adopterait complètement les idées de M. Moreau; cet *à peu près* prouve aussi que je connaissais la lettre de M. Ramon de la Sagra, dont M. Baillarger s'est empressé de citer un long paragraphe.

Mais pourquoi ai-je combattu ce système du silence et de l'absence d'exercice, comme si M. Moreau-Christophe n'avait jamais professé que cette opinion? Parce que la brochure dont je devais m'occuper, par la raison que seule elle avait été présentée à l'Académie de médecine, a pour but de réhabiliter entièrement le système de Philadelphie, et contient cette mémorable conclusion dont je dois rapporter le texte : « Qu'on retienne bien ceci, car c'est là toute ma pensée, tout l'esprit de ce mémoire : s'il était prouvé que le principe de la séparation individuelle, comme le formule le pénitencier de Philadelphie, tuât ou rendit fous les détenus qui y sont soumis, il faudrait de suite proscrire de nos plans de réforme, non le principe, car il n'y a pas, selon moi, de réforme possible sans lui, mais la formule, car ses vices seuls pourraient amener de si funestes résultats. Mais ces résultats peuvent-ils s'induire d'une moyenne incertaine, d'un chiffre équivoque, d'un rapprochement hypothétique? Il faudrait, pour qu'on les acceptât comme vrais, qu'ils fussent l'expression évidente de faits palpables et plus clairs que le jour. Or, non seulement ces faits n'existent pas, mais il en existe qui prouvent jusqu'à la dernière évidence que non seulement le régime actuel de Philadelphie ne tue ni ne rend fou, mais encore que les détenus qui le subissent sont aussi bien portans que dans les pénitenciers d'Amérique. » Suit ici une comparaison du régime de Philadelphie avec ceux qui sont mis en pratique en Europe ou en Amérique, et tout à l'avantage du premier. Ainsi, l'esprit de mon argumentation est justifié par les phrases de M. Moreau lui-même.

Pour répondre à une autre objection de M. Baillarger, je ne ferai pas des chiffres avec MM. Gosse, Coindet et Moreau; mais je dirai que j'ai trouvé fort clairs les calculs statistiques des docteurs de Genève et de Lausanne, bien que M. Moreau ait écrit qu'il ne comprenait pas une telle argumentation; je dirai encore que toutes les fois qu'il s'agit de statistiques médicales, il est nécessaire pour les dresser, non pas même d'être un médecin médiocre, mais un savant médecin, d'où il me sera permis sans doute d'induire logiquement que les rapports des inspecteurs ou des greffiers de prisons (j'abandonne les porte-clés) à qui M. Moreau ajoute foi et confiance, comme il le ferait pour une statistique modèle, ne méritent qu'une valeur extrêmement secondaire, scientifiquement parlant. Il aurait mieux

vain, dit M. Baillarger, que j'apportasse de nouveaux faits pour aider à la solution de ce grand problème. Non; lorsque les faits acquis à la science sont assez nombreux, assez consciencieusement recueillis pour suffire à une conclusion : non; encore une fois, car ce qui entrave le plus la marche de la science, c'est qu'on accumule incessamment des faits sur des faits, des détails sur des détails, sans songer à les comparer, à les classer, à les interroger, pour en tirer un enseignement, une formule.

Un mot encore. Si dans mon travail, j'ai toujours montré la médecine et les médecins, mis en dehors des questions dont ils devraient être les suprêmes arbitres, c'est que dans le mémoire de M. Moreau, j'ai vu partout poindre cette tendance. Ainsi, après avoir parlé du rapport du greffier de la *prison de comté* de Philadelphie, favorable en tout point au système, M. Moreau ajoute : cette opinion est appuyée du témoignage du médecin. Comment aurait conclu M. Moreau, si le médecin n'avait pas partagé les opinions du greffier? Ainsi, pour la question de la solitude, M. Moreau ne parle de M. Esquirol qu'après avoir cité Zimmermann et s'être cité lui-même. Mais heureusement M. Esquirol réfute victorieusement par les termes de sa réponse, la couleur d'affirmation que M. Baillarger a essayé de lui donner. Il dit, en effet, qu'on ne devient pas fou en prison si d'autres causes ne viennent exercer une influence directe sur la raison du détenu. Eh bien! ne fût-ce que le souvenir du passé combiné avec *l'uniformité d'impression* (j'insiste sur ces deux mots) dont la monotone continuité agit sans cesse sur l'esprit du prisonnier, n'est-ce pas assez pour donner lieu à des altérations de la raison, pour déterminer la folie? Le prisonnier porte le germe de la folie en lui-même, surtout si, comme on est en droit de le croire, le criminel est un malade sous le point de vue moral.

En terminant, je répondrai à M. Baillarger qui paraît surpris de ce que j'attribue la phthisie au repos trop longtemps continué des organes vocaux, et qui me demande d'où j'ai tiré cette opinion, que je l'ai prise dans les observations, l'opinion de M. Coindet, et avant tout dans cet axiome de physiologie qui dit que la conservation de la normalité d'un organe dépend de son exercice, de son activité. Or, en appliquant cette règle à la physiologie morbide, j'ai dû en déduire sans trop d'efforts d'intelligence l'opinion toute naturelle, toute naïvement logique que j'ai exposée dans mon travail.

Je n'ai maintenant qu'à remercier M. Baillarger pour m'avoir mis à même de défendre et de justifier ce que j'ai écrit sur le système pénitentiaire. Je l'en remercie d'autant mieux que ma conviction n'a fait qu'y gagner.

Agréez, etc. ED. CARRIÈRE.

AU MÊME.

Monsieur,

Je vous prie d'insérer dans le prochain numéro de votre journal la réclamation suivante :

Un article dans le dernier volume (t. XIX, p. 392) du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE (article *méningite*) contient une erreur qu'il est de mon honneur comme de mon devoir de relever. En parlant du mémoire de MM. Fabre et Constant sur la méningite, M. Guersent dit :

« Un extrait de cette monographie, dont l'auteur n'indique pas la source, a été publié par M. le docteur P.-N. Green, qui avait acquis les manuscrits de Constant. Cet extrait, inséré dans LE LANCET (mai 1836), a été traduit dans le premier volume de l'ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES. »

Cette assertion est entièrement contraire à la vérité, et il est fort étonnant qu'un homme grave comme M. Guersent ose porter contre la probité scientifique d'un confrère une accusation si grave. Mon mémoire sur la *méningite tuberculeuse* fut publié le 21 mai 1836; M. Constant est mort en juin 1837. Comment eût-il été possible que j'ai « extrait de manuscrits acquis » *après* la mort de M. Constant un mémoire qui fut publié treize mois *avant* sa mort. M. Guersent, qui connaissait fort bien la date de mon mémoire et l'époque de la mort de M. Constant, aurait dû éviter un non sens que je ne peux pas qualifier. Je vous envoie, monsieur, ci-joint une copie de mon mémoire; si M. Guersent veut se donner la peine de le lire, il sera bientôt convaincu de l'injustice qu'il m'a faite. Quant au mémoire de MM. Constant et Fabre, je n'en ai jamais vu ni copie, ni extrait.

Agréez, etc. P.-N. GREEN.

— NÉCROLOGIE. — Le 3 août de cette année (1839), est mort à Vienne, Burkard Eble, docteur en médecine et en chirurgie, médecin en retraite de l'armée impériale d'Autriche, professeur d'ophthalmologie et de gynécologie, ex-prosecteur à l'Académie Joséphine de Vienne, et membre de plusieurs sociétés savantes. Burkard Eble naquit à Weit, en Wurtemberg, le 6 novembre 1799, et répondit dès son enfance aux espérances de son père, chirurgien et magistrat à Weil. Admis en qualité d'élève au lycée de Rastadt (Bade), il ne tarda pas à s'y distinguer par ses talens et son zèle, et fut récompensé au bout d'une année d'études à l'Académie Joséphine de Vienne par la grande médaille d'argent. Plus tard, il fut admis en qualité de sous-chirurgien au 2e régiment d'artillerie, et continua ses études médicales et philosophiques à l'Université de Vienne jusqu'en 1827, où il fut nommé docteur en médecine. Pendant cette année, il remplit avec zèle et distinction, dans l'hôpital de la garnison de Vienne, les fonctions de médecin en chef, et en 1828, il fut transféré au district de la garnison d'artillerie à Vienne. A cette époque, Eble s'occupait avec prédilection d'ophthalmologie; il fit plusieurs opérations avec succès, et acquit des droits à la reconnaissance de ses collègues et de ses supérieurs.

En 1829, on lui accorda la place de prosecteur à l'Académie, qu'il garda jusqu'en 1832.

En 1830, il avait reçu le diplôme de docteur en chirurgie et de maître en ophthalmologie et en gynécologie à l'Académie Joséphine.

En 1232, il fut nommé médecin en chef du régiment d'infanterie Haslen-Mousberg; il ne garda cet emploi que six semaines, et prit la place de bibliothécaire et inspecteur des études académiques, qui se trouva vacante par la mort subite du docteur Schwarzote. Cette place était entièrement de son goût et appropriée à ses latens; aussi l'occupa-t-il avec distinction jusqu'au 10 juillet 1837. C'est à cette époque qu'il sentit le germe de la maladie qui a préparé sa fin prématurée, maladie dont les premières atteintes s'étaient déjà montrées en 1827, sous des formes d'affection abdominale. Plus tard, une affection de l'épine dorsale la remplaça, et la phthisie se prononçant de plus en plus, il fut contraint d'accepter la pension de retraite qu'on lui offrit entière pour récompenser ses bons services. Il alla chercher des secours aux eaux de Bade, Gastein, Maricobad, Carlsbad et à Salzbourg. Il quitta bientôt ce dernier endroit et retourna à Vienne, occupé qu'il était de la rédaction de son histoire de la médecine. Ce fut dans cette ville qu'il termina sa vie, le 3 août 1839, après avoir opposé longtemps à ses souffrances longues et cruelles une activité intellectuelle infatigable et tellement prodigieuse, même dans les douleurs les plus affreuses, qu'elle restera toujours sans égale. On trouvera facilement la vérité de cette assertion, si on parcourt les titres et les dates de ses ouvrages, et si on tient compte du zèle consciencieux avec lequel ils sont écrits.

De nombreuses distinctions sont venues le récompenser de tant de travaux scientifiques.

Voici la liste des principaux ouvrages de Burkard Eble, par ordre chronologique, en passant sous silence ceux qui ont moins d'intérêt pour les pays autres que l'Autriche et l'Allemagne :

Sur la structure et les maladies de la conjonctive; 3 planches. Vienne, 1828. Cet ouvrage a fondé la réputation scientifique de l'auteur par les connaissances qu'il y développa.

Histoire du système pileux; 2 volumes. Vienne, 1830.

Monographie complète, faite avec une grande connaissance *de cause*, et avec un zèle extraordinaire.

Traité de l'ophthalmologie belge. Vienne, 1836; dans lequel Eble cherche à prouver contre l'assertion de Jungken, que cette affection n'est pas de nature exotique, mais une conjonctivité catarrhale modifiée.

Essai d'une histoire pragmatique de l'anatomie et de la physiologie, depuis 1800-1825. Vienne, 1836.

Essai d'une histoire pragmatique de la médecine, depuis 1800 *à* 1825.

Supplément aux ouvrages de Sprengel. Vienne, 1839. Ouvrage principal de Eble, dont le second volume (*Supplément de Sprengel*, vol. VI, deuxième partie) a paru en janvier 1840.

L'Ophthalmie contagieuse, ou d'Égypte; monographie accompagnée de planches. Stuttgard, 1839.

— TRAITÉ DES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS ET SPÉCIALEMENT AU SÉNÉGAL, ou Essai statistique, médical et hygiénique sur le sol, le climat et les maladies de cette partie de l'Afrique; par J.-P.-F. THÉVENOT, chirurgien de première classe de la marine, chargé en chef des hôpitaux du Sénégal, etc., publié par ordre de M. le ministre de la marine et des colonies. — 1840. Un vol. in-8°. Prix : 6 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— PREMIÈRE LETTRE SUR LA SYPHILIS, ou Examen critique des doctrines de M. Philippe Ricord, chirurgien de l'hôpital civil des vénériens de Paris, etc.; par M. DEVERGIE AINÉ, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur des Facultés de Paris et de Gœttingue, etc.

Revue syphilitique de 1801 à 1840.

A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

— ŒUVRES COMPLÈTES D'AMBROISE PARÉ, revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes; ornées de 217 planches et du portrait de l'auteur; accompagnées de notes historiques et critiques; et précédées d'une introduction sur l'origine et les progrès de la chirurgie en Occident, du sixième au seizième siècle, et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré; par J.-F. MALGAIGNE. 1840. 3 forts vol. grand in-8, à deux colonnes.

Prix : 12 fr. chaque volume.

Le tome premier est en vente à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— DES PRINCIPAUX VICES DE CONFORMATION DU BASSIN ET SPÉCIALEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT OBLIQUE; par le docteur F.-CH. NAEGELE, professeur et directeur de la clinique d'accouchement à l'université de Heidelberg; ouvrage orné de seize planches lithographiées, traduit de l'allemand et augmenté de notes, par A.-C. DANYAU docteur en médecine et agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien et professeur adjoint à l'hospice de la Maternité. 1840. Un vol. in-8. Prix : 8 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 13. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 28 MARS 1840.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Recherches sur les vaisseaux utéro-placentaires. — II. Revue des journaux de médecine anglais hebdomadaires. Opération de hernie crurale pratiquée chez une femme de 87 ans. — Observation d'issue spontanée d'un calcul vésical par le vagin. — Cas d'empoisonnement en Angleterre et dans le pays de Galles pendant les années 1838 et 1839. — De l'anasarque qui se développe à la suite de la scarlatine. — Exemple remarquable de dilatation des reins, des uretères et de la vessie, consécutive à la présence d'un repli membraneux dans l'urètre. — Rupture de l'artère méningée moyenne. — Observations de vice de conformation du colon et du rectum. — Anatomie pathologique de la surdité congénitale. — Maladie de l'oreille s'étendant au cerveau. — Observation d'anurie apyrétique. — Des bruits respiratoires et de la voix. — Observation d'hydatides développées dans la bouche. — De l'emploi de la poix dans le traitement des hémorrhoïdes. — Phénomène singulier dans la transmission de l'hydrophobie. — De l'influence de la garance dans l'étude du développement des os chez les animaux. — Traitement de la fièvre typhoïde par les préparations salines et les injections dans les veines. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 24 mars. — IV. Bibliographie. Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation, et sur l'apoplexie utéro-placentaire. — V. Variétés. Extrait du rapport adressé à M. le préfet de police sur les faits de morve du cheval communiquée à l'homme. — VI. Feuilleton. Lettre médicale.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LES VAISSEAUX UTÉRO-PLACENTAIRES; par le docteur C. Bonamy.

Un des points les plus importans de l'histoire anatomique du placenta est son mode de connexion avec l'utérus. Si les physiologistes sont d'accord sur l'existence d'une circulation sanguine, qui a lieu de l'utérus vers le placenta, leurs avis sont partagés lorsqu'il s'agit de déterminer comment se fait cette circulation. Les uns, partisans d'une communication directe, admettent une anastomose entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du placenta; les autres rejettent cette circulation sanguine immédiate, et pensent que le passage des sucs nourriciers que la mère envoie à l'enfant a lieu par voie d'absorption. C'est en présence de ces deux opinions, que nous avons entrepris une série d'expériences sur les femelles pleines des animaux. Ces recherches doivent être exposées en premier lieu, pour nous servir plus tard à faire connaître la structure et les connexions du placenta humain.

PLACENTA DES CARNASSIERS (CHIENS).

Toutes les femelles de ces animaux qui servirent à nos expériences furent mises à mort par la section simultanée des artères carotides. A l'autopsie, un premier fait frappa notre attention : la mort des petits ne suivait pas immédiatement celle de la mère; souvent, dix ou quinze minutes

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Les morts vont vite, dit une ballade allemande, et les ministres aussi; depuis que je vous ai adressé ma dernière épître, l'Université a de nouveau changé de grand-maître; l'illustre triumvirat dont la Sorbonne s'énorgueillissait dans les dernières années de la restauration a maintenant grimpé aux sommités de la puissance universitaire; l'historien, le critique littéraire, le philosophe ont successivement échangé leur robe de professeur contre la simarre du grand-maître; entre ces trois noms qui brillent d'une gloire européenne, d'autres noms se sont produits à la tête de l'Université; mais ce n'étaient que pâles et fugaces météores qui se sont amoindris dans leur élévation même. Le nouveau régulateur de l'instruction publique en France saura se maintenir à la hauteur de sa fortune, nous n'en doutons point; M. Cousin a beaucoup étudié les conditions de l'enseignement à tous les degrés; expert des institutions que les lettres et les sciences possèdent dans les principaux états de l'Europe, il importera dans notre organisation ce qu'elles présentent d'utile et de fécond; mais il n'en est pas moins fâcheux que le terrain universitaire, qui a besoin de consistance et de repos pour produire tous ses fruits, soit rendu mouvant au souffle de la politique et que la versatilité des combinaisons parlementaires s'étende aux graves intérêts de l'éducation publique, au sort des professions savantes. La médecine trouverait un avantage spécial dans la stabilité du pouvoir universitaire; la réforme légale qu'elle sollicite, qu'elle espère encore, ne se perdrait point dans les ajournemens sans fin; l'embryon législatif pourrait se développer, s'arrondir et s'échapper enfin, vivace et robuste, du poudreux réceptacle des cartons sous-officiels. Qu'advient-il en effet? un projet de loi sur la médecine est péniblement élaboré, remanié, révisé, contrôlé, arrêté; le ministre en prend connaissance, le goûte, l'approfondit; et lorsqu'il s'apprête à le porter aux chambres, le Moniteur lui donne un successeur; dès lors nouvelles études, nouvelle controverse, nouveaux retards; et cartons, projet de loi, médecine et médecins retombent dans l'attente de la veille. En vérité, pour marquer son passage par quelque bien, il faut que le grand-maître se hâte et s'empresse; arrive-t-il avec la pensée d'un large progrès, un événement qui n'a pas le moindre rapport avec l'instruction publique, peut la crever avant maturité; s'il se propose de réaliser un ensemble d'améliorations dans l'assiette de l'enseignement supérieur, demain un vote du parlement sur une question de douanes peut le renvoyer dans l'obscurité avec ses projets et ses vues élevées. M. Cousin, qui sait par la destinée de ses devanciers ce que durent les ministères, semble s'attaquer à la besogne avec une ardeur impatiente; les écoles de droit ont reçu les prémices de son activité; les voilà dotées de l'institution des prix annuels pour les élèves; ce n'est point le seul avantage qu'elles emprunteront à la Faculté

s'étaient écoulées qu'on apercevait encore un mouvement vermiculaire dans les cornes de l'utérus. Les vaisseaux de cet organe étaient remplis de sang, lorsque la veine-cave en renfermait à peine quelques gouttes. Les petits n'étaient point exsangues; le placenta, le cordon ombilical et le foie contenaient encore une assez bonne quantité de sang. Haller nous dit cependant « qu'une chienne et une femelle de lièvre ayant perdu tout leur sang, les petits perdirent aussi le leur. » Mais ce savant physiologiste n'ignorait pas que des expériences contradictoires avaient eu lieu, car il ajoute un peu plus loin : « S'il y a en quelques cas où la mère a perdu tout son sang, sans que le fœtus ait perdu le sien; si nous ne nions pas les expériences de Falconnet, et que d'autres ont faites comme lui, nous devons l'attribuer à la faiblesse du fœtus, qui n'a pas permis qu'il fît passer son sang dans les gros vaisseaux de la matrice, avec assez de force pour qu'il puisse s'écouler par la plaie de la mère; ce sang s'est arrêté dans les veines de la matrice, qui sont très amples, comme dans un lac. » Cette stase du sang pourrait bien être attribuée à la pression de l'utérus sur les veines hypogastriques et iliaques, l'animal, dans les derniers momens de la vie, venant à se coucher sur le côté. Il est vrai qu'il resterait encore les veines ovariques; mais nous les croyons insuffisantes pour opérer le dégorgement des veines utérines, qui sont très volumineuses dans ces animaux comme dans l'espèce humaine. Si j'insiste autant sur ce fait, c'est que je l'ai constamment observé dans les autres espèces, chez les chats, les lapins, etc. Au reste, il est de nulle valeur comme preuve pour ou contre la communication immédiate. Il nous faut des preuves plus convaincantes que nous avons dû chercher dans les injections et les dissections.

Les injections les plus pénétrantes furent poussées dans les veines, puis dans les artères utérines; les substances qui les composaient étaient l'huile de lin, l'essence de térébenthine, la colle de poisson, le vernis à l'essence. Toutes ces liqueurs pénétraient avec une grande facilité dans le placenta; sa surface fœtale était injectée, comme déjà Northwich l'avait constaté, et comme on a pu le voir sur les pièces présentées à l'Institut par M. Flourens; mais l'injection n'avait pu pénétrer dans le cordon ombilical. Celui-ci, coupé près de son insertion placentaire, et exprimé avec soin dans un vase rempli d'eau, ne donnait que du sang, et jamais la plus petite quantité des substances injectées par les vaisseaux de la mère. Pensant qu'il serait peut-être possible de faire pénétrer plus loin ces injections, qui ne dépassaient jamais la surface fœtale du placenta, nous essayâmes de répéter les expériences de Cooper et de Vieussens, qui virent le mercure injecté par la veine jugulaire et les veines hypogastriques de la mère pénétrer jusque dans le cordon ombilical des petits. Une seule fois ce résultat fut obtenu, mais la dissection nous fit découvrir de nombreuses extravasations dans le tissu de l'utérus et du placenta.

Dans cette première série d'expériences, les vaisseaux de la mère étaient seuls injectés; dans une deuxième série, les vaisseaux du cordon furent seuls injectés : la surface du placenta était parfaitement injectée, mais là s'était arrêtée l'injection. Enfin, dans une troisième série, les deux ordres de vaisseaux ayant été injectés, nous pûmes nous livrer à une minutieuse dissection.

Si on cherche à déplacer le placenta de la surface utérine correspondante, on voit qu'il faut d'abord diviser sur ses bords une membrane excessivement vasculaire, qui est la caduque. Celle-ci divisée, on arrive à la face interne de l'utérus qui, dans toute l'étendue des insertions placentaires, présente un réseau vasculaire très développé, duquel partent de nombreux vaisseaux : ces vaisseaux, petits, grêles, réunis en faisceaux, pénètrent dans le placenta, à travers les petits trous dont est criblé un tissu lamelleux qui l'entoure en forme de ceinture. Arrivés à la surface utérine du placenta, ils circonscrivent par leurs anastomoses des espaces quadrangulaires ou elliptiques dans lesquels sont renfermés les vaisseaux du fœtus; ceux-ci ressemblent assez bien aux vaisseaux séminifères : ils sont un grand nombre de fois repliés sur eux-mêmes, et constituent par leur pelotonnement une espèce de lobule. De l'anse anastomotique qui les circonscrit, partent de nombreuses ramifications qui s'enroulent avec eux. La surface fœtale du placenta présente la même disposition que la surface utérine, mais dans un ordre inverse; les anses anastomotiques qui circonscrivent les lobules sont formés par les vaisseaux du fœtus, et les lobules par les vaisseaux maternels repliés et contournés sur eux-mêmes. Nous avons disséqué avec soin ces vaisseaux maternels, à leur origine dans les vaisseaux de l'utérus; nous les avons suivis dans l'épaisseur du placenta, à l'aide des verres grossissans; ces vaisseaux le pénètrent de la surface utérine vers la face fœtale, sur laquelle ils étalent leurs nombreuses ramifications qui se replient sur elles-mêmes pour rentrer dans l'intérieur de l'organe. Les vaisseaux ombilicaux pénètrent le placenta de la face fœtale vers la face utérine; sur cette face, ils déploient des rameaux qui se réfléchissent sur eux-mêmes dans l'intérieur du placenta pour se joindre aux vaisseaux maternels. De cette manière, ces deux ordres de vaisseaux distincts, les uns sur la face utérine, les autres sur la face fœtale, en se réfléchissant en sens inverse, viennent à se pénétrer mutuellement dans l'épaisseur du placenta.

Ainsi, le placenta de ces animaux est formé de deux ordres de vaisseaux parfaitement distincts, qui ne communiquent point directement. Si on injecte par le cordon ombilical, tous les vaisseaux ombilicaux du placenta sont colorés; si on injecte par les vaisseaux de la mère, tous les vaisseaux maternels du placenta sont colorés, et ceux-ci étendent leurs ramifications jusqu'à la face fœtale. Le placenta peut donc être injecté en partie par les vaisseaux de la mère, sans que nous ayons le droit d'en conclure à une communication immédiate entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus.

Telle n'est point l'opinion de M. Flourens. Examinons les faits de la deuxième série de ses expériences : « Dans la pièce n. 1, la liqueur injectée par une artère de l'utérus a passé dans les placentas de plusieurs fœtus contenus dans cet utérus.

» 2° Dans cette pièce, la liqueur injectée est du vernis coloré par le minium; dans la pièce injectée n. 2, c'est du vernis coloré par la céruse; c'est de la colle colorée par le minium dans le n. 3; et, dans toutes ces pièces, la liqueur injectée par une artère de l'utérus a passé dans les placentas des divers fœtus contenus dans cet utérus.

» 3° La liqueur injectée par les vaisseaux artériels de la mère passe donc dans les placentas des fœtus. La communication vasculaire de la mère avec le fœtus est donc un fait évident et incontestable. »

Nous nous permettrons cependant de le contester; car, pour qu'il fût incontestable, il faudrait avoir vu les liqueurs injectées par la mère pénétrer jusque dans le cordon ombilical; or, d'après nos expériences et celles de M. Flourens, les liqueurs injectées n'ont pu pénétrer au-delà de la surface fœtale du placenta. Quels sont les conduits vasculaires qui ont pu ainsi transmettre les liqueurs injectées par la mère? M. Flourens a bien

---

de médecine; dans un rapport au roi sur la nécessité de favoriser l'enseignement libre dans ces écoles, M. Cousin signale comme un modèle l'organisation de la Faculté de médecine; il rappelle les services rendus à l'instruction des élèves par les agrégés qui multiplient les cours particuliers, et il les propose pour exemple aux professeurs-suppleans de l'école de droit. Il est donc reconnu par le ministre lui-même que nos agrégés ont rendu jusqu'à présent plus de services que les suppléans de la Faculté de droit; pourquoi sont-ils moins bien traités que ces derniers dont les fonctions ne sont ni temporaires ni mesquinement rétribuées? Est-il juste que l'agrégé de médecine qui obtient, comme le suppléant de droit, son titre au concours, soit déchu de sa position après six ans d'exercice, quand ce dernier la conserve indéfiniment? que signifie la disparité choquante de la rémunération, là où les devoirs et les services sont égaux, sinon supérieurs du côté maltraité?

Les agrégés de la Faculté de médecine, dit M. Cousin, sont un premier ordre de professeurs qui représentent l'esprit de progrès et d'innovation, comme les professeurs eux-mêmes représentent, pour ainsi dire, l'esprit conservateur de la science. Est-ce à dire que les agrégés ne sont aptes à l'innovation que pendant une période de six ans; ardens au progrès que six ans durant? L'on se plaint de la multitude des concurrens pour les chaires vacantes; rendez l'agrégation plus stable, ne grossissez pas indéfiniment, par un recrutement triennal, le bataillon des agrégés stagiaires, militans et libres; n'accumulez pas autour de l'école les ambitions et les talens factices. D'autre part, quelle désolante destinée que celle de tant de capacités brillantes qui, mûries dans les rangs de l'agrégation, viennent s'ébattre par essaim sur chaque place vacante et grisonnent avant d'avoir trouvé gîte et repos? Espérons que M. Cousin ne se bornera pas à exprimer pour l'agrégation médicale son estime flatteuse; mais qu'après l'avoir imposée pour modèle aux suppleans de l'école de droit, il l'élèvera au niveau des avantages matériels dont jouissent ces derniers.

S'il est permis d'ajouter foi à certaines rumeurs échappées de haut lieu, le principe du concours, appliqué à la nomination des professeurs, est remis en question, et une autorité qui peut entraîner les autres penche vers son abolition. Il nous faudra bien tôt ou tard, mon cher confrère, replacer dans nos discussions feuilletonniennes ce sujet qui ébranle des intérêts si divers; la presse médicale a beaucoup contribué au rétablissement du concours; il lui appartient d'en apprécier les résultats, d'en constater la portée finale. A coup sûr, s'il est menacé dans son existence, si l'opinion vient à se modifier sur ce point important, les tourmentes qui ont accompagné ou suivi quelques applications du concours, ne seront pas étrangères à ce changement dans les esprits. Chaque lutte de compétition ressemble à une tempête qui s'annonce à l'avance par de sourds ébranlemens, et dont les derniers bruits sont lents à s'apaiser; la position des jurys est rendue difficile par la multiplicité des talens qui se rencontrent dans l'arène, et quand même les membres qui les composent pourraient cesser d'être hommes, et dépouiller les impressions spéciales de leur système nerveux, par quelle voie atteindraient-ils à la justice absolue du scrutin? Pascal n'a-t-il pas dit que la justice et la vérité sont deux pointes si subtiles, que nos instrumens sont trop émoussés pour y toucher exactement? Il est triste d'ajouter, en commentaire à cet axiôme, que les instrumens dont parle le philosophe de Port-Royal ne sont autres que la raison et la conscience. Ce Blaise Pascal a plongé profondément

vu ces vaisseaux maternels entre le placenta et l'utérus; mais il n'en dit qu'un mot: « Plusieurs de ces vaisseaux sont même assez gros pour être vus à l'œil nu, sans le secours des injections. » Peut-être s'il avait poursuivi plus loin son examen, il aurait pu s'assurer que, par ces vaisseaux, la liqueur colorée peut arriver jusqu'à la surface fœtale. Albinus paraît avoir poursuivi ses recherches plus loin que M. Flourens; aussi est-il arrivé à des conclusions différentes. « Albinus, dit Haller, a trouvé les vaisseaux de la matrice pleins de sang; il faisait passer ce sang jusque dans le placenta, de façon que cet homme si sage, si attentif, ne doutait pas que ces vaisseaux ne portassent du sang dans le placenta. » M. Deschamps, aide d'anatomie au Muséum, dans sa thèse inaugurale, reproche à Albinus de ne rien conclure d'un fait aussi important: Albinus en a conclu en homme prudent; n'ayant pu voir ces vaisseaux s'anastomoser, il n'a pas voulu conclure qu'il existait une communication directe entre la mère et le fœtus.

Les faits de la deuxième série présentés par M. Flourens sont beaucoup plus nouveaux et beaucoup plus concluans. Les injections poussées par le cordon ont pénétré dans les veines utérines, et l'expérience a été une fois si complète, que des veines utérines elle a pu passer dans le placenta d'un autre fœtus qui n'avait pas été injecté. Ces faits ne sont point susceptibles d'une autre interprétation, comme ceux de la première série, et certainement, si nous avions pu les obtenir, nous aurions conclu, avec M. Flourens, qu'il existe une communication vasculaire directe entre le fœtus et la mère; mais il nous a toujours été impossible de faire passer dans les veines utérines la plus petite quantité des substances injectées par le cordon. Cependant, nos expériences ont été faites sur les mêmes animaux, sur les chiens, les chats, les lapins, les rats; les substances employées dans nos injections ont été les mêmes que celles employées par M. Flourens; nous avons même injecté des liqueurs beaucoup plus pénétrantes, telles que l'encre à écrire, l'eau, l'alcool, l'essence de térébenthine, colorés par une matière végétale soluble; nous avons toujours obtenu les mêmes résultats. Pendant que nous nous livrions à ces expériences, notre ami, M. Després, aide d'anatomie à la Faculté, en faisait aussi de son côté, et il lui a toujours été impossible de faire passer l'injection dans les veines utérines. Je ne puis décrire ici les infinis détails de toutes ces injections; qu'il suffise de dire que nous avons l'un et l'autre autant d'habitude que M. Deschamps de ces sortes d'expériences, que les nôtres ont été faites sous les yeux des deux honorable professeurs MM. Cruveilhier et Breschet, dont on ne peut nier la compétence en pareille matière. M. Deschamps dira peut-être de nous ce qu'il a dit de Lassus et de quelques autres anatomistes, que nous avons constamment été malheureux dans nos injections. Nous l'acceptons; mais, en attendant qu'il puisse voir nos pièces dans le musée de la Faculté, je puis lui certifier qu'elles valent au moins les préparations qu'il montrait à l'auditoire de M. Flourens, dont je faisais quelquefois partie.

PLACENTA DES RUMINANS (VACHE).

Dans les carnassiers, les deux ordres de vaisseaux qui constituent le placenta sont tellement intriqués, que l'adresse du meilleur anatomiste ne pourrait parvenir à isoler complètement ceux qui appartiennent à la mère de ceux qui appartiennent au fœtus. Dans les ruminans, espèce à placenta multiple, les deux ordres de vaisseaux sont distincts et faciles à isoler; de là, deux placentas; l'un maternel, constitué par les vaisseaux de la mère; et l'autre fœtal, constitué par les ramifications des vaisseaux ombilicaux.

L'utérus de la vache est parsemé d'un grand nombre de corps ovoïdes assez semblables au champignon, offrant dans leur épaisseur des cellules ou alvéoles destinées à recevoir les villosités qui constituent le placenta fœtal. C'est à tort que quelques anatomistes ont pu considérer ces corps ovoïdes ou cotylédons utérins comme formés par le tissu de l'utérus, qui se serait ainsi hypertrophié çà et là dans quelques points de son étendue; ils sont formés par une substance albumineuse concrète, de nouvelle formation, que la macération dans l'eau acidulée finit par détacher, sans aucune espèce de solution de continuité dans la paroi utérine. Le tissu de l'utérus est soulevé, comme attiré dans la concavité du cotylédon, de manière à former une espèce de pédicule qui lui adhère intimement. Ces adhérences ont lieu au moyen d'une membrane jaunâtre assez épaisse, criblée de trous, qui établit ainsi une ligne de démarcation bien tranchée entre le tissu de l'utérus et la substance cotylédonaire.

Les vaisseaux qui rampent sur le pédicule pour aller se ramifier dans l'épaisseur des cotylédons sont assez souvent gorgés de sang, quoique l'animal soit mort d'hémorrhagie. Nous avons pu alors les disséquer, à l'exemple d'Albinus, sans le secours des injections; nous les avons vus émerger du pédicule utérin, traverser la membrane jaunâtre, puis arriver dans l'intérieur des alvéoles; mais là, nous les perdions de vue complètement. Notre ami M. Kuhn les a suivis beaucoup plus loin. Voici ce qu'il rapporte dans sa dissertation inaugurale (THÈSES DE PARIS, février 1839): « Les vaisseaux utéro-placentaires existent chez ces animaux, mais ils sont très peu nombreux: je les ai vus sans injection préalable et sans le secours du microscope. Dans les gros cotylédons, il n'est pas rare d'en observer deux ou trois assez développés pour qu'on puisse les suivre à l'œil nu; mais pour cela il faut qu'on s'y prenne peu de temps après la mort de la mère, et que le fœtus ait déjà acquis un certain développement. Ces vaisseaux sont alors injectés naturellement; on les voit surtout à la superficie des cotylédons, allant d'un vaisseau utérin s'aboucher avec un de ceux qui, partant de chaque cotylédon, vont constituer le cordon ombilical. » Nous avons employé toute notre attention à la recherche de ces vaisseaux à la superficie des cotylédons; il nous a toujours été impossible de les apercevoir.

Les dissections, sans le secours des injections, ne nous ayant rien appris, nous avons eu recours aux injections. Les substances employées ont été les mêmes que dans les expériences précédentes, l'huile, le vernis, l'alcool, la térébenthine, etc. Chaque cotylédon ou placenta maternel fut injecté séparément par un des nombreux petits vaisseaux qui se trouvent dans l'épaisseur du pédicule utérin; chaque placenta fœtal fut aussi injecté séparément; de cette manière, nos expériences ont pu être répétées un grand nombre de fois sur un même utérus. Or, toutes ces injections nous ont démontré que, dans la vache, il ne passe rien du placenta fœtal dans le cotylédon utérin, et réciproquement qu'il ne passe rien du cotylédon utérin dans le placenta fœtal. Cette fois, nous avons le bonheur de nous rencontrer avec M. Flourens, qui, après avoir admis une communication directe dans plusieurs espèces d'animaux, en exclut tout à coup les ruminans et les pachydermes. Telle est, dit M. Deschamps, « la grande loi de zoogénie découverte par M. Flourens, et qui ressort de ses préparations habiles, ingénieuses, incontestables, et qui se trouve encore sanctionnée

---

dans les entrailles de l'humanité; comme il en saisit toutes les faiblesses, comme il suit d'un œil fixe et sûr nos passions et nos vices jusque dans leurs replis les plus fugitifs! Il a des leçons pour tout le monde, et la lecture de ses *Pensées* a le singulier mérite de nous révéler à nous-mêmes les misères qui nous serrent à la gorge sans que nous les sentions, les défauts qui existent pour ainsi dire à l'état latent dans nos âmes. Ecoutez les doléances récriminatoires des candidats malheureux; tous n'ont pas concouru avec un égal succès, et tous accusent les dieux, c'est-à-dire les juges. L'auteur des *Pensées* a prévu ce travers: « Notre propre intérêt, dit-il, est un merveilleux instrument pour crever agréablement les yeux. » Mais n'y a-t-il que de l'aveuglement à poursuivre jusque devant le conseil royal la fortune du compétiteur heureux, et de lui susciter un litige de formes, d'avance annulé par un acte de loyale concession auquel ont participé tous les concurrens? Ces dernières difficultés sont à peu près inévitables; heureusement qu'elles ont rarement quelque importance; M. Piorry les a surmontées, et nos lecteurs apprendront avec plaisir qu'il est décidément institué dans la chaire de pathologie interne. Le professeur proclamé ou institué, vous vous croyez au terme de cette agitation de concours: nullement; il reste un procès à vider, non plus devant un aréopage académique, mais devant le tribunal de police correctionnelle; une plainte en diffamation est venue fondre sur un confrère en journalisme; c'est un compétiteur de M. Piorry qui l'a fulminée, un homme de talent et d'esprit, et qui n'a pas eu l'esprit de subir les conséquences d'une lutte publique, un ancien milicien de la presse médicale, et qui s'avise de l'enseigner à coups de procès. Par quelle fatalité les hommes d'une profession qui succombe sur la scène sociale vont-ils se défier en champ clos de scandaleuse disputation, et traîner sur les dalles du Palais-de-Justice cette robe doctorale qui sollicite d'autres honneurs? La situation de la médecine convie à d'autres sentimens; jamais l'indulgence des esprits, la réunion des efforts ne lui furent plus nécessaires; quelques armes nous restent pour défendre nos foyers qui s'écroulent, et nous les tournons contre nous-mêmes:

> Ah! n'empoisonnons pas la douceur qui nous reste;
> Je crois voir des forçats, dans leur cachot funeste,
> Se pouvant secourir, l'un sur l'autre acharnés,
> Combattre avec les fers dont ils sont enchaînés.
>
> (VOLTAIRE.)

De nombreuses mutations sont survenues dans le personnel médical des hôpitaux; le conseil-général des hospices, qui vient de recevoir lui-même trois nouveaux membres dans son sein, prouve par là sa sympathie pour les jeunes praticiens qui aspirent à s'exercer sur un théâtre officiel; en même temps qu'il opérait ces changemens, il a reçu une protestation des chirurgiens attachés aux hôpitaux contre l'introduction d'une spécialité parmi les membres du bureau central; nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur ce sujet destiné à tomber dans les lieux communs de la polémique médicale; mais il est assez piquant de rencontrer au bas de la susdite protestation des noms qui ne doivent point leur adoption hospitalière au concours.

Les hôpitaux militaires de Paris vont aussi subir quelques changemens dans leur hiérarchie par suite de mises à la retraite. Le Val-de-Grâce perd en M. Gama un chef

par nos plus grands maîtres dans l'art des injections. » Avant d'adopter cette loi, recherchons sur quelles expériences on s'est fondé pour admettre que les ruminans et les pachydermes formaient une catégorie à part dans les classes des mammifères, sous le rapport des communications placentaires.

Si on a admis ces communications dans les carnassiers et les rongeurs, il a fallu des expériences bien convaincantes pour démontrer qu'il en était autrement dans les ruminans. Nous avons lieu, en effet, d'être surpris de cette bizarre anomalie dans un phénomène d'une si haute importance. « Je n'ai pu, dit M. Flourens, obtenir de résultat aussi net et aussi tranché dans les ruminans, dans la brebis, dans la vache, par exemple. Les villosités qui forment les houppes ou les placentas des chorions dans ces animaux pénètrent tellement dans les mailles des cotylédons utérins que le moindre épanchement survenu teint plus ou moins ces villosités et rend par là le résultat fort obscur. » Maintenant, je demanderai s'il ne lui aurait pas été possible d'obtenir des injections sans épanchement, et, dans le cas où les villosités chorioles eussent été teintes par l'injection épanchée, s'il n'aurait pu les déteindre dans un liquide approprié. Pour nous, nous avons fait un grand nombre d'injections sur ces animaux, et nous avons eu souvent le bonheur de réussir sans le plus petit épanchement. Le résultat que nous obtenions était aussi net et aussi clair que celui obtenu sur les carnassiers et les rongeurs; dans les uns comme dans les autres, il nous a toujours été impossible de démontrer une communication directe. Il devait en être ainsi, car la disposition anatomique est tout à fait identique. Dans les ruminans comme dans les carnassiers, tout a été fait pour le grand développement des surfaces de contiguïté entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus.

Les vaisseaux maternels, dans le placenta des ruminans, sont distincts et faciles à isoler des vaisseaux ombilicaux; ils se ramifient dans l'épaisseur des cotylédons utérins. Fournis par les nombreux vaisseaux du pédicule que nous avons souvent trouvés pleins de sang, et que nous injections directement par l'introduction d'un tube assez délié, ils traversent cette substance jaunâtre criblée de trous dont nous avons déjà parlé, puis arrivent dans l'intérieur des alvéoles cotylédonaires. Ces vaisseaux sont petits, grêles, cependant visibles à l'œil nu; ils s'anastomoseut fréquemment entre eux, et forment un beau réseau sur les parois des alvéoles; de ce réseau partent des ramuscules nombreux, qui s'enfoncent dans l'épaisseur des parois, pour constituer là un autre réseau à mailles plus étroites et plus déliées qui communiquent largement avec les réseaux des alvéoles voisines. Si nous envisageons d'une manière générale les vaisseaux maternels dans la masse cotylédonaire, nous les voyons former des réseaux dont les uns, à mailles plus larges, circonscrivent la cavité des alvéoles, dont les autres, à mailles plus étroites et plus déliées, se trouvent dans l'épaisseur des parois. Pour démontrer ce fait, les injections par corrosion réussissent à merveille; la substance du cotylédon venant à être détruite par la macération dans l'acide nitrique, il ne reste plus que les vaisseaux dont la distribution devient très évidente.

Les vaisseaux qui constituent le placenta fœtal se rassemblent sous forme de flocons cylindriques ou de villosités, qui s'enfoncent dans l'épaisseur des cotylédons. Les adhérences ne nous ont point paru se faire d'une manière aussi lâche que le dit M. Deschamps : « L'engrenage de ces villosités se fait d'une manière lâche, de sorte que la moindre traction détruit ces rapports. »

Quelque soin que nous ayons pris pour retirer ces villosités de la cavité qui les renferme, nous avons toujours vu leurs vaisseaux rompus à des distances plus ou moins éloignées de la véritable extrémité. Pour bien les voir, il faut les examiner en place, encore contenus dans l'épaisseur des cotylédons. Tant qu'ils sont contenus dans les alvéoles, ils sont rectilignes et parallèles; mais ils ne tardent pas à pénétrer par les petits trous dont sont criblées leurs parois, dans l'épaisseur de ces mêmes parois : là ils offrent une disposition tout à fait différente; ils se contournent, se pelotonnent sur eux-mêmes, au milieu des mailles étroites du réseau formé par les vaisseaux maternels. Cette dernière disposition n'est point généralement connue, parce qu'on s'est borné à étudier ces vaisseaux sur une villosité détachée du cotylédon; alors, ils se sont toujours rompus sur la paroi des alvéoles. M. Wagner, dans un ouvrage récemment publié, a fait dessiner les vaisseaux d'une villosité choriole dans un placenta de brebis. Nous avons eu le plaisir de voir qu'ils étaient tout à fait semblables à ceux que nous avions pu observer dans le placenta de la vache : rectilignes et parallèles dans une certaine étendue, ils sont contournés sur eux-mêmes vers les extrémités.

Ainsi donc, dans le placenta des ruminans, les vaisseaux maternels, au lieu de se pelotonner avec les vaisseaux ombilicaux comme dans le placenta des carnassiers, forment des réseaux, au milieu desquels s'insinuent et s'enroulent les vaisseaux ombilicaux. En présence de ces deux dispositions vasculaires, peut-on concevoir la différence aussi grande établie entre les ruminans et les carnassiers, sous le rapport des communications placentaires? Dans les ruminans comme dans les carnassiers, la nature a tout fait pour le plus grand développement des surfaces de contiguïté entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus; mais elle a varié dans chaque espèce ses moyens d'arriver au but proposé. Dans le placenta des pachydermes que nous allons examiner, nous trouvons une nouvelle variété dans les rapports des vaisseaux ombilicaux avec les vaisseaux maternels; mais toutes ces variétés, dissemblables quant à la forme, sont, quant au fond, parfaitement identiques.

PLACENTA DES PACHYDERMES (COCHON).

Le placenta de la truie est formé de deux parties fort distinctes, dont le mode d'engrenage est des plus curieux; il est celui de deux muqueuses intestinales qui auraient été moulées l'une sur l'autre. Les vaisseaux maternels, au lieu de se grouper en des masses circonscrites comme les cotylédons, étendent leurs ramifications sur une vaste membrane, qui offre la plus grande analogie avec la muqueuse de l'intestin. Sa surface est hérissée d'un grand nombre de replis tout à fait semblables aux valvules conniventes : ces replis sont dirigés perpendiculairement à l'axe de l'utérus; ils décrivent la moitié, les trois quarts d'un cercle. Généralement parallèles, ils s'inclinent les uns vers les autres à leur extrémité, se bifurquent, s'envoient de petits prolongemens. Ils ont une hauteur un peu plus considérable que celle des valvules; nous en avons vu quelques uns qui avaient un pouce de hauteur; ces grands replis sont plissés sur eux-mêmes, de manière à ne pas sorpasser le niveau des autres. A leur base, on trouve un tissu lâche qui les unit à l'utérus, et les principaux troncs des vaisseaux maternels qui vont se ramifier dans leur épaisseur. Le tissu qui forme cette membrane est de même nature que celui des cotylédons dans la vache; il est plus mou, et se laisse déchirer avec une grande

---

aussi habile dans le maniement des choses administratives que dévoué à l'instruction de la jeunesse; collègue de Broussais et de Serullas dans la direction scientifique de cette Ecole, M. Gama a su ajouter à l'illustration dont l'ont dotée ces deux savans, et avant eux, les Parmentier, les Desgenettes, les Larrey; le Val-de-Grâce doit à M. Gama l'organisation de sa bibliothèque et une foule d'améliorations que sa sollicitude a provoquées; il y a institué les conférences où se sont formés la plupart des jeunes talens dont s'honore aujourd'hui la chirurgie militaire. L'administration remplacera difficilement, à la tête de cet hôpital, un homme qui s'est voué tout entier à ses fonctions et qui pour mieux les remplir s'est tenu constamment à l'écart du monde et de la clientelle. C'est cet éloignement sans doute qui nous explique pourquoi l'auteur d'un traité classique sur les plaies de tête, le chirurgien blanchi sur les champs de bataille et à la tête des grands services hospitaliers de l'armée, ne siége point sur les bancs de l'Académie de médecine; il serait digne de cette assemblée d'aller au-devant de sa modestie et de recueilir dans ses rangs tant d'expérience, de savoir et d'intégrité.

M. Gerdy sollicite, mais sans beaucoup de chances de réussite, la chaire laissée vacante par le décès de M. Richerand, en échange de celle qu'il occupe; un concours de pathologie externe ou de médecine opératoire succèdera donc à celui de pathologie interne; les compétiteurs seront nombreux, de belles réputations se rencontreront dans la lice, et la jeune chirurgie ne jettera pas moins d'éclat sur l'école-mère que les représentans de la médecine progressive n'ont fait naguères. A Strasbourg, la chaire de médecine legale se dispute pour la troisième fois. Vous vous rappelez, mon cher confrère, que deux jurys avaient déclaré qu'il n'y avait lieu à nomination; or, voici que les mêmes candidats remontent ensemble à la brèche; et à moins d'un troisième ajournement, la Faculté devra proclamer l'un des concurrens qu'elle a enveloppés naguères dans une solennelle présomption d'inaptitude; il est à peu près certain qu'elle décernera cette fois la succession de Foderé et de Goupil, et son verdict nous apprendra que l'on peut en quelques mois compléter le bagage de connaissances nécessaires à l'enseignement d'une branche importante de l'art.

Une discussion intéressante pour l'hygiène publique et pour la médecine a occupé les dernières séances de la chambre des pairs; la loi sur le travail des enfans dans les manufactures est tout hérissée de questions médicales, de difficultés dont la solution relève de notre science; et pas un médecin ne se trouvait là, sur les bancs de la noble assemblée, pour lui expliquer les conditions organiques du premier âge, pour revendiquer en faveur de l'enfance le plein droit de la conservation et du développement normal; pas un interprète des lois de l'organisme vivant n'a pu mêler ses réflexions à celles des fabricateurs de lois artificielles et les prémunir contre les généralités hasardeuses d'une appréciation banale des besoins physiques et moraux de l'enfance. Mais aussi comment dérouiller la médecine et masquer sur sa peau les stigmates d'une origine roturière? Comment installer les illustrations européennes de notre profession entre un banquier anobli et un fils obscur de sénateur? Nous aurons occasion de retoucher ce sujet quand le projet de loi en question sera présenté à l'autre chambre.

Il est dit, de par les destins qui nous mènent, que chacune de mes lettres aura sa page funèbre, et qu'aux menues nouvelles du jour s'ajoutera un périodique contingent de tristesse nécrologique. Encore deux noms honorables rayés par le doigt de la mort du registre des vivans et des académiciens. M. Biett, entouré

facilité. Tel est le placenta maternel dont l'étendue est fort considérable pour se mettre en contact avec le placenta fœtal qui, dans ces animaux, se développe aux dépens de toute l'étendue du chorion; il présenterait encore des dimensions beaucoup plus grandes si on pouvait effacer les replis dont nous venons de parler.

Le placenta fœtal est excessivement mince: de là la dénomination de *cortex placentosus* qui lui a été donnée par quelques auteurs. Il présente un grand nombre de replis valvulaires qui sont moins saillans que ceux du placenta maternel. Sur leur surface, on rencontre un grand nombre de petites granulations dont la nature n'a pas été bien déterminée; ces petites granulations ne sont autres que les petits grains ou *acini* décrits par Ruysch dans le placenta humain. Formés par les extrémités des vaisseaux ombilicaux, repliés, contournés sur eux-mêmes, ces petites granulations sont reçues dans de petites excavations creusées dans l'épaisseur du placenta maternel.

STRUCTURE ET CONNEXION DU PLACENTA HUMAIN.

L'anatomie comparée nous ayant démontré dans le placenta des animaux deux ordres de vaisseaux fort distincts, dont les uns appartiennent à la mère et les autres au fœtus, il nous devenait fort difficile d'exposer la structure du placenta humain; nous n'avions à notre disposition que des placentas expulsés de la matrice. Nos injections les plus fines ne pouvaient jamais les pénétrer entièrement; çà et là nous apercevions des filamens blanchâtres sur la nature desquels les auteurs ne s'accordent pas; pour nous, nous avions lieu de supposer que c'étaient les vaisseaux maternels du placenta qu'il est impossible d'injecter par le cordon ombilical. Des vaisseaux nombreux avaient été trouvés entre l'utérus et le placenta et décrits, par le professeur Dubois, sons le nom de vaisseaux utéro-placentaires. Ces vaisseaux ne paraissaient pas tout à fait semblables à ceux que nous avions pu voir dans les animaux; ainsi, les veines étaient présentées sous un volume bien supérieur à celui des artères, tandis que dans les animaux elles ont un volume à peu près égal. Toutes ces données anatomiques pouvaient peut-être nous faire croire que le placenta de l'homme ne différait pas essentiellement de celui des animaux, mais il était impossible de conclure à leur identité. Nous sentions vivement le besoin d'observer le placenta encore attaché à l'utérus et d'injecter les vaisseaux utéro-placentaires, que nous n'avions jamais pu voir ou plutôt pu comprendre, lorsque par hasard une femme enceinte de sept à huit mois vint à mourir dans le service de M. Monod, à la maison royale de santé. M. Stanski, interne des hôpitaux, voulut bien nous prévenir et nous aider dans toutes les injections qu'il nous était donné de faire sur le cadavre; nous l'en remercions ici sincèrement.

Une première injection fut faite dans le système veineux de l'utérus, par la veine iliaque primitive et l'une des veines ovariques; elle fut poussée avec toutes les précautions désirables. La substance qui la composait était du vernis à l'essence coloré par le minium. Une deuxième injection, composée d'essence de térébenthine colorée par l'indigo, fut faite dans les artères utérines par l'extrémité inférieure de l'aorte; des ligatures avaient été posées préalablement sur tous les vaisseaux capables de transmettre le liquide dans les membres abdominaux. L'utérus ainsi injecté fut détaché du cadavre qui devait être inhumé, puis transporté dans le laboratoire de M. le professeur Cruveilhier. Là, nous entreprîmes une autre série d'injections par le cordon ombilical. A cet effet, la cavité utérine fut ouverte à quelque distance des insertions placentaires, et le fœtus débarrassé des membranes qui l'enveloppaient. Un premier fait fixa notre attention: les vaisseaux ombilicaux sur le placenta et dans toute l'étendue du cordon ombilical étaient distendus par un liquide noirâtre que nous croyions être l'essence de térébenthine injectée dans les artères utérines. Mais il nous fut bientôt démontré que nous étions dans l'erreur: la section du cordon ayant été faite près du fœtus, nous pûmes en exprimer le liquide noirâtre dans un vase rempli d'eau et reconnaître qu'il n'était autre que du sang. Des injections ayant pour base l'huile de lin colorée par le blanc de céruse et par l'encre jaune furent poussées dans la veine, puis dans l'une des artères ombilicales.

Dès lors il devenait évident que le placenta était injecté complètement; déjà nous apercevions à sa surface fœtale le liquide rougé injecté dans les veines utérines; mais par quels canaux l'injection avait-elle pu pénétrer aussi loin? Les connexions du placenta avec l'utérus formaient donc un des élémens de sa structure; à ce titre, elles firent le sujet de nos premières recherches. Nous détachâmes une petite portion du placenta, en incisant avec la plus grande précaution la caduque, puis les brides ligamenteuses qui le fixaient à la surface interne de l'utérus; nous pûmes alors examiner attentivement ce tissu de connexion ou utéro-placentaire et les vaisseaux qu'il renferme.

Ce tissu utéro-placentaire est de nature albumineuse ou couenneuse; il est constitué par un grand nombre de lamelles qui s'entrecroisent dans tous les sens et n'adhèrent entre elles que par quelques points de leur surface; si on vient à insuffler de l'air dans les endroits où elles ne sont que contiguës, on voit bientôt se développer des cellules de forme et de volume variables. Ces cellules se sont offertes à plusieurs anatomistes développées par la matière à injection qu'ils avaient poussée dans les veines utérines; de là, l'opinion presque générale qu'elles sont des veines, communiquant largement avec le système veineux utérin. Un auteur, sur l'autorité duquel nous aimons à nous appuyer, ne partage point cette manière de voir; huit fois, dit M. le professeur Velpeau, j'ai pu l'observer (le placenta) en place; je n'ai pu y découvrir de sinus ou d'ouvertures qui eussent le moindre rapport avec ce que les auteurs ont décrit sous ce nom. M. Jacquemier, dans un mémoire sur les vaisseaux utéro placentaires, a décrit ces cellules, sous le titre de veines, avec la plus minutieuse attention. Il en a distingué trois variétés principales: dans l'une, elles ont à peine un trajet d'une à deux lignes d'une obliquité peu prononcée; d'autres, très obliques, situées le plus souvent dans la direction des scissures interlobaires, ont jusqu'à deux pouces de longueur et envoient des prolongemens interlobaires; enfin, la variété la plus remarquable est celle qu'on observe en forme de couronne autour du placenta. Il est à croire que cette troisième variété n'est pas constante; notée par Meckel, représentée dans une planche de M. Moreau, elle n'a pas été observée par un grand nombre d'anatomistes. Toutes ces veines, dit M. Jacquemier, communiquent avec les veines utérines par de larges orifices qui criblent la face interne de l'utérus, dans l'endroit correspondant aux insertions placentaires. Nous avons cherché avec le plus grand soin ces larges orifices de communication qu'il nous était impossible de soupçonner, puisqu'ici les cellules ne contenaient pas la plus petite quantité de la liqueur injectée dans les veines utérines. Nous les avons de nouveau insufflées, puis nous les avons remplies d'eau; ni l'air ni le liquide

---

de ce lustre social, qui est trop souvent le prix d'une activité suspecte, mais qui souvent aussi dénote la double autorité de l'homme et du savant; ses travaux sur la pathologie cutanée, moins fleuris, moins *jolis* que ceux de M. Alibert, ont un caractère plus analytique, une portée plus pratique; sans doute, s'il avait vécu, il les aurait agrandis; mais la maladie l'a surpris dans le tourbillon de la haute pratique, et la science perd un ouvrier qui n'a point complété son œuvre. Il ne l'a point complété non plus, quoiqu'il ait vécu, cet Hippolyte Cloquet, qui, successivement lauréat à la Faculté, interne, prosecteur, agrégé, se vit tout-à-coup arrêté dans sa carrière, aussi rapide que brillante, par les effets d'une maladie fatale. Il s'était passionné pour les études anatomiques, auxquelles il joignit bientôt celle des sciences accessoires, et particulièrement de la zoologie. Cuvier, qui appréciait la prodigieuse activité de son esprit, l'avait désigné pour recueillir un jour le pesant héritage de son enseignement. En peu d'années, H. Cloquet a publié des ouvrages qui attestent la variété et la solidité de son instruction, tels qu'un traité des odeurs, du sens et des organes de l'olfaction, un traité d'anatomie descriptive, un autre d'anatomie comparée, etc., etc. De nombreuses générations d'élèves ont tenu entre leurs mains le TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE; il ont admiré la précision et la netteté des descriptions, l'ordre logique des matériaux, le style exact et laconique, qui en ont fait une œuvre classique. C'est un douloureux spectacle que celui d'une belle intelligence enrayée par le grain de sable dont parle encore Pascal, voilée par les ombres de la maladie, et s'efforçant en vain de ressaisir, avec son énergie perdue, le fil des premières inspirations et le travail d'une gloire interrompue; saluons-la vite et ne délayons pas l'amertume de l'oraison funèbre qui ne s'adresse qu'à la moitié d'une vie.

Je n'aurai garde de clore ici cette épître; je veux ramener le sourire sur vos lèvres et ma plume sur un autre sujet: voici le poème de FRACASTOR, *de lue venereâ*; je dois vous dire que je déteste les muses techniques; des GÉORGIQUES même je n'ai jamais lu que quelques épisodes gracieux; L'HOMME DES CHAMPS et LE POÈME DES JARDINS de ce bon M. Delille me sont nauséabondes: jugez de mon enthousiasme pour la verve alexandrine du chantre des ulcères et des chancres, des blennorragies et des douleurs ostéocopes; mais point ne s'agit de mes prédilections. Nous venons de lire quelques vers d'une traduction de FRACASTOR; on les attribue au poète Barthelemy; mais, sans doute, c'est calomnie pure; de pareils vers n'ont pas coulé de cette plume harmonieuse et colorée. Attendez-vous donc à voir affiche sur les murs de Paris le poème de FRACASTOR; attendez-vous à en rencontrer par anticipation, de temps en temps, des extraits dans les journaux. A notre siècle appartient l'honneur d'avoir transformé FRACASTOR en affiche, un livre en réclame, une traduction en adresse domiciliaire.

Y.

— TRAITÉ COMPLET DE BANDAGES ET D'ANATOMIE APPLIQUÉE A L'ÉTUDE DES FRACTURES ET LUXATIONS AVEC LES APPAREILS QUI LEUR CONVIENNENT; par MICHEL THIVET, docteur en médecine, professeur d'anatomie et de déligation chirurgicale, etc. — In-8°. Première partie, accompagnée de 300 figures environ, dessinées par l'auteur avec le plus grand soin. Prix: 4 fr. 50 c.

Paris, chez l'auteur, rue des Poitevins, 2.

n'ont pu pénétrer. Pour rendre ces épreuves plus décisives, nous avions ouvert largement les veines en détachant un lambeau de la surface externe de l'utérus. Ces orifices n'existent point; nous les regardons comme de véritables solutions de continuité produites le plus souvent par les matières à injection. Les substances injectées dans les veines utérines étaient vulgairement du suif ou de la cire; or, tous ceux qui pratiquent l'anatomie savent parfaitement que ces substances, peu convenables pour certaines injections artérielles, ne conviennent en aucune manière pour les injections veineuses. Celles-ci réussissent très difficilement; elles sont entourées d'un nombre infini de précautions, dont la principale est de ne pousser le piston de la seringue qu'avec beaucoup de lenteur; mais comment observer ces précautions lorsqu'on injecte une substance qui se solidifie aussi promptement que le suif et la cire? Tout se fait alors avec précipitation : le liquide bouillant est poussé dans les veines sans aucune espèce de ménagement, et on ne s'arrête très souvent qu'après avoir produit les plus grands efforts. Des ruptures manquent alors rarement avec de telles injections; nous les avons vues se faire dans les veines des membres; mais elles se font surtout dans les plexus veineux ou dans les grosses veines à direction courbe et réfléchie. Sous ce rapport, il n'existe aucun organe qui puisse être comparé à l'utérus en état de gestation; ses parois sont sillonnées en tous sens par de larges canaux veineux susceptibles d'admettre l'extrémité du doigt qui s'anastomosent fréquemment entre eux par de larges orifices. Ces canaux deviennent encore plus volumineux au niveau des insertions placentaires; ils se rompent aussi plus facilement par la pression du liquide contre leurs parois. A l'examen anatomique, on trouve alors, comme on l'a dit, la matière à injection rassemblée, sous forme de grumeaux, dans des cavités dont les orifices de communication avec les veines ne sont que des déchirures.

Mais il est des cas où les orifices ont pu être observés sur des veines qui n'avaient point été injectées. Ainsi, M. Jacquemier les a décrits, je pense, sur des pièces qui n'avaient été soumises à aucune préparation; car il reconnait, comme nous, que les injections produisent très souvent des déchirures. « L'injection, dit-il, soit par les veines ovariques, soit par les veines hypogastriques, réussit très difficilement, parce que les veines utéro-placentaires étant très difficiles à déchirer, il se fait entre l'utérus et le placenta des épanchemens qui empêchent de les reconnaître. » Ces larges orifices de communication ne sont encore que des déchirures qui se produisent lorsqu'on détache le placenta, suivant le procédé employé par plusieurs anatomistes, à l'aide des doigts ou d'un manche de scalpel. En effet, ce tissu utéro-placentaire adhère intimement à la paroi de l'utérus et aux grosses veines qui rampent près de sa surface interne. En détachant ainsi le placenta, la solution de ces adhérences est bien capable, à elle seule, de déterminer la déchirure des parois veineuses; mais il y a plus que des adhérences entre les veines utérines et le tissu utéro-placentaire; il y a une véritable continuité établie par de petits vaisseaux plongés dans l'épaisseur des lamelles adhérentes. Ces petits vaisseaux sont les veines utéro-placentaires; nous les décrirons plus loin. Nous ne faisons ici qu'annoncer leur existence, pour démontrer que, lorsqu'on déchire ces lamelles pour décoller le placenta, on déchire ces vaisseaux à leur embouchure dans les grosses veines, dont ils déterminent ainsi la rupture. Dans la première portion du placenta que nous avions détachée, nous n'avions pu voir les orifices de communication, car nous avions prévenu toute déchirure en excisant toutes les adhérences. Nous détachâmes alors une nouvelle portion de placenta, en omettant cette précaution : elle fut détachée avec les doigts; les déchirures dans les veines utérines se manifestèrent aussitôt par la sortie du liquide injecté. Le mécanisme suivant lequel se font ces orifices apparaît de la manière la plus évidente, lorsqu'on détache la caduque de la surface de l'utérus. Cette membrane lui adhère, comme le placenta, par un tissu couenneux disposé en lamelles. Dans ces lamelles existent de petites veines qui s'abouchent avec les grosses veines utérines; si on soulève légèrement cette membrane, les lamelles qui la fixent à l'utérus s'écartent les unes des autres, forment des espaces vides sans communication avec les veines. Si on continue de la soulever, les lamelles se déchirent, ainsi que les petits vaisseaux plongés dans leur épaisseur. Cette déchirure est aussitôt suivie de celle des veines utérines.

S'il est démontré que les cellules ne communiquent point avec les veines, je ne pense pas qu'on veuille encore leur conserver le titre de veines utéro-placentaires; nous les comparerions alors aux veines, en général, sous le rapport de la structure; « nous verrions, comme dit Meckel, qu'elles n'en sont qu'une ébauche grossière. » Les parois de ces cellules n'ont aucune résistance; elles doivent cependant contenir un liquide en circulation. Il est vrai que le sang y est stagnant comme dans un lac, suivant l'expression de Haller; mais advienne l'accouchement, sous l'influence des contractions utérines, ce sang se mettra en mouvement et viendra réagir contre des parois, que le manche d'un scalpel déchire avec la plus grande facilité; elles se déchireront alors, et l'hémorragie foudroyante qui résultera de cette déchirure sera le premier signe de l'accouchement. Cependant les choses ne se passent pas ainsi; voici les raisons qu'en donne M. Jaquemier dans son travail sur les veines utérines : « La contraction de l'utérus, qui se fait en même temps, garantit les veines utéro-placentaires de toute rupture; l'œuf, ou le fœtus, comprimé exactement par l'utérus, développe une force d'expansion qui réagit sur tous les points de la surface interne de l'utérus. Le placenta, comme les autres parties des enveloppes de l'œuf, sont maintenues, solidement appliquées contre toute la face interne de l'utérus, et opposent une résistance suffisante à l'effort du sang. » Quoi qu'il en soit de ces raisons, dont la discussion m'entraînerait trop loin, il est à craindre que, dans l'intervalle des contractions, la tension dans les cellules ne soit encore trop forte pour leurs faibles parois : il faudrait qu'elle pût cesser au même instant que la contraction utérine. Mais si l'utérus vient à se contracter partiellement, dans les fibres du col, par exemple, sous l'influence de ce stimulus, le sang viendra distendre ces grosses cellules, et, pour les maintenir, on ne pourra invoquer la réaction du placenta contre leurs parois. Il me semble que, pour prévenir un danger aussi grand que celui qui résulterait de la rupture de ces cellules pleines de sang, la nature n'ait pas pris toutes les précautions de solidité désirables. Au reste, tous ces raisonnemens ne méritent pas une grande importance auprès du fait anatomique qui démontre 1° que les orifices de communication des veines utérines avec les cellules n'existent pas; 2° que ces cellules ne sont point des veines.

Je devrais maintenant traiter de ce tissu utéro-placentaire considéré en général, parler de son origine et de son développement; mais il me faudrait aborder des questions fort épineuses, qui ne se rattachent pas directement à la structure du placenta. Je ne parlerai ici que des vaisseaux plongés dans son épaisseur : vaisseaux utéro-placentaires, ou vaisseaux maternels du placenta.

Déjà, en examinant le mécanisme suivant lequel se font les orifices dans les veines utérines, nous avons annoncé que les canaux chargés de transmettre le sang veineux de l'utérus dans le placenta étaient plongés au milieu des lamelles du tissu utéro-placentaire. Ces veines ont un calibre à peu près égal à celui des artères; elles sont quelquefois un peu plus volumineuses; nous en avons mesuré qui avaient deux ou trois lignes de diamètre. Les caractères à l'aide desquels il nous a été possible de les distinguer des artères étaient de la dernière évidence dans la pièce que nous avions sous les yeux. Ainsi ces veines étaient pénétrées du liquide injecté dans le système veineux utérin; elles étaient rectilignes; leurs ramifications, excessivement nombreuses, s'anastomosaient fréquemment entre elles, et formaient de vastes réseaux sur les parois des cellules; ces réseaux pénétraient par tous les points la surface utérine du placenta. La dissection à l'œil nu montrait leurs terminaisons dans les grosses veines utérines. Les artères avaient la disposition en spirale, décrite par plusieurs anatomistes, figurée dans les planches de M. le professeur Moreau; elles fournissaient peu de ramifications qui s'anastomosaient rarement entre elles; enfin elles se continuaient avec les artères utérines. Comme M. Jacquemier, nous avons pu voir qu'elles étaient moins nombreuses à la circonférence qu'au centre du placenta; ces artères, comme les veines, pénétraient dans son épaisseur, mais plus particulièrement au niveau des scissures intercotylédonaires.

Outre ces vaisseaux sanguins, on a cru rencontrer des vaisseaux lymphatiques. M. Lauth, dans un mémoire sur les connexions du placenta, avait admis ces vaisseaux; voici ce qu'il disait : puisqu'il n'y a pas de communication directe entre les vaisseaux utérins et ceux du placenta; que les cellules où le sang serait épanché n'existent pas non plus, et que la seule communication que l'on puisse admettre entre la mère et le fœtus est celle par des vaisseaux lymphatiques, dont les uns se terminent dans les vaisseaux du placenta et les autres dans ceux de la membrane caduque; ces vaisseaux, par leur terminaison au système vasculaire sanguin de l'un de ces organes, paraissent être greffés à leur origine sur ceux de l'autre, de telle manière que ceux qui naissent sur les vaisseaux utérins et qui finissent aux vaisseaux du placenta viennent extraire du sang de la mère des matériaux, pour les porter dans le sang du fœtus; d'un autre côté, les radicules lymphatiques, greffées sur les vaisseaux du placenta, se terminent dans les vaisseaux utérins pour servir à excréter du sang du fœtus les matériaux qui ne peuvent plus lui être utiles, et les verser dans le système veineux de la mère. M. le professeur Breschet, à la thèse duquel nous empruntons ce qui précède, observe judicieusement que ces théories sont fort ingénieuses, mais qu'elles ne sont démontrées par aucun fait anatomique. M. Lauth est venu lui-même déclarer, dans son MANUEL DE L'ANATOMISTE, dernière édition, qu'il s'était trompé, et que ces vaisseaux lymphatiques n'existent point.

Nous voyons déjà que, sous le rapport des connexions vasculaires avec l'utérus, le placenta de l'homme est tout-à-fait analogue au placenta des

animaux. Nous retrouvons, en effet, les veines et les artères que nous avons eu l'occasion de décrire sous le nom de vaisseaux maternels du placenta; il est donc formé de deux ordres de vaisseaux, dont il nous reste à décrire ceux qui appartiennent au fœtus, sous le nom de vaisseaux ombilicaux.

Les artères et la veine ombilicale, parvenus à la face fœtale du placenta, se divisent en plusieurs grosses branches, qui sont situées sous l'amnios et le chorion. La première de ces membranes se détache avec une grande facilité; la seconde adhère intimement aux vaisseaux, qu'elle enveloppe complètement. Dans cette gaîne, on rencontre toujours une artère et une veine; la veine est beaucoup plus volumineuse que l'artère. Rouhaut avait estimé cette différence de volume par le rapport de 9 à 4. Les artères communiquent facilement entre elles dans l'épaisseur d'un même cotylédon; les anastomoses peuvent être vues sans le secours des injections. Si on injecte une substance grossière dans une des artères, l'injection revient aussitôt par l'autre; si on continue de pousser, l'injection passe des artères dans les veines; mais si on commence par injecter dans la veine, l'injection ne passe que difficilement dans les artères. Cet obstacle à un passage libre des veines dans les artères ne peut s'expliquer par les valvules que quelques anatomistes ont cru avoir observées; ces valvules n'existent pas. M. Velpeau, qui a disséqué ces veines un très grand nombre de fois, n'a jamais pu y rencontrer des valvules. Si on injecte dans ces vaisseaux une liqueur très pénétrante, comme l'huile de lin, l'essence de térébenthine, le vernis, toute la surface utérine du placenta sera convertie en un réseau vasculaire très délié, qui ne donnera jamais issue au liquide injecté; des orifices béans aux extrémités des vaisseaux n'existent point. Déjà Rœderer avait remarqué qu'il ne sort pas de sang de la surface convexe du placenta qui est du côté de la matrice, quand le placenta est nouvellement extrait, qu'on ne peut même en faire sortir par expression, et qu'ayant rempli d'injections les vaisseaux du placenta, on n'a rien vu s'écouler de ce côté, si ce n'est de l'eau qui passait difficilement, ou quelque chose de très clair, qui n'était point du sang. Lorsqu'on soumet à la macération un placenta dont les vaisseaux ont été ainsi injectés, on le voit bientôt se résoudre en flocons tomenteux, recouverts sur plusieurs points d'un tissu mou, pulpeux, qu'il est difficile de détacher. Ces flocons, examinés à la loupe, présentent une foule de granulations, composées de petits vaisseaux repliés, contournés sur eux-mêmes, à la manière des vaisseaux des villosités choriales dans la vache ou la brebis. Ces petites granulations ont été parfaitement décrites par Ruisch, sous le nom d'*acini*, ou petits grains. Comme cet habile anatomiste, nous avons pu voir que, lorsque la macération venait à se prolonger, les petits vaisseaux s'allongeaient et ne conservaient plus qu'une flexuosité peu apparente.

M. Fohman a décrit, dans ces derniers temps, des vaisseaux lymphatiques sur le cordon ombilical et le placenta. L'apparence toute particulière de ces vaisseaux, qu'il a fait représenter, peut faire comprendre les doutes élevés sur leur nature par la plupart des anatomistes. Nous avons plusieurs fois injecté ces réseaux, figurés par Fohman, et nous ne croyons pas encore avoir injecté les vaisseaux lymphatiques du placenta; ils différaient trop de ceux que nous obtenions sur la peau et sur les membranes muqueuses; cependant ces vaisseaux existent à n'en pas douter, car, lorsqu'on injecte les vaisseaux lymphatiques du foie, on en voit qui se portent le long de la veine ombilicale jusque dans le cordon; mais nous ne les avons jamais vus pénétrer dans le placenta.

Quant aux nerfs décrits par Verhyen, Chaussier et Ribes, nous n'avons jamais pu les rencontrer.

Si nous rassemblons maintenant les élémens vasculaires qui entrent dans la composition du placenta, nous voyons qu'ils sont de deux ordres, comme dans les animaux : des vaisseaux maternels et des vaisseaux ombilicaux.

En examinant la structure du placenta des ruminans, nous avons vu les vaisseaux maternels former de vastes réseaux dans l'épaisseur des cotylédons, puis au milieu de ces réseaux s'insinuer et s'enchevêtrer les filamens vasculaires des villosités choriales. Or, la plus grande analogie existe entre cette disposition et celle que nous avons à signaler dans le placenta humain. Chacun de ses cotylédons est constitué de la manière suivante : les vaisseaux maternels ou utéro-placentaires le pénètrent, par tous les points de sa surface utérine, et forment dans son épaisseur des réseaux à mailles excessivement déliées; les vaisseaux ombilicaux, qui le pénètrent de sa surface fœtale vers la surface utérine, offrent la même disposition que les vaisseaux des villosités choriales, sous la forme de grains ou *acini*; ils se contournent sur eux-mêmes au milieu des mailles étroites de ces réseaux. Mais ici, comme dans les carnassiers, il est impossible de séparer les vaisseaux qui appartiennent à la mère de ceux qui appartiennent au fœtus. La connexion interne qui existe entre ces ordres de vaisseaux nous paraît résulter de la gaîne membraneuse qui les enveloppe jusque dans l'épaisseur du placenta; cette gaîne est fournie aux uns par la membrane chorion, et aux autres par les prolongemens lamelleux du tissu utéro-placentaire.

Les vaisseaux maternels ne peuvent être observés d'une manière aussi évidente que dans le placenta des ruminans ou des pachydermes, puisqu'il est impossible d'en isoler les vaisseaux ombilicaux; mais ils sont encore visibles à l'œil nu. Les veines formaient surtout ces réseaux dont nous venons de parler; les artères ne paraissaient pas avoir pénétré aussi loin dans l'épaisseur du placenta. Cette disposition tiendrait-elle à ce que l'injection par les artères utérines n'aurait pas réussi aussi bien que celle poussée dans les veines du même ordre, ou bien à une anastomose entre ces vaisseaux? Nous avions injecté en premier lieu par les veines utérines. Nous ne saurions décider la question.

Entre ces deux ordres de vaisseaux, qui constituent le placenta humain, il est impossible d'admettre une communication directe. L'injection, poussée par les veines utérines, peut pénétrer jusque sur la surface fœtale du placenta, comme dans les animaux, car les vaisseaux maternels étendent leurs ramifications dans toute l'épaisseur de cet organe, sans que nous puissions dire que ces deux ordres de vaisseaux communiquent entre eux; l'injection poussée par le cordon ne peut pas pénétrer dans les veines utérines.

Le placenta de l'homme, comme celui des animaux, est formé de deux ordres de vaisseaux, dont les uns appartiennent à la mère et les autres au fœtus. Ces deux ordres de vaisseaux ne communiquent point directement entre eux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

OPÉRATION DE HERNIE CRURALE PRATIQUÉE CHEZ UNE FEMME DE 87 ANS; par M. S. COOPER.

OBS. — Mary Quaife, âgée de 87 ans, entra à l'hôpital (University college hospital) le 22 octobre 1839. Elle portait depuis environ seize ans une hernie dans l'aîne droite, qui, formée à la suite d'un effort, pouvait être contenue avec un bandage, mais sortait souvent, et donnait lieu à un violent malaise. Alors la réduction se faisait parfois avec facilité; mais, dans d'autres circonstances, non sans beaucoup de peine. Depuis la première apparition de la hernie, il y avait habituellement de la constipation.

Dans l'après-midi, le 21 octobre dernier, la hernie sortit et ne put être réduite. Dans la nuit survinrent des vomissemens et du hoquet. Le lendemain matin, efforts réitérés et infructueux pour en obtenir la rentrée. Vers trois heures après midi, la malade, accusait un sentiment douloureux de constriction à la partie inférieure de la poitrine. Vomissemens de matières brunâtres; hoquet et sensibilité du ventre. La tumeur est arrondie, ou plutôt ovale, du volume d'un œuf de poule. Le fond du sac herniaire dépasse le ligament de Poupart, sur lequel il se porte. (Bain chaud; on réitère le taxis.) Aucun résultat.

A la suite d'une consultation, on arrête qu'on pratiquera le débridement; la malade ne s'y décide que vers huit heures du soir. M. S. Cooper procéda à l'opération de la manière ordinaire; il ouvrit le sac, reconnut une anse du petit intestin, de trois pouces de longueur. Sa surface était d'un brun clair, mais le péritoine avait conservé son poli. L'étranglement fut levé en coupant dans deux ou trois points sur le collet du sac en haut et en dedans, en même temps que sur le bord postérieur du ligament de Poupart, dans son point de jonction avec le ligament de Gimbernal. La cuisse étant alors fléchie et tournée en dedans, l'intestin put être réduit. Immédiatement après cette réduction, M. S. Cooper passa le doigt dans le collet du sac pour s'assurer que tout avait été bien réduit. Cela étant terminé, on fit une suture simple. Pansemens légers; compresses imbibées d'eau. Vers dix heures, on pratiqua le cathétérisme; car la malade se plaignit de ne pouvoir vider elle-même sa vessie. Lavement avec l'huile de ricin. Dans la nuit, 1 dragme, à plusieurs reprises, de sulfate de magnésie. Trois selles.

Le 23, la malade a dormi; les vomissemens ont cessé; pouls 84; légère sensibilité de l'abdomen. (Petites doses de calomel toutes les deux heures; cataplasme sinapisé sur le ventre.) La douleur de l'abdomen disparut vers une heure. On cesse l'usage du calomel. Pouls à 100, irrégulier comme avant l'opération.

Vers le soir, cette irrégularité persistait; toutefois, il n'était plus qu'à 87. (Calom., 2 gr.; hydrochl. de morph., gr. ss. f. pil. b. s, sumend.)

24. La nuit a été bonne. On détache les points de suture, qu'on remplace par un emplâtre adhésif; compresse; spica.

La plaie est en partie réunie; mais ses bords sont rouges; l'urine est retirée avec la sonde; cette manœuvre dut être continuée encore pendant plusieurs jours.

14 novembre. Il y a eu un peu de suppuration et une gangrène superficielle de la plaie. Du reste, elle a pris un bon aspect; tout fait espérer une heureuse terminaison.

La malade mange presque comme dans l'état sain; si ce n'était une toux chronique, elle serait dans un état complètement normal.

Après quelques réflexions sur l'état des parties malades, le procédé opératoire suivi, les dangers à éviter, etc.; M. S. Cooper fait observer que ce cas doit engager à opérer; malgré l'âge avancé des individus affectés de hernie pourvu que la maladie elle-même ne soit pas déjà d'une date trop ancienne, et que le malade ne soit pas à l'agonie. Cette femme, en rapport de ses filles, avait 88 ans. M. A. Cooper dit n'avoir jamais opéré de hernies chez des malades de cet âge; je n'en connais pas d'autre exemple, pour mon compte, dit M. S. Cooper.

Ce fait doit être ajouté aux observations qui démontrent l'avantage qu'il y a à opérer toujours, s'il est possible, avant que la péritonite se soit développée; c'est-à-dire avant que le ventre soit devenu douloureux au plus léger contact, et que le pouls soit très accéléré et faible. Au reste, ce cas est aussi un exemple des dispositions moindres à la phlegmasie chez les sujets avancés en âge. Sous ce rapport, les individus âgés auraient un avantage sur les adultes et sur les enfans; mais aussi, il faut bien le dire, cette inflammation une fois développée ne saurait être combattue avec autant d'énergie chez les sujets âgés, sous peine de les voir considérablement débilités sous l'influence des moyens antiphlogistiques.

Dans une seconde observation rapportée par M. S. Cooper, il s'agit d'une femme âgée de 67 ans, qui présentait au moment de son entrée tous les symptômes de l'étranglement depuis vingt-quatre heures. On essaya inutilement le taxis, dans un bain chaud, il fallut en venir à l'opération vingt-six heures après le début des accidens. Le débridement exécuté avec le bistouri d'A. Cooper ne présenta rien de particulier; la réduction fut facile. Les premiers jours qui ont suivi l'opération n'ont offert aucun accident; les selles ont repris leur cours le troisième jour après l'opération (on donna des lavemens); tout fait espérer une terminaison heureuse.

Il est à noter que, dans ce cas, les enveloppes de la hernie offraient une épaisseur considérable. L'intestin était noir; mais la tunique séreuse n'avait point perdu son poli. M. S. Cooper insiste avec raison sur la différence qui existe pour le pronostic, suivant que l'intestin, d'une couleur plus ou moins foncée, conserve un aspect lisse ou une surface mate. Dans les cas douteux, après avoir divisé l'étranglement, il convient d'attendre un peu, avant de pratiquer la réduction, et de voir si le sang noir renfermé dans les veines reprend son cours, de manière à diminuer la teinte noire des intestins. Quand ces doutes ne peuvent être entièrement levés; on peut encore réduire l'intestin, mais avec la précaution de ne point fermer la plaie extérieure, car si les tuniques intestinales s'ulcèrent, les matières trouveront plus facilement une issue; et si l'inflammation adhésive fixe l'intestin près de l'anneau crural, et empêche ainsi à ces matières de tomber dans la cavité péritonéale, le malade peut être guéri, et même l'anus artificiel qui s'établit alors peut être fermé plus tard.

Dans les cas où les intestins ont présenté cette couleur brune, M. S. Cooper veut qu'on ne donne pas aux malades une nourriture solide au moins pendant dix jours après l'opération. Il dit avoir perdu un malade pour ne s'être point conformé à cette règle. Il avait été très bien pendant trois jours; le quatrième, après avoir pris une trop grande quantité d'alimens solides, une petite ouverture se fit dans l'intestin, assez grande pour laisser passer une plume à écrire; il se fit un épanchement de matières dans le ventre, une péritonite se déclara. La mort en fut la suite.

OBSERVATION D'ISSUE SPONTANÉE D'UN CALCUL VÉSICAL PAR LE VAGIN; par le docteur ROBERTS.

On possède déjà un bon nombre d'exemples d'issue spontanée de calcul vésical, soit chez la femme, soit chez l'homme. Indépendamment des cas dans lesquels les pierres se dégagent par l'urètre dans l'un et l'autre sexe, souvent même après avoir acquis un volume considérable, on a vu plusieurs fois le vagin ou le rectum s'ulcérer et la pierre se montrer à l'extérieur. Les traités sur la taille (Covillard, Deschamps, etc.) peuvent être consultés à ce sujet. L'observation suivante du docteur Roberts est intéressante sous plus d'un rapport.

OBS. — J. J., âgée de 56 ans, affectée depuis son enfance d'une déviation considérable de l'épine avec déformation du bassin, profondément amaigrie, éprouva il y a six ans de la difficulté à rendre ses urines. Quand elle essayait par des efforts plus violens de vider complètement sa vessie, elle éprouvait une sensation analogue à celle qu'aurait déterminée la présence subite d'un corps étranger assez pesant dans l'urètre dont le calibre se trouvait ainsi momentanément obstrué. Au bout de deux années de souffrance, les urines ne coulaient plus par les voies naturelles, mais sortaient involontairement et librement par le vagin, mêlées d'une certaine quantité de matières purulentes de mauvaise nature. Cette incommodité a persisté pendant quatre ans. Durant cet espace de temps, J. J. éprouva de vives douleurs qui revenaient par intervalles et ressemblaient (au dire de la malade qui n'a jamais eu d'enfans toutefois) aux douleurs de l'accouchement. Elle craignit d'avoir une affection cancéreuse de l'utérus. Enfin, un corps dur se présenta à l'orifice du vagin déterminant dans ce point les plus vives douleurs. Durant la nuit, il se dégagea, et la malade se trouva instantanément soulagée. Ce calcul, car c'en était un, avait la forme d'un œuf, pesait 2 onces 6 drachmes, présentant les dimensions suivantes : 6 pouces (anglais) 1/4 dans sa plus grande circonférence, 6 pouces dans la plus petite.

Il est bon de noter que neuf mois avant la sortie de cette pierre, une sage-femme consultée par la malade reconnut un corps recouvert par une enveloppe blanche et épaisse qui lui fit considérer la tumeur comme un cancer incurable de l'utérus.

Depuis la sortie du calcul, les douleurs ont complètement cessé; la malade n'est plus obligée de prendre comme autrefois de fortes doses de laudanum. L'écoulement purulent a complètement disparu, et l'état général est notablement amélioré. Toutefois l'urine coule encore par le vagin, ce qui entretient un état pénible d'irritation et de malpropreté dans ces parties. L'entrée d'un cathéter n'est possible qu'à la distance d'un pouce; parvenu à ce point il est arrêté, si bien qu'on ne peut guère espérer de voir les urines reprendre leur cours par les voies naturelles.

Il est probable, dit M. Roberts, que l'inflammation ulcérative développée par le contact de la pierre aura détruit une portion du canal, dont les surfaces se sont agglutinées. Aussi conviendra-t-il, avant de s'occuper de guérir la fistule, de chercher à rendre perméable le canal de l'urètre. Le meilleur moyen consisterait sans doute à introduire un trois-quarts avec une canule d'un volume en rapport avec le diamètre de l'urètre, de le porter en arrière dans la direction de la vessie, et de perforer dans ce point ce viscère. Cette manœuvre ne présenterait pas beaucoup de difficulté pourvu que la pointe du trois-quarts fût maintenue dans la canule, pendant l'introduction de cette dernière dans la portion saine de l'urètre.

On retirerait ensuite l'instrument qu'on remplacerait par une sonde d'argent ordinaire, ce qui vaudrait mieux par une sonde de gomme élastique laissée quelque temps à demeure.

CAS D'EMPOISONNEMENT EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES PENDANT LES ANNÉES 1838 ET 1839.

Le tableau suivant, dressé et publié par ordre du parlement anglais, a pour titre : RAPPORTS DES CORONERS D'ANGLETERRE ET DE GALLES SUR LES ENQUÊTES QU'ILS ONT FAITES PENDANT LES ANNÉES 1837 ET 1838, DANS LES CAS OU IL A ÉTÉ RECONNU, D'APRÈS LE VERDICT DU JURY, QUE LA MORT AVAIT ÉTÉ CAUSÉE PAR LE POISON. Il renferme des documens pleins d'un pénible intérêt et d'instruction. Nous allons reproduire les principaux chiffres et quelques-uns des faits les plus importans qui en ressortent, et surtout de ceux qui offrent le plus d'intérêt pour nous. Ce tableau, qui est publié pour la première fois, n'est pas encore complet, plusieurs coroners n'ayant pas fourni de documens, et d'autres ayant omis, pour quelques faits, ceux qui devaient être les plus importans.



Arsenic	184
Opium	42
Laudanum	133
Oxide oxalique	19
Champignons	4
Rhum	1
Huile essentielle d'amandes	4
Acétate de morphine	2
Strychnine	2
Noix vomique	3
Sabine	1
Cantharide	1
Gaz hydrogène carbone	2
Belladone	2
Acide sulfurique	31
Acide prussique	27
Sublimé corrosif	12
Poisons peu importans	58
— inconnus	14
Total	543

Ce nombre se compose de 261 femmes et 282 hommes.

Les victimes d'une grande partie de ces empoisonnemens (72) sont de petits enfans, auxquels leurs mères ont administré de trop fortes doses de médicamens, et surtout des préparations opiacées.

Dans huit cas, le poison avait été pris par de jeunes femmes, qui avaient été séduites et étaient enceintes, et qui toutes firent usage d'arsenic.

Parmi les autres victimes, nous trouvons huit médecins ou chirurgiens, qui tous sont morts par l'acide prussique, circonstance fort remarquable : trois prirent ce poison à cause du mauvais état de leurs affaires; un pendant le délire d'une fièvre scarlatine; un autre pendant le délire d'une *mania à potu*; trois étaient aliénés. Le journaliste anglais qui

commente ce tableau, après avoir fait remarquer qu'on n'y trouve la mention d'aucun empoisonnement chez un membre d'aucune autre profession savante : « Peut-être, dit-il, est-ce par une simple omission dans les rapports ; mais nous sommes plutôt disposé à croire que ce silence ne dépend point d'une omission, et que les rapports sont exacts sous ce point de vue. » Réflexion bien triste, et qui prouve que, de l'autre côté de la Manche, la profession médicale, aussi bien qu'ailleurs, n'est pas la plus favorisée.

DE L'ANASARQUE QUI SE DÉVELOPPE A LA SUITE DE LA SCARLATINE; par le docteur SNOW.

Cette question est encore une des plus obscures de la pathologie, malgré son importance pour la pratique et les travaux auxquels des médecins anglais, et parmi nous M. Rayer, se sont livrés pour l'éclaircir. Le mémoire du docteur Snow nous paraît devoir offrir quelque intérêt, surtout sous la question de la coïncidence de l'urine albumineuse avec l'anasarque. L'auteur, après avoir indiqué les travaux faits avant le sien sur ce sujet, rapporte douze observations, dont cinq se sont terminées par la mort, et trois autopsies seulement purent être faites; dans deux, les reins furent trouvés fortement injectés, mais sans hypertrophie ni aucune autre altération, et, dans un cas, la muqueuse des calices et du bassinet était si rouge qu'on l'aurait cru enflammée. Dans ce cas aussi, il y avait un œdème très prononcé des poumons et des traces de péricardite. Dans le troisième cas, dont on ne put faire l'autopsie, la maladie avait suivi une marche très grave, chez une jeune fille de 12 ans, et s'était terminée presque subitement par la mort, ce que l'auteur attribue au développement considérable que prit en peu de temps l'hydropéricarde qu'on trouva à l'autopsie. Il y avait aussi hydrothorax, ascite et œdème général, avec des traces de pleurésie récente. Les reins étaient si considérablement hypertrophiés qu'ils pesaient une livre, avoir du poids, le gros pesant 8 onces 2 gros, et le droit 6 onces 7 gros. L'un de ces reins ayant été injecté par M. Toynbee, l'injection était revenue par les veines. En examinant quelques parties de l'organe au microscope, on reconnut que les granulations de Malpighi étaient considérablement hypertrophiées, et que les vaisseaux qui les composent s'ouvraient en dehors, ce qui avait beaucoup altéré leur forme.

Dans dix des douze cas, on constata la présence de l'albumine dans l'urine, et l'auteur croit qu'on l'aurait également constatée dans les deux autres, si on avait examiné l'urine plus d'une fois. C'est dans les cas les plus graves que l'albumine était en plus grande quantité, et elle devenait moins abondante à mesure que l'état du malade s'améliorait. Dans plus de la moitié des cas, l'urine contenait aussi une quantité plus ou moins considérable de la matière colorante du sang. Dans les autres affections des reins où il y a présence de l'albumine dans l'urine, et qui ne dépendent pas de la fièvre scarlatine, on trouve plus rarement la matière colorante du sang. L'auteur attribue cette différence à ce que la maladie, lorsqu'elle suit la scarlatine, est observée plus près de son début, et aussi à ce qu'on l'observe spécialement chez les enfans. Il dit avoir observé encore quelque chose dans tous les cas qui donnent un peu d'opacité à l'urine, et qui, après quelques heures, tombent au fond sous forme de dépôt. Les réactifs indiquèrent que cette substance était de la fibrine, et il pense que c'est de la fibrine du sang.

Dans tous les cas où il a constaté la pesanteur spécifique du sang, il a reconnu qu'elle était beaucoup au-dessous de l'état normal; ce qui dépendait d'une diminution considérable dans la quantité de l'urée; mais comme en même temps l'urine était beaucoup moins abondante, il est évident que l'urée avait beaucoup diminué de quantité; cette urée était-elle passée dans le sang, ou avait-elle disparu de l'économie? L'analyse du sang faite par le docteur Christison a résolu cette question. L'auteur pense que l'urée ainsi accumulée dans le sang doit, soit par contact immédiat, soit par l'influence du système nerveux, stimuler l'action du cœur et augmenter, sinon causer la pleurésie et les autres inflammations si communes dans cette affection; et il croit encore que si cette activité du cœur continuait quelque temps, elle pourrait amener une affection du cœur lui-même ou du péricarde. Dans la moitié des cas qu'il a observés, il dit avoir remarqué que l'action du cœur était beaucoup plus énergique dans cette maladie que dans les affections des autres organes qui réagissent par sympathie sur l'organe central de la circulation, et que cette activité de la circulation ne se développait qu'après que l'anasarque avait commencé à paraître.

Il n'y avait de douleurs dans la région des reins que dans un petit nombre de cas, et dans un nombre encore moins considérable, il y avait de la sensibilité à la pression; mais le plus souvent il n'y avait ni douleur ni sensibilité à la pression.

Il y eut des vomissemens dans le plus grand nombre des cas, et plus souvent encore une autre forme d'irritation gastrique; un appétit vorace. Il y avait de la sensibilité à l'abdomen, même dans les cas où le péritoine semblait ne pas contenir la moindre quantité de sérosité.

Deux des cas se sont rencontrés chez un frère et une sœur, et un troisième malade a une sœur qui avait été atteinte de la maladie trois ans auparavant, ce qui confirme l'opinion du docteur Willis, que quelques familles paraissent plus prédisposées que d'autres à cette complication.

L'auteur avoue qu'il ne peut expliquer pourquoi cette complication survient à la suite de la scarlatine; mais comme il croit avoir remarqué que l'exposition au froid était la cause immédiate de la maladie, il conseille de préserver du froid autant que possible les convalescens, pendant l'espace d'un mois; après quoi, on peut les regarder comme hors de danger.

Le plus souvent les premiers symptômes de l'anasarque se remarquent trois semaines environ après le commencement de la fièvre, souvent plus tôt, mais rarement plus tard. On les observe aussi fréquemment à la suite des cas légers qu'après les cas graves, sans préférence marquée.

M. Snow recommande l'emploi de la saignée pour les cas où les forces des malades permettent d'avoir recours à ce moyen, et, dans tous les cas, il conseille les purgatifs, donnant la préférence à la poudre de jalap composée. Ces divers moyens doivent tous être aidés de la digitale.

EXEMPLE REMARQUABLE DE DILATATION DES REINS, DES URETÈRES ET DE LA VESSIE, CONSÉCUTIVE A LA PRÉSENCE D'UN REPLI MEMBRANEUX DANS L'URÈTRE; par le docteur G. BUDD, médecin de l'hôpital de la Marine, à Dreadnought.

OBS. — L'individu qui fait le sujet de cette observation est un marin âgé de 16 ans, amené à l'hôpital dans un état d'insensibilité, et qui mourut peu de jours après son admission.

A l'ouverture du corps, les reins parurent considérablement dilatés; ils ne formaient plus qu'une grande poche capable de contenir une pinte de liquide.

Les uretères offraient le diamètre d'un pouce d'homme adulte, et reprenaient leur calibre ordinaire dans le point où ils s'abouchent dans la vessie. La disposition valvulaire à cette embouchure était si bien conservée qu'il était impossible de faire refluer l'urine de la vessie dans les uretères par une pression exercée sur la première. Celle-ci était aussi considérablement dilatée et renfermait une grande quantité d'urine. Ses fibres musculaires, extraordinairement développées, formaient une couche aussi épaisse que celle du ventricule gauche du cœur chez le même sujet.

Il existait dans l'urètre, fixée à sa partie supérieure, une sorte de repli membraneux ou de valvule, analogue aux valvules des veines, ou aux valvules semi-lunaires du cœur, immédiatement derrière le bulbe de l'urètre. Ce repli devait pendant la vie empêcher à l'urine de sortir de la vessie, sans mettre obstacle à l'introduction d'un cathéter. Au devant de la valvule, le canal de l'urètre était tout à fait sain.

Ce cas est fort remarquable par l'étendue de la dilatation à laquelle les reins étaient arrivés; cette altération reconnaissait évidemment pour cause la présence d'un obstacle dans l'urètre. Cette membrane était-elle congénitale? M. Budd serait disposé à l'admettre. Il faut remarquer que la forme solide ou glanduleuse que nous trouvons habituellement dans les reins, quoique plus convenable pour leurs rapports avec les organes voisins, en leur permettant d'occuper moins de place sous un volume réel plus considérable, n'est pas essentielle à leurs fonctions.

L'atrophie de la substance des reins forme un contraste frappant avec l'hypertrophie des fibres musculaires de la vessie, qui s'était cependant développée sous l'influence de la même cause. Toutefois, ces altérations rentrent dans la loi commune. Cette atrophie excentrique du tissu glanduleux a été notée par tous les auteurs; il en est de même du développement considérable des fibres musculaires de la vessie, analogue à celui des fibres charnues du cœur dans les cas de rétrécissement des orifices artériels.

RUPTURE DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE; par M. BANNER.

OBS. — Un homme entra à l'hôpital (North Hospital) après une chûte sur la tête. Il se trouva si bien au bout de quelques instans qu'il désira retourner chez lui; on s'y opposa. Trois heures après, il était dans le coma. En examinant la tête, le chirurgien trouva une tuméfaction considérable, s'étendant de l'occiput en avant. Une incision faite dans ce point donne issue à du sang en assez grande quantité, et permet de reconnaître l'existence d'une fissure, qui suivait exactement la direction de la tuméfaction. On appliqua la tréphine, et deux onces de sang coagulé purent s'écouler par l'ouverture. Au moment où la dure-mère était déprimée par le doigt, un écoulement de sang considérable avait lieu à l'intérieur du crâne; il cessait quand on suspendait la pression. Le malade succomba dans le coma. On trouva, à l'examen du crâne, une fracture par contre-coup dans le temporal; l'artère méningée moyenne, qui se trouvait dans la direction de la fissure, était déchirée, et présentait une ouverture béante, qui avait donné lieu à l'écoulement sanguin.

« Il est remarquable, dit M. Banner, que, dans ce cas, plusieurs heures se soient écoulées entre le moment de l'accident et les développemens des accidens. »

Nous ne sommes point, sous ce rapport, du même avis que l'auteur de l'observation. Rien de plus fréquent, dans un grand nombre de plaies, soit accidentelles, soit résultant d'opérations chirurgicales, que de voir l'écoulement sanguin, si le vaisseau blessé n'est pas d'un volume trop considérable, s'arrêter brusquement et de bonne heure, soit par l'action directe d'un air froid, soit par suite de l'impression morale qui suspend ou ralentit les battemens du cœur, etc. Bientôt, lorsque la réaction a lieu, le sang se porte avec plus de force du centre à la circonférence, et des hémorragies se produisent.

L'auteur ne dit pas s'il eut recours à quelques-uns des nombreux moyens préconisés pour arrêter l'hémorragie résultant de la lésion de l'artère méningée moyenne. Quoi qu'il en soit, les détails dans lesquels il entre sur l'influence de la compression exercée par le cerveau, de dedans en dehors, démontrent de quelle nature sont les obstacles qui s'opposent à l'extension de l'hémorragie. Cette réaction du cerveau, réaction toute mécanique, puisqu'elle est le résultat de la turgescence par l'arrivée du sang artériel et le séjour du sang veineux, au moment de l'expiration, a été notée dans d'autres circonstances; nous en avons analysé ailleurs les conséquences à l'état pathologique. Ce fait ne doit point être perdu de vue par les chirurgiens. Ici l'opération du trépan donnait issue au sang épanché, mais facilitait l'hémorragie; il y aurait donc, si ce n'était le danger des compressions du cerveau et l'influence d'autres lésions compliquant l'affection principale, il y aurait des cas où, comme à la poitrine, le meilleur moyen pour arrêter la formation de l'épanchement sanguin serait de fermer toute plaie extérieure. Mais, nous l'avons dit, ici se présente un élément nouveau et spécial, l'influence de la compression sur les fonctions cérébrales, influence plus directe, plus étendue, et portant atteinte à des fonctions plus importantes que lorsqu'elle s'exerce sur un seul poumon, l'autre restant libre et pouvant fonctionner.

OBSERVATIONS DE VICE DE CONFORMATION DU COLON ET DU RECTUM; par M. SMITH.

OBS. I. — Il s'agit d'un enfant du sexe féminin, né le 17 janvier dernier, et qui mourut neuf jours après, sans avoir rendu de méconium. Il vomit des matières brunâtres, et n'eut aucune selle, même après l'administration de l'huile de ricin que prescrivit la garde. Soupçonnant un rétrécissement ou une imperforation du rectum, M. Smith examina la région anale, et ne put introduire le petit doigt qu'à la profondeur d'un demi-pouce. Dans ce point se trouvait un obstacle sous la forme d'un anneau résistant, au-delà duquel se trouvait évidemment un passage. M. Square, qui était présent à cette exploration, put y introduire une bougie à une hauteur considérable. On ne pouvait par conséquent savoir à quel point l'oblitération existait, et quelle en était la nature.

L'enfant prit faiblement le sein, et continua de vomir des matières fécales brunâtres. L'abdomen se tendit de plus en plus; il s'écoulait journellement un mucus visqueux par l'anus, d'une couleur blanchâtre, et en longs filamens.

A l'autopsie, faite quatre heures après la mort, on ne trouva dans l'abdomen aucune trace d'inflammation. Les viscères étaient distendus par des gaz et des matières fécales. Le colon, qui était surtout dilaté, passait à droite, et faisant une sorte de tour en croisant la région ombilicale, il se terminait dans un cul-de-sac à extrémité arrondie. Le péritoine lui formait dans ce point une enveloppe, quoique le grand épiploon manquât; l'appendice iléo-cœcal manquait aussi. La valvule iléo-cœcale était bien conformée, le colon était perméable dans toute son étendue.

Les intestins grêles étaient à l'état normal, et avaient suivi la portion oblitérée du colon, la courbure sigmoïde et le rectum paraissait n'avoir pas été formé. En détachant tous les viscères, et examinant avec plus de soin le bassin, on trouva un cordon tortueux, du volume d'une plume de cygne, qui pouvait être suivi le long du côté gauche de la colonne vertébrale, traversait le bassin et se terminait à l'anus. Sa partie supérieure, perméable, et commençant en pointe, partait du milieu de l'abdomen. Vers sa terminaison à l'anus, ce cordon était creux aussi, et de ce point une bougie urétrale d'un calibre ordinaire pouvait être passée à travers ce canal jusqu'à la partie supérieure oblitérée de l'intestin. Celui-ci était maintenu dans sa position par un repli du péritoine et par du tissu cellulaire; de sa face antérieure vers l'anus, la tunique séreuse se réfléchissait sur l'utérus et la vessie; ces deux organes n'offraient rien d'anormal. Les parois de cet intestin (qui représentait jusqu'à un certain point la courbure sigmoïde du colon et le rectum) étaient résistantes, et supportaient une légère distension. Du reste, il était complètement isolé, sans aucun rapport avec quelque autre viscère, couvert seulement par le péritoine.

Le colon avait neuf pouces de longueur, depuis l'iléum jusqu'à son extrémité arrondie et oblitérée. L'intestin qui se terminait à l'anus avait un pouce de plus.

L'auteur rapproche de ce fait un autre cas observé par lui et le docteur Hutson.

OBS. II. — Dans ce dernier exemple, l'oblitération siégeait dans le rectum, très près de l'anus, dans une étendue de trois quarts de pouce. L'enfant, qui était du sexe féminin et bien développé, mourut au bout de cinq jours. En introduisant le petit doigt par l'anus, et un autre doigt en même temps par le vagin, on pouvait reconnaître la fluctuation au-dessus du premier, dans l'intestin grêle distendu.

On constata, à l'autopsie, que les intestins, et surtout le colon, étaient considérablement distendus par des gaz. Le rectum renfermait une grande quantité de méconium. La partie rétrécie, ayant trois quarts de pouce de longueur était ferme et indurée. L'intestin semblait présenter un commencement d'inflammation; car ses vaisseaux étaient engorgés et offraient dans ses tuniques de nombreuses ramifications. Dans ce cas, il y avait en même temps absence de la voûte palatine.

Les opérations récentes d'anus anormal pratiquées par M. Amussat, et la discussion soulevée sur ce point à l'Académie royale de médecine ajoutent un nouvel intérêt aux faits rapportés par l'auteur anglais.

Dans la première observation, l'opération par la méthode de Callisen n'aurait pu être pratiquée, puisqu'au lieu d'offrir son calibre normal au niveau de la courbure sigmoïde, le colon représentait un cordon tortueux du volume d'une plume de cygne, qui pouvait être suivi le long du côté gauche de la colonne vertébrale dans le bassin, jusque vers l'anus. A plus forte raison n'aurait-on pas eu de succès en suivant la méthode de Littre. C'est donc en incisant sur le colon ascendant seulement, ou dans la fosse iliaque droite, pour y trouver le cœcum, qu'on aurait pu espérer d'ouvrir une voie artificielle aux matières fécales. Mais comment s'assurer de l'état des parties sur le vivant? Et convient-il, dans la supposition de ce fait rare, d'aller attaquer d'emblée le colon ascendant, ou le cœcum, qui peut manquer aussi? Je ne le pense pas.

Il serait bon, alors, d'explorer avec beaucoup de soin l'état du ventre, de recourir à la percussion surtout, qui seule pourrait fournir quelques lumières; mais on ne saurait toutefois se dissimuler la difficulté du diagnostic.

MALADIES DE L'OREILLE.

Deux observations intéressantes sur les maladies de l'oreille ont été récemment communiquées à la Société de médecine de Liverpool; l'une est relative à l'anatomie pathologique d'un cas de surdité congénitale (obs. de M. Edward); l'autre à une otite qui s'est étendue aux membranes cérébrales après avoir déterminé la carie du rocher (M. Banner).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA SURDITÉ CONGÉNITALE; par M. EDWARD.

Dans l'observation citée par M. Edward, la membrane du tympan et les osselets de l'ouïe manquaient d'un côté; en ouvrant le crâne, il constata que la portion d'os temporal qui recouvre les canaux demi-circulaires était plus saillante que d'ordinaire; en coupant ces canaux il les trouva remplis d'une matière caséeuse. Le tissu osseux était sain. On prit un grand soin que la poussière osseuse ne se mêlât pas avec ce qui était renfermé dans les cavités. Il ne pouvait donc y avoir de doute sur l'existence de la matière caséeuse; circonstance qui ne paraîtrait pas aussi bien démontrée dans des cas analogues.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation était complètement sourd; et l'examen nécroscopique prouve qu'il était impossible de le guérir par les moyens proposés ordinairement contre la surdité.

MALADIE DE L'OREILLE S'ÉTENDANT AU CERVEAU; par M. BANNER.

OBS. — Un enfant, âgé de deux ans, eut une hémorragie par l'oreille durant une attaque de coqueluche. Elle fut remplacée par de l'inflammation, suivie de suppuration, qui revenaient de temps en temps.

Cinq mois après, l'enfant devint paralytique de la portion dure de la septième paire de ce côté. Alors la suppuration s'arrêta; on la fit reparaître par des applications chaudes; la paralysie cessa.

Plus tard, l'enfant tomba dans le coma, fut pris ensuite de convulsions, et succomba.

A l'ouverture du crâne, on vit que la dure-mère dans le lieu où elle recouvre la portion pierreuse du temporal avait changé de couleur; il y avait un épanchement de lymphe entre l'arachnoïde et la pie-mère dans le voisinage. En détachant la dure-mère, on trouva un abcès qui avait envahi toute l'étendue de l'oreille interne, dont le tissu osseux était entièrement détruit par la carie.

OBSERVATION D'ANURIE APYRÉTIQUE; par le docteur CAMPBELL.

Nous trouvons ici trois observations de cette affection décrite par le docteur Willis sous le nom d'anurie apyrétique, sur laquelle le docteur Bright a appelé l'attention des praticiens, et qui consiste en une diminution et souvent en une perte complète de la sécrétion urinaire sans qu'aucune maladie aiguë puisse rendre compte de ce trouble fonctionnel. Dans ces cas, le coma ne tarde pas à arriver, et la maladie se ter-

mine par la mort au bout d'un petit nombre de jours. Les trois observations rapportées ici par le docteur Campbell se sont toutes terminées par la mort, et après avoir offert les mêmes symptômes et la même rapidité dans leur succession et leur développement. Dans un seul cependant de ces trois cas l'autopsie a pu être faite, c'est le seul que nous croyons devoir analyser.

OBS. — T. W., âgé de 67 ans, d'une bonne constitution, retiré des affaires, se plaignait le premier mars 1840 de douleurs dans le dos et les reins qui ressemblaient au rhumatisme dont il avait souffert pendant longtemps, et, en outre, d'un sentiment de pesanteur dans la région de la vessie. L'urine était peu abondante et très colorée, surtout à la suite du moindre exercice. Son émission était quelquefois très douloureuse; il avait longtemps souffert des hémorroïdes, et en avait conservé un écoulement muqueux par l'anus. Le pouls donnait 68, la peau était à l'état normal. Le temps était froid et pluvieux; je lui conseillai de garder la chambre, de prendre quelques laxatifs doux, des diaphorétiques avec quelques stimulans légers et un bain de siége tous les deux jours.

Au bout de huit jours il y avait une amélioration notable, et le malade était très désireux de quitter la chambre, ce que je ne lui conseillai pas de faire en raison du mauvais temps; ce qu'il fit néanmoins le lendemain, malgré une pluie froide et très forte, et après avoir été sondé par un autre médecin qui lui avait assuré qu'il n'y avait pas de calcul dans la vessie.

Le soir du même jour (6 mars), je fus appelé pour lui, et je le trouvai dans une grande anxiété et très alarmé sur son état. A peine revenu de sa course qui avait été très longue, il avait été pris de frissons, de nausées, avec vomissemens, de besoins fréquens d'uriner bien qu'il n'eût pas rendu une seule goutte d'urine depuis qu'il avait été sondé le soir précédent. Il se plaignait aussi d'un sentiment de tension à l'anus; ayant immédiatement introduit une sonde d'argent dans la vessie, je reconnus qu'elle ne contenait pas la plus petite quantité d'urine, mais bien un calcul qui paraissait d'un volume assez considérable. Un bain de siége, un lavement anodin et divers autres moyens employés immédiatement n'eurent aucun effet sur le malade.

A dix heures du soir, il était presque complètement insensible et ne pouvait être tiré de cet état qu'avec beaucoup de peine. Bientôt le coma devint continu et la respiration très laborieuse; il mourut le lendemain à quatre heures du soir, vingt-quatre heures à peine après la longue course qu'il avait faite au dehors et à peine trente-six heures après la suppression complète de l'urine.

AUTOPSIE 30 heures après la mort :

La vessie est complètement vide d'urine et contient un calcul pesant environ 4 onces, plat et ressemblant à une huître qui n'a pas été ouverte. La prostate était un peu augmentée de volume et on voyait en arrière une poche ou un kyste d'où le calcul semblait avoir été déplacé tout récemment. La muqueuse de la vessie et le péritoine voisin offraient des signes non douteux d'inflammation récente; les deux uretères et les deux reins étaient à l'état normal, et ne contenaient ni urine ni calcul.

La tête et le thorax n'ont pas été examinés.

Quels qu'aient été les signes de l'inflammation du péritoine et de la muqueuse vésicale chez ce sujet, on ne peut attribuer à cette phlegmasie, si elle a réellement existé, ni les principaux phénomènes morbides observés avant la mort, ni même cette terminaison funeste, et il ne diffère pas sous ce point de vue de la plupart de ceux qui ont été recueillis dans des circonstances analogues. Les deux autres observations rapportées par l'auteur, mais où l'autopsie n'a pu être faite, ont offert les mêmes phénomènes morbides et la même rapidité dans leur marche.

Il est malheureux que la plupart des cas analogues passent le plus souvent inaperçus et soient considérés même par des médecins instruits comme des maladies de l'encéphale, et même dans ceux où la nature de la maladie est reconnue, elle l'est ordinairement trop tard; c'est-à-dire quand déjà l'organisme est tellement frappé, probablement par le mélange de matières qui constituent l'urine avec les autres fluides, que déjà il ne doit plus rester d'espoir; mais si la nature de la maladie était constatée de bonne heure, qu'y aurait-il à faire ? Comment rappeler à ses fonctions un organe quand nous ne connaissons pas la cause qui les a troublées? Voici ce que conseille M. Campbell : des saignées locales et générales faites avec promptitude; le bain chaud avec des frictions; des applications stimulantes à l'extérieur; les diurétiques et les purgatifs, et ceux surtout qui procurent des selles aqueuses. Tels sont les moyens qu'il propose pour combattre cette affection dont la marche est si insidieuse et si obscure, mais inévitablement funeste.

II. THE LANCET.

DES BRUITS RESPIRATOIRES ET DE LA VOIX; par le docteur BLATHISTON.

Le but de l'auteur de cette communication est de rechercher le mode de production des bruits qui se font pendant la respiration, et de la voix, et la cause des variations qu'ils éprouvent en qualité, en intensité et en durée, suivant les différens points où on les examine. Il établit d'abord que le bruit respiratoire est causé par le frottement de l'air contre les parois internes des conduits aériens, et qu'il devient plus souple et plus faible à mesure qu'on l'observe plus près de la périphérie des poumons, en raison de l'éloignement causé par l'espace dans lequel il se répand, et de la diminution du calibre des tuyaux bronchiques; puis, arrivant au bruit vésiculaire dont le siége, d'après Laënnec, aurait été dans les vésicules pulmonaires elles-mêmes, il rappelle d'abord qu'il est presque exclusivement borné au temps de l'inspiration, et cherche à démontrer que c'est surtout dans les bronches qu'il est formé, s'appuyant spécialement sur ce que ce bruit, s'il se formait dans les vésicules, s'entendrait aussi bien dans l'expiration que dans l'inspiration, et sur ce qu'il ne pourrait arriver à l'oreille placée à la surface du poumon.

Avant d'étudier les différens phénomènes que présente la voix à l'auscultation, l'auteur établit que le timbre des instrumens à vent et de l'appareil vocal dépend de la proportion dans laquelle se trouvent les vibrations solides de la matière dont ils sont formés, avec celle de l'air qui les traverse, et qu'il devient plus rude en raison de la prédominance des premières. Il déduit de cette loi que la voix entendue par le stéthoscope placé sur le larynx est plus rude et plus forte, parce que ses vibrations sont portées avec plus de force à l'oreille à travers les matériaux solides de l'instrument, qu'elles ne le sont par celles de l'air qui le traverse, et que la résonnance de la voix diminue depuis le larynx jusqu'à la périphérie de la poitrine, où elle cesse complètement, parce que les vibrations sont graduellement combattues par le courant d'air de l'inspiration, qui suit une route opposée, et par la masse continuellement croissante du tissu spongieux et non homogène du poumon. Il déduit encore du même principe, que dans les maladies où l'on entend la voix à la surface de la poitrine, ce changement dépend de ce que le courant d'air est diminué et la faculté conductrice du poumon augmentée, et que son timbre est altéré, suivant que la propagation de l'une ou de l'autre de ses vibrations constituantes est favorisée ou retardée par ces altérations morbides : les ondulations aériennes prédominant dans les cavités donnent naissance à la pectoriloquie; tandis que les ondulations solides qui prédominent dans les maladies vers le poumon solidifié déterminent la bronchophonie.

OBSERVATION D'HYDATIDES DÉVELOPPÉES DANS LA BOUCHE; par M. THOMPSON, de Staleybridge.

Le diagnostic des productions hydatiques, développées dans des parties profondément situées, est généralement si difficile, que les médecins ne reconnaissent guère leur présence dans ces cas que lorsqu'elles viennent artificiellement ou spontanément à être exposées à la vue; ces raisons ont porté M. Thompson à rapporter avec quelques détails le fait suivant :

OBS. — Marie, âgée de 30 ans, d'une constitution cachectique, me consulta, il y a dix-huit mois environ, pour des hydatides situées dans différentes parties de sa bouche. Elles étaient formées de kystes transparens, contenant un fluide limpide, analogue par sa viscosité et sa transparence au blanc d'œuf. Quelques-unes disparurent sous l'influence de ponctions répétées et d'applications stimulantes; d'autres furent heureusement traitées par le séton.

Trois semaines après, il s'était développé une tumeur indolente, de la grandeur et de la forme d'un pessaire elliptique ordinaire, entre le corps de l'os maxillaire inférieur et l'os hyoïde, son sommet se trouvant en rapport avec la symphise du menton.

L'exploration me fit reconnaître qu'elle était élastique; que sa partie supérieure était fixe; qu'il n'y avait pas de portion épaissie ou irrégulièrement indurée; et qu'enfin il existait une légère fluctuation. L'examen avec une bougie, comme dans les cas d'hydrocèle, permit de constater la transparence. La peau qui recouvrait la tumeur était saine, nullement enflammée ni altérée.

On considéra la maladie comme un abcès; mais quelques-uns des symptômes, et principalement la transparence, amenaient à une opinion différente. M. Thomson s'arrêta à l'idée que c'était une tumeur hydatique, ne différant que par son volume et sa position des autres hydatides renfermés dans la bouche. Elle était probablement située dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, tandis que les hydatides de la bouche se trouvaient superficiellement placées.

Ayant passé un séton à travers la partie antérieure de la tumeur, il s'en échappa une certaine quantité de liquide ayant les caractères précédemment indiques. Peu de jours après, la tumeur était revenue sur elle-même, et n'occupait plus que l'espace situé au-devant du muscle digastrique du côté droit. Le kyste est maintenant rétréci et semble oblitéré. Le séton a été enlevé et la plaie se trouve cicatrisée.

DE L'EMPLOI DE LA POIX DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES; par le docteur WARDLEWORTH.

Les hémorrhoïdes sont une affection si fréquente, et qui résiste si souvent à tous les traitemens, qu'on ne peut trop multiplier le nombre des moyens dont l'utilité a été démontrée par un nombre assez considérable de succès. La note suivante nous paraît donc devoir être de quelque intérêt; nous la reproduisons presque textuellement.

La poix noire, qui n'a probablement jamais été employée à l'intérieur dans le traitement d'aucune maladie, paraît cependant produire des effets avantageux contre les hémorrhoïdes. Voici ce qui m'amena à la connaissance de cette propriété: Une jeune femme que je venais d'accoucher fut prise de douleurs hémorrhoïdales six mois après sa couche, et contre lesquelles les moyens de traitement ordinaires restèrent tout à fait impuissans. Fatiguée de plusieurs essais, elle se décida à suivre le conseil d'un voisin qui l'avait assurée que plusieurs pilules de poix la soulageraient; elle en prit deux, et presque aussitôt le ténesme et les tiraillemens qu'elle éprouvait à l'estomac disparurent. Quelque temps après, l'ayant rencontrée et la trouvant beaucoup mieux portante, elle me rapporta ce qui lui était arrivé et me vanta les bienfaits de la poix. Je pourrais rapporter un grand nombre de cas où le même moyen m'a réussi; mais ne pouvant m'expliquer son mode d'action, je me contenterai de dire qu'il a une grande efficacité dans le traitement des hémorrhoïdes internes et externes, avec ou sans perte de sang. Voici la formule que j'emploie ordinairement:

Poix noire.............. 3 grains et 1/2 pour 3 pilules.

On en prend deux chaque soir, et on a soin que le ventre soit entretenu libre. L'efficacité connue des balsamiques dans le traitement des hémorrhoïdes pourrait, jusqu'à un certain point, rendre compte de celle de la poix que nous venons de signaler.

PHÉNOMÈNE SINGULIER DANS LA TRANSMISSION DE L'HYDROPHOBIE; par M. STEEL.

Le fait suivant est assez singulier pour devoir fixer l'attention, et il est rapporté avec des détails si précis, qu'il est permis de croire à son authenticité.

FAIT. — Le 20 mai dernier, deux brebis furent mordues par un chien enragé. L'une d'elles avait deux agneaux qu'on lui laissa pendant quinze jours encore après qu'elle eut été mordue. C'est à la tête qu'elle avait été blessée, et très grièvement. L'autre brebis allaitait aussi un agneau; elle n'avait rien qu'une seule blessure au col, mais très profonde. On lui laissa aussi son agneau comme à l'autre, et le même temps. Six semaines environ après l'accident, la première de ces brebis offrit les symptômes suivans: on la vit agiter ses pieds et battre les autres moutons comme un bélier, circonstance fort rare chez une brebis, et de temps en temps elle éprouvait des convulsions générales; elle tournait fréquemment la tête de côté et par un mouvement convulsif; elle était très constipée; ce qu'elle rendait était rouge; elle ne prenait plus d'alimens. Ces symptômes allèrent en s'aggravant pendant huit jours, et comme alors il n'y avait plus d'espoir de guérison, on la tua. Un jour ou deux après, l'autre brebis fut prise de la même façon, et offrit exactement les mêmes symptômes que la première. Le septième jour elle fut tuée pour le même motif aussi.

Neuf ou dix jours après la mort de la dernière brebis, son agneau, qui était une brebis, fut pris des mêmes symptômes qu'elle, mais beaucoup plus violens. Il se lançait avec fureur sur les moutons, sur les chiens, et sur tout ce qui se présentait à lui. Il s'arrachait continuellement la laine. La vue de l'eau d'un fossé qui se trouvait dans le parc ne paraissait lui produire aucun effet. On le tua huit jours après l'apparition des premiers symptômes. Les autres agneaux furent pris en même temps et de la même manière que le dernier, mais avec moins de violence; ils furent cependant aussi mis à mort comme hors d'espoir.

Ce qu'il y a d'extraordinaire dans cette série de faits, c'est que les agneaux paraissent avoir pris avec le lait de leurs mères le principe de la rage qu'elles avaient reçu par morsure. Ils avaient été séparés d'elles un mois avant qu'elles tombassent malades, et, en les examinant avec soin, on n'avait pas trouvé sur eux la moindre trace de morsure. Le même chien avait mordu aux environs un grand nombre de moutons qui la plupart moururent enragés. Il avait aussi mordu un homme à la main; mais l'excision avait été faite peu de temps après, et jusqu'ici (31 octobre), il a joui d'une bonne santé.

DE L'INFLUENCE DE LA GARANCE DANS L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DES OS CHEZ LES ANIMAUX; par M. J. PAGET.

L'auteur se propose dans cette communication de rendre aux expériences faites avec la garance sur le développement des os l'importance qu'elles avaient à peu près perdue depuis la publication du travail de M. Gibson sur ce sujet; il rappelle d'abord que bien que Hérissant eût le premier reconnu que c'est à la matière terreuse des os seulement que s'unit la garance qui les colore, cependant c'est le docteur Ruthford qui, le premier, démontra que cette union s'opère dans les os sous l'influence des lois de l'affinité chimique qui agissent dans le corps vivant et qu'elle ne diffère pas de la méthode bien connue des teinturiers par laquelle on obtient une couleur fixe en combinant une matière colorante soluble avec une matière insoluble qu'on appelle mordant. La couleur rouge des os des animaux soumis à une alimentation avec la garance et la disparition de cette couleur chez les animaux, quelque temps après qu'on avait cessé de leur administrer cette substance colorante, s'expliquait tout simplement dans cette hypothèse comme un effet de la nutrition interstitielle qui enlève continuellement d'anciennes particules organiques pour en mettre de nouvelles à la place; mais M. Gibson chercha à prouver que ces expériences induisaient les physiologistes en erreur, en supposant que le retour au blanc des os, après avoir été rougis par l'usage de la garance, n'était pas un effet de la nutrition, mais dépendait de ce que la sérosité du sang ayant une plus grande efficacité pour la matière colorante que le phosphate de chaux des os, cette matière colorante pouvait être enlevée aux os, sans que la substance terreuse à laquelle elle était unie primitivement fût entraînée avec elle. Il expliquait donc la coloration en rouge et la décoloration des os, en supposant que le phosphate de chaux des os ne se colore que quand le sérum a été saturé et qu'il ne redevient blanc qu'après que le sérum ayant cessé d'être saturé de la matière colorante et ayant recouvré son affinité supérieure pour elle, il l'enlève au phosphate calcaire.

Cette opinion de M. Gibson reposait sur une expérience qu'il rapporte lui-même en ces termes: « Je pris un drachme de phosphate de chaux teint avec de la garance, comme dans les expériences du docteur Ruthford et l'exposai pendant une heure à l'action de 2 onces de sérum frais, et à la température de 98°. Pendant cette opération, le sérum prit graduellement une teinte rouge, tandis que le phosphate de chaux perdait de sa couleur rouge dans les mêmes proportions. Je soumis comparativement une égale quantité de phosphate de chaux à l'action de l'eau distillée, et dans les mêmes circonstances je ne vis survenir aucun changement. »

L'auteur dit avoir répété lui-même cette expérience et avoir remarqué qu'en effet la sérosité enlevait une certaine partie de la couleur du phosphate, mais que si on continuait à traiter le précipitée encore rouge par de nouveau sérum incolore, celui-ci se colorait de moins en moins et finissait même par rester incolore, bien que le précipité conservât encore une nuance rouge aussi prononcée que dans les os les plus rouges. Il fit la même observation avec l'eau filtrée, qui, d'abord, prenait une teinte jaune, qu'elle ne tardait pas à perdre quand on l'avait renouvelée; il crut devoir conclure de ces expériences que quand le phosphate de chaux est précipité dans une solution de garance, il entraîne avec lui une certaine quantité de matière colorante avec laquelle il n'est pas combiné chimiquement et qui est dissoute par l'eau et parfois par le sérum, si on traite le phosphate par l'un de ces deux liquides; il conclut donc de ces expériences que le sérum ne peut, comme l'avait avancé M. Gibson, enlever aux os la matière colorante qui est combinée chimiquement avec leur phosphate; il va même plus loin encore, et induit d'une autre expérience que le phosphate de chaux au contraire enlève au sérum la matière colorante qu'il tient en solution. Ainsi si on traite une solution de garance dans le sérum par le phosphate de soude, et ensuite par l'hydrochlorate de chaux toute la matière colorante est précipitée, bien qu'avec plus de lenteur que dans une solution aqueuse, et le sérum reprend sa couleur jaune naturelle.

Il résulte de ces expériences et de quelques autres que nous ne pouvons rapporter que le phosphate de chaux ayant une plus forte affinité que le sérum avec la matière colorante de la garance, il la lui enlève sans qu'il en soit saturé et que chaque particule de phosphate de chaux qui est déposé pendant que l'animal prend la garance s'empare de la matière colorante que contient le sérum et donne aux os une couleur plus ou moins rouge, suivant l'âge de l'animal. Les os rougissent bien davantage dans la jeunesse que dans la vieillesse. Si l'os rouge perd sa couleur quelque temps après que l'animal ne prend plus de garance, ce n'est pas, comme le pensait M. Gibson, à cause de l'affinité supérieure du sérum, ni comme le pensait Duhamel par l'absorption des molécules terreuses colorées, mais probablement par la décomposition de la garance elle-même, ainsi qu'on le voit arriver aux squelettes exposés à l'air et à la lumière.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES PRÉPARATIONS SALINES ET LES INJECTIONS DANS LES VEINES; par le docteur LYNCH.

L'auteur de cette communication, attaché au West-London-Union, pratique dans le quartier de Londres où la population est le plus entassée (146,046 habitans par mille carré), et où les rues sont les plus sales, les plus étroites et les moins aérées que l'on puisse trouver dans la Cité, et qui font de ce quartier une source constante d'infections, un laboratoire de maladies pestilentielles, et surtout de fièvres. Il indique surtout une

allée, trop étroite pour que trois personnes y marchent de front, qui se termine en cul-de-sac, se trouve à plus de quarante pieds au-dessous du sol d'une rue qu'elle longe parallèlement, dans laquelle sont empaquetées une masse considérable d'existences, chaque chambre contenant une famille entière, et où la fièvre a fait le plus de ravages. En peu de semaines, il a eu à traiter 39 cas de fièvre dans quatre maisons seulement de Back-Bear-Alley, devant lesquelles les immondices restent continuellement entassées. Sur ces 39 cas, 16 furent envoyés à l'hôpital des fiévreux, par ordre du commissaire de charité, et de ces 16, trois moururent à l'hôpital et quatre en furent retirés par leurs parens. Tous les autres furent soumis au traitement que nous allons exposer, et chez tous la maladie se termina d'une manière favorable. Le nombre des cas soumis à ce traitement ne s'est pas borné à ce chiffre; l'auteur dit l'avoir employé dans 97 cas, à la maison de travail et au-dehors, et n'avoir perdu sur ce nombre qu'un seul malade, qui était dans l'état le plus grave lorsqu'il fut appelé auprès de lui.

Avant de faire connaître ce traitement, nous dirons quelques mots de la fièvre contre laquelle il a été employé. Elle a tous les caractères de la fièvre épidémique de Glascow, d'Edimbourg et de Dublin; elle diffère de la fièvre typhoïde de Paris en ce que l'éruption intestinale, ou la lésion des glandes de Peyer, y est beaucoup moins fréquente que chez nous. La maladie attaque les individus de tous les âges et se termine bien plus promptement. L'auteur dit avoir vu la mort arriver chez un adulte après 48 heures, et chez un enfant de huit ans, après 12 heures.

M. Lynch commence son traitement par l'administration de l'ipécacuanha en vomitif, le tartre stibié exerçant une action trop dépressive sur l'économie. A la suite du vomitif, la céphalalgie diminue, ainsi que les douleurs des reins et du dos, et la circulation se régularise.

La seconde indication est d'activer les sécrétions, et celle surtout du foie par le calomel à forte dose, unie à la rubarbe ou au jalap.

La troisième est de combattre la cause de la maladie, ou le poison introduit dans l'économie, et de rendre au sang sa composition normale, par le chlorure de soude, administré par doses de trois dragmes dans une livre d'eau, et après lesquelles il fait boire au malade une grande quantité d'eau fraîche. Les premiers signes de l'amendement ne tardent pas à se montrer dans l'expression, l'état de la langue et du pouls. Quand cette amélioration commence à se manifester, M. Lynch combine l'acide hydrochlorique au chlorure de sodium, dans la proportion d'un dragme du premier pour trois du second, et le continue avec les boissons effervescentes, préparées avec le carbonate de soude, jusqu'à ce que la convalescence soit complète, et qu'il accélère par l'usage du thé et du porter.

Dans trois cas, il a injecté dans les veines le sérum artificiel, d'après l'analyse de Berzélius, en y ajoutant, comme le conseille M. Magendie, de l'albumine, afin de faciliter la pénétration du fluide injecté dans le système capillaire. Dans deux cas, les malades ont guéri. Mais, d'après un fait qu'il rapporte d'une manière très abrégée, il est évident que, si l'injection saline dans les veines produit un heureux effet, cet effet a trop peu de durée pour qu'on puisse en espérer tous les heureux résultats que le docteur Stevens et quelques autres médecins et physiologistes semblent en attendre. Le malade était dans un état d'une gravité extrême : n'espérant rien des moyens ordinaires, M. Lynch fait une injection de 16 onces; au bout de dix minutes, la réaction était déjà commencée; au bout d'une demi-heure, le pouls était rétabli, la chaleur du corps était uniforme, et les extrémités reprenaient leur température ordinaire. Mais ce changement miraculeux ne fut pas de longue durée; les vomissemens et le dévoiement étant survenus, on appela de nouveau M. Lynch, qui trouva le malade retombant promptement dans l'état de prostration dont il l'avait tiré. L'administration du chlorure de sodium avec l'acide hydrochlorique arrêta ces accidens.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 MARS.

EXTRAITS DES JOURNAUX D'UN MÉDECIN DE LA MARINE.

M. Chervin, au nom de M. Rochoux et au sien, fait un rapport intéressant sur quelques extraits historiques et médicaux des journaux de M. Levicaire, médecin en chef de la marine. (Il serait inutile de donner une analyse écourtée de ce travail sur lequel nous espérons revenir.)

(Remercîmens à l'auteur; dépôt aux archives; inscrire son nom sur la liste des membres correspondans. Adopté.)

DE L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY CONTRE LA GOUTTE.

M. Patissier lit un rapport, demandé par le ministre, sur l'efficacité des eaux minérales de Vichy dans le traitement de la goutte. Après quelques considérations historiques, dans lesquelles il fait voir que rien n'avait été dit jusqu'à ce jour sur l'emploi des eaux de Vichy dans la goutte; à part une note manuscrite de M. Lucas, en 1818, qui en fait mention, aucun traité général ou spécial n'en avait parlé jusqu'en 1833, époque à laquelle M. Petit, frappé de la coïncidence de la gravelle avec la goutte, et se fondant sur les bons effets des eaux de Vichy dans la première de ces affections, avait songé à les employer contre la seconde. On se rappelle, dit M. Patissier, que ces idées trouvèrent d'abord une vive opposition; qu'en 1837 M. Prunelle, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, en écrivant à l'Académie de médecine, parlait non seulement de l'inutilité de ce traitement, mais encore de ses dangers, en provoquant la rétrocession de la goutte, jetée d'abord à l'extérieur des articulations.

Si l'on consultait la théorie, on était déjà ébranlé, car la prédominance d'acide urique dans les fluides des goutteux est un fait généralement admis, et que les recherches des physiologistes et des chimistes ne permettent plus de révoquer en doute. D'un autre côté, l'action des eaux alcalines, telles que celles de Vichy, sur les liquides, et notamment l'urine, la sueur, était parfaitement connue; restait donc à tirer parti de ces deux ordres de faits; il fallait consulter l'expérience. M. le docteur Petit, sous-inspecteur, a mis entre les mains de la commission quatre-vingts observations relatives à l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte articulaire; ces observations, entourées de toutes les garanties désirables, ont été soumises par la commission à une nouvelle enquête, faite avec soin et sévérité, de telle sorte qu'on peut les accepter comme authentiques. Quelle que soit, du reste, la nouveauté des résultats qu'elles proclament, ces observations peuvent être disposées en trois séries.

1re série. — Cas dans lesquels l'administration des eaux de Vichy en bains et en boissons a éloigné d'abord les accès de goutte, puis les a fait disparaître, sans déterminer d'accidens consécutifs.

2e série. — Cas dans lesquels, sans disparaître tout à fait, les accès sont devenus moins fréquens et moins douloureux.

3e série. — Celle-ci, qui est la moins nombreuse, se compose des cas dans lesquels les eaux de Vichy ont pu être regardées comme inutiles ou nuisibles.

Ces faits, dit M. le rapporteur, après en avoir énuméré un certain nombre avec détails, parlent assez haut pour motiver l'emploi de ces eaux dans le traitement de la goutte, puisqu'ils démontrent :

1° Que par leur usage les accès de goutte ont pu se trouver tellement éloignés ou diminués, que les malades devaient être considérés comme guéris ou notablement soulagés.

2° Que dans certains cas, il est vrai, la maladie a été rebelle au traitement; mais que ces cas sont si peu nombreux qu'ils constituent une très légère exception.

3° Que sous l'influence de ce traitement, fait avec précautions on n'a pas observé d'accidens graves, et que la disparition des accidens articulaires n'a pas semblé donner lieu à une rétrocession vers les viscères intérieurs.

4° Quant à l'efficacité des eaux de Vichy dans toutes les formes de goutte, les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse préciser quelque chose à ce sujet.

La commission ne s'est pas bornée, du reste, à ce simple exposé, elle a adressé à M. Petit diverses questions sur l'ensemble ou les détails de ce traitement, afin d'éclairer les praticiens sur la manière dont il doit être dirigé, les accidens à craindre, etc.

L'heure étant trop avancée, ce rapport sera discuté dans la prochaine séance.

CONTAGION DE LA MORVE.

M. Renault, d'Alfort, communique à l'Académie, l'histoire de deux soldats qui ont succombé à la morve aiguë, après avoir donné des soins à des chevaux morveux.

Ces deux faits sont les premiers, bien constatés, relatifs au développement de la morve par contagion chez des militaires qui ont approché des chevaux morveux.

Commissaires : MM. Bouley jeune et Rayer.

ANKILOSE TRAITÉE PAR L'EXTENSION LENTE.

M. Blandin présente à l'Académie une femme âgée de 30 ans, qu'il a traitée avec succès pour une fausse ankylose à angle droit du genou, par la méthode de l'extension lente. La maladie datait de dix-huit mois; le traitement a duré un mois. Aujourd'hui, la jambe est étendue sur la cuisse, les mouvemens sont plus libres et deviennent tous les jours plus faciles.

ANUS ANORMAL; EFFETS DU TRAITEMENT PAR LA PINCE DE DUPUYTREN.

M. Bérard jeune, chirurgien de l'hôpital Necker, présente des pièces anatomiques, qui permettent de vérifier les résultats obtenus par l'application des pinces de Dupuytren, sur l'éperon intestinal dans un cas d'anus contre nature. Déjà les matières avaient repris leur cours par le bout inférieur, lorsque la malade a succombé à une pneumonie. L'éperon est entièrement détruit; il existe à la

réunion du bout supérieur avec l'inférieur une cavité résultant de leur communication. Les adhérences n'ont point été détruites. Sans la maladie intercurrente qui a enlevé cette femme, M. Berard se proposait de compléter le traitement par l'autoplastie.

GANGRÈNE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ.

M. Reynaud, interne de l'Hôtel-Dieu, met sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques et des planches relatives à un cas fort curieux de gangrène de la face et des fosses nasales, développée chez une nouvelle accouchée qui avait pris du seigle ergoté pendant le travail (3 décigrammes). Elle a succombé aux accidens produits par la gangrène. Il y avait une pneumonie lobulaire, des abcès dans la rate, le poumon droit et l'utérus.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE SUR L'UTÉRUS HUMAIN PENDANT LA GESTATION, ET SUR L'APOPLEXIE UTÉRO-PLACENTAIRE; par M. JACQUEMIER, D. M. P., ex-interne de la maison d'accouchement. — In-8°, 1839.

Le but fondamental du travail de M. Jacquemier est de rendre au système veineux utérin, considéré d'une manière générale, une plus grande influence que celle qui généralement lui avait été attribuée. Préoccupés des phénomènes de fluxion, de turgescence, qui accompagnent la plupart des hémorragies utérines, les auteurs se sont efforcés de les rattacher au système vasculaire efférent ou artériel, négligeant presque complètement le système veineux. Cependant les veines ont éprouvé, durant la grossesse, des changemens plus notables encore que ceux présentés par les artères. Si les artères utérines et ovariques ont augmenté de volume au point d'égaler la radiale, les veines ovariques sont presque aussi volumineuses que les veines iliaques externes, et le tronc des utérines, quoiqu'un peu moins considérable, est cependant énorme. Au reste, la mensuration ne peut donner des résultats aussi exacts que pour les artères, à cause de l'extensibilité de leurs parois. M. Jacquemier a trouvé plusieurs fois jusqu'à cinq lignes de diamètre aux veines ovariques distendues par l'injection; celui des veines utérines n'a jamais dépassé quatre lignes, volume énorme, si on le compare à celui qui existe avant la gestation, une ligne pour les veines ovariques, et une ligne et demie pour les veines utérines. A mesure qu'on s'approche de l'utérus, la disposition plexiforme se développe et les ligamens larges semblent transformés en un plexus veineux dont plusieurs branches égalent le volume d'une plume à écrire. En même temps, les plexus vésico-urétral, vaginal, hémorroïdal, se sont singulièrement accrus, sans qu'il y ait lieu d'affirmer que les artères correspondantes aient subi un semblable développement. « C'est que, dit M. Jacquemier, cette dilatation est mécanique et due à la stase du sang, gêné dans sa marche par le développement de l'utérus; et c'est, sans doute, pour cela que l'on voit souvent dans les ligamens larges et les autres parties que je viens de désigner des dilatations réellement variqueuses. La coloration rouge plus foncée qu'on a signalée dans la muqueuse vulvo-vaginale pendant la gestation me paraît devoir être attribuée à cette stase veineuse. » Quoi qu'il en soit de cette explication, que nous sommes loin d'admettre, car nous pensons que les dilatations veineuses peuvent être aussi bien actives que les dilatations artérielles, il ne s'agit point ici d'un simple écartement des tuniques, qui perdraient en épaisseur ce qu'elles gagneraient en étendue; c'est une sorte d'expansion vitale (*totius substantiæ*), c'est une modification de structure bien moins étonnante que celle dont l'utérus est le siége. Au reste, ce dernier organe éprouve aussi du côté de son système veineux des changemens remarquables, je veux parler du développement des sinus utérins, fait anatomique suffisamment connu, sur lequel nous ne nous arrêterons pas. Ce qui est bien moins démontré, c'est la nature de leurs rapports avec le placenta : à ce sujet, beaucoup de recherches ont été faites, des opinions opposées ont été émises et des systèmes ont été établis. Suivant M. Jacquemier, il est un point du plan interne de l'utérus, point variable et déterminé par l'insertion du placenta, égalant en étendue ce dernier organe, dans lequel pénètrent les canaux plexiformes du plan veineux, pour se distribuer dans la caduque inter-utéro-placentaire. Après leur rupture par la séparation du placenta, on voit toute cette surface criblée de trous, comme faits par un emporte-pièce, rapprochés les uns des autres, ayant un calibre variable entre le volume du petit doigt et une grosse plume à écrire. Quelques-uns des orifices dépassent les limites du placenta et se trouvent souvent à plus d'un pouce en dehors de sa circonférence. Le plan musculaire externe est aussi perforé, mais dans des points qui sont toujours les mêmes, sur des parties latérales de l'utérus pour le passage des troncs, qui constituent les veines ovariques et utérines.

Indépendamment des sinus, il existe d'autres petites veines, qui viennent s'ouvrir dans leur surface interne, de la même manière que les veines cérébrales dans les sinus de la dure-mère. Ces veines n'ont pas de valvules, pas plus que les sinus, pas plus que les veines utérines et ovariques, ainsi que le prouve la facilité avec laquelle pénètrent les injections faites par le tronc hypogastrique.

Pour mieux faire comprendre la disposition du placenta utérin de cet appendice valvulaire, formé de veines assez volumineuses, d'artères très-petites, qui tapissent la face interne de l'utérus, se trouvant en rapport avec le placenta proprement dit, M. Jacquemier remonte à la formation de la membrane caduque, qui a été surtout bien étudiée par MM. Velpeau et Breschet. Il rappelle la disposition de cette membrane relativement au placenta : elle s'étend entre lui et la face interne de l'utérus; mais, cessant d'être composée de deux feuillets, elle ne forme plus qu'une couche simple, comme si les deux lames s'étaient rapprochées et confondues dans ce point. Du reste, la face interne de cette partie de la caduque non divisée a, avec les villosités choriales, dans lesquelles se développe le placenta, les mêmes rapports que la face interne de la caduque, réfléchie avec les villosités du reste du chorion. M. Jacquemier admet l'existence d'une véritable cavité entre le chorion et la caduque; cette cavité est plus considérable au niveau du placenta; elle est remplie par ce corps à mesure qu'il se développe. Renferme-t-elle un fluide, ou bien les villosités, en partie libres, sont-elles assez rapprochées pour ne laisser entre elles aucun aide? Cette question n'est pas encore susceptible de solution.

Il résulte de la disposition, signalée par M. Jacquemier, dans les vaisseaux utéro-placentaires, dont il admet l'existence, que la surface absorbante et villeuse du placenta est baignée, dans une grande partie de son étendue, par le sang de la mère, mais que le sang artériel s'y trouve dans une proportion très faible, tandis que le sang veineux y remplit un réservoir étendu, très divisé, à parois excessivement minces. Il résulte de cette disposition que l'action du placenta s'exerce principalement sur le sang veineux, et comme conséquence éloignée : que la circulation utérine est loin d'être rapide et facile, comme on l'a généralement admis, pendant la grossesse.

Ce fait, M. Jacquemier cherche à le démontrer en faisant voir le ralentissement du cours du sang artériel à mesure qu'il pénètre l'utérus : chassé des capillaires, il arrive par les petites veines analogues à celles du cerveau et de ses enveloppes, relativement aux sinus de la dure-mère, dans les larges sinus du plan moyen, qui, avant de représenter un système de veines convergent, forment un vaste plexus qui contient une nappe de sang veineux, dont l'étendue est presque égale à la surface de l'utérus et l'épaisseur à la moitié de ses parois.

De nouvelles forces motrices vont, indépendamment de l'action du cœur, et de la réaction artérielle, qui est nulle ou à peu près nulle dans les capillaires, imprimer un mouvement de progression continue à cette large nappe de sang; ces forces ont leur point de départ, comme on le sait, dans les mouvemens des parois du thorax et de l'abdomen. Le vide qui se fait dans la première de ces cavités a une influence remarquable, mais trop bien connue pour nous y arrêter davantage.

L'utérus remplit, lui aussi, un rôle important. Ses parois agissent certainement sur les veines qui les traversent, les affaissent, et tendent à les débarrasser du sang qu'elles renferment. Ces mouvemens ont fixé d'une manière toute particulière l'attention de madame Boivin, qui les a désignés sous le nom de contractions indolores. Ces contractions, qui revêtent un tout autre caractère pendant l'accouchement, ont le même résultat en apparence; mais la contraction simultanée des muscles abdominaux, du diaphragme, la gêne de la circulation dans la veine-cave inférieure, viennent le modifier singulièrement. Il se fait nécessairement une tension dans les veines utérines et placentaires, dans lesquelles le sang arrive incessamment avec une certaine force, et d'où il ne peut sortir, refoulé qu'il est, à partir de la veine-cave inférieure. Les vaisseaux supportent donc une plus grande tension; ils se rompraient sans l'effort exercé sur leurs parois par les contractions utérines. M. Jacquemier fait remarquer ensuite que tout obstacle mécanique, ou purement passager, capable de troubler ou de ralentir la marche du sang dans la veine-cave inférieure trouble presque toujours la circulation veineuse de l'utérus et produit une tension plus forte du sang dans tout le système veineux utérin et dans les veines utéro-placentaires.

Une infinité de circonstances accidentelles peuvent troubler l'harmonie qui existe entre l'impulsion, l'effort mécanique du sang et la résistance des parois vasculaires, au point de rendre, soit d'une manière absolue ou seulement relative les parois trop faibles; delà, la fréquence des

hémorragies utérines dont les effets portent sur la mère et l'embryon, et deviennent pour ce dernier la cause la plus commune de destruction. Tous les points du cercle circulatoire utérin ne sont pas également exposés à ce genre de rupture; les artères en sont rarement le siége; les artères utéro-placentaires elles-mêmes n'en sont pas plus souvent affectées. Et parmi les veines, les troncs et les branches principales situées hors de l'utérus très extensibles, mobiles et soutenus par les viscères abdominaux, ne céderont que rarement, à moins qu'ils ne soient devenus variqueux pendant la gestation, comme cela arrive assez souvent pour les veines des ligamens larges, etc. Dans l'épaisseur de l'utérus, ils sont exactement soutenus de toutes parts entre deux plans musculaires très solides qui rendent presque impossible leur déchirure; mais les veines utéro-placentaires par leur situation et leur organisation ne peuvent opposer qu'une résistance médiocre qui sera fréquemment surmontée; celles de la circonférence du placenta, surtout placées en dehors de cet organe, pourront facilement être rompues par une tension un peu considérable du sang contre leurs parois si fragiles.

Voilà les théories, voyons les faits. Rapprochant les observations de Meriman, de Schmuker, Botal, Smellie, Ruisch, Haller, etc., relatives à des hémorragies veineuses avec ou sans rupture évidente de quelques-unes des ramifications du système à sang noir, M. Jacquemier essaie de montrer que dans ces cas et d'une manière générale dans la plupart des hémorragies utérines qui ont lieu durant la grossesse, l'écoulement du sang peut être rapporté à la rupture d'une ou plusieurs veines utéro-placentaires; que cette rupture a toujours été déterminée par l'effort du sang contre les parois des veines de l'utérus, effort produit, soit par un trouble de la circulation veineuse utérine et abdominale, soit par un choc purement mécanique, soit enfin par un mouvement fluxionnaire qui a d'abord pour effet d'augmenter la masse du sang dans tous les vaisseaux de l'utérus, et plus tard de rompre les faibles digues qu'offrent les veines utéro-placentaires. Toutefois, dans un bon nombre de cas, les veines qui entourent le placenta en forme de couronne et celles qui viennent s'y rendre, après un trajet de plus de deux pouces dans l'épaisseur de la membrane caduque, sont soumises aux mêmes efforts et sont bien moins soutenues que celles qui correspondent au placenta. Cela explique pourquoi dans certains cas d'hémorragie fort graves pour la mère, le fœtus court moins de risque que lorsque l'épanchement sanguin décolle une portion de placenta dont les fonctions sont en partie détruites.

Reste maintenant à discuter la théorie des hémorragies fluxionnaires. Adopté par Desormeaux, développé avec talent plus tard par Dugès et madame Lachapelle, enfin plus récemment professé par M. Velpeau dans son traité d'accouchement, le système du *molimen hemorragicum* de Sthal repose sur cette observation hors de toute contestation, qu'il s'écoule ordinairement entre l'action de la cause et le moment de l'hémorragie un certain espace de temps, pendant lequel on voit se développer tous les symptômes qui manifestent une congestion sanguine dans l'utérus. Si on emploie un traitement convenable, on réussit le plus ordinairement à dissiper ces symptômes et à prévenir l'écoulement du sang; enfin, les causes des hémorragies, ainsi que le fait remarquer Désormeaux, n'agissent jamais avec autant d'efficacité qu'aux époques habituelles du flux menstruel. Elles surviennent souvent sans violence extérieure, sans pression ni choc, chez des femmes non pléthoriques mais irritables; or M. Jacquemier attribue ces divers phénomènes à la stase veineuse. Si toutefois pour lui la stase veineuse est active dans ces cas, la difficulté est levée, ce n'est plus qu'une manière d'envisager la fluxion; resterait à discuter la valeur de son mode d'interprétation; ce qu'il faudrait prouver alors, c'est que, dans ces cas, des rameaux veineux sont déchirés, et qu'il n'y a pas simplement exhalation, comme on le pense généralement. Faut-il donc constamment admettre une lésion traumatique pour expliquer l'hémorragie? Mais que penser alors des hémorragies par exhalation à la surface des muqueuses, des séreuses, de la peau même? Sont-elles plus difficiles à concevoir dans l'utérus? Aussi M. Jacquemier ne les nie point; seulement il les considère comme très rares et tout à fait exceptionnelles.

Pendant les dernières périodes de la gestation, l'hémorragie se fait toujours par un mécanisme analogue, sans qu'aucune accumulation anormale du sang dans les vaisseaux de l'utérus y prenne part. Ainsi procèdent les hémorragies dues à l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, que Rigby appelle, avec raison, inévitables; celles qui accompagnent le développement inégal du placenta et de l'utérus, lors surtout que l'insertion du placenta a lieu sur la partie inférieure du corps, et que son bord arrive tout près de l'orifice interne du col.

Viennent ensuite les cas dans lesquels des violences extérieures, ou la trop grande brièveté du cordon ombilical décollent le placenta; toutes circonstances que l'observation a permis de constater un assez bon nombre de fois.

M. Jacquemier a étudié avec soin les phénomènes qui se passent dans cette portion de l'utérus qui fait saillie sur un point de la surface interne après l'accouchement, saillie inégale, déchirée, comme spongieuse, faisant souvent un relief de plus d'un pouce d'épaisseur, et renfermant les vaisseaux utéro-placentaires déchirés, devenus, par la contraction du plan externe, plus contractile que l'interne, tortueux et inextricable. Une partie du sang qui s'épanche dans ce tissu si vasculaire est résorbée; celui qui est réuni en caillot se décolore, diminue, il se fait un travail de résolution et de cicatrisation adhésive qui ne diffère en rien de celui qui a lieu dans les autres tissus divisés. La théorie des apoplexies utéro-placentaires découle tout naturellement des faits précédemment exposés; ce n'est qu'une variété très commune de l'hémorragie utérine durant la grossesse; tantôt le sang s'épanche entre la caduque et le chorion dans cet espace précédemment décrit, lors que la rupture veineuse se fait avant la fin du troisième mois, époque à laquelle cette cavité est presque complètement effacée. Plus tard, le sang ne peut plus s'étendre au delà des limites du placenta, entre la caduque et le chorion, parce que l'intervalle compris entre les deux membranes se trouve effacé; mais il conserve une grande tendance à se porter encore vers la face externe du chorion, où il trouve des espaces libres ou un tissu moins serré, qui se prête avec plus de facilité à la formation d'une cavité. De plus, l'épanchement tend à rester borné au lobe dans lequel il s'est fait d'abord. Dans une troisième et dernière période, difficile à limiter d'une manière précise, mais qui comprend à peu près les trois derniers mois de la grossesse, le placenta représentant une masse également compacte dans toute son étendue, le sang épanché ne va pas se creuser une cavité aussi loin du vaisseau ou des vaisseaux rompus, mais dans leur proximité, de manière à former des foyers plus superficiels, qui s'étendent plus rarement sur la surface externe du chorion.

Quant au siége précis de la rupture, on ne saurait le placer constamment dans les vaisseaux utéro-placentaires. M. Jacquemier admet, avec M. Cruveilhier et d'autres auteurs, qu'il s'agit, dans certains cas, d'une rupture des vaisseaux ombilicaux eux-mêmes, mais ces faits sont exceptionnels. Si on oppose à la solidité des vaisseaux ombilicaux la fragilité des vaisseaux utéro-placentaires, aux troubles si communs et si divers de la circulation utérine le calme et la régularité de la circulation fœtale, on acquerra de nouvelles présomptions en faveur de l'opinion qui regarde cet épanchement comme ayant leur source unique dans les vaisseaux utéro-placentaires (p. 66).

Quant à l'influence de ces apoplexies sur la gestation, sur la vie du fœtus, sur le tissu placentaire, ainsi qu'aux transformations successives du sang épanché, qui peut offrir par la suite une foule d'aspects différens qui ont souvent trompé les observateurs, M. Jacquemier l'étudie successivement, et avec quelques détails; mais comme cette partie du travail de l'auteur est moins neuve que le reste, nous nous bornons à la signaler, renvoyant pour le tout à un travail qui nous a paru consciencieusement fait et longuement médité. M. Jacquemier a ébranlé par ses recherches des idées qui, pendant longtemps, ont eu cours dans la science; s'il a parfois un peu trop généralisé, inconvénient inévitable, il nous paraît avoir présenté la question sous un point de vue tout nouveau; nous regrettons que l'espace nous empêche d'insister plus longuement sur les conséquences pratiques qui en découlent.

A. B.

VARIÉTÉS.

EXTRAIT DU RAPPORT ADRESSÉ A M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LES FAITS DE MORVE DU CHEVAL COMMUNIQUÉE A L'HOMME.

Ce rapport, signé par MM. Parisel, Juge, Emery, Guérard, Huzard, rapporteur, a été approuvé par le conseil de salubrité, dans sa séance du 8 novembre 1839.

La commission, après avoir rappelé les faits relatifs à la transmission de la morve du cheval au cheval et du cheval à l'homme, et après avoir exposé les opinions des vétérinaires sur cette grave question, a terminé son rapport en proposant les mesures suivantes.

Par rapport aux palefreniers. — Art. 1er. Il est défendu à qui que ce soit de coucher ou de faire coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des chevaux seulement suspectés de morve. Il est défendu même de coucher et de faire coucher des palefreniers dans des écuries servant d'infirmeries de chevaux, et même dans tout local servant à loger des animaux malades, de quelque espèce qu'ils soient.

Art. 2. Les personnes qui seraient exceptionnellement autorisées à traiter des

chevaux morveux ou suspectés de morve, ou qui auraient des infirmeries vétérinaires et qui voudraient faire surveiller leurs animaux pendant la nuit, devront faire établir la chambre du gardien de manière qu'elle ne communique point avec l'écurie, et que la surveillance s'exerce au moyen d'un chassis vitré.

PAR RAPPORT AUX CHEVAUX MORVEUX, FARCINEUX OU SEULEMENT SUSPECTÉS DE MORVE. — Art. 3. Toute personne qui aurait en sa possession des chevaux, ânes ou mulets atteints ou suspectés de morve ou de farcin, sera tenue d'en faire sur-le-champ sa déclaration, dans les communes rurales du ressort de la préfecture de police, devant le maire; et à Paris, devant un commissaire de police.

Art. 4. Il est défendu de vendre et d'exposer en vente, dans les marchés et partout ailleurs, des chevaux, ânes ou mulets atteints ou seulement suspectés de morve ou de farcin; il est également défendu d'employer à un service quelconque et même de conduire sur la voie publique les animaux qui se trouveront dans ce cas.

Art. 5. Il sera fait de fréquentes visites par un vétérinaire ou par tout autre préposé à cet effet, soit dans les marchés, soit sur les places affectées au stationnement des voitures de place, et sur tout autre point de la voie publique, à l'effet de rechercher les animaux présentant des signes de morve ou de farcin.

Art. 6. Les animaux qui seront dans le cas des articles précédens seront, à Paris, conduits dans une fourrière destinée à les recevoir; et, dans les communes rurales, conduits dans une fourrière semblable, s'il y en a une, ou consignés chez le propriétaire, s'il est habitant de la commune, ou consignés dans tel endroit que le maire jugera convenable, si le propriétaire de l'animal n'est pas un habitant de cette commune.

L'animal, dans le plus court délai possible, sera visité par un vétérinaire désigné par l'autorité.

Art. 7. Si l'animal est reconnu sain par le vétérinaire commis par l'autorité, il sera rendu au propriétaire.

Art. 8. Si le cheval est reconnu morveux, incurable par le vétérinaire, et si le propriétaire consent à ce que l'animal soit abattu, il sera marqué d'un *M* fait au ciseau dans le poil de la croupe, pour être livré sans délai à l'équarrisseur. Il sera dressé de la visite un procès-verbal qui contiendra le consentement de l'abattage.

L'abattage devra avoir lieu en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'administration qui en rendra compte au préfet.

Art. 9. Si le propriétaire ne consent pas à l'abattage, il nommera un vétérinaire breveté des écoles pour visiter l'animal d'une manière contradictoire : en cas de dissidence, il sera nommé un tiers expert par l'autorité qui, sur le rapport du tiers expert, statuera sur ce qu'il appartiendra.

Art. 10. Si, dans la visite du tiers expert, l'animal est déclaré morveux ou farcineux incurable, il sera abattu comme il est dit à l'art. 8.

Toutefois le propriétaire pourra, à ses frais, faire conduire l'animal à Alfort, pour y être traité si l'Ecole juge devoir essayer un traitement, sinon l'animal sera abattu immédiatement dans ladite Ecole ou livré à son équarrisseur.

Art. 11. Si l'animal est déclaré, par le vétérinaire de l'administration ou par le tiers expert-vétérinaire, seulement suspecté de morve ou atteint de farcin, dont la guérison est encore à espérer, il sera loisible au propriétaire de le faire traiter, soit à l'Ecole royale d'Alfort, soit dans sa propre écurie, mais, dans ce dernier cas, aux conditions suivantes :

L'animal sera marqué d'un signe représentant une équerre tracée au ciseau dans le poil, au défaut de l'épaule gauche.

L'écurie où devra être placé le cheval en traitement, non seulement sera isolée de manière qu'elle ne puisse présenter de dangers de contagion pour les animaux bien portans, mais encore elle devra être très saine et suffisamment large pour que le traitement et le pansement soient faciles; elle ne devra même contenir aucun autre cheval ou animal quelconque.

Cette écurie sera désignée par le vétérinaire de l'administration, et l'animal ne pourra y être placé que sur l'avis de ce vétérinaire et d'après la permission de l'autorité; jusqu'à ce moment l'animal restera dans la fourrière destinée aux animaux suspects de morve.

L'animal en traitement ne pourra plus ni travailler, ni même être promené sur la voie publique ou dans tout autre lieu, où il pourrait se trouver en contact avec des animaux sains.

Enfin, il devra toujours être soumis aux visites des préposés de l'administration.

S'il paraissait guéri, le propriétaire en ferait la déclaration à l'autorité qui, sur une nouvelle visite du vétérinaire commis par elle, donnera ou refusera l'autorisation de s'en servir aux travaux ordinaires.

Art. 12. Lorsque le cheval suspecté de morve aura été arrêté loin de la demeure du maître, et lorsque celui-ci fera traiter l'animal soit chez lui, soit à l'école d'Alfort, l'autorité désignera la route que le cheval devra suivre, les lieux où il devra stationner si la route est trop longue pour être parcourue en une seule marche, et le propriétaire devra se conformer strictement à ces prescriptions; il ne devra surtout pas faire passer la nuit à l'animal dans tout local servant à des chevaux sains.

Toutes les fois que l'autorité le jugera convenable, elle fera accompagner l'animal suspect par un préposé et aux frais du propriétaire.

Enfin, si celui-ci habite une autre commune que celle où l'arrestation aura été opérée, l'autorité qui aura fait l'arrestation préviendra aussitôt, de tout ce qui se sera passé, le maire de la commune du propriétaire.

Art. 13. Des visites faites par un vétérinaire commis par l'autorité seront faites de temps en temps dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, des rouliers, maîtres de poste, loueurs de voitures et marchands de chevaux.

Toutes les fois qu'il sera nécessaire, l'expert vétérinaire sera accompagné dans ces visites par le maire de la commune ou par le commissaire de police.

Il sera procédé, à l'égard des chevaux malades dans ces établissemens, comme il est dit aux articles 8, 9, 10 et 11.

Art. 14. Faute par le propriétaire qui aurait des animaux dans le cas de l'art. 11, de vouloir ou de pouvoir se conformer aux prescriptions de cet article, les animaux suspectés de morve ou farcineux seront conduits à la fourrière destinée à recevoir ces animaux.

Le propriétaire sera tenu de consigner le montant des frais de nourriture pour huit jours, sauf la restitution d'une partie de ces frais, si l'animal était abattu ou rendu avant l'expiration de la huitaine.

Si le propriétaire se refusait à faire cette consignation, l'animal serait abattu.

Art. 15. Les écuries et autres localités dans lesquelles auront séjourné les animaux morveux, farcineux ou seulement suspectés de morve, seront aérés et purifiés à la diligence des maires ou des commissaires de police par les soins des personnes de l'art.

Ces écuries ne pourront être occupées par d'autres animaux qu'après qu'il aura été constaté, en présence d'un expert-vétérinaire, que les causes d'infection n'existent plus.

Ces dispositions sont également applicables aux équipages, harnais et colliers.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — Art. 16. La présente ordonnance sera affichée dans les écuries des entrepreneurs de diligences, de messageries, des aubergistes, des voituriers, routiers, maîtres de poste, loueurs de voitures, marchands de chevaux et dans toutes les infirmeries vétérinaires.

— SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — PRIX. — Le procès-verbal de la séance publique, tenue par la société royale de médecine en 1839, sous la présidence de M. le docteur Martin, et le compte-rendu de ses travaux pendant les années 1838 et 1839, rédigé par M. le docteur Vincent Seux, ex-secrétaire-général, viennent de paraître en une brochure format in-8, de 112 pages.

La société propose, pour le concours de 1841, la question suivante :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

En mettant au concours une question qui depuis quelques années attire l'attention des praticiens, la société royale de médecine de Marseille désire que MM. les concurrens :

1° Déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines, partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques;

2° Qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux.

3° Enfin qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines et les moyens de les prévenir.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de 300 fr.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, à M. le docteur Chargé, secrétaire-général, avant le 1er septembre 1841, place du Lycée, 2.

— OSTÉOGRAPHIE, ou description iconographique comparée du squelette et du système dentaire des cinq classes d'animaux vertébrés récens et fossiles pour servir de base à la zoologie et à la géologie; par M. H.-M. DUCROTAY DE BLAINVILLE, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle. — Ouvrage accompagné de planches lithographiées sous sa direction par M. J.-C. Werner, peintre du Muséum d'histoire naturelle de Paris. — In-folio. — Planches : fascicule, quatrième texte; fascicule, cinquième.

A Paris, chez Arthus Bertrand, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 23.

— DES COURS SUR LES RÉVOLUTIONS DE LA SURFACE DU GLOBE ET SUR LES CHANGEMENS QU'ELLES ONT PRODUITS DANS LE RÈGNE ANIMAL; par G. CUVIER. — 8e édition. In-12. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 25.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 4 AVRIL 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les plaies sous-cutanées.—Observations de résections, pratiquées dans la continuité des os longs. — II. Correspondance médicale. Bec-de-lièvre compliqué; réflexions sur l'âge auquel il convient de pratiquer l'opération.—Observations sur l'emploi du nitrate d'argent à haute dose dans la conjonctivite purulente. — Observations sur une déchirure de la cloison recto-vaginale et sur des fissures à l'anus, traitées avec succès par l'extrait de monésia. — Calculs vésicaux; cystotomie. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 23 mars. — Académie de médecine: séance du 31 mars. — IV. Bibliographie. Anatomie pathologique, avec modèles en relief.—V. Variétés. Lettre sur l'anthropologie physiologique.—Association des médecins de Paris: séance générale extraordinaire du 29 mars: Rapport sur la question de police médicale soulevée dans la précédente assemblée.—VI. Feuilleton. Esquisses, n° 1.

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES; lu à l'Académie des sciences le 8 juillet 1839, par le docteur Jules Guérin.

Lorsque j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie des premiers résultats que j'ai obtenus de la section des muscles dorsaux dans le traitement des déviations latérales de l'épine, j'ai provoqué et j'ai dû provoquer un mouvement de surprise, sinon de prévention, contre une série d'opérations dont le siége et l'étendue pouvaient faire craindre qu'elles ne fussent pas tout à fait exemptes de danger. Ce sentiment, je le conçois d'autant mieux que moi-même je l'ai éprouvé longtemps avant de mettre à exécution un plan auquel m'avaient conduit l'évidence des indications étiologiques, les besoins incessans d'une pratique souvent stérile, et, j'ose le dire, la certitude du succès, quant à son résultat immédiat sur la difformité. Comment, en effet, n'être pas arrêté par la considération des parties nombreuses et délicates à traverser et à diviser en voulant atteindre la totalité des muscles des gouttières vertébrales? Des vaisseaux et des nerfs en quantité assez considérable; une série de tendons glissant dans des gaînes; des masses musculaires renfermées dans des aponévroses; des aponévroses larges et épaisses; et, finalement, le voisinage des cavités thoracique et abdominale, et du canal rachidien, dont les émanations vasculaires et nerveuses préparaient, à la communication des accidens, des voies en apparence presque certaines: il y avait là, au point de vue des notions acquises sur les plaies et leurs complications, de quoi faire appréhender les dangers les plus réels. Ajoutons qu'il n'y avait pas à mettre à profit les ressources de la réunion immédiate; de l'adhésion entre les parties divisées pour éviter l'inflammation, puisque le but de l'opération était de substituer un allongement à la trop grande brièveté des parties à diviser. Il fallait donc, pour réaliser ce résultat à travers les difficultés et les périls dont il paraissait environné, des conditions d'exécution et des ressources nouvelles: ces conditions et ces ressources étaient en effet là où les enseignemens de la tradition avaient placé les apparences d'un écueil presque certain. En un mot; tout paraissait condamner d'avance ma tentative, et tout au contraire devait la rendre simple, facile, sûre, et d'une réussite merveilleusement rapide. Pour ne pas anticiper sur les résultats de l'expérience, je vais raconter la série des épreuves, des faits et des idées par lesquels mon esprit a passé pour acquérir désormais la sécurité la plus parfaite sur les résultats constans d'une opération que pendant plus de deux ans j'ai méditée, sans oser l'entreprendre, et comment cette opération servira de point de départ à un

Feuilleton.

ESQUISSES.

N° I.

Hæ nugæ seria ducunt. (Horat.)

Veut-on savoir l'équation la plus subtile, la plus élevée, la plus complexe, et par conséquent la plus difficile à résoudre? C'est une *maladie*; une grande finesse de perception, un discernement exquis, une attention soutenue, un jugement profond, n'y sont pas de trop. Tout échappe en probabilités, un cruel *peut-être* est toujours là, comme un démon à deux visages, pour neutraliser l'induction et tourmenter l'esprit. Mais allez dans le monde, vous trouverez des aveugles-nés qui sont toujours sûrs de leur fait, qui guérissent infailliblement, qui haussent les épaules au moindre doute; et il y a des personnes qui les croient, qui les admirent; bien plus, qui exécutent à la lettre ce qu'ils prescrivent. Qu'est-ce donc que la vie et la santé? Qu'est-ce que la maladie pour les gens du monde? Quelle idée se font-ils de la médecine?

Il est des hommes qui passent leur temps, leurs nuits dans les sociétés, au spectacle, au jeu, dans les amusemens les plus frivoles, et qui de cette manière réussissent à combler l'abîme d'une journée. Il en est d'autres qui consacrent leurs loisirs à l'étude, à la méditation, à des expériences; ils font part au public du fruit de leurs recherches. Bientôt l'envie et la sottise, sa compagne, s'éveillent et disent: c'est un médecin de cabinet, il n'a ni expérience, ni malades; et la médisance trouve de nombreux échos. Illustre Gassendi, ce fut une preuve de votre sagesse d'avoir écrit en tête de chacun de vos livres: **AUDE SAPERE.**

Et moi aussi j'aime cette pensée d'un poëte oriental: « Il faut tenir à la vertu par la racine, et au savoir par le sommet. »

Les faits sont brutaux, dit-on, comment le croire? Ils paraissent au contraire très souples, très malléables, très complaisans, très élastiques. Les faits disent et prouvent à peu près ce qu'on veut qu'ils disent, l'interprétation fait tout. Et pourtant ils recèlent la vérité, c'est le bloc de marbre qui contient la Vénus, mais il s'agit de l'en extraire. Il y a deux mille ans qu'on fait des théories en médecine avec les mêmes faits; on en fera de même dans deux mille ans, car le vrai absolu reste à jamais voilé pour nous. Le vrai relatif est le seul possible, le seul connu; avec celui-là on édifie bien des systèmes et des théories, mais la base en est toujours fragile et mobile; elles passent et les faits restent.

ordre entier de ressources nouvelles, applicables, je l'espère, au domaine général de l'art chirurgical.

§ I. — PARTIE EXPÉRIMENTALE.

A. PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX VIVANS.

Je me suis livré d'abord à des expériences sur les animaux dans l'unique but de savoir quels accidens pourrait causer la section des muscles de l'épine. J'ai mis la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal à nu sur des chiens, par une incision longitudinale à la peau; j'ai coupé ces muscles en travers, j'en ai même excisé une partie pour observer ce qui se passerait entre les deux bouts; puis je les ai recouverts avec la peau dont les bords ont été maintenus en contact au moyen de points de suture très rapprochés. Cette première tentative n'a été suivie d'aucun accident; un épanchement considérable de fluide sous la peau a tenu cette dernière soulevée pendant deux jours : une résorption rapide s'en est suivie, et la plaie guérit en quelques jours, sans aucune trace d'inflammation locale ni de réaction générale : les fils de la suture ont disparu. Six semaines après, l'autopsie me montra les deux bouts des muscles divisés réunis par une substance intermédiaire, blanche-rougeâtre, résistante, de consistance fibro-celluleuse, remplissant exactement la place des portions de muscles excisées.

Dans les expériences suivantes, je divisai transversalement, mais cette fois sous la peau et au moyen d'une simple ponction, les muscles des gouttières vertébrales et ceux du dos qui leur correspondent. Dans quelques cas je produisis des épanchements assez sensibles sous la peau; dans d'autres il n'y eut pas d'épanchement appréciable; mais la plupart de ceux qui se manifestèrent furent résorbés dès le lendemain, et deux jours après il n'existait plus d'autre trace de la division des muscles qu'un peu d'empâtement insensible, formé par une substance molle remplissant l'intervalle qui existait entre les deux bouts divisés. Cette substance s'organisa progressivement jusqu'à ne laisser plus apercevoir de différence au toucher avec les tissus qu'elle réunissait. Aucun accident local, en général, n'avait précédé ni suivi cette guérison rapide.

Ces premiers résultats avaient commencé à me rassurer; cependant je pouvais craindre que la guérison si instantanée des plaies ne tînt à l'organisation particulière du chien, dont le sang jouit d'une plasticité remarquable. Je tâchai d'arriver aux applications de ces données à l'homme par des moyens gradués, et avec toute la prudence que commandait une pareille tentative.

B. PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES SUR L'HOMME VIVANT.

Mes premières expériences sur l'homme consistèrent dans la section sous-cutanée des muscles sterno et cléido-mastoïdiens. En même temps qu'elles me préparèrent la voie pour arriver aux muscles de la colonne, elles me servirent à réaliser la méthode de traitement du torticolis ancien que j'ai fait connaître il y a dix-huit mois. Je fis donc, dans l'intervalle d'une année, vingt-cinq fois la section sous-cutanée des muscles sterno ou cléido-mastoïdiens, isolément, alternativement ou simultanément, et, dans tous les cas, j'ai obtenu une guérison des plaies sans apparence d'inflammation locale, et toujours avec la série de phénomènes que j'avais observés après la section des muscles dorsaux chez le chien; c'est-à-dire épanchement d'une certaine quantité de sang dans la plaie, accumulation d'un fluide qui se résorbait en vingt-quatre ou trente-six heures, pour ne laisser à sa place qu'une substance molle passant graduellement à l'organisation fibro-celluleuse. On remarquera qu'il ne s'agissait déjà plus de la section sous-cutanée des tendons des muscles rétractés, et qu'on ne pouvait plus regarder le calme des phénomènes comme dépendant de la division des parties qui, comme le tendon d'Achille, ne sont ni vasculaires, ni nerveuses; mais qu'il s'agissait d'une plaie véritable, occupant une étendue quelquefois de 8 à 10 centimètres, intéressant des vaisseaux et des nerfs, provoquant de la douleur et un épanchement assez considérable de sang. Plusieurs fois, en effet, j'avais été obligé de diviser tout à la fois le tendon du sterno-mastoïdien primitivement rétracté, et le corps charnu du muscle cléido-mastoïdien, parce que son raccourcissement secondaire, bien que passif, était trop considérable pour me permettre d'espérer un allongement suffisant par les machines : je coupais donc les deux muscles, je coupais, en outre, leurs aponévroses, le peaucier; je coupais des filets nerveux, des artérioles et des veinules, en quantité assez considérable pour avoir une forte accumulation de sang dans la plaie. Malgré la tuméfaction qui en résultait, et quoique une foule d'accidens parussent à craindre, comme le décollement de la peau, l'inflammation et l'étranglement des parties profondes, la fusée du fluide épanché, et, secondairement, du pus dans les intervalles cellulaires des muscles, rien de tout cela ne m'est arrivé, je le répète, dans vingt-cinq opérations de ce genre, que j'ai pratiquées; toujours, au contraire, un travail d'organisation régulière s'est manifesté là où on pouvait appréhender une réaction inflammatoire. On remarquera bien qu'il n'y avait pas ce que les auteurs ont constaté et décrit jusqu'ici, sous la dénomination de réunion immédiate ou d'adhésion entre les parties divisées : il y avait, au contraire, séparation de ces parties, et, dans leur intervalle, un épanchement fluide d'abord, gélatiniforme ensuite, et un travail successif destiné à consolider cette matière et à lui donner la consistance et la force des parties environnantes.

Cette seconde série de résultats m'avait amené à réfléchir sur la cause essentielle de leur constance, de leur uniformité et de leur dissemblance avec les effets ordinaires des plaies. Trois ou quatre résultats opposés, c'est-à-dire le développement de l'inflammation et de la suppuration à la suite d'opérations analogues et moins importantes encore, à la suite de sections du tendon d'Achille et du tendon du biceps, faites également sous la peau par deux chirurgiens de nos hôpitaux me mirent immédiatement sur la voie. Ces chirurgiens, quoique très habiles, avaient fait, comme Delpech dans son premier essai de section du tendon d'Achille, d'assez larges ouvertures à la peau, et comme lui ils avaient vu survenir une inflammation suppurative. Je crus trouver dès lors, dans l'étendue de l'ouverture des plaies, un obstacle à l'adhésion immédiate de leurs bords, une voie nécessairement ouverte à l'air extérieur, et une communication permanente entre ce fluide et le fond des parties divisées. Cette opinion, confirmée dans mon esprit par une foule de considérations dont j'émettrai plus bas les plus décisives, le fut surtout par l'expérience de ce que j'avais fait. Dans chacune de mes vingt-cinq opérations de torticolis; comme dans plus de deux cents cas de pieds-bots que j'avais opérés, mes opérations n'avaient eu besoin que de simples piqûres à la peau, très étroites, de 4 à 5 millimètres au plus, qui s'étaient complètement fer

---

Un médecin allemand affectait un organe spécial pour le sommeil, qu'il définissait une « polarité adynamique de l'organe de l'intuition intérieure, produite par la polarité de l'organe du sommeil. » Voilà de la science transcendante. J'aime autant Aristote qui définit le mouvement : « l'acte d'un être en puissance autant qu'il est en puissance. »

Une lueur fugitive ne suffit pas, creusez toujours, creusez profondément, la vérité jaillira pleinement, fortement, brillante et pure; la source ne tarira plus. Toutefois, hommes de labeur et de mérite, esprits chercheurs et perspicaces, ne vous attendez pas que vos découvertes soient reconnues pour telles, que justice entière vous soit rendue par vos contemporains; quand on a semé, il faut s'attendre à la grêle et aux insectes. Mais ne vous découragez pas, publiez, propagez la vérité, elle est, de sa nature, vivace et prolifère. Si l'aveugle est là pour la nier, le méchant pour la cacher, le temps y est aussi pour la produire et la féconder.

Voici la grande, l'éternelle objection. La médecine est versatile et changeante; la médecine d'hier n'est pas celle d'aujourd'hui; les écoles, les doctrines sont opposées, toujours l'effrayante certitude de l'incertitude des principes. Mais ne voyez-vous pas que cette mobilité, ce continuel changement sur quelques points, sont les conditions du progrès. Il y a dans la science le contingent, l'accidentel; il y a aussi le positif, le réel, l'immuable. L'unité de doctrine perpétuelle serait, ou la complète immobilité de la science, ou le dernier mot des phénomènes de la vie. Un système est une idée considérée sous toutes ses faces; cette idée s'épuise, elle a fait son temps, et comme la nature est inépuisable, que les phénomènes sont inconnus dans leur cause, infinis dans leurs effets, une autre idée surgit, prospère et passe en laissant son contingent de vérités. Ainsi, la science embrasse tout, profite de tout, avance toujours et à travers tout. C'est le mouvement en spirale, comme on l'a dit, mais enfin, c'est le mouvement; il tend à des axiômes de plus en plus supérieurs. Qui osera dire : voici le dernier échelon?

Peu de médecins ont mesuré l'abîme qui existe entre l'exploitation brute de la pensée et l'art difficile de la polir, de la présenter sous une forme nette, précise, pénétrante et lumineuse. Que d'art pour cacher cet art! Que d'efforts pour paraître facile! Que d'esprit pour en laisser voir si peu et si à propos!

Une main de papier étant donnée, écrire sur ses pages le plus de phrases possibles, avec un certain air grave et scientifique, une béate infatuation d'auteur, qui pousse au progrès : rien de plus commun. L'ouvrage est lancé, on attend un peu de bruit, de réputation, mais en vain. Ce livre n'est connu que par son extrait de naissance, sous forme d'annonces dans les journaux; peu le parcourent, si ce n'est un critique malveillant, qui veut au moins en connaître quelques bribes, ou bien celui qui s'est occupé du même objet, par conséquent toujours prêt à déprécier ce qui a été dit avant lui, ou bien à en faire tacitement son pro-

mées, et dont j'avais immédiatement favorisé l'occlusion à l'aide d'un peu de diachylon gommé.

Je me croyais donc en possession de la condition essentielle qui avait empêché mes plaies sous-cutanées de s'enflammer, qui les avait fait devenir le siége d'un travail d'organisation immédiate, et cette condition me paraissait être l'absence du contact de l'air extérieur, l'occlusion immédiate des ouvertures et l'occupation de l'étendue de la plaie par du sang épanché. Mais jusqu'à quel point pouvais-je compter sur cette immunité d'accidens dans les plaies sous-cutanées soustraites au contact de l'air? Quelle limites pouvais-je assigner à cette immunité relativement à l'étendue des plaies, à leur profondeur, à la nature et au nombre des tissus qu'elles pouvaient comprendre? Des plaies larges, profondes, siégeant dans toutes les parties du corps, occupant des muscles, du tissu cellulaire, des aponévroses, des ligamens, des nerfs, des vaisseaux, pouvaient-elles bénéficier de la même condition, et donner lieu sous la peau à un travail d'organisation tout à fait exempt de réaction inflammatoire, ou d'apparence morbide quelconque? Pour résoudre cette question dans sa généralité, je fis les expériences suivantes :

C. SECONDE SÉRIE D'EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX.

Je pris deux chiens de médiocre taille, l'un jeune, l'autre adulte. Au premier, je fis la section sous-cutanée de la masse des muscles des gouttières vertébrales dans trois points différens de sa longueur; une section au niveau de la région scapulaire supérieure, comprenant le trapèze, le rhomboïde, le petit dentelé, les prolongemens du sacro-lombaire et du long dorsal et les deux couches des transversaires épineux; une seconde section du côté opposé de l'épine, à 8 centim. plus bas et comprenant les différentes couches de muscles et d'aponévroses jusqu'au fond de la gouttière vertébrale; une troisième section au niveau de la troisième vertèbre lombaire; comprenant également toute la largeur de la masse commune du sacro-lombaire et du long dorsal. Après ces trois plaies, j'en fis deux autres beaucoup plus considérables sur le même sujet; je coupai transversalement sous la peau les masses charnues de la partie postérieure et supérieure de la cuisse de chaque côté, depuis le fémur jusqu'à la peau. Dans cette section furent compris le grand fessier, le biceps, le demi-tendineux, le demi-membraneux, le droit interne, le grand adducteur, le nerf sciatique et les artères et les veines correspondantes. Chacune de ces sections avait été faite au moyen d'une seule ouverture à la peau, avec un bistouri de 2 millim. de largeur, et sur un point de la peau écarté du siége de la plaie intérieure, de manière à détruire le parallélisme des deux ouvertures; pour mieux encore me prémunir contre l'introduction de l'air, je fermai les ouvertures de la peau à l'aide d'un point de suture.

Chez le second chien, je fis une longue plaie sous la peau, s'étendant depuis la racine du cou jusqu'au sacrum, parallèlement à la ligne des apophyses épineuses. Je divisai ainsi tous les muscles qui recouvrent la gouttière vertébrale et traversai tous ceux qui occupent cette gouttière, jusqu'à la dernière couche des transversaires épineux. Cette longue plaie avait pu être faite en deux temps, par une seule ouverture à la peau, correspondante au milieu de l'épine. Dans le premier temps, j'avais divisé toutes les couches des muscles, depuis le haut de la région dorsale jusqu'au milieu de la colonne; dans le second temps, j'avais réintroduit l'instrument par la même ouverture, mais en sens inverse, pour couper du sacrum au milieu de la colonne. Après avoir fait cette première plaie et fermé l'ouverture de la peau, au moyen d'un point de suture, je répétai à la cuisse gauche du même chien, l'opération que j'avais faite aux deux cuisses du chien précédent, c'est-à-dire la section transversale de tous les muscles postérieurs du haut de la cuisse, depuis le fémur jusqu'à la peau. Dans cette section, ont été également compris les vaisseaux et les nerfs qui font partie de cette masse charnue. Un point de suture ferma également toute communication avec l'air extérieur.

Voici dans quel état étaient ces deux chiens immédiatement après l'opération :

Chez le premier, le plus jeune, il y eut des épanchemens de sang sous la peau, au niveau des sections des muscles vertébraux; mais ces épanchemens étaient médiocres. Aux deux cuisses, au contraire, la quantité du liquide épanché fut beaucoup plus abondante, quoique cependant elle ne déterminât pas une forte tension des parties.

Chez le second chien, il y eut un épanchement de sang dans toute l'étendue de la gouttière vertébrale, correspondant à la plaie, mais un épanchement sans gonflement considérable; à la cuisse opérée, au contraire, il y eut un épanchement énorme : le volume de la fesse avait doublé; elle était roide, tendue, et remplie évidemment par un liquide épanché.

Les deux chiens furent liés et retenus immobiles jusqu'au lendemain matin. La nuit se passa tranquille, sans aucune espèce d'accident, et les animaux ne paraissaient pas souffrir. Le lendemain, le plus fort mangea un peu, l'autre resta sans manger jusqu'au soir. Ni l'un ni l'autre cependant n'eut aucune apparence de fièvre. Le surlendemain ils paraissaient de la meilleure santé, buvant, mangeant, comme de coutume, et commençant à se livrer à des mouvemens assez étendus. Le plus jeune, qui avait eu les deux fesses divisées, était complètement paralysé des deux membres inférieurs; il essayait néanmoins de marcher par bonds; le plus âgé, ayant conservé un membre intact, marchait parfaitement, le membre opéré en l'air. Ni l'un ni l'autre n'offrait plus de traces des opérations aux muscles de l'épine. Aux fesses, le gonflement avait diminué des trois quarts; on ne sentait plus sous la peau qu'une matière molle; mais la pression ne développait aucune douleur.

Le quatrième jour, le chien le plus âgé ne paraissait plus se souvenir de ses mutilations : il s'échappa de sa retraite, marcha, courut, sauta toute la journée; il était absolument comme avant les opérations. Le soir il éprouva les effets de cette fatigue prématurée : un peu de sensibilité s'était développée dans le point opéré; mais, dès le lendemain, tout paraissait rentré dans l'état normal, et la plaie de la fesse, aussi bien que celle du dos, n'offrait plus de trace de sensibilité.

Chez le plus jeune des deux chiens, les phénomènes offraient encore plus d'intérêt; aucune des cinq plaies n'avait provoqué le plus petit symptôme de réaction inflammatoire, et, dès le quatrième jour, le chien commença à se lever sur ses pattes de derrière; et, au huitième jour, il pouvait marcher; enfin, aujourd'hui il conserve à peine quelques traces de cette paralysie complète des deux membres, due à la section des troncs nerveux qui les desservent.

Voilà donc une réunion de plaies sous-cutanées, occupant une grande étendue de tissus, ayant divisé des masses charnues, des muscles, des aponévroses, des vaisseaux et des nerfs, suivies d'épanchemens considérables sous la peau, et guérissant, que dis-je, s'organisant

---

fit. Ainsi, on l'indifférence, ou la haine, ou l'envie, ou le plagiat; quel succès! Et puis, écrivez sans fin, entassez volumes sur volumes. Êtes-vous donc si pressés de voir le fruit de vos travaux honni ou délaissé? Avez-vous hâte que votre chef-d'œuvre, dont la valeur se mesure au crochet du peson, ou dans la balance, passe des magasins du libraire dans ceux de l'épicier, vaste et implacable *Achéron* des auteurs?

Qui dit une théorie, dit l'expression d'une série de faits combinés, rapprochés, réagissant les uns sur les autres, liés entre eux dans un étroit rapport de prémisses à conséquences, et qui aboutissent à une conséquence dernière, qu'on appelle PRINCIPE. Maintenant que l'on cherche et que l'on compte les théories vivaces, celles qui dominent les esprits et brillent encore dans les fastes de la science.

L'homme est un monstre de contradiction; ce dont il parle le plus, c'est la santé, ce dont il se soucie le moins, c'est la santé. Il veut vivre longtemps, et il ne fait rien pour prolonger sa vie; il l'excite, il l'use, il la consume, comme s'il lui tardait d'en finir avec elle, de se débarrasser au plus tôt de cet état de fièvre et d'agitation. A quelques exceptions près, tous les hommes en sont là, car tous sont assez simples, assez absurdes, pour confier leur bonheur aux plaisirs, à l'ambition, à la fortune. J'ai connu un banquier qui avait trois millions et une affection au foie; il n'en vivait pas avec moins de violence et d'imprudence; mais, comme tous les autres, il promettait d'être sage *un jour*.

Rien n'est plus vrai : il faut soigneusement distinguer la *découverte* de la *trouvaille*. L'une est active, l'autre passive; la première tient au génie, et constitue véritablement le *nouveau*; la seconde dépend du hasard et n'est que le *renouvelé*.

La presse médicale présente, comme la presse politique et littéraire, un mélange fort hétérogène; il y a là, comme en tout, le bon et le mauvais esprit. La presse présente, en effet, deux aspects fort distincts. C'est un admirable instrument, appliqué aux idées, ou un instrument de calomnie applique aux personnes; c'est une force de lumière et d'activité, ou une officine de mensonge et de déception; c'est un bélier qui sape et détruit les réputations, ou un point d'appui pour les célébrités qui commencent; c'est un tripot ou une tribune; c'est une boutique de scandale, ou une chaire d'où rayonne la vérité; c'est une folle qui loge tout le monde dans une maison de verre, ou la sagesse qui distribue la gloire à chacun selon son mérite et sa capacité. Maintenant, vous qui êtes exposé aux caresses ou aux morsures de la publicité, de quelle presse, de quels hommes parlez-vous? Faudra-t-il confondre quelques individus jaloux, haineux, ignorés, le bas journalisme, avec les hommes de courage, de lumière et de progrès? Bien des savans commettent cette sotte et fatale erreur; mais ignorent-ils deux choses : la première, qu'on se passe de livres et non de journaux; la seconde, que souvent l'arme la plus cruelle de la presse est le silence?

Il existe aujourd'hui une sorte de facilité mécanique à faire un livre, un traité,

immédiatement, presque comme s'il n'eût été question que d'une simple lésion de la peau elle-même. Je m'abstiens de tirer, pour le moment, les conséquences importantes qui ressortent de ces deux opérations. Je me borne à dire qu'il me paraît démontré dès lors qu'on pouvait impunément pratiquer des plaies étendues sous la peau sans craindre d'accident, pourvu qu'on eût soin d'empêcher toute communication avec l'air extérieur. Plein de cette conviction, je crus pouvoir essayer d'appliquer à l'homme le bénéfice de ce résultat nouveau.

D. SECONDE SÉRIE D'EXPÉRIENCES CHEZ L'HOMME.

Je ne m'arrêterai pas à détailler chacune des opérations qui m'ont conduit chez l'homme à des résultats analogues à ceux que je viens de rapporter. Je me bornerai à donner un résumé de ces opérations, en faisant connaître les particularités les plus remarquables qu'elles m'ont offertes au point de vue du sujet de ce mémoire.

J'ai fait chez l'homme, seize fois (1) sous la peau, la section totale ou partielle des muscles du dos et de la colonne, du trapèze, du rhomboïde, de l'angulaire de l'omoplate, du sacro-lombaire et du long dorsal des transversaires épineux. Dans chacune de ces opérations, j'ai été obligé de faire des plaies de 8 à 10 centimètres d'étendue, quelquefois 4 à 5 centimètres de profondeur, comme dans les cas de section complète des masses communes du sacro-lombaire et du long dorsal; dans quelques cas, dans la section totale du trapèze et du rhomboïde, par exemple, l'instrument tranchant a parcouru 10 à 12 centimètres sous la peau.

Dans toutes ces opérations, j'ai divisé des faisceaux musculaires, des aponévroses, des gaines tendineuses, des vaisseaux et des nerfs; dans quelques circonstances, il s'est fait immédiatement sous la peau et entre les lèvres de la plaie sous-cutanée un épanchement assez considérable. Cependant je me suis borné pour tout pansement à fermer la petite ouverture de la plaie extérieure avec un morceau de diachylon gommé, et à exercer une compression médiocre sur la saillie extérieure quand il y avait un épanchement un peu considérable. Dans les seize opérations que j'ai pratiquées, moins une, que j'analyserai plus bas, les plaies n'ont provoqué aucun phénomène inflammatoire ni de fièvre; dès le lendemain, elles n'offraient plus d'autre trace extérieure qu'un léger empâtement, presque insensible à la pression. Tous les sujets qui ont été ainsi opérés ont pu, dès le troisième jour, se lever, marcher avec des supports, être soumis à des appareils mécaniques destinés à corriger les déviations de la colonne dégagées dès lors des agens primitifs de leurs directions vicieuses.

La seule opération qui n'ait pas suivi la marche que je viens d'indiquer a offert des circonstances exceptionnelles qui m'ont paru expliquer clairement la différence des résultats qu'elle a présentés. C'était la seconde fois que je faisais la section de la totalité des muscles de la gouttière vertébrale; j'avais fait deux ouvertures à la peau, beaucoup plus grandes que de coutume; une assez grande quantité d'air s'était introduite dans la plaie par ces ouvertures, et s'était infiltrée entre les gaînes celluleuses des muscles. Ce n'est que le lendemain de l'opération que je me suis aperçu de la présence de cette masse d'air qui avait soulevé la peau dans une assez grande étendue, et qu'on pouvait apprécier à la crépitation provoquée par la pression des doigts. Depuis cet accident, j'ai eu soin de faire de très petites ouvertures à la peau, de n'en faire qu'une, autant que possible, pour chaque opération, d'expulser l'air qui s'y introduisait, et surtout de ne pas en faire sortir tout le sang épanché pour ne pas laisser d'espace libre entre les lèvres de la plaie et les bouts des muscles divisés. Moyennant ces précautions, il ne m'est plus arrivé le plus petit accident, et j'ai cru voir dans le cas exceptionnel que je viens de rapporter une contre-épreuve décisive de mes expériences pour établir le fait général de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées.

En résumant la partie expérimentale de ce mémoire, on voit que chez l'homme aussi bien que chez les animaux, que pour les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux d'un petit calibre, aussi bien que pour les tendons, les plaies qui divisent tous ces tissus sous la peau hors du contact de l'air extérieur, sont affranchies du travail inflammatoire et jouissent à coup sûr de la propriété de s'organiser immédiatement. Voyons maintenant à quoi tient ce phénomène, et cherchons à déterminer comment l'air agit pour empêcher par sa présence l'organisation immédiate des plaies, et comment, au contraire, par son absence, cette organisation s'effectue toujours immédiatement.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, j'ai répété cinquante fois environ les mêmes opérations, et toujours avec les mêmes avantages.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE RÉSECTIONS, PRATIQUÉES DANS LA CONTINUITÉ DES OS LONGS; par le docteur RELITSKY, chirurgien en chef de l'hôpital Morskoy, de Saint-Pétersbourg, communiquées par M. le docteur A. RIVIÈRE.

La chirurgie s'enrichit tous les jours de nouveaux travaux, de nouvelles découvertes, qui agrandissent beaucoup son domaine, et font justice d'une foule de préceptes qui perdent de leur inviolabilité, à mesure que le progrès se fait sentir davantage. Si nous remarquons, d'une manière spécialement relative à notre sujet, combien nos moyens d'ostéotomie se sont perfectionnés depuis quelque temps, nous pourrons en conclure à bon droit qu'il nous est permis désormais d'aller plus loin que nos devanciers, touchant les résections.

Néanmoins, loin de nous la prétention de marcher sur un terrain vierge; encore moins de jeter sur ce dernier les premières semences. Certes, il nous suffit de jeter un coup-d'œil sur l'antiquité médicale la plus reculée, et notamment sur les écrits de Celse, de Galien, etc., pour y voir des faits qui attestent l'introduction et l'application pratique des résections dans le traitement de certaines maladies qui réclamaient leur emploi. Et, de nos jours, nous trouvons, en le parcourant, que le champ de la science s'est étendu considérablement sous l'influence des travaux récens des Wite, des Bouëh, de Bonialsky, des Salomon, des Boyer, des Delpech, des Dupuytren, des Larrey, des Syme, des Scarpa, des Astley Cooper,

un mémoire, qui écrase la science et ôte toute espèce d'originalité. Des mots à effet, comme *expérience, progrès, lésion organique, rigoureuse application*, etc., etc.; quelques réflexions plus ou moins justes, un grand étalage de faits, et voilà l'œuvre achevée; il n'y manque qu'une idée grande et juste qui en soit l'âme. Quelques lecteurs, trois mois de vie, l'oubli ensuite, tel est le sort de ces productions, résultat d'une fécondité malheureuse, qui use le présent, sans profit pour l'avenir. Comment ne pas comprendre que rien ne se fait bien qu'avec soin et travail; que la précipitation est un terrain stérile, qui ne porte que des phrases et jamais des fruits?

Ajoutez, si vous pouvez, à ce qu'il y a d'inventif, d'ingénieux, de profond, de hardi dans vos expériences, ce qu'il peut y avoir de réel, de fécond et de positif dans les résultats.

A force de chercher dans les travailleurs scientifiques, on trouve enfin une espèce assez rare, et qui le devient de plus en plus; ce sont des esprits qui, n'ayant ni légèreté, ni éclat, ni poli, ont néanmoins de la valeur et du poids: c'est l'or dans sa gangue, qui est tout à la fois le plus lourd, le plus précieux et le plus recherché des métaux.

Approchons et recueillons les opinions. L'un dit: *l'anatomie et la physiologie*, voilà les solides fondemens de la médecine; l'autre soutient que c'est l'*anatomie pathologique*. Un troisième assure que l'observation *clinique* est tout, pourvu, ajoute un quatrième, qu'on ouvre le cadavre. Faites des *expériences* sur les animaux, s'écrie son voisin, puis comparez. Mais, réplique un autre confrère, sans la *statistique* point de certitude dans les résultats; voulez-vous savoir, apprenez à compter. Ainsi chacun prétend ramener les autres à son point de vue, à l'évidence, à *son évidence*. Enfin, un homme grave s'avance et dit: Illustres docteurs *in utroque jure*, loin de rejeter les moyens que vous nous vantez avec tant d'ardeur, mon avis est de les adopter tous, de les réunir, de n'en faire qu'un levier pour soulever les bornes de la science. Et croyez-moi, la force multiple de tous ces instrumens sera à peine suffisante pour approfondir chaque maladie, pour en saisir les causes, surtout pour la guérir, car guérir est le but unique de nos efforts, c'est le principe, le milieu et la fin de notre art. *Dixi.*

Un homme de génie explore, réfléchit, médite, combine; il saisit un grand fait, un principe à sa base, il le suit dans ses formes et ses profondeurs; il le pénètre dans ses détails, l'analyse dans ses rapports, le vérifie, le constate, l'apprécie dans toute son étendue; bientôt il le convertit de réalité abstraite et obscure, en réalité distincte, évidente et applicable; voilà le progrès.

La ville de Nancy donna des fêtes pour le rétablissement de son prince. « Les Lorrains firent battre *deux cents jetons d'or*, aux armes de Nancy d'un côté, et

des Græfe, des Roux, des Velpeau, des Lisfranc, des Rust, des Dieffenbach, etc., etc. Cependant, nous ne pouvons pas nous dissimuler que les efforts réunis de tous ces grands maîtres ne sont pas encore parvenus à donner à cette partie si importante de la médecine opératoire toute l'extension dont elle est susceptible, tout l'éclat dont elle peut briller. C'est donc aux hommes d'avenir qu'est dévolue toute la mission de rendre plus complète l'histoire de cette branche de la chirurgie.

Jusqu'à présent, en effet, on n'a guère pratiqué de résection que sur les extrémités articulaires des os. Les exemples d'ablation dans la continuité et au centre même des os apparaissent clair-semés dans les feuilles périodiques et dans les ouvrages les plus modernes; ceux d'extirpation totale des os sans amputation des parties molles sont extrêmement rares, nous dirons même presque nuls; car il advient constamment que les désordres anatomiques qui accompagnent ces opérations déterminent les chirurgiens à préférer l'amputation, comme unique et meilleure chance de salut. Si nous consultons à cet égard les auteurs les plus recommandables de nos jours, ils avouent unanimement que la résection est souvent plus laborieuse et plus grave que l'amputation, et que les vives douleurs auxquelles sont exposés les malades, les longueurs, les souffrances et le dénouement, ordinairement si fatal, qui suivent cette opération, doivent faire un précepte de recourir, dans le plus grand nombre des cas, à l'amputation.

— L'amputation? — Oui; mais non pas toujours comme ressource thérapeutique de prédilection, de préférence. La conservation d'un membre est une puissante raison, devant laquelle le chirurgien devrait fléchir plus souvent et déposer le couteau! Les observations qu'on va lire parlent encore plus que tous les raisonnemens en faveur de la vérité que nous venons d'énoncer.

CARIE DU RADIUS; RÉSECTION TOTALE DE CET OS; GUÉRISON; RÉPARATION DE LA PARTIE OSSEUSE ENLEVÉE.

OBS. I. — Georges Michaïloff, simple marin, âgé de 42 ans, constitution assez bonne, se présenta à l'hôpital Morskoy, de Saint-Pétersbourg, dans les conditions pathologiques qui suivent :

Tumeur occupant le bras droit, siégeant sur la presque totalité de la région anti-brachiale antérieure, offrant une large surface, extrêmement dure et rénitente au toucher dans certains points, molle dans d'autres, et caractérisée dans toute son étendue par une rougeur érysipélateuse assez intense, enfin, criblée de plusieurs points ulcérés et fistuleux. D'après les renseignemens fournis par le malade, une saignée du bras semblerait avoir provoqué ces désordres, ou, pour parler plus exactement, avoir été la cause originelle de l'affection.

En faisant pénétrer un stylet dans le trajet des ulcérations, il était aisé de se convaincre que le mal s'étendait profondément, l'extrémité de la sonde exploratrice venant frapper sur le radius. En outre, l'ulcère le plus large occupait le centre de la tumeur, et les bords de cet ulcère, fortement tuméfiés, renversés en dehors, circonscrivaient un fonds ichoreux, grisâtre, de mauvais aspect, d'où s'écoulait avec abondance, ainsi que de tous les pertuis environnans, un pus sanieux et fétide. Dans cet état de choses, l'examen le plus attentif, joint à toutes les circonstances de la maladie, parut, de prime-abord, rendre l'amputation du bras indispensable, vu l'opiniâtreté et l'ancienneté du mal, vu la situation alarmante du sujet, vu le délabrement et la destruction complète des parties molles dans certains points, la constitution chronique de l'affection dans d'autres. Toutes ces considérations réunies se trouvaient, en effet, d'un grand poids pour déterminer le chirurgien à l'amputation, comme unique et, d'ailleurs, dernier moyen de soulagement. Pas n'est besoin de dire qu'il était inutile de songer à l'amputation de l'avant-bras, et qu'une tentative de ce genre aurait été manifestement infructueuse et préjudiciable. Malgré ce grave concours de circonstances, renonçant néanmoins à l'idée première d'une amputation, M. Rklitsky, chirurgien en chef de l'hôpital, résolut de pratiquer la résection du radius, et l'ostéotome de M. Heine fut employé à cet effet.

L'opération, quoique couronnée d'abord d'un plein succès, n'en présenta pas moins plusieurs incidens fâcheux, qui l'eussent infailliblement compromise, mais dont l'habileté du chirurgien peut se rendre maître et triompher. Ainsi, 1° il fut très difficile de choisir un lieu propice pour pratiquer les incisions nécessaires, incisions qu'il importait de diriger dans des tissus sains et favorables. (Amicam.) Qu'on se rappelle l'étendue et la profondeur des ulcères mentionnés plus haut, ainsi que la détérioration et la destruction des parties environnantes. 2° Le périoste, pour être détaché de l'os, exigea un travail laborieux; l'altération et l'épaississement considérables qu'il avait subis, sous l'influence d'une longue inflammation, constituaient l'unique cause de l'obstacle que l'opérateur avait à surmonter. 3° Enfin, une troisième difficulté était imposée par l'os lui-même, ce dernier présentant une hypertrophie et une tuméfaction telles que l'espace interosseux se trouvait comblé. De cette disposition pathologique naissait l'impossibilité absolue de manœuvrer avec la scie, le crochet ne pouvant, d'aucune manière, pénétrer dans l'intervalle des os, laissant ainsi les parties environnantes sans sauvegarde, et exposant par suite à la lésion des vaisseaux et des nerfs qu'il importait de conserver. Malgré ces conditions défavorables, l'opération fut pratiquée heureusement. La plaie qui en résulta fournit d'abord une suppuration très abondante et de mauvaise nature, accompagnée d'inflammation érysipélateuse du membre, à cause de la dénudation des portions tendineuses des muscles. Cependant ce cortège de symptômes alarmans se dissipa et disparut bientôt sous l'influence des aspersions et des fomentations répétées de chlorure de calcium. Les sangsues, l'onguent mercuriel, mêlé à l'huile de jusquiame, concoururent alternativement, et d'une manière successive et efficace, à mettre un terme au mauvais état de la suppuration, etc., en un mot, à triompher de la maladie. Ajoutons néanmoins que de chaque extrémité de l'os réséqué partit une exfoliation. Cette exfoliation n'empêcha pas la cicatrisation de marcher rapidement, et la régénération de la diaphyse de l'os enlevé d'avoir lieu peu de temps après.

Observons pourtant que la réparation de l'os ne s'opéra pas dans une intégrité si parfaite qu'elle ne laissât exister un vide, un point de division, dans le trajet de sa continuité. Ce point de division se remarquait précisément là où l'ulcère le plus large et le plus profond avait sévi. Cette coïncidence, assez importante, se trouve, d'ailleurs, en harmonie avec cette loi de physiologie pathologique, savoir : qu'un système, un organe ou un tissu, venant à passer par une série d'actes morbides, ce même organe, ou ce même tissu, etc., ne parviendront à rentrer dans le type normal, propre à chacun d'eux, qu'après un temps constamment basé et mesuré sur le caractère, l'acuité et la longueur de la maladie et des souffrances qu'ils auront à endurer. Nous dirons, en outre, d'une manière plus spéciale, et relativement plus directe à notre objet, que, la consolidation manquant dans le lieu où l'on a vu que la tumeur offrait l'ulcération la plus considérable, la réparation ne pouvait s'effectuer d'une manière complète, non seulement parce que le mal s'était exercé avec plus de violence sur cette partie, mais encore parce que l'ulcère, communiquant avec la surface de l'os malade, avait entraîné l'altération et la destruction d'une portion de l'enveloppe périostique, correspondante au trajet fistuleux de la tumeur. De cette destruction du périoste dans ce point, il résulte que la force de cicatrisation se trouvant annihilée, cette force devait languir, s'arrêter même là où l'organe immédiat de nutrition se trouvait appauvri et manquait. Il résulte, enfin, comme dernière conséquence, que le phénomène d'une régénération complète devait se faire attendre plus longtemps et même faillir entièrement là où le périoste était absent. Au reste, les expériences récentes faites à ce sujet sur des animaux, par M. Syme, d'Edimbourg, sembleraient tendre beaucoup à confirmer notre opinion, quoique cette dernière se trouve en opposition formelle avec les idées de Muller (1). Revenant à notre observation, nous terminerons en disant que trois mois s'étaient à peine écoulés, à partir du premier jour

(1) ELEMENTS OF PHYSIOLOGY, part. 1re, p. 427.

à celles de M. de la Peyronnie de l'autre; il les refusa *constamment*; mais pour ne pas désobliger des sujets si zélés, il accepta une pareille bourse de jetons d'argent. » (ELOGE DE LA PEYRONNIE, par Morand.) Admettons que le même cas se présente aujourd'hui, ami lecteur, vous ne doutez pas un instant de ce qui arriverait.

L'invention, chose rare, très rare, infiniment rare; il faut compter pour beaucoup la mise en œuvre.

Il y a des médecins riches de faits, de savoir et d'expérience, qui remettent sans cesse à en publier les résultats. Qu'attendent-ils? le temps passe, la science marche, les idées changent ou se modifient. Ce qui ne se fait pas dans un temps ne saurait se faire dans un autre; ainsi, très souvent, un travail ajourné est un travail manqué. Les manuscrits tenus longtemps dans les portefeuilles y prennent des rides et deviennent étrangers au monde actuel de la science. On a travaillé à son livre, quelquefois on y travaille encore, mais ignore-t-on qu'il y a une énorme distance entre l'œuvre méditée et l'œuvre publiée? C'est le cas d'appliquer l'ancien proverbe : Quand on a dix pas à faire, neuf n'est que la moitié du chemin.

Une fortune passable, un bonheur passable, une santé passable, un certain équilibre entre les idées et les affections, entre les moyens et les prétentions; savourer ses jours sans les prodiguer, sans les user, sans les répandre au hasard; tel est *le fond de la vie*. C'est sur ce fond que se brodent les événemens, les joies, les misères journalières de toute existence médiocre, à tout prendre la meilleure. Puis la mort vient, qui met son cachet : la mesure du temps est brisée pour nous, l'éternité commence. Encore une fois, *c'était bien la peine de naître*.

Dans la médecine surtout, il s'en faut beaucoup que la vérité détruise autant d'erreurs que ses apparences en ont fait naître.

R. P.

— Il existe depuis plus de dix ans, à l'hôpital Necker, un service spécial pour le traitement de la pierre. L'administration des hôpitaux, toujours empressée à faire participer la classe pauvre aux perfectionnemens de l'art de guérir, a confié ce service à M. le docteur Civiale, qui n'a cessé, depuis cette époque, d'appliquer sa méthode à tous les cas qui en réclament l'emploi. Mais ce service était trop petit; plusieurs malades n'avaient pas été reçus faute de lits; d'autres étaient obligés d'attendre longtemps une place vacante. Ces inconvéniens n'existent plus aujourd'hui : le conseil des hôpitaux vient, par un arrêté spécial, d'augmenter le service de M. Civiale, et tous les malades qui se présenteront à l'hôpital Necker seront reçus et admis sur-le-champ. Cette nouvelle décision mettra M. Civiale à même d'étendre et de compléter ses conférences cliniques, qui attirent tous les samedis à l'hôpital de la rue de Sèvres un très grand nombre de médecins et d'élèves.

de l'opération, que la plaie était déjà complétement cicatrisée (*perfecte consolidata*). Le malade sortit de l'hôpital bien guéri et conservant l'usage et l'intégrité de son membre.

NÉCROSE DU TIBIA; RÉSECTION TOTALE DU CORPS DE L'OS; GUÉRISON COMPLÈTE; REPRODUCTION DE L'OS ENLEVÉ.

OBS. II.—Adam Junter, marin de profession, âgé de 38 ans, constitution faible, entra à l'hôpital maritime Morskoy, de St-Pétersbourg, se confiant aux soins de M. Rklitsky, chirurgien en chef.

A l'inspection du malade, on découvrit un érysipèle phlegmoneux siégeant sur la jambe droite, et notamment sur la région antérieure et supérieure de ces membres. Une cause traumatique (coup violent) avait provoqué primitivement tous ces désordres. Cette cause avait déterminé d'abord une forte contusion avec attrition et lacération des tissus jusqu'à l'os qui se trouva dénudé de son périoste. Observons que Junter, avant de se décider à entrer à l'hôpital, est resté quelque temps privé de soins et de secours.

La fièvre était intense. Les antiphlogistiques (saignées générales, locales; cataplasmes; fomentations; diète, etc.) furent aussitôt mis en usage. Ce traitement ne parvint pas pourtant à enrayer les progrès du mal, et le tibia se trouva frappé de nécrose, d'abord dans l'étendue de deux pouces. De son côté, l'inflammation érysipélateuse, continuant sa marche, donna lieu à une suppuration extrêmement abondante, fétide et de mauvais aspect. Cette suppuration fut pour le membre une véritable fonte purulente du tissu cellulaire sous-jacent à la peau, intermédiaire aux organes, etc., et la mortification de ce tissu; la gangrène se manifesta. Enfin, la suppuration devenant de plus en plus abondante, et la fièvre symptomatique croissant de jour en jour, avaient réduit Junter à un état d'épuisement et de marasme tels, qu'il ne restait plus de doute sur l'issue funeste et imminente de sa maladie.

Cette situation alarmante du sujet décida d'abord M. Rklitsky à procéder immédiatement à l'amputation du membre. Néanmoins, avant de l'entreprendre, ce chirurgien distingué voulut s'entourer des avis de quelques-uns de ses confrères: une consultation eut lieu à ce propos. Il en résulta que tous les sentimens furent unanimes et se rangèrent sous l'opinion première de M. Rklitsky. Tout semblait donc fixer irrévocablement l'amputation. Il n'en fut pourtant pas ainsi; car après nouvel examen et mûre réflexion, l'opérateur conçut l'idée de tenter la guérison du malade par une autre voie. Observons qu'il était impossible de songer à l'amputation de la jambe, en faisant intervenir même la méthode à lambeaux; le délabrement et la destruction des parties environnantes, destruction qui s'était étendue et irradiée dans tous les sens, établissant une contre-indication manifeste à cette dernière opération. Restait donc à opter : d'une part, entre l'amputation de la cuisse; de l'autre, entre la conservation du membre, mais, à côté, la mort instante du sujet.

Au milieu de ce conflit de circonstances graves et urgentes, le chirurgien se décida hardiment à rejeter l'amputation, qu'il considérait comme la dernière ressource. La résection du tibia fut donc adoptée et mise à exécution, ainsi qu'il suit :

Une incision longitudinale parallèle à l'axe du membre, suivie d'une seconde incision d'un pouce et demi d'étendue, et tombant perpendiculairement sur la première et sur la crête du tibia, fut dirigée sur les tégumens, au-dessous de l'expansion condylienne supérieure de l'os. Ainsi, mis à découvert, le tibia fut immédiatement réséqué à l'aide de la scie de Heine. Même manœuvre pour l'extrémité inférieure de la jambe, en commençant toutefois auprès du condyle interne. Après ces premiers temps de l'opération, restait à extraire le corps entier de l'os. Or, il fut très facile d'enlever ce dernier, privé qu'il était de ses connexions avec les muscles et les autres tissus ambians que la suppuration avait détachés. On se figure aisément la vaste plaie qui résulta de cette opération; cependant, pendant et après cette dernière, l'hémorragie se montra si légère qu'on put la supprimer à l'aide de quelques lotions d'eau froide. Les bords de la plaie furent ensuite ramenés l'un vers l'autre, et maintenus au moyen de quelques bandelettes agglutinatives appliquées sur les extrémités supérieure et inférieure de la solution de continuité; quant à la partie centrale et intérieure, elle fut garnie avec des plumasseaux imbibés d'huile; enfin, quelques tours de bande jetés en doloires écartés, autour du membre, servirent à fixer légèrement ce petit appareil de pansement.

La cicatrisation se fit attendre longtemps; car après trois mois seulement, la suppuration devint meilleure, et, depuis ce temps, elle fut toujours s'améliorant et diminuant graduellement de jour en jour.

Dans ce cas, comme dans celui de notre première observation, une exfoliation légère eut lieu à chacune des extrémités supérieure et inférieure des fragmens osseux laissés en place; mais enfin la plaie, prenant définitivement un bon aspect, se détergea et fournit des bourgeons charnus qui ne laissèrent plus de doute sur la consolidation sincère des parties. En outre, l'os enlevé par l'opération fut remplacé par une substance osseuse nouvelle qui, en quelque temps, finit par gagner la forme et la texture du tibia, en passant par la filière et le travail d'une véritable régénération.

Pendant tout ce temps, les moyens thérapeutiques mis en usage purement diététiques furent dirigés de manière à soutenir et à augmenter les forces du malade. Ainsi une bonne alimentation, du vin généreux, quelques préparations de quinquina, sous forme de teinture et d'infusion, concoururent successivement à constituer le traitement. Adam Junter sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

On voit par l'exposé de ces deux observations qu'à l'aide des mêmes moyens opératoires, on a pu conserver deux membres qui, d'après les connaissances et les indications chirurgicales actuelles, semblaient de rigueur réclamer l'amputation. La résection a été peu douloureuse pour les malades, extrêmement simple dans ses procédés, et a produit des résultats, sinon très prompts, du moins excessivement avantageux. Empressons-nous de dire, en faveur des faits que nous venons d'exposer : 1° qu'ils nous ont été directement transmis par M. Chiponlinsky, professeur-adjoint de clinique médicale à St-Pétersbourg, ce médecin se trouvant actuellement à Paris, et ayant puisé ces données auprès de l'auteur lui-même (M. Rklitsky). Aussi, en livrant ces observations à la publicité, nous sommes-nous attaché surtout à reproduire les faits avec vérité et franchise. Quant aux quelques réflexions que nous avons pu ajouter à ce travail, elles émanent et ressortent du sujet lui-même.

2° Nous ne dissimulerons pas que pour être complètes, nos observations exigeraient peut-être quelques détails qui ne s'y trouvent pas; mais on nous permettra de remarquer qu'on s'est proposé seulement de signaler des faits pratiques dont l'utilité et l'importance gisent principalement dans leur matérialité, et méritent jusqu'à un certain point de fixer l'attention des médecins. Au reste, si l'on désirait une description plus large de la matière en question, on pourrait s'en référer au bulletin 1839 des travaux de la société de médecine de St-Pétersbourg, bulletin dans lequel les observations qu'on vient de lire se trouvent consignées avec des renseignemens plus étendus et plus exacts.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BEC DE LIÈVRE COMPLIQUÉ; RÉFLEXIONS SUR L'AGE AUQUEL IL CONVIENT DE PRATIQUER L'OPÉRATION; par M. GORRÉ, ancien interne des hôpitaux civils.

Pour le chirurgien qui entre dans la carrière (et cette réflexion, tous les praticiens l'ont, j'en suis sûr, faite à leur début), il se présente presque à chaque pas une cause d'hésitation, c'est la diversité des opinions émises sur les mêmes points de doctrine, par des autorités également recommandables. Soutenne par des hommes d'un mérite incontesté, se présentant avec l'appui de raisons valides au même titre, on conçoit dans quelle perplexité ces questions résolues en sens opposé jettent l'homme de l'art forcé de demander aux livres l'expérience que la pratique ne lui a pas encore donnée.

Sous ce rapport chacune des occasions qui s'offrent d'éclaircir quelqu'un de ces doutes trop nombreux qui obscurcissent la science, veut être avidement saisie; chacun des faits qui plaident pour ou contre telle ou telle manière de voir veut être soigneusement enregistré, parce que, de si faible valeur qu'il soit, pris isolément, il appelle à lui des faits corrélatifs propres à modifier des convictions souvent adoptées sans examen.

Les réflexions qui précèdent me sont suggérées par la dissidence qui règne au sujet de l'époque à laquelle doit être pratiquée l'opération du bec de lièvre. Pour la plupart des chirurgiens français, sectateurs de l'opinion défendue par Dionis et par la plupart des chirurgiens du dix-huitième siècle, cette opération doit être ajournée jusqu'après la première enfance.

Le peu de consistance des tissus dans les premiers mois de la vie, la facilité avec laquelle à cet âge les points de suture se déchirent à la moindre traction; l'impossibilité d'obtenir du nouveau-né le calme si nécessaire au succès d'une opération délicate; l'inconvénient ou le danger de la diète absolue qui est de rigueur pendant plusieurs jours, et qui produit quelquefois, dit Lassus, un amaigrissement si rapide, qu'au bout de vingt-quatre heures les joues de l'enfant sont flasques et ont les points de suture fortement relachés : tels sont les principaux argumens mis en avant par les partisans de l'opération tardive.

A ces motifs Buch de Strasbourg, qui, avec Roonhuysen, Sharp, Ledran, Heister avait adopté l'opinion contraire, répond que si, chez le nouveau-né, les tissus sont plus faciles à déchirer; en revanche, la riche vascularité dont ils jouissent les dispose de la manière la plus favorable au travail d'inflammation plastique; que l'indocilité d'un enfant, loin de diminuer avec les années, va croissant, et qu'il est beaucoup plus facile de contenir un nouveau-né qu'un enfant de trois, quatre ou six ans.

J'ajouterai que le petit malade auquel le bec de lièvre n'a pas encore permis de s'habituer à la succion supporte peut-être plus aisément une abstinence forcée qu'il ne le ferait plus tard, et que l'ingestion de quelques gouttes de bouillon ou de lait ne donnent pas lieu à des mouvemens capables de compromettre le succès; que si ces argumens ne s'appliquent pas au bec de lièvre simple, tout au moins sont-ils de nature à l'emporter sur les motifs que font valoir les partisans de l'opération différée, en ce qui concerne le bec de lièvre compliqué existant avec division, soit de la

voûte palatine, soit de cette voûte et du voile. C'est un fait d'observation journalière que l'harmonie de développement qni a lieu entre les parties molles et les parties dures, que l'influence réciproque des unes sur les antres; or, dans le cas dont il s'agit ici, il est aisé d'apprécier quel doit être, après un certain laps de temps, le résultat du double effort latéral exercé par les mnscles de la mâchoire sur la division de la voûte du palais. La théorie, comme on voit, est ici d'accord avec la pratique journellement suivie par les chirurgiens anglais, et rend parfaitement compte des succès obtenus par Muys, Roonhuysen, Ledran, Bell, Buoh, Bonfils de Nancy, Dupuytren, et par M. Roux, qui, après s'être rangé d'abord à l'opinion accréditée en France, a été amené par l'expérience à celle qui est professée en Angleterre et en Allemagne.

Moi-même, si j'ose me citer après ces grands maîtres, j'ai saisi avec empressement l'occasion qui s'est offerte à moi de soumettre an creuset de l'expérience cette question diversement jugée, et deux fois le succès complet a justifié mes espérances.

BEC DE LIÈVRE AVEC SAILLIE INTER-MAXILLAIRE; — DIVISION DE LA VOUTE ET DU VOILE DU PALAIS; — OPÉRATION CINQ MOIS APRÈS LA NAISSANCE; — GUÉRISON.

OBS. — En mai 1838, madame C., artiste dramatique, m'appela à donner mes soins à son enfant, garçon de cinq mois, lequel présentait réunies la plupart des complications du bec de lievre, savoir : division double de la lèvre supérieure; mamelon médian supporté par l'os inter-maxillaire, proéminent lui-même dans l'intervalle de la solution de continuité; division de la voûte et du voile du palais. La succion et par conséquent l'allaitement étaient tout à fait impossible. Une partie des liquides introduits dans la bouche refluait par les narines. L'enfant, dans des circonstances aussi défavorables, ne pouvait être conservé à la vie que grâces à ces soins de tous les instans dont une mère seule a le secret.

Mais, quelque vigilante que fût la sollicitude qui entourait cette existence précaire, des accidens résultant d'une nutrition incomplète la mettaient souvent en danger, et, à l'époque à laquelle l'enfant me fut confié, l'art luttait impuissant contre une diarrhée chronique revenant à intervalles peu éloignés. L'operation était désormais la seule chance de salut; j'y procédai sans tarder, de la manière suivante :

Le lambeau moyen fut d'abord retranché de manière à convertir le bec de lièvre, de double qu'il était, en bec de lièvre simple. Les deux portions de la lèvre furent largement détachées de l'arcade alvéolaire, dans une étendue suffisante pour se prêter à un rapprochement facile et qui ne donnât lieu à aucun tiraillement. La saillie inter-maxillaire fut ensuite abattue avec des tenailles incisives dans toute la portion qui excédait le reste de l'arcade dentaire; je passe sous silence la résection du bord muqueux de la division latérale, l'affrontement des parties au moyen de la suture entortillée; enfin l'application du bandage unissant. Les divers temps de l'opération s'exécutèrent suivant les règles généralement suivies.

L'enfant cria peu durant l'opération et cessa de crier immédiatement après. Sans apporter le moindre dérangement dans les moyens contentifs, il fut facile d'introduire dans la bouche quelques cuillerées à café d'orge coupée avec le lait, et les lèvres n'en éprouvèrent pas de mouvemens, capables de troubler le travail agglutinatif auquel se livrait la nature. Une garde intelligente et dévouée, placee jour et nuit à côté du petit malade, avait soin d'enlever constamment le mucus sanguinolent qui se présentait sur le bord des lèvres, pour éviter les efforts d'expuition auxquels il eût pu donner lieu. De temps en temps elle réprimait les pleurs dont quelque mouvement d'impatience lui faisait prévoir l'approche, en berçant l'enfant, en le prenant sur les bras ou en attirant son attention par quelque chanson. Ces détails peuvent paraître superflus : je ne puis cependant les omettre, puisque c'est à cette tendresse activement ingenieuse qu'a été dû le calme dont l'enfant a joui dans les premiers jours qui ont suivi l'opération; des deux épingles employées pour la suture, celle d'en haut fut retirée le troisième jour; l'inferieure, le jour suivant; les fils collés contre la lèvre furent laissés en place jusqu'à ce que, se détachant d'eux-mêmes le septième jour de l'opération, ils mirent à découvert une adhésion des plus complètes, dans toute la hauteur de la lèvre.

Le même défaut d'organisation s'est encore présenté à mon observation, il y a quelques mois, chez un enfant du sexe masculin et doué de la meilleure constitution.

Entre ce cas et celui qui précède existait une analogie parfaite : double scissure labiale; mamelon intermédiaire; avance inter-osseuse; écartement de la voûte et du voile; pas une des circonstances anatomiques que présentait l'enfant dont j'ai plus haut rapporté l'histoire ne manquait chez celui-ci; mais cette fois l'enfant m'étant confié immédiatement après la naissance, je résolus de ne pas différer l'opération. Elle fut ajournée au lendemain et pratiquée de tout point comme celle que j'ai précédemment décrite. Je demandai et j'obtins des parens que l'enfant fût placé dans les salles de l'hospice dont le service chirurgical m'est confié, pour être plus sûr que les soins qui lui seraient nécessaires lui fussent donnés avec zèle et intelligence. Le soir même de l'opération, l'enfant a goûté plusieurs heures de sommeil; il n'a pas été plus agité que ne le sont d'ordinaire les enfans nouveau-nés; on a constamment réussi à calmer son impatience avec quelques cuillerées à café d'eau d'orge, de lait coupé ou d'eau d'Arrow-Root. L'épingle d'en haut a été retirée le deuxième jour; celle d'en bas le troisième; les fils qui n'étaient que légèrement collés à la lèvre ont suivi l'épingle; on a pu dès-lors constater une réunion parfaite, soixante-douze heures seulement après l'opération. Ni dans ce cas, ni dans le précédent, je n'ai observé l'amaigrissement dont Lassus redonte les conséquences fâcheuses; il a d'ailleurs été facile de leur administrer une nourriture suffisante pour ne pas mettre leur existence en danger, et j'ai acquis par ces deux cas la conviction que c'est à tort qu'on ferait de l'abstinence forcée une loi après l'opération du bec-de-lièvre pratiquée à cette époque de la vie, et qu'on peut, avec quelque attention, alimenter les enfans sans porter préjudice au succès de l'opération.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT A HAUTE DOSE DANS LA CONJONCTIVITE PURULENTE, recueillies à l'hospice de la Charité, dans le service de M. VELPEAU; par M. VAUTIER, interne provisoire.

OBS. I. — Élisa Bonnet, âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital le 27 novembre 1839. Cette femme est d'une constitution moyenne; tempérament sanguin, habituellement bien portante, ayant toujours été bien réglée. Il y a cinq jours, elle commença à ressentir (sans cause connue) une douleur, une démangeaison, dans l'œil droit. Le lendemain, cet œil était très rouge et la douleur avait augmenté. L'œil gauche devint également malade. Depuis ce moment, la maladie a continué à marcher. La douleur est devenue plus vive; il est survenu de la photophobie et un peu de larmoiement.

Le 28, à la visite du matin, la malade est dans l'état suivant : ses paupières sont rouges et fermées; elle ne les ouvre que très difficilement; les cils sont collés et couverts, ainsi que le bord libre des paupières, d'un pus épais, verdâtre et abondant. La conjonctive des deux yeux est rouge, boursouflée, présente quelques granulations, et est couverte d'une couche purulente verdâtre; le chimosis est plus considérable à droite qu'à gauche, et la conjonctive forme autour de la cornée un bourrelet très saillant, du côté droit surtout. La cornée a conservé sa transparence normale. La malade se plaint de douleurs dans toute la partie antérieure de la tête. Le pouls est mou, sans fréquence; pas de réaction.

On met dans les yeux de la malade de la solution de nitrate d'argent à un demi-gros par once d'eau, deux fois par jour. Elle va prendre une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

Le 29 la malade va mieux; elle dit que les yeux lui font moins mal. Le boursouflement de la conjonctive a diminué. La sécrétion purulente est beaucoup moins abondante. Les douleurs de tête sont beaucoup moins vives; la bouteille d'eau de Sedlitz n'a produit que trois selles.

On continue la solution à un demi-gros deux fois par jour. On donne le quart d'alimens.

Le 30 le mieux est beaucoup plus marqué; la sécrétion purulente a disparu; il n'y a presque plus de chimosis. Même traitement.

Le 1er décembre, la malade est presque guérie; il ne lui reste plus qu'un peu de rougeur de la conjonctive.

Le 3, la malade sort; elle est tout-à-fait guérie.

OBS. II. — Marie Dardivilliers, âgée de 16 ans, couturière, entre à l'hôpital le 16 novembre 1839. Cette malade est d'une constitution moyenne; tempérament lymphatique. Elle n'est pas encore réglée. Elle dit que, depuis dix-huit mois, elle a toujours eu un peu mal aux yeux, ce qui ne l'empêchait pas de travailler. Il y a six jours, elle commença à ressentir dans l'œil gauche une douleur vive, avec prurit incommode. Le lendemain, les paupières étaient rouges et gonflées. Le surlendemain, la douleur et le gonflement avaient beaucoup augmenté, et la malade ne pouvait plus ouvrir les paupières, qui étaient fortement collées. Depuis hier, il s'en écoule une assez grande quantité de pus.

Le 17, à la visite du matin, la malade est dans l'état suivant : les paupières de l'œil gauche sont gonflées, rouges, luisantes. Les cils sont imprégnés et collés par un pus épais, verdâtre, dont une certaine quantité coule sur la joue. La conjonctive est d'un rouge vif, boursouflée, couverte d'une couche purulente, et forme autour de la cornée un bourrelet très épais. La cornée offre une légère teinte verdâtre. L'œil droit ne présente rien d'anormal qu'une conjonctivite très légère.

On met dans l'œil gauche de la solution de nitrate d'argent à un demi-gros deux fois par jour.

Le 18, la malade est beaucoup mieux. Le chimosis est moins considérable, la sécrétion purulente moins abondante. On continue le même traitement.

Le 19, le mieux continue. La sécrétion purulente a encore beaucoup diminué. On continue la solution à un demi-gros.

Le 20, la sécrétion purulente a tout-à-fait cessé. La conjonctive est moins rouge, moins boursouflée; mais les paupières restent rouges et gonflées.

Le 21, il n'y a plus de chimosis; mais la rougeur et le gonflement des paupières persistent.

On cesse la solution de nitrate d'argent, et on lotionne les paupières avec de l'eau de guimauve.

Le 23, le gonflement des paupières a un peu diminué; mais on aperçoit un petit ulcère sur le bord externe de la cornée. Il y a larmoiement et photophobie, avec vascularisation kératidienne de la conjonctive. On met dans l'œil de la solution de nitrate d'argent à un grain.

Le 28, il n'y a pas de changement bien notable, c'est-à-dire qu'il reste à la malade une kératite ulcéreuse assez légère, qu'on combat par les moyens ordinaires. (Nitrate d'argent à un grain, vésicatoire au-dessus de l'orbite, etc.)

OBS. III. — Kraft (Jean), âgé de 51 ans, tailleur, entre à l'hôpital le 22 novembre

1839. Ce malade est d'une constitution moyenne, mais détériorée. Depuis plusieurs années, il a les yeux un peu rouges. Il y a quinze jours, il y ressentit tout à coup une douleur assez vive, accompagnée de picotemens. Le lendemain, ses yeux étaient injectés et beaucoup plus rouges qu'à l'ordinaire; il y avait un larmoiement assez abondant. Ces symptômes sont restés à peu près stationnaires jusqu'à il y a quatre jours; mais, depuis ce moment, ils se sont beaucoup aggravés. La conjonctive est devenue d'un rouge vif, et s'est legèrement boursouflée. Les douleurs sont devenues plus vives, et, depuis deux jours, le malade y voit à peine pour se conduire.

Le 23, à la visite, il est dans l'état suivant : la conjonctive palpébrale et oculaire est d'un rouge vif très intense; elle est recouverte d'une couche purulente, et présente un peu de boursouflement ou de granulations nombreuses. Le bord libre des paupières est également rouge, enflammé, et bordé de croûtes fournies par le pus desséché. On met dans les yeux de ce malade de la solution de nitrate d'argent à un demi-gros. On lui donne le quart d'alimens.

Le 24, il n'y a pas de changement notable. On continue la solution à la même dose.

Le 25, le malade est mieux; la conjonctive est moins rouge, la sécrétion de pus moins abondante. On suspend le traitement.

Le 26, on met de nouveau de la solution à un demi-gros. On alterne ainsi jusqu'au 29. Ce jour-là, le malade est beaucoup mieux; la sécrétion purulente a tout à fait disparu; la rougeur de la conjonctive a beaucoup diminué.

Le 2 décembre le malade sort; la conjonctive purulente a tout à fait disparu; il ne lui reste plus que quelques granulations anciennes sur la conjonctive palpébrale et une injection très légère de la conjonctive oculaire.

Obs. IV. — Menter, âgé de 23 ans, tailleur, entre à l'hôpital le 20 novembre 1839. Ce malade est d'une constitution moyenne, tempérament un peu lymphatique. Il y a deux ans et demi il eut une blennorrhagie, qui lui dura cinq à six mois. Il a contracté, il y a trois semaines, une nouvelle blennorrhagie, à laquelle il n'a rien fait, et qui existe encore aujourd'hui. Il y a trois jours. il commença à ressentir, sans cause connue, une douleur et de légers picotemens dans l'œil gauche. Avant-hier matin, les paupières de cet œil étaient tellement gonflées que le malade ne pouvait les écarter; ce jour-là l'œil droit devint également malade, et la maladie suivit la même marche qu'à l'œil gauche. Hier, les symptômes se sont aggravés.

Aujourd'hui 21, le malade est dans l'état suivant : les paupières des deux yeux sont rouges et très gonflées; le malade ne peut les écarter. Un pus blanc, épais, légèrement verdâtre, s'en écoule continuellement, les cils en sont remplis, et les joues du malade en sont couvertes. La conjonctive palpebrale et oculaire est rouge. boursouflée; elle est couverte du pus qu'elle sécrète sans cesse, et forme autour de la cornée un bourrelet très épais qui recouvre presque la moitie de cette membrane. La cornée es encore nette et sans opacité. Le malade se plaint de douleurs dans toute la partie antérieure de la tête. Il n'y a pas de réaction; le pouls est mou, dépressible, et donne 75 pulsations. Prescription: une saignée de quatre palettes, solution de nitrate d'argent à un demi-gros (dans les yeux) deux fois par jour. Frictionner le bord libre des paupières avec de la pommade au nitrate d'argent, également à un demi-gros, à prendre dans la journée.

Le 22, le chimosis a un peu diminué, surtout a droite. La suppuration est moins abondante; mais la cornée de l'œil gauche commence à se prendre, une tache purulente, de forme semi-lunaire à convexité tournée en haut, en occupe le tiers inferieur; les douleurs sus-orbitaires ont augmenté. (Deux saignées, une le matin, l'autre le soir; lotionner largement les yeux avec la solution de nitrate d'argent à un grain; 16 grains de calomel avec 2 grains d'extrait thébaïque à prendre en huit paquets. On supprime le copahu et cubèbe.)

Le 23, il n'y a pas de changement bien notable; cependant la suppuration paraît encore moins abondante; les douleurs sus-orbitaires sont moins vives; l'abcès qui envahissait la cornée ne s'est pas étendu. (Une saignee de quatre palettes; 20 sangsues aux mastoides; 12 grains de calomel avec 2 grains d'extrait thébaïque en six paquets. Lotionner les yeux avec la solution de nitrate d'argent à 1 grain.)

Le 24, le malade est pis; la cornée du côté gauche est presque entièrement envahie par le pus; elle est complètement opaque dans ses deux tiers inférieurs; elle est ramollie et sur le point de se perforer à son centre. La suppuration est plus abondante. Solution de nitrate d'argent à un demi-gros deux fois par jour dans les deux yeux; 12 grains de calomel en six paquets.

Le 25, il y a un mieux très marqué. La suppuration est moins abondante, le chimosis a diminué; la cornée de l'œil gauche est moins opaque et semble se raffermir Le malade se plaint d'avoir mal à la bouche; il n'y a pas de salivation. On continue la solution de nitrate d'argent à un demi-gros; on cesse le calomel, et on donne le mélange de copahu et cubebe.

Le 26, le mieux continue; le boursouflement de la conjonctive a beaucoup diminué des deux côtes. La suppuration a presque cessé; la résorption du pus qui infiltrait la cornée du côté gauche continue à s'effectuer. Même traitement.

Le 27, le chimosis a disparu; la suppuration a cessé; l'opacité de la cornée du côté gauche a diminué, excepté à son centre, où il est resté un grumeau de pus infiltré entre ses lames, et faisant saillie au-dehors. Il y a synéchie antérieure très prononcée. La cornée du côté droit est parfaitement nette, et le malade y voit bien de cet œil. On continue le même traitement.

Le 30, le grumeau qui occupait le centre de la cornée du côté gauche a disparu, et fait place à un ulcère profond à travers lequel s'engage une petite portion de l'iris. La synéchie persiste.

Le 4 décembre, l'œil droit est tout à fait guéri. L'opacité de la cornée du côté gauche diminue de plus en plus; la hernie de l'iris reste dans le même état. Elle a environ le volume d'une grosse tête d'épingle. On établit la compression sur l'œil au moyen d'un monocle.

Le 6, on lève le bandage. le myocéphalon a disparu; il ne reste plus qu'un ulcère qui commence à se cicatriser. La conjonctive de ce côté conserve la vascularisation ordinaire à la kératite; la blennorrhagie dont le malade était affecté à son entrée existe encore. On continue le mélange de copahu et cubèbe, et on met de la solution de nitrate d'argent à un grain dans l'œil gauche.

Le 9, la cornée de l'œil gauche s'éclaircit de plus en plus : l'ulcère continue à se cicatriser; la blennorrhagie a disparu. On continue le nitrate d'argent à un grain, et le mélange de copahu et cubèbe.

Le 12, le malade sort; l'ulcère n'est pas encore cicatrisé, mais il est beaucoup moins profond; la vascularisation de la conjonctive a beaucoup diminué; l'opacite de la cornée a presque disparu; il ne reste plus qu'un peu de suffusion dans sa moitie inférieure; les adhérences de l'iris avec la cornée commencent à se rompre, et la synéchie est beaucoup moins prononcée. Le malade ne voit pas assez de cet œil pour déterminer la forme des objets; mais il distingue facilement le jour de la nuit: l'œil droit est complétement guéri, et la vision de ce côté est parfaitement nette.

De ces faits, auxquels je pourrais en joindre plusieurs autres, découlent, comme d'elles-mêmes, deux conséquences pratiques d'un intérêt bien réel :

1° Que le nitrate d'argent à haute dose est le moyen le plus puissant que la thérapeutique possède pour combattre les accidens qu'entraînent la conjonctivite purulente et la conjonctivite blennorrhagique. Je dis le nitrate d'argent à haute dose, car toutes les fois que ce topique a été employé à la dose d'un à quatre grains, comme on le fait ordinairement, la maladie n'a pas paru céder plus vite qu'aux autres moyens préconisés jusqu'à ce jour. La dernière observation prouve ce fait jusqu'à l'évidence. En effet, le premier jour du traitement, le nitrate d'argent est employé à la dose d'un demi gros pour une once d'eau : la maladie s'irrite; le deuxième, la dose n'est portée qu'à un grain : il n'y a pas d'amélioration; le troisième, la même dose est continuée : les symptômes s'aggravent rapidement; le quatrième on reprend la solution à un demi gros, et un mieux très marqué se manifeste. La même dose est maintenue les jours suivans, et l'amélioration continue.

2° Que le nitrate d'argent comme topique pour les maladies des yeux peut être porté à une dose très élevée, sans déterminer les accidens qu'on aurait pu redouter de prime-abord, et avant de l'avoir essayé. Dans les cas que j'ai rapportés ici, il a a été employé à la dose d'un demi-gros par once d'eau, et non seulement il n'a déterminé ni inflammation ni scarification de la conjonctive, mais l'irritation qu'il produisait avait toujours disparu après quelques instans. Il y a peu de temps que je l'ai employé moi-même une fois, à la dose d'un gros pour une once d'eau, dans un cas de kératite chronique, contre laquelle une foule de moyens avaient été essayés sans succès. Me faisant difficilement à l'idée qu'une solution aussi forte n'enflammerait pas la conjonctive, je fis placer sur l'œil, immédiatement après l'application des topiques, des compresses d'eau froide, et je les continuai pendant une demi-journée; non seulement il ne survint pas d'accidens, mais, quatre jours après cette application, la malade était beaucoup mieux et la vascularisation de la conjonctive avait presque disparu.

OBSERVATIONS SUR UNE DÉCHIRURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE ET SUR DES FISSURES A L'ANUS, TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR L'EXTRAIT DE MONÉSIA ; communiquées par le docteur J.-F. Payen.

Dans le courant du mois de janvier dernier, j'ai adressé à la Gazette médicale une observation sur des fissures à l'anus, qui, après avoir résisté à la cautérisation avec le nitrate d'argent et à l'introduction de mèches pendant cinq semaines, ont promptement cédé à l'application de l'extrait en poudre du monésia; à cette occasion, j'ai relaté sommairement les faits principaux que j'ai observés relativement à l'emploi de cette substance à l'extérieur, et j'ai mentionné un cas de fistule recto-vaginale que je traitais alors, et pour lequel le monésia m'avait paru utile; je remplis aujourd'hui la promesse que je faisais alors de publier cette observation; je la ferai précéder de l'histoire succincte de deux cas nouveaux de guérison de fissures à l'anus obtenue à l'aide du monésia.

Obs. I — Mon ami le docteur Manec, chirurgien en chef de la Salpêtrière, donnait des soins à une dame, sur laquelle il reconnut deux fissures à l'anus, une anterieure et l'autre postérieure; elles étaient situées au niveau du sphincter. M. Manec introduisit dans le rectum des mèches enduites de pommade au monésia (1 gros pour 1 once); elles étaient de petite dimension et employées seulement comme moyen d'application de la substance. Après une quinzaine de jours les fissures étaient cicatrisées.

Obs. II. — Tout récemment, j'ai été consulté par une dame (mad. C. M., rue Neuve-St-Eustache) qui éprouvait à l'anus les douleurs et les incommodités que déterminent ordinairement les fissures; de plus elle ressentait des douleurs sympathiques à l'épigastre dans la région du sacrum et des lombes et dans l'épaisseur

des fesses. Ces accidens avaient été attribués à des hémorroïdes; des sangsues avaient été appliquées; mais les symptômes persistant et l'examen de l'anus n'ayant pas fait reconnaître de tumeur hémorroïdaire, on jugea que l'affection était de nature rhumatismale, et on prescrivit en conséquence des bains, des frictions sur la région lombaire, etc.; c'est alors que je fus appelé; j'attirai fortement au-dehors la muqueuse de l'anus, et je reconnus en arrière deux fissures placées à côté l'une de l'autre, et parallèlement à la direction du rectum; leur longueur était de 4 à 5 lignes au moins; elles étaient larges d'une ligne à leur milieu, et n'offraient pas de callosités sur les bords.

La malade, qui redontait beaucoup la cautérisation avec la pierre infernale, accueillit avec empressement la proposition que je lui fis d'employer le monésia; j'introduisis des mèches du volume du petit doigt; elles étaient enduites de pommade au monésia et saupoudrées d'extrait du côté des fissures. Après douze jours de ce mode de pansement, une des fissures était cicatrisée, l'autre ne le fut que le vingtième jour. Je continuai les mèches jusqu'au vingt-cinquième; et la guérison est aujourd'hui complète.

DÉCHIRURE DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE SURVENUE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; GUÉRISON.

Obs. III. — Madame P. (rue du Faubourg-Montmartre), âgée de 26 ans, devint, pour la première fois, enceinte en 1839. Cette dame, d'assez faible constitution, présente une étroitesse remarquable des hanches. Cette conformation est celle qu'offrait sa mère qui n'a eu qu'un seul enfant et qui fut accouchée avec le forceps. La grossesse ne présenta rien de particulier. A la fin du neuvième mois, le travail se déclara, mais il marcha lentement; les douleurs bien que vives et assez suivies n'étaient pas efficaces, et il se passa deux jours et une nuit avant que la tête s'engageât dans le détroit supérieur; mais dès qu'elle fut arrivée dans l'excavation pelvienne, les contractions utérines n'exercèrent plus sur elle aucune influence appréciable, et il fut facile de reconnaître que les seules forces de la nature ne suffiraient pas pour lui faire franchir le détroit inférieur dont les diamètres étaient fort rétrécis; d'ailleurs le travail durait depuis près de quarante-huit heures, et la femme s'épuisait; j'appliquai donc le forceps (cette opération fut simple) et j'amenai sans trop de difficulté un enfant extrêmement volumineux dans toutes ses parties, bien conformé et vivant. J'avais fait soutenir le périnée par le mari de la malade, et je reconnus immédiatement après la délivrance que la fourchette était déchirée dans une longueur d'un demi-pouce environ.

Les suites de cette couche furent heureuses; mais le troisième jour, sur les renseignemens que me donna la malade au sujet des lavemens, je conçus quelques soupçons, et je pratiquai moi-même une injection dans le rectum; je vis aussitôt une partie du liquide refluer dans le vagin, et couler par la vulve; je touchai en même temps par le rectum et par le vagin, et je reconnus que le sphincter de l'anus était intact; mais, immédiatement au-dessus de ce muscle, je rencontrai une perforation allongée longitudinalement, offrant transversalement le diamètre d'une pièce de 10 sous, et par laquelle le rectum et le vagin communiquaient ensemble. La surface de cette déchirure n'était pas complètement libre; elle était traversée par plusieurs filamens qui formaient une sorte de réseau, et qui montraient que cette lésion était le résultat de la distension énorme que le vagin avait subie; mais qu'il n'y avait pas là de perte de substance, comme cela peut avoir lieu, lorsque la pression de la tête longtemps continuée détermine la mortification d'une partie de la cloison recto-vaginale, ainsi que l'obs. 59 de Ruisch en offre un exemple. La malade fut tenue au lit pendant six semaines, couchée sur le côté, les cuisses rapprochées et demi-fléchies sur le bassin; des lavemens furent donnés chaque jour, afin de faciliter les garderobes; des injections furent faites fréquemmeot pour déterger la fissure, etc.

C'est ici que le monésia nous a paru utile, car après trois semaines d'existence, la fissure et la déchirure du périnée étaient encore dans le même état; ces surfaces étaient blafardes, pâles, molles et très douloureuses; la plaie du périnée était recouverte d'une sorte de fausse membrane d'un gris jaunâtre; les injections avec la teinture de monésia étendue d'eau et surtout l'application sur le périnée et par le vagin sur la fistule d'extrait en poudre exercèrent sur ces surfaces une modification avantageuse; les bourgeons charnus se ranimèrent, les parties prirent plus de consistance, et sans attribuer au monésia une propriété spéciale dans ce cas et sans lui faire l'honneur de la guérison, il est évident pour moi qu'il a agi comme dans les cas analogues et qu'il a eu indirectement sur le résultat une influence incontestable.

Pendant les trois premières semaines, les matières fécales et le liquide des lavemens passèrent en notable quantité dans le vagin par la fistule. A partir de ce moment, les excrémens ne parurent plus, mais les injections s'échappèrent encore par cette voie pendant quinze à vingt jours; les gaz passèrent ensuite pendant plus longtemps; ils cessèrent enfin, et le toucher, pratiqué alors, fit sentir une épaisseur assez grande au-dessus du sphincter, à l'endroit qu'avait occupé la fistule. Du côté du vagin, l'orifice, qui était accessible à la vue, était rempli; et, trois mois après son accouchement, madame P. put sortir et faire de petites promenades.

Les règles avaient reparu après six semaines, et elles sont exactement revenues depuis. Aujourd'hui, madame P. peut faire d'assez longues courses à pied et en voiture; mais ce dernier exercice la fatigue davantage; elle éprouve encore vers la vulve du malaise, lorsqu'elle reste debout dans l'immobilité; mais ces incommodités diminuent chaque jour, et tout porte à croire que la guérison est définitive.

J'ai été témoin, il y a quelques années, d'un fait semblable, à la campagne, et le médecin dans la clientelle duquel il se trouvait m'avait prié d'examiner la malade. L'étendue de la fissure était à peu près égale, mais elle était plus allongée que celle que j'ai décrite ci-dessus. La guérison se fit aussi attendre plus longtemps. Pendant plus de trois mois les matières fécales passèrent sans interruption, et elles reparurent à plusieurs reprises; enfin, la malade a guéri aussi complètement par le repos et les soins de propreté.

En réfléchissant à cet accident, et tout en reconnaissant que les fistules vésico-vaginales sont plus fréquentes que les recto-vaginales, je suis porté à croire que ces dernières sont plus fréquentes que ne pourrait le faire supposer le petit nombre d'observations qui ont été publiées. Je crois que, dans un certain nombre de circonstances, cette lésion a pu n'être pas remarquée, car les observations de Ruysch, de Fichet, de Fléchy, de Deschamps, de Sédillot, de MM. Capuron, Velpeau, Philippe de Mortagne, Duparcque, etc., dans lesquelles la guérison a eu lieu spontanément, témoignent combien la nature offre de ressources, et il est possible que, dans beaucoup de cas, des déchirures peu étendues aient eu lieu, et que la guérison s'en soit suivie sans qu'on ait constaté le genre de lésion qui avait existé.

Le cas de guérison que je viens de rapporter est tout-à-fait analogue à celui qu'a observé M. Velpeau, et le monésia a dû agir chez ma malade comme les injections de vin chez celle dont il cite l'observation. (Méd. opér., 1839, tom. iv.)

Ainsi, entretenir la liberté du ventre par le régime alimentaire et des lavemens, maintenir les parties dans l'état le plus complet possible de propreté, soutenir le ton des organes par des applications toniques astringentes, afin de les mettre à même de lutter contre l'action des sécrétions âcres, irritantes du vagin et du rectum, conserver le décubitus sur le côté pour favoriser la sortie de l'écoulement vaginal, telles sont les indications que présente une lésion de ce genre, et, en les remplissant, je pense qu'on obtiendra assez fréquemment des guérisons. Peut-être le séjour d'une canule élastique, d'un diamètre moyen, dans le rectum favoriserait-il la cicatrisation de la déchirure; mais il serait indispensable qu'elle dépassât les limites supérieures de la fistule.

CALCULS VÉSICAUX; CYSTOTOMIE; observations communiquées par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

CALCUL CHEZ UN ENFANT DE CINQ ANS; TAILLE LATÉRALISÉE, SUIVIE DE SUCCÈS.

Obs. I. — J. Cabrol, de St.-Maximin (Var), jeune enfant de 5 ans, souffrait depuis deux ans en rendant ses urines. Depuis un an, les urines ne pouvaient plus être retenues, et s'écoulaient continuellement et goutte à goutte; les douleurs étaient continuelles. Le cathétérisme fit reconnaître l'existence d'un calcul vésical. Le petit malade fut préparé à l'opération par le régime, les bains, les boissons émollientes, et je l'opérai le 29 mai, en présence de MM. Vincenty, Villard et Madon.

Le malade fut placé sur le bord d'une table couverte d'un matelas, et fixé comme il est d'usage pour la taille périnéale. L'incision extérieure, commencée à 8 lignes au-devant de l'anus, fut prolongée jusque dans l'intervalle qui sépare l'anus de la tubérosité sciatique gauche, en inclinant un peu plus vers cette dernière; l'incision du col de la vessie et de la prostate fut faite avec un bistouri droit boutonné, à lame étroite, que j'introduisis à la faveur de la cannelure du cathéter, en tournant son tranchant tout à fait en dehors, de peur de léser le rectum. Ce débridement intérieur fut moins étendu que je n'aurais voulu; mon doigt pénétra avec quelque difficulté dans la vessie. Un gorgeret servit de conducteur à la tenette, et je saisis sans difficulté une pierre assez volumineuse. Je voulus imprimer à la tenette chargée un mouvement de rotation sur son axe, et j'éprouvai une résistance qui me fit craindre que la vessie ne fût pincée. Je voulus lâcher le calcul; mais je ne pus pas écarter les branches de la pince; alors je compris que les contractions énergiques de la vessie étaient la seule cause de la gêne de la tenette, et j'exerçai sur cet instrument des tractions légères et graduées. Le col de la vessie résistait; la muqueuse du rectum sortait. Après un instant de repos, je portai un doigt dans le rectum, et poussant la pierre d'arrière en avant, en même temps que je tirais très doucement sur la tenette, je dégageai la pierre. Il ne s'écoula pas une cueillerée à café de sang.

Il ne survint pas le moindre accident à la suite de cette opération. Trois semaines après, mon ami M. Vincenty me faisait savoir que le petit Cabrol était parfaitement guéri.

DEUX CALCULS, DONT L'UN DUR ET L'AUTRE FRIABLE; DOULEURS EXCESSIVES; TAILLE LATÉRALISÉE; GUÉRISON.

Obs. II. — Laurent N., de Salon, âgé de 56 ans, avait éprouvé, il y a déjà 15 ans, des douleurs en urinant, quelques difficultés d'uriner. Ses souffrances avaient toujours augmenté. Depuis deux ans, il était réduit à un état vraiment déplorable. Quand il s'est adressé à nous, voici quelle était sa position: douleurs au pénis, dans tout le bassin et à l'hypogastre, qui se font sentir continuellement, et qui deviennent atroces pendant et surtout immédiatement après l'émission des urines. La moindre pression à l'hypogastre est insupportable; la marche est excessivement pénible; le malade n'est jamais plus d'un quart d'heure sans uriner;

les urines sont glaireuses; la prostate est tout à fait saine. Le cathétérisme fait reconnaître une pierre. Le brise-pierre d'Heurteloup pénètre sans difficulté dans la vessie. Ce simple cathétérisme explorateur donne lieu à un violent accès de fièvre. L'extrême sensibilité de la vessie me fait renoncer à la lithotritie. Je pratique la taille latéralisée le 22 août 1838, en présence de MM. Arnaud, Guirand et de plusieurs élèves.

Je commence l'incision à un pouce au-devant de l'anus; le bulbe de l'urètre est divisé et donne un peu de sang. Le périnée est épais. Je découvre le cathéter à trois ou quatre lignes au-dessous de l'angle antérieur de la plaie. Pour l'incision du col de la vessie, le lithotome était ouvert à onze lignes. Le doigt porté dans la vessie touche une pierre. J'introduis la tenette, et je charge un calcul que j'extrais avec quelque difficulté et par des tractions lentes. Ce calcul est plat, très mince, long d'environ 15 lignes, large de 8 lignes; je l'ai saisi par ce dernier diamètre; la tenette rapporte aussi un fragment d'une autre pierre blanche et friable. La tenette introduite cinq fois dans la vessie, rapporte chaque fois de nouveaux fragmens de pierre molle. J'extrais aussi du détritus avec la curette, et, quand le doigt et le bouton promenés dans la vessie n'y trouvent plus de fragmens, j'injecte à deux reprises de l'eau tiède, et je détache le malade.

Il ne s'est pas écoulé plus de trois onces de sang. Immédiatement après l'opération, Laurent éprouve un sentiment de faiblesse, d'anéantissement, de terreur; il dit qu'il va mourir. Le calme se rétablit bientôt.

Le lendemain de l'opération, les urines se partagent entre la plaie et le canal. Il en est ainsi jusqu'au cinquième jour, où elles recommencent à passer toutes par la plaie.

Le neuvième jour, les urines recommencent à passer par le canal.

Le douzième jour, elles sont rendues à peu près en entier par cette voie.

Les premiers jours, les urines ont entraîné une assez grande quantité de détritus sablonneux du calcul.

Le jour de l'opération, il y a eu dans l'après-midi un état fébrile qui n'était pas assez fort pour nécessiter la saignée. La fièvre a diminué le soir; elle existait à peine le lendemain, et avait entièrement cessé le troisième jour.

La plaie a marché rapidement; le vingt-cinquième jour elle était entièrement cicatrisée.

Quand le malade a recommencé d'uriner par les voies naturelles, il a éprouvé des douleurs vives, qu'il comparait à celles que lui causait la pierre. Ces douleurs se sont bien vite calmées, et Laurent a toujours joui, depuis cette époque, d'une bonne santé.

DEUX CALCULS, DONT L'UN EST ÉNORME ET ENCHATONNÉ; OPÉRATION DES PLUS LABORIEUSES; GUÉRISON PARFAITE.

OBS. III. — Un jeune homme de la commune de Saint-Cannat, âgé de 17 ans, souffrait de la vessie depuis l'âge de deux ans. Il fut sondé à l'âge de dix ans; on ne reconnut pas la pierre. Un praticien de Marseille le sonda il y a quelques mois. Celui-ci ne put pas affirmer qu'il existât un calcul, et dit que s'il y avait une pierre dans la vessie, elle devait être enkystée. Le malade nous est présenté le 3 octobre. Sa figure pâle et amaigrie porte l'empreinte de la souffrance; ses douleurs sont presque continuelles; les besoins d'uriner sont excessivement fréquens; souvent même il y a émission involontaire des urines; le pénis est gros, livide, et toujours en demi-érection. Le cathétérisme nous fait reconnaître une pierre. La sonde arrivée dans la vessie y est d'abord très peu mobile; poussée plus loin, elle se meut plus facilement. Les urines sont troubles.

Le malade a fait un très grand usage des bains, des boissons émollientes, et ne nous paraît pas avoir besoin de nouvelles préparations. L'opération est pratiquée le 4 octobre, en présence de MM. Guiran, Rue et de plusieurs élèves.

Je fais la taille latéralisée. Quoique mon cathéter soit volumineux et creusé d'une grand gouttière, le lithotome caché pénètre avec quelque difficulté; il va peu profondément, et n'est pas libre dans la cavité où il est arrivé, et où il se trouve en contact avec un calcul. Je le retire ouvert à onze lignes; il s'écoule un peu d'urine; les tenettes portées dans la vessie s'y déploient difficilement; je les retire chargées de détritus d'un calcul friable. Je les introduis de nouveau, et j'extrais une pierre du volume d'une grosse noisette, dont l'écorce, qui paraît formée d'acide urique, s'est brisée sous la pression de la tenette, et laisse voir le noyau qui est d'un blanc grisâtre.

Le doigt porté dans la vessie aussi profondément que possible ne touche plus rien; le bouton promené dans le bas-fond ne trouve plus rien non plus. Je porte alors cet instrument du côté du sommet de la vessie; là, je touche une pierre. Les tenettes portées dans cette direction reviennent chargées de débris semblables à ceux que j'ai extraits d'abord. Elles sont replongées plusieurs fois dans cette direction, et rapportent toujours du détritus. Elles arrivent vers le sommet de la vessie, à une profondeur extraordinaire; des tenettes de grandeur moyenne pénètrent presque jusqu'aux anneaux; leurs mors se sentent à travers la paroi du ventre, vers le milieu de l'intervalle qui sépare l'ombilic du pubis. Les tenettes et la curette sont introduites à vingt reprises différentes. Enfin, quoique les instrumens nous fassent encore reconnaître des débris de calcul vers le sommet de la vessie, ne pouvant saisir ces débris, qui paraissent former un enduit sur les parois de l'organe, et craignant d'occasioner des accidens nerveux, nous suspendons l'opération, nous proposant de sonder de nouveau la vessie par la plaie le cinquième ou sixième jour, et d'extraire alors les fragmens qui nous échappent aujourd'hui, s'ils n'ont pas été expulsés par les contractions de la vessie.

La vessie nous a paru présenter la disposition suivante :

Grande pierre chatonnée dans la partie supérieure de la vessie.

Petite pierre libre dans le bas-ventre.

Partie inférieure de la cavité vésicale; elle est fort rétrécie, et contient le calcul n. 2.

Diaphragme divisant en deux la cavité de la vessie.

Prolongement du calcul n. 1, faisant saillie dans la cavité inférieure de la vessie, où il a été saisi à la première introduction des tenettes.

Glande prostate.

Portion membraneuse de l'urètre.

Bulbe et portion spongieuse du canal.

Intestin rectum.

Cette laborieuse opération n'a pas duré moins de vingt minutes; le malade l'a bien supportée, et m'a dit n'avoir qu'à peine senti l'incision et avoir éprouvé des douleurs violentes à la verge, chaque fois que la tenette était retirée chargée de fragmens de calcul.

PRESCRIP. — Tilleul édulc.; potion avec sirop de morphine, 1 once par cuillerée; application continue de compresses imbibées d'eau froide à l'hypogastre.

Après l'opération, le malade n'éprouve pas d'autres douleurs que quelques cuissons à la plaie; les urines coulent abondamment et entraînent beaucoup de sable et de mucosité.

Le soir, on trouve sur les draps un fragment de pierre un peu plus gros qu'un pois.

Rien n'égale la satisfaction du malade; il goûte dans la journée et la nuit suivante le sommeil le plus tranquille. Une fièvre modérée survient le jour de l'opération, se soutient le lendemain, diminue le troisième et le quatrième jour, et a entièrement cessé le cinquième.

Le 7 octobre, il n'y a pas eu de selle depuis l'opération. Le malade se plaint de quelques coliques qu'il éprouvait souvent avant l'opération quand il était quelques jours sans aller à la garderobe (demi-lavement qui n'est pas rendu). Les coliques se calment.

Le 8, la suppuration de la plaie est bien établie. Dès le premier jour, il est sorti un peu d'urine par la verge, dans certaines positions, mais presque tout passe par la plaie.

Le 9, la fièvre a cessé; bien-être parfait. C'est le cinquième jour depuis l'opération. Nous voulons reconnaître s'il n'existe pas encore quelques fragmens de calcul dans la vessie. Le bouton, promené dans toute la cavité de l'organe, ne nous en fait découvrir aucun reste. L'incision intérieure s'est déjà considérablement rétrécie. Le bouton n'est entré qu'avec quelque difficulté.

Le quinzième jour, les urines passent en très grande partie par le canal. Il n'y a plus la moindre douleur. Le malade s'ennuie à Aix; nous le renvoyons chez lui.

Au commencement de novembre, un vaste abcès idiopathique se forme à la partie inférieure de la région lombaire; on l'incise; le foyer se cicatrise assez rapidement.

L'incision du périnée n'a été entièrement cicatrisée que deux mois après l'opération; jusqu'alors le malade avait rendu par là une partie de ses urines.

La santé de ce jeune homme est aujourd'hui parfaite. Il a pris de l'embonpoint, de la gaîté, et ne conserve que le souvenir de sa cruelle maladie.

Ces trois faits font naître quelques réflexions : d'abord, pourquoi la taille a-t-elle été préférée à la lithotritie? Cette dernière méthode n'a des avantages réels sur la taille que dans les conditions que voici : il faut que la vessie soit saine et dilatable, que l'urètre soit libre, la prostate exempte d'engorgement, le calcul d'un volume médiocre; il faut, en outre, que le sujet ait assez de raison pour ne pas se livrer, pendant l'opération, à des mouvemens violens; qu'il ait assez de courage pour se soumettre plusieurs fois à des manœuvres fort douloureuses, quoi qu'on en dise.

Quand ces conditions favorables se trouvent réunies, la lithotritie, exécutée d'une manière convenable, est à peu près exempte de danger. Quand une ou plusieurs de ces conditions manquent, elle devient souvent plus dangereuse que la taille, quelquefois impraticable.

Cette méthode ne convenait pas chez le jeune Gabrol, à cause de son âge, et plus encore à cause de l'état permanent de contraction de la vessie. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire que j'expose ici les motifs qui m'ont fait préférer la taille chez le sujet de ma troisième observation. Quant à Laurent, les lithotritistes eussent, je crois, broyé ses pierres. J'ai hésité, moi-même, sur le choix de la méthode; mais l'extrême sensibilité de la vessie, la pusillanimité du malade, qui était telle qu'après une ou deux séances il eût peut-être refusé de se soumettre à toute nouvelle tentative, le violent accès de fièvre qui survint à la suite du cathétérisme explorateur, m'ont fait préférer la taille.

Après des manœuvres aussi longues et aussi pénibles que celles de l'extraction des calculs chez les sujets de la deuxième et surtout de la troisième observation, on aurait pu craindre des accidens graves; mais ceux qui ont fait ou vu faire quelquefois la taille savent que ce n'est pas ordinairement l'introduction plusieurs fois répétée des tenettes dans la vessie, pour saisir les fragmens d'un calcul écrasé, qui donne lieu à des accidens graves, mais bien plutôt l'extraction d'un calcul mural volumineux à travers une incision insuffisante du col de la vessie et de la prostate. La cause des accidens, dans ce cas, est la déchirure de la prostate et l'infiltration des urines dans le tissu cellulaire pelvien. De là, le sage pré-

cepte de procéder à l'extraction du calcul par des tractions lentes et graduées qui dilatent le col de la vessie sans le déchirer, comme je l'ai fait chez Cabrol; de là, encore, la nécessité de donner à l'ouverture du col vésical et de la prostate une étendue proportionnée au volume du calcul, ce qui ne peut se faire, dans les cas de pierre volumineuse et dure, que par les incisions multiples, dont Ledran avait déjà eu l'idée, et dont mon ami, M. Vidal (de Cassis) a si bien fait sentir les avantages (1).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 MARS.

ORGANES DE LA RESPIRATION DANS LES CRUSTACÉS DÉCAPODES

M. Duvernoy lit un mémoire sur ce sujet. Il résulte des descriptions qu'il donne de ces organes :

1° Que les décapodes brachyures ont une grande conformité dans les principaux points de structure, de formes et de position de leurs branchies;

2° Que ces branchies se composent toujours de deux rangées de feuillets fixés par un de leurs côtés contre les deux faces opposées d'une lame fibreuse, empilés ainsi les uns au-dessus des autres, de manière à former deux pyramides appliquées l'une contre l'autre par leur base, mais dont la supérieure est de beaucoup la plus développée;

3° Chaque feuillet branchial peut être considéré comme s'il était composé de deux vessies contenues l'une dans l'autre, et qui auraient été tellement aplaties qu'elles ont pris l'apparence d'une simple lame ou d'un feuillet. La vessie interne, qui contient le fluide nourricier, répond au système vasculaire sanguin; l'externe se continue avec les tégumens communs.

Les parois de la première adhèrent entre elles dans des intervalles réguliers, de manière à intercepter un réseau de canaux de dimensions variées, formant des lacunes plus ou moins considérables dans leurs fréquentes anastomoses. C'est dans cette grande lacune divisée que le vaisseau afférent verse le sang pour la respiration, et c'est là que le vaisseau afférent le reprend pour le diriger vers le cœur.

La forme élargie de ces feuillets, leur nombre et leur rapprochement donnent à l'animal la facilité de conserver une lame d'eau entre chaque paire. De là cette possibilité de respiration aérienne que l'on remarque chez beaucoup de macroures.

4° Les décapodes macroures, à en juger par la structure et la disposition des branchies, sont loin de composer un groupe naturel; aussi l'auteur considère-t-il comme une amélioration notable dans la classification, les changemens proposés par M. Milne-Edwards.

Relativement à la structure des branchies de ces crustacés, les uns, ce sont les *paguriens*, les ont encore composés de feuillets empilés à la manière des feuillets branchiaux des crabes; mais les branchies y sont plus nombreuses, et les deux pyramides supérieure et inférieure qui composent chaque branchie, tantôt sont également développées, et tantôt présentent un singulier développement alternatif suivant le numéro auquel elles appartiennent. Enfin, si les pyramides branchiales sont plus nombreuses, elles sont proportionnellement petites.

D'autres macroures, ce sont les *salicoques*, ont une structure intermédiaire entre les branchies composées de tubes et les branchies à larges feuillets des crabes. Cette forme n'est plus propre à retenir l'eau; aussi les crustacés qui ont de semblables branchies sont-ils essentiellement aquatiques.

Les familles des *locustes* et des *homards* ont des branchies en tubes arrangés de manière à figurer des brosses ou des panaches. Les branchies en tubes, par leur grande division, donnant grande prise à l'action desséchante de l'air, ne pouvaient se trouver et ne se trouvent en effet que dans des espèces essentiellement aquatiques, sauf dans les cas où un mécanisme annexé à ces sortes de branchies est propre à les maintenir humectées; les espèces qui présentent cette dernière disposition peuvent supporter plusieurs jours une respiration aérienne quand on les entoure d'objets humides.

6° Les branchies en tube, très différentes par la forme des filets, sont, au fond, les mêmes pour la structure.

C'est une lacune dans l'un et l'autre cas, cylindrique dans l'un et aplatie dans l'autre. Dans les tubes branchiaux, on peut observer les mouvemens dirigés de la base du tube vers son extrémité terminée en cul de sac, ou des globules sanguins; ces mouvemens, de cette extrémité vers sa base en passant par le côté opposé, forment, dit M. Duvernoy, un des spectacles les plus intéressans que nous découvre le microscope.

7° En général, le système capillaire des vaisseaux sanguins paraît manquer dans les organes de respiration des crustacés, ainsi que l'ont déjà établi MM. Audoin et Milne-Edwards. L'auteur remarque de plus que la membrane respirante dans cette classe d'animaux ne montre jamais à sa surface ces plis si fins et si déliés qui augmentent considérablement l'étendue de la membrane vasculaire respirante dans les lames branchiales des poissons.

(1) Thèse inaugurale sur la taille *quadrilatérale*. Paris 1828.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MARS.

DE L'EMPLOI DES EAUX DE VICHY CONTRE LA GOUTTE.

M. Patissier monte à la tribune pour soutenir la discussion du rapport. Avant que la discussion s'engage, dit-il, j'ai besoin de rappeler les circonstances qui ont motivé les conclusions adoptées par votre commission. Le ministre demande si les eaux de Vichy sont contraires ou favorables à la goutte. Il n'y avait pas d'expériences possibles; nous ne possédions jusqu'à présent rien sur l'efficacité thérapeutique de ces eaux. La goutte est au nombre des maladies les plus réfractaires à toute espèce de traitement. On a donc fait ici ce qui fut fait dans le temps pour les cataplasmes de Pradier. Il n'y avait qu'à s'en rapporter aux documens qui nous ont été soumis par les inspecteurs des eaux de Vichy, auxquels l'Académie s'est adressée, et c'est ce qu'a fait votre commission. Les faits présentés par M. Petit méritent toute votre confiance. On ne pourrait juger autrement que l'a fait votre commission qu'en s'appuyant sur des faits contraires.

M. Bousquet s'élève contre les conclusions du rapport qui sanctionnent les observations de M. Petit au détriment de l'opinion de M. Prunelle, dont on n'a pas tenu compte. M. Prunelle professe l'opinion qu'on ne peut pas guérir la goutte. La conclusion ne peut donc être que provisoire; on ne peut que dire qu'on n'a pas jusqu'à présent observé d'inconvénient de l'administration des eaux de Vichy. Mais les faits sur lesquels s'appuie le rapport ne datent que de trois ans; on ne peut se prononcer d'une manière aussi absolue que l'a fait la commission.

M. Pelletier : Une chose m'a frappé dans le rapport : j'ai entendu dire que le colchique chassait l'acide urique. J'ai observé de bons effets du colchique dans la goutte. Il y a certainement quelque chose de spécial dans l'action de ce médicament; mais je ne connais rien qui motive l'opinion du rapporteur relativement à l'action de cette substance sur l'acide urique.

M. Chevalier s'oppose à la proposition de M. Bousquet. Il ne faut pas, par considération pour un nom, se priver de renseignemens utiles.

M. Nacquart donne quelques renseignemens sur quelques-uns des malades guéris par les eaux de Vichy, et qu'il doit d'avoir vus à l'obligeance de M. Petit.

M. Castel : Pour bien juger la question qui se débat en ce moment, il faut prendre en considération les antécédens, les faits, l'analogie et la vogue. Je commencerai par les antécédens : un médecin qui arrive en qualité d'inspecteur à un établissement d'eaux minérales, a un intérêt d'amour-propre à les faire *mousser*. Il faut joindre à cette considération le désaccord habituel qui s'établit entre deux hommes de notre corps lorsqu'ils se rencontrent sur un même terrain. J'arrive aux faits. On a d'abord commencé par prôner l'usage des eaux de Vichy contre la pierre. Ceci était déjà fort contestable. Les eaux alcalines augmentent la quantité d'urate de chaux, elles doivent donc produire un résultat contraire de celui qu'on en espère. Après ce premier essai, on est passé à un autre. On a dit que les eaux de Vichy guérissent la goutte. D'abord la plupart des eaux minérales préviennent ou modifient la goutte pour quelque temps. Mais quels sont les malades qui vont à Vichy? Ce ne sont point ceux qui sont affectés d'une goutte aiguë, avec symptômes inflammatoires; ils ne pourraient point s'y transporter; ce sont donc ceux qui ont une goutte atonique; ceux-là en ont pu retirer quelque avantage, c'est possible, mais ce ne sont pas là de véritables goutteux. Qu'est-ce qui n'a pas vu, d'ailleurs, la saignée, les sangsues et tant d'autres moyens alternativement prônes, et faisant, en effet, cesser momentanément les accès de goutte? Les eaux de Vichy peuvent bien en avoir fait autant. On invoque 80 observations. Ce chiffre est imposant; mais il ne suffit point contre les argumens de la physiologie. L'inspecteur n'a pas répondu; il avait ses raisons pour cela, et on a voulu faire valoir le sous-inspecteur aux dépens de l'inspecteur.

Je demande que cette question ne soit point jugée, parce qu'elle n'est point susceptible de l'être.

M. Double : Le rapport actuellement en discussion soulève deux questions différentes : une question de personnes et une question de principes. Je glisserai rapidement sur la question de personnes, la dignité d'homme et la dignité académique s'accommodant mal de cette manière de mettre en opposition un médecin et un autre médecin. On vient de reprocher amèrement à M. le docteur Prunelle de n'avoir pas répondu aux questions que la commission lui a adressées. M. Prunelle a atteint une position sociale élevée, et surtout il arrive à un âge où toute lutte, même scientifique, devient une grosse affaire. M. Prunelle est d'ailleurs tristement préoccupé de la santé de sa femme, que toutes les vertus de son sexe et que les plus estimables qualités du cœur et de l'esprit humain lui rendent chère; il n'a pas répondu, il n'a pas dû répondre.

Je passe à la question de principe. La pensée de considérer la goutte comme dépendant d'un acide, et l'idée de combattre cette maladie par les alcalis n'est point neuve; elle est consignée dans la science depuis plus de deux siècles. C'est à la secte chemiatrique dont Sylvius fut le chef que cette doctrine est due. Plusieurs médecins appartenant à cette école; quelques-uns, aussi sortis de l'école de Stahl, l'ont professée et soutenue.

Le conseil plus précis encore d'administrer les eaux alcalines, soit en bains soit en boissons, se retrouve partout dans le domaine de la thérapeutique, à des époques assez reculées. Voyez pour les sources de Neündorff, de Tœplitz, etc., les médecins de l'école d'Hoffmann.

Mais pour entrer encore plus au cœur de la question, il est juste de dire que les eaux de Vichy elles-mêmes ont été proposées il y a deux siècles environ contre la

goutte. Le docteur Fouet, médecin consultant du roi, dès les premières années du règne de Louis XIV, et qui a été pendant longtemps médecin inspecteur des eaux de Vichy, dans un ouvrage assez spirituel, fort curieux à lire encore aujourd'hui, adonné à la théorie des acides considérés comme cause des maladies, et à l'indication générale des alcalis préconisés comme un moyen général de guérison, dit, d'après lui et aussi d'après MM. les docteurs Banc et Aubry, bien antérieurs à lui, que les eaux de Vichy guérissent les gouttes froides naissantes. Voyez NOUVEAU SYSTÈME DES BAINS ET EAUX MINÉRALES DE VICHY. In-12, 306 p. Paris 1686. C'est le second ouvrage que l'auteur a publié sur cette matière.

C'est à dessein que j'insiste sur ce point de l'histoire de la science J'ai à cœur de faire remarquer que si l'opinion de la nature acide de la goutte et la pensée de la combattre par les eaux thermales alcalines, et notamment par les eaux de Vichy, avait eu un fondement solide, raisonnable, légitime, presentées comme elles l'ont été à diverses reprises et en lieux différens dans le domaine de la science, elles y auraient poussé des racines profondes, vigoureuses, durables. Loin de là, chacun sait tout ce que l'école physiologique a débité d'exagérations touchant la sur-excitation que détermineraient sur nos organes les eaux thermales salines; notre honorable rapporteur lui-même dans son estimable ouvrage sur les eaux minérales, dit que l'eau de Vichy convient dans les engorgemens articulaires *autres que ceux qui dépendent de la goutte;* il ajoute que les eaux de la fontaine de l'hôpital sont utiles dans les cas de goutte indéterminée qui troublent les fonctions du système digestif, et il affirme que ces eaux sont très contraires dans les cas d'éréthisme nerveux, dans les états inflammatoires et dans les circonstances où les symptômes d'irritation prédominent; toutes conditions qui appartiennent éminemment à la goutte. Personne n'ignore que M. Lucas, médecin-inspecteur des eaux de Vichy pendant vingt-cinq ans, a été goutteux toute sa vie, et qu'il a succombé à cette maladie Non seulement il s'était assuré pour son propre compte que ces eaux étaient nuisibles à la plupart des conditions de l'état goutteux, mais il avait grand soin d'éloigner des sources de Vichy tous les malades goutteux qui arrivaient à ses piscines.

La goutte, messieurs, est une maladie fort variable. De plus, il y a, selon les diverses périodes de cet accès, une grande différence dans l'organisme du même goutteux qui est actuellement sous le poids de la crise ou accès, qui est loin de la crise, ou qui est dans la période d'imminence de cette crise : et contre ces différens états pathologiques, l'action des eaux de Vichy est loin de produire les mêmes résultats. Les accidens fâcheux, mortels, causés par les eaux de Vichy chez les goutteux ne sont pas sans exemples. Plusieurs sont venus à ma connaissance. J'ai surtout le cas d'une sur-excitation des membranes séreuses péricardienne et pleurale chez un individu atteint de goutte molle, et qui a succombé peu après une saison de Vichy à une hydropisie de poitrine. Cette haute question est loin d'avoir été suffisamment éclairée. Soixante-dix faits ne sauraient suffire à son élucidation. Les conclusions de la commission sont trop positives. trop explicites, trop favorables; elles ont besoin d'être présentées avec plus de réserve.

M. FERRUS : La commission a engagé l'Académie à se prononcer, elle n'a pas cru digne d'elle de s'abstenir. Les conclusions du rapport sont approbatives. Cependant l'Académie n'avait pas de renseignemens suffisans. L'inspecteur n'a pas répondu aux questions qui lui ont été faites; il ne reste donc que le témoignage de M. Petit; je ne le récuse certainement pas, mais il n'en est pas moins vrai qu'on est réduit à un seul témoignage; tandis qu'il existe des faits contraires.

M. Ferrus rapporte un fait analogue à celui qu'a produit M. Double, et qui est relatif à un homme distingué et fort connu, M. Thomas, après quoi il reprend :

La Commission a trop légèrement sanctionné les observations qui lui ont été soumises. M. Lucas, mort de la goutte, connaissait cependant bien les eaux de Vichy, et il recommandait les eaux du Mont-d'Or, parce qu'il trouvait les eaux de Vichy trop excitantes. Les eaux de Vichy et toutes les eaux minérales en général font momentanément disparaître ou éloignent les accès de goutte, comme elles amendent toutes les maladies chroniques, mais elles ne la guérissent pas. Il en est de même de tous les moyens usités jusqu'à présent contre cette maladie. Il n'y a pas d'ailleurs assez longtemps que ces expériences ont été faites pour qu'on puisse savoir s'il n'y aura pas retour des accès.

La commission est allée trop loin dans ses conclusions; ne possédant que les faits de M. Petit, elle devait s'abstenir. Je demande en conséquence que la commission se borne à dire que les observations de M. Petit méritent toute la confiance de l'Academie.

M. ROCHOUX : Il y a deux choses à considérer dans le rapport, l'analyse des observations et les considerations du rapporteur sur la goutte. Pour les observations, je dirai qu'elles sont faites avec tant de soin, tant de détails et d'exactitude, qu'à moins de les nier, on ne peut les récuser. On doit donc les admettre et les considérer comme concluantes.

A l'égard de la goutte, il faudrait savoir si on ne peut pas aller plus loin qu'on ne l'a fait dans son appréciation exacte. On a dit qu'elle consistait dans un défaut de balance entre les elemens nutritifs et excréteurs; on a dit qu'elle produit d'autres maladies; on admet des gouttes retrocedées, remontées, etc.; et tout cela avec trop de confiance et sans un examen sévère et approfondi. Je dirai enfin quelque chose sur la question de personnes, c'est que si M. Prunelle n'a pas répondu, c'est qu'il ne l'a pas voulu.

M. GIMELLE rapporte l'histoire d'un individu affecté depuis vingt ans d'une goutte qui se manifestait annuellement par deux accès. Il fut pris d'une péricardite dont les symptômes étaient assez légers pour ne point l'empêcher d'aller à Vichy. De retour à Paris, il succomba au bout de quelques mois à l'aggravation des symptômes de la péricardite.

M. GUÉNEAU DE MUSSY prend la parole pour défendre le rapport. Il commence par réfuter le fait allégué par M. Gimelle. Le traitement dans ce cas comme dans la plupart des cas d'insuccès signalés n'avait pas été prolongé assez longtemps. On a dit que la commission s'était trop avancée. Il y avait une lettre écrite par quarante personnes au ministre, le ministre en appelle à l'Académie, l'Académie ne pouvait pas décliner sa compétence. Il s'agit de savoir si elle s'est avancée au-delà des faits. Lorsqu'il est question d'un remède nouveau, rien de plus simple que de faire un choix des faits qui y sont relatifs. Ici on n'a point agi ainsi; on a tenu une liste exacte de *tous* les faits observés depuis deux ans. Sur 80, 70 sont favorables; la plupart des malades goutteux depuis plusieurs années sont débarrassés de leur goutte; les autres sont soulagés. Dans les faits contraires allégués contre ceux-ci, quelques malades n'avaient pris les bains que pendant peu de jours; d'autres avaient été peu favorisés par diverses influences, plusieurs avaient outrepassé les prescriptions. J'ai vu plusieurs malades prendre jusqu'à 30, 40, 50 verres par jour d'eau de Vichy. On peut affirmer que ceux qui n'ont point éprouvé d'amélioration avaient imprudemment outrepassé l'ordonnance ou ne l'avaient qu'incomplètement exécutée. La commission n'est donc point trop engagée; ses conclusions sont conformes aux faits.

M. BÉRARD réfute l'opinion de M. Castel relativement à l'usage des eaux de Vichy contre l'affection calculeuse.

M. BOUILLAUD : Je suis forcé de revenir à cette occasion sur l'opinion que j'ai déjà plusieurs fois exprimée sur la goutte et le rhumatisme; cette question étant traitée dans le rapport. On a dit : il y a une goutte externe, une goutte interne; de celle-ci on est malade, de celle-là l'on meurt. J'ai établi sur des données statistiques comme un fait général ou une loi la coïncidence qui existe entre les affections rhumatismales et les affections du cœur. Dans le plus grand nombre des affections rhumatismales intenses, cette coïncidence est certaine; je l'ai rencontrée une fois seulement dans un cas léger. J'ai établi ce fait par la contre-épreuve. J'ai voulu savoir si les individus affectés de maladies du cœur avaient été goutteux ou rhumatiques. La moitié des sujets affectés de maladie chronique du cœur avaient eu la goutte ou des rhumatismes. Il n'y a donc point dans ce cas là rétrocession, mais coïncidence. Cette coïncidence n'existe pas seulement pour les maladies du cœur, mais probablement aussi pour d'autres organes que l'on n'a pas encore suffisamment observés sous ce rapport. Considérerons-nous donc comme extraordinaire que trois ou quatre individus soient morts après avoir pris les eaux de Vichy? mais ce n'est même pas là une exception, ce n'est qu'une confirmation de la loi établie.

Quant à la question pratique, je la réduis à ceci : Ira-t-on à Vichy lorsqu'il y a inflammation ? Non. Ira-t-on lorsqu'il y a complication d'affection calculeuse, surabondance d'acide urique ? Oui; on en pourra tirer quelque avantage. Mais si vous allez à Vichy avec une lésion organique du cœur ou autre, assurément non. Ainsi il faut distinguer : tant qu'on n'établira pas ces distinctions, on ne pourra asseoir aucun principe thérapeutique.

Je pense donc que les eaux de Vichy peuvent avoir des avantages par rapport aux concrétions tophacées. Après tout il n'y a pas d'inconvénient de faire courir les goutteux aux eaux.

LE RAPPORTEUR reproche à M. Bouillaud de confondre le rhumatisme et la goutte, choses fort différentes. Je demande si M. Bouillaud a constaté la coïncidence des maladies du cœur avec la goutte. Je n'en connais pas un seul cas.

M. GUÉNEAU : Ni moi non plus.

M. DELENS affirme n'avoir jamais rencontré cette coïncidence. Il rapporte plusieurs observations à lui propres, de guérison de la goutte par l'usage des eaux de Vichy.

M. le PRÉSIDENT clot la discussion et engage le rapporteur à relire ses conclusions.

M. FERRUS propose de substituer à ces conclusions celle-ci : L'Académie a donné toute son attention à l'examen des faits qui lui ont été soumis, et en a reconnu l'exactitude.

M. GERDY prend la parole contre les conclusions qu'il trouve trop explicites.

M. CASTEL parle dans le même sens.

M. RENAULDIN veut qu'on fasse mention de quelle manière on doit faire usage des eaux minerales.

M. DOUBLE propose de modifier la première conclusion, en disant que ce remède n'est pas nouveau.

M. ANDRAL voudrait qu'il fût exprimé que les trois premières conclusions sous forme de propositions reposent sur 80 observations seulement. Il propose l'amendement suivant : ces 80 observations, suffisantes pour constater les bons effets des eaux de Vichy, ne le sont pas pour décider à fond la question.

M. BOUILLAUD propose, à peu près dans les mêmes termes, un amendement qui est adopté.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, AVEC MODÈLES EN RELIEF; par le docteur FÉLIX THIBERT. — Première partie.

L'émule malheureux de Vésale, Eustachi, dont les travaux ne devaient obtenir tout l'éclat d'une publicité glorieuse que bien longtemps après sa mort, s'écriait sur la fin de ses jours : « Plût à Dieu que je me fusse livré à l'étude de l'anatomie pathologique plutôt qu'à celle de l'anatomie régulière; que j'eusse consacré à la première les années que j'ai consacrées

à la seconde, et que je n'eusse pas entrepris si tard la culture de ce champ fertile ! » Cette expression solennelle d'un regret profondément senti montre bien l'importance qu'Eustachi attachait à l'étude de l'anatomie pathologique, les secours qu'il en espérait pour l'avancement des connaissances médicales. Et pourtant la voie qu'il désignait à ses successeurs et qu'il signalait à leur attention avec une impérieuse sollicitude resta longtemps encore déserte ; plus de vingt siècles anparavant Hérophile et Erasistrate, fondateurs de l'école d'Alexandrie, avaient jeté de vives lueurs sur le vaste champ des lésions nécroscopiques, si l'on juge de leurs travaux par quelques indices, par quelques observations recueillies dans les ouvrages d'Arétée, de Cœlius Aurelianus et Galien. Entre leurs découvertes, perdues presque entièrement, et les efforts de Vésale et d'Eustachi, la tradition galénique remplace les recherches; l'anatomie normale fait d'importantes acquisitions; mais ces progrès ne se réfléchissent qu'à long intervalle et par menus reflets sur l'étude des altérations organiques; Colombus, Coiter, Félix Plater, Ant. Benevieni et d'autres suspendent leurs noms à des découvertes isolées; mais à Théophile Bonnet appartient la gloire d'avoir entrepris de colliger les faits épars, de les classer suivant leurs rapports et leurs analogies, d'en exprimer des indications précieuses pour le diagnostic et la thérapeutique. C'est à tort que plusieurs écrivains modernes ont pensé que la création de l'anatomie pathologique était l'œuvre de Thomas Bartholin; la production de Bartholin n'a rien de monumental; elle ne conste que dans une dissertation ayant pour but de démontrer l'importance de cette science, ce qui était méritoire pour l'époque, mais ne contenant point d'observations particulières sur les lésions matérielles des organes, ce qui lui ôte le caractère d'une nouveauté féconde. Bonnet représente bien, dans l'histoire de la médecine, cette famille d'esprits synthétiques qui apparaissent avec une incontestable opportunité après les périodes actives de pédestres recherches, constructeurs heureux qui mettent en œuvre les matériaux apportés par mille mains et qui concourent au progrès par la méthode presque autant que d'autres le font par l'invention. Le *sepulchretum*, ne fût-il qu'une laborieuse compilation, marque dans l'histoire de l'anatomie pathologique une époque importante; il a produit l'ouvrage de Morgagni, lequel n'est lui-même exempt ni d'erreurs ni de lacune, où la prolixité des discussions théoriques se joint parfois aux répétitions fastidieuses; mais quelle sagacité dans l'élève de Valsalva à saisir les rapports des symptômes de la maladie avec les lésions trouvées sur le cadavre! Quel inépuisable fonds d'observations précises, quel jugement, quelle richesse d'érudition! A partir de Morgagni, l'anatomie pathologique existe, les recherches se multiplient, chaque pays fournit son contingent de gloires acquises dans cette branche des connaissances médicales, Hoffmann, Valter, Albinus, Levret, G. Hunter, Pringle, A. Monro, Lieutaud, Vicq-d'Azyr, etc. Dès lors, l'Allemagne, qui nous a précédés de près d'un siècle dans l'enseignement de la médecine légale, possédait déjà des cours publics destinés à répandre parmi les jeunes médecins le goût de l'anatomie pathologique; bien des années se sont écoulées avant que pareille institution s'élevât parmi nous; il a fallu que le hasard conduisît Cuvier à Strasbourg, et le mît en présence des belles collections de la faculté de cette ville, pour que la première chaire d'anatomie pathologique fût créée en France au profit de Lobstein qui avait le plus contribué à la fondation du plus beau musée d'anatomie pathologique de notre pays; car le musée Dupuytren ne saurait être mis en parallèle avec l'établissement alsacien. Il est vrai que l'enseignement libre avait devancé l'institution officielle; dès 1803, Dupuytren, encore chef des travaux anatomiques, déployait dans des cours particuliers sur l'anatomie pathologique le talent d'observation dont il était si éminemment doué; ses leçons n'ont pas peu contribué à naturaliser au sein de l'école de Paris l'étude de cette branche scientifique; elles ont donné l'impulsion aux travaux de Bayle et fourni à Laënnec sa classification des altérations organiques. Conduire plus loin nos lecteurs dans cette voie historique de l'anatomie pathologique, qui va s'élargissant de plus en plus, ce serait les placer en face des célébrités contemporaines et nous rendre la critique et l'éloge également difficiles. Aujourd'hui cette science est officiellement enseignée dans deux Facultés, Paris et Strasbourg; elle compose, avec le diagnostic, la partie la plus brillante et la plus positive de la pratique médicale dans les hôpitaux de cette capitale; les autopsies sont faites avec un soin religieux; élèves et maîtres se pressent autour des cadavres pour vérifier les oracles de la clinique, pour rapprocher les traces nécroscopiques des symptômes recueillis pendant la vie : la perfection des connaissances anatomiques, les progrès de l'anatomie de texture, l'étude plus approfondie des altérations qui représentent les phases versatiles de la putréfaction, le complément donné aux recherches d'amphithéâtre par l'examen successif de tous les organes; enfin, les lumières fournies par la dissection comparée des animaux et la moderne analyse des lois de la tératologie, sont autant de conditions heureuses pour l'augmentation d'un ordre de faits qui fournissent au clinicien le guide le plus sûr, pour les développemens ultérieurs d'une science qui ne pouvait mûrir que par le perfectionnement de plusieurs autres branches de la médecine.

Il est encore une autre condition d'avenir pour l'anatomie pathologique, condition qui, pour être extérieure, si je puis ainsi dire, au travail scientifique des esprits, n'en a pas moins une décisive importance : c'est la possibilité de fixer d'une manière durable et véridique les résultats anatomiques des maladies, de les produire à volonté, de les faire circuler sous les yeux des élèves, d'en maintenir à la postérité le minutieux contrôle. Quoi de plus mobile que le tableau qui se déroule par fragmens disjoints dans les autopsies quotidiennes? Quoi de plus fugace que les impressions qu'il laisse dans l'esprit? Si le dégoût n'est plus une sensation connue des jeunes médecins qui sont possédés de la noble curiosité des faits nécroscopiques, combien d'entre eux retiennent de ces faits une image distincte et détaillée qui prête à leurs inductions un fondement légitime? L'altération du tissu n'est pas un phénomène simple, uniforme, persistant; c'est un mélange, une harmonie de détails, que l'attention la plus soutenue ne pénètre pas toujours dans une première inspection : elle exige une étude, non un coup-d'œil; et comment instituer une observation suivie sur des pièces, sur des débris que la mort travaille; que les influences extérieures attaquent incessamment, et dont les traits pathologiques se fondent du jour au lendemain dans les masques de la putréfaction? Revoir souvent est une nécessité pour les observateurs; si l'occasion ramène fréquemment sous leurs yeux certaines classes de lésions, il en est d'autres qui ne se reproduisent qu'à de longs intervalles; il en est même qui portent un caractère de singularité exceptionnelle; l'anatomie morbide a ses individualités comme la clinique. C'est l'enseignement surtout qui sollicite, pour ses démonstrations publiques, de fidèles et solides images de toutes les atteintes que peut subir la trame organique; il s'agit, en effet, d'une science qui veut être apprise sur la nature elle-même; les livres qu'elle a fait éclore sont suffisans pour la propager; ils ne peuvent être compris qu'en présence des cadavres, que par une sorte de confrontation réitérée de l'idée avec l'objet. La description graphique la mieux faite, la plus exacte, n'est, sous l'œil du lecteur, qu'une succession de lettres et de mots, et l'image qu'elle doit susciter à l'esprit ne s'y dessine qu'avec labeur, par une intuition fatigante, et confusément. Le style plastique du romancier peut faire vivre sur le papier les sites qu'il dépeint, les personnages qu'il met en jeu; le voyageur réussit, dans ses narrations colorées, à transporter ceux qui l'écoutent dans les régions qu'il a parcourues; mais l'organisation défie les artifices des plumes descriptives par la variété de ses détails, par la délicatesse de ses nuances, par je ne sais quel mouvement jusque dans le spectacle de la mort.

Restent donc, pour la détermination des figures cadavériques la vue et le toucher, deux instrumens vérificateurs auxquels correspondent, dans les arts imitateurs de la nature morte, la gravure, les dessins coloriés, les reliefs en cire, les pièces desséchées ou conservées dans un liquide.

Les pièces conservées par dessiccation se racconrcissent au point de devenir méconnaissables; celles qui séjournent dans des liqueurs appropriées se dérobent à une exploration exacte à travers les parois du vase qui les contient; la couleur change, les formes s'altèrent; le toucher est impossible; de là les erreurs commises par Mathieu Baillie, qui écrivait sur les pièces qu'il avait à sa disposition dans le cabinet de Hunter. Et, d'ailleurs, quand l'industrie conservatrice des anatomistes maintiendrait à ces pièces leurs formes et leurs teintes, comment les multiplier en proportion des besoins de l'étude? Le temps qu'exige une préparation en cire ne permettra jamais une fidèle reproduction de couleur et de forme, car forme et couleur ne résistent pas longtemps à l'action de l'air, et l'on sait par quelles vicissitudes de coloration passent les organes sous l'influence d'un commencement de décomposition putride. Les reliefs en cire se déforment par la chaleur, se fendillent, se refusent à la démonstration manuelle par leur fragilité; enfin, modelés, ils ne représentent jamais rigoureusement la nature. Les inconvéniens de la gravure sont encore plus graves; le volume des organes, leurs rapports, leur situation superficielle ou profonde, les dimensions des intervalles qui les séparent, ne peuvent être appréciés exactement; que l'altération entame, d'ailleurs, une certaine épaisseur de tissus, qu'elle ait son siége dans les viscères, il faudra multiplier les planches, les sections, pour faire connaître à l'observateur l'étendue des observations; mêmes reproches s'adressent aux planches coloriées où la distribution des ombres et des clairs, destinée à produire le relief, déguise la véritable teinte des altérations : d'ailleurs, gravures et dessins coloriés échappent au toucher et ne réussissent, en définitive, qu'à faire naître une chanceuse illusion des réalités anatomiques.

Il y avait donc là, dans le domaine de la reproduction plastique, une belle veine de recherches à entreprendre, une large place aux efforts innovateurs. M. le docteur Félix Thibert s'en est emparé, résolu de ne

l'abandonner qu'après avoir accompli ce qu'il fallait pour le perfectionnement de l'anatomie pathologique; il a dépouillé la robe du docteur pour le tablier du sculpteur; la palette et le pinceau ont remplacé le scalpel et la lancette, laissant de côté toutes les innovations connues jusqu'à lui, parce que toutes sont défectueuses et que l'application lui en paraissait impossible; il s'est livré à une série d'essais dispendieux; il n'a reculé devant aucune difficulté; forcé d'acquérir des connaissances entièrement étrangères à la médecine, il est devenu peintre à surprendre la nature sur le fait; à force de tentatives et de combinaisons, il est arrivé à composer une matière presque indestructible, et qui pourtant, par les moyens qu'il emploie, s'assouplit et s'organise, en quelque sorte, avec une moelleuse plasticité; les couleurs dont il l'imprègne sont inaltérables à l'air et sont distribuées avec une admirable justesse, avec une fidélité de nuances, qui rend l'image moulée parfaitement identique à l'objet qu'elle représente. Les lésions morbides nous apparaissent, dans les produits de M. Thibert, telles que nous les avons contemplées sous le premier coup du scalpel; les types merveilleux, qu'il multiplie à volonté, et avec célérité, réveillent en nous les mêmes sensations, les mêmes idées que les originales coupes du cadavre: « Aussitôt après l'ouverture du cadavre, les teintes, les couleurs sont prises avec exactitude, et, vingt-quatre heures après, la partie lésée est entièrement reproduite. Le même espace de temps suffit pour la mettre entre les mains des élèves. »

Le cabinet de M. Thibert, décoré de ses produits, ressemble à un amphithéâtre où seraient étalées, fraîches et vives, les pièces qu'ils représentent; c'est le cadavre dans sa vérité, moins l'odeur de la destruction et la glaciale sensation de la mort. Après avoir examiné de nos propres yeux, avec une scrupuleuse attention, toutes les livraisons qu'il a publiées, force nous est de répéter avec les commissaires de l'Académie que ce n'est point là de l'imitation, mais un *fac simile* frappant des pièces naturelles. Que deviennent la cire, la gravure, mises en parallèle avec ces modèles qui offrent les mêmes saillies, les mêmes dimensions, le même volume, les mêmes couleurs que la nature? Là toutes les conditions de l'étude des altérations morbides existent réunies: le toucher peut venir en aide à la vue, rien ne s'altère ni à l'air ni à la main, et le même fait nécroscopique peut voyager intact, d'un bout de l'Europe à l'autre. Pour nous, nous avions à peine souvenance qu'il y a deux ans et demi environ, un jeune médecin suivait attentivement nos autopsies au Val-de-Grâce, et sollicitait de notre obligeance la propriété des pièces intéressantes qui s'offraient à notre examen; en visitant l'autre jour le cabinet de M. Thibert, nous les avons retrouvées; c'est-à-dire nous en avons contemplé les types dus à son art, car ce médecin était M. Thibert, et tous nos souvenirs de clinique et d'amphithéâtre se sont ranimés à la vue de ces admirables copies; ceux de nos lecteurs qui visiteront le musée naissant de M. Thibet les y admireront comme nous; ce sont: 1° une hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur; la cavité a 9 lignes de longueur sur 4 de largeur; les parois présentent une épaisseur de 11 lignes; 2° un exemplaire de colite chronique avec des ulcérations multiples et étendues; je me rappelle avoir proposé ce cas à M. Thibert, comme propre à faire ressortir la différence de ces altérations avec celles que l'on rencontre dans l'entérite typhoïde; 3° une rate hypertrophiée avec transformation cartilagineuse d'une paroi, plus une petite rate surnuméraire, imitant un lobule pédicellé; mensuration: 9 pouces de haut en bas sur 5 pouces 6 lignes de largeur; la rate surnuméraire, placée antérieurement et vers le bord inférieur de l'organe, simulait sur le vivant, au-dessous de l'ombilic et de côté, une tumeur qui fut prise par deux de mes collègues en chirurgie pour une tumeur de la paroi abdominale; 4° plusieurs segmens d'intestin présentant des ulcérations diverses avec trace de phlogose ambiante.

Pour ne rien oublier de ce que la collection de M. Thibert contient de notable, soit par l'intérêt des cas morbides, soit par la vérité saisissante de la reproduction, il faudrait citer toutes les pièces qui la composent jusqu'à présent; nous appelons particulièrement l'attention de ceux qui les visiteront, sur les beaux exemplaires d'apoplexie capillaire du cerveau fournie à M. Thibert par M. Cruveilhier, et d'apoplexie de la base, recueillie dans le service de M. Casimir Broussais; sur une double dilatation de l'aorte avec un vaste caillot fibreux dans une des poches; sur les échantillons des différens degrés de l'albuminurie; sur un cancer de l'intestin avec destruction des tuniques muqueuse et musculaire, pièce que feu Broussais regardait comme l'image de sa propre maladie; sur un champignon cancéreux au cardia avec cancer pylorique et altération profonde des ganglions mésentériques, pièce offerte par M. Chomel; sur l'estomac d'un sujet qui est mort empoisonné par le cyanure de mercure (Martin-Solon). Que ceux qui doutent encore de l'existence de la morve chez l'homme et de son identité avec la morve du cheval, se donnent la peine d'examiner les nombreuses reproductions que M. Thibert a si habilement exécutées, et qui représentent les diverses phases de cette affection dans l'espèce humaine comme dans l'espèce chevaline; que l'on compare de l'une à l'autre cet ensemble de lésions étranges, telles qu'éruption pustuleuse à la face, ulcérations multipliées dans les fosses nasales, dans le larynx; pustules disséminées et agglomérées sur la peau, ulcère gangréneux sur le nez avec de vastes escharres sur le front, etc., et il ne sera point possible de méconnaître l'identité des deux morves observées. Les préparations de M. Thibert, en stéréotypant pour ainsi dire, dans leur sincérité primitive, les résultats des nécropsies, sont destinées à faire tomber plus d'une controverse, plus d'un doute; car ce qui éternise les dissentimens de la polémique médicale, c'est encore moins la nature des faits sur lesquels elle roule que le manque d'une fidèle et permanente représentation de tous leurs détails. Deux pièces osseuses données par M. Adolphe Pasquier ont permis à M. Thibert de montrer son talent sous une seconde face, par l'imitation des lésions chirurgicales; l'une présente une carie du grand trochanter; l'autre une fracture de l'olécrane avec fracture comminutive du col anatomique et du col chirurgical de l'humérus, toutes deux consolidées.

Ainsi, médecine et chirurgie peuvent espérer du mode plastique de M. Thibert, une égale assistance; la médecine légale y trouvera un puissant auxiliaire de ses études et de ses recherches; des parties molles dont la conservation prolongée intéresse les opérations de la justice pourront être reproduites avec la plus minutieuse précision. Après avoir vu ce que peut M. Thibert sous ce rapport, on ne s'étonne plus ni de l'admiration que M. Cruveilhier exprime dans son rapport à l'Académie, ni de la méprise d'un professeur qui a cru voir dans un type artificiel une pièce cadavérique, ni des encouragemens que l'Université et les ministères de la guerre et de la marine ont accordés à l'auteur.

M. L.

VARIÉTÉS.

LETTRE SUR L'ANTHROPOLOGIE PHYSIOLOGIQUE; PAR J.-J. VIREY, A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Mon cher confrère,

Il a paru, naguère, en divers journaux, des recherches relatives à plusieurs questions d'anthropologie, qui méritent un examen spécial dans l'intérêt de la science physiologique. L'une concerne *la beauté ou la perfection des formes humaines et leur cause*; l'autre a rapport à la *diversité des races* et à la *supériorité hiérarchique des espèces entre elles.*

1° Le premier sujet de nos remarques sera tiré du cours d'*anatomie pittoresque* professé au palais des Beaux-Arts par l'honorable docteur Emery pour les élèves qui se consacrent à la peinture et à la sculpture. Le professeur a cru devoir entrer dans l'étude des variétés humaines peuplant le globe, mais sans s'occuper aucunement des beautés de leur conformation, soit en comparant chacune de ces races, soit afin d'en rechercher les principales causes, ce qui semblait exigé cependant par l'application de son cours à de si nobles inspirations pour l'*Æsthétique.*

En effet, quel est le but d'une anatomie pittoresque, sinon de dévoiler les magnifiques formes de l'humaine structure dans leur développement selon les âges, les sexes, les complexions, les climats, etc., comme avait essayé de l'exposer G. Salvage, dans son ANATOMIE DU GLADIATEUR COMBATTANT (1)?

Mais toutes les races humaines, si elles brillent de certaines perfections particulières, comme les autres êtres, ne répondent point cependant à un égal degré aux idées universelles du *beau* (τὸ καλόν), si célébré par les artistes éminens et les philosophes de la Grèce, comme étant *la splendeur du bien*, ou *le suprême effort de la perfection organique*. Or, ceci appartient au domaine essentiel de l'anthropologie physique et morale.

Déjà Winckelmann, dans son HISTOIRE DE L'ART, avait reconnu que la beauté parfaite, pour les illustres statuaires de l'antiquité, était tirée de *l'expression de la plus haute intelligence* dans les nobles traits de l'Apollon, et surtout dans ce front sublime de Jupiter olympien, éternel chef-d'œuvre de Phidias.

Donc, si l'homme est considéré comme le type le plus élevé de la vraie beauté, c'est qu'en lui resplendit aussi l'éclatante image d'une intelligence supérieure à celle des brutes, dont le museau s'avance stupidement vers le sol, et dont les membres se courbent pour exercer la vie animale. Il y a donc une progression manifeste de la bête à l'orang-outang, comme de celui-ci au boschiman; elle n'existe pas seulement dans les traits du visage, dans le mufle écaché du nègre Eboë, ou les naseaux aplatis du tatar Nogaïs; c'est aussi par cette allure éreintée, ces jambes à demi fléchies et autres imperfections naturelles à plusieurs races qu'on doit remonter vers la plus parfaitement harmonique.

Ainsi, l'étude des formes les plus belles constate leur alliance intime avec le déploiement des facultés intellectuelles, associées à la virilité chez l'homme,

(1) Nous avions contribué avec ce zélé chirurgien et artiste à son œuvre, en 1812, *grand in-folio*, fig. Depuis cette époque, d'autres artistes, en Italie, l'ont également entrepris avec des succès divers.

comme l'aisance s'unit avec la grâce dans les mouvemens chez la femme. Plus l'être organique se redresse vers le ciel, plus il acquiert cette dignité de structure, ce front dominateur, si éloquemment dépeints par Buffon.

Aucune démonstration anatomique n'a manqué à cette vérité. Tout le monde sait qu'elle a été donnée, avec l'observation de l'angle facial, par l'ingénieux P. Camper, et, depuis lui, dans le tableau ascensionnel qui représente la figure d'un ignoble crapaud, successivement ennoblie, par le déploiement encéphalique, en gravissant tous les échelons intermédiaires de l'animalité, jusqu'à la divinité anthropomorphique.

Il s'ensuit donc que l'anatomie pittoresque offrait la plus riche occasion de manifester les causes mentales du vrai beau, qui n'est autre que cette *perfection harmonique des êtres tendant à surpasser même la nature physique par le perfectionnement intellectuel*. Ainsi, on voit l'amour, parmi les sexes, aspirer à tout ce qu'il y a de plus complet, de supérieur, dans chaque espèce. Les animaux eux-mêmes répudient les êtres imparfaits ou hideux de leur race, tant *la nature*, dans ses voluptés intimes, *aspire à la plus haute idéalisation de ses formes, comme à l'exaltation de ses facultés les plus perfectionnées!*

L'oubli de cette vérité n'a-t-il pas un puissant témoignage dans l'abjecte détérioration actuelle des arts? Ils ont dédaigné la sublimité de notre nature morale jusqu'à ériger en culte le *laid*, qui, certes, existe aussi dans le monde, mais dont il ne représente que les infériorités ou les plus basses difformités. N'est-ce pas depuis qu'une ignoble philosophie ravale la dignité humaine au rôle de l'animalité, et ne voit plus dans nos fonctions que le jeu mécanique ou chimique d'un cadavre galvanisé par la vie? Nous en attestons et la décadence des beaux-arts et la dégradation simultanée de la littérature contemporaine signalées de nos jours.

Il appartient donc à la vraie science de ramener à des principes plus élevés, et de communiquer une noble impulsion. C'est ce qu'on doit espérer d'études approfondies sur l'organisation humaine, la plus harmonique de toutes, et qu'une flamme céleste anime sur notre terre.

2° L'autre objet de nos réflexions a motivé la lettre suivante, adressée à M. le président de l'Académie des sciences morales et politiques.

« Monsieur le président,

» Dans son savant et judicieux travail sur l'état actuel de l'anthropologie, M. le docteur W. Edwards a bien voulu citer nos écrits; nous n'aurions que des remercîmens sincères à lui rendre si une question capitale vous eût été présentée sous tout son jour. Permettez-moi de l'exposer pour l'intérêt de la science. »

En effet, notre dessein avait été de prouver *la progression ascendante des races humaines*, ou leur *hiérarchie intellectuelle et physiologique*, depuis le Hottentot (le Papou, le Van-Diémenois, etc.), en s'élevant par l'espèce nègre aux rameaux divers des Malais bruns et autres tribus de la Polynésie, ensuite aux tiges des Américains rouges originels, à l'immense famille des peuples jaunes, Mongols et Kalmouks de l'Asie orientale, jusqu'à la noble race blanche, japétique ou caucasienne (et indo-germanique), la plus capable de haute intelligence et de complète civilisation, puisque les précédentes sont restées tant de siècles stationnaires encore, ou même croupissantes dans la plus déplorable infériorité, malgré des cieux prospères.

En partant du principe de l'unité primordiale, ni Buffon, ni Kant, ni Blumenbach et G. Cuvier, ne pouvaient admettre que des variétés transitoires, superficielles, dues à la chaleur, à la lumière, aux alimens et autres circonstances extérieures, sans altération profonde d'un type unique. Ces auteurs établissaient que, sous les mêmes conditions données, avec le temps, toute variété devait posséder les mêmes facultés originelles. Ce qui parut justifier cet aperçu, c'est que tous les individus humains, les plus disparates du globe, restent capables de s'unir entre eux par des alliances fécondes, et semblent ne constituer, par cette consanguinité, qu'une seule espèce identique.

Mais lorsqu'un examen anatomique et physiologique approfondi eut manifesté les différences irrécusables de structure interne, soit pour l'étendue de la masse cérébrale, soit pour la conformation des membres et des viscères, entre le nègre et le blanc principalement, lorsqu'il existe des types ou des caractères indélébiles, résistant aux climats, aux circonstances, et reparaissant, à travers de longs siècles, dans l'histoire et les migrations des peuples, on comprit qu'il pouvait être né, dès l'origine, des *espèces distinctes* d'hommes, avec des attributs constans, en un mot, des races évidemment supérieures à d'autres. La fécondité des alliances entre elles n'est point un obstacle concluant, puisqu'une multitude d'espèces congenères (le loup, le chien, le chacal, l'isatis, etc.) contribuent à ces nombreuses souches émanées de la promiscuité des races canines, comme on voit aussi des mélanges d'insectes, de plantes, etc., donner naissance à des variétés intermédiaires, permanentes.

C'est à cette démonstration hiérarchique des tiges humaines que notre ouvrage était consacré, pour manifester cette grande loi d'une organisation ascendante, par des types normaux, laquelle lie toutes les productions de la nature dans sa chaîne universelle. Ainsi, puisqu'on peut remonter graduellement des substances brutes à l'organisation et à la vie, par cette haute échelle qui rattache le minéral à la plante et le végétal à l'animalité, de même on ne saurait nier la progression qui rapproche au physique les plus perfectionnés des singes du plus imparfait des nègres, malgré la distance considérable qui les sépare. En outre, il existe manifestement des gradations entre le nègre, le Mongol et le blanc. Celui-ci, de tout temps, fut supérieur aux autres races. Ce fait a encore été développé depuis peu (quoique d'une manière trop absolue selon nous) par M. Courtet de Lile, d'après des bases puisées dans notre ouvrage.

Et c'était l'exposition de cette idée fondamentale, qui représente la puissance intellectuelle ou divine, s'élançant progressivement de la profondeur des élémens matériels qu'elle élabore, appelée à remonter vers la lumière de l'existence. C'est surtout à son faîte que se constitue l'humanité, cette dominatrice du monde, ce terme sublime de l'intelligence organisatrice sur notre sphère.

Telle est l'harmonie ascensionnelle, entrevue par Platon, rattachée comme la chaîne d'or d'Homère au trône de la divinité par Leibnitz et célébrée par Herder. Mais il importait de la fonder sur des lois physiologiques précises; tel fut le but de notre œuvre, quelque imparfaite qu'en puisse paraître l'exécution, puisque nous étions le premier à entreprendre cette tâche difficile.

Agréez, etc.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

SÉANCE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE TENUE, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA, DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, LE DIMANCHE 29 MARS 1840.

RAPPORT SUR LA QUESTION DE POLICE MÉDICALE SOULEVÉE DANS LA PRÉCÉDENTE ASSEMBLÉE, FAIT AU NOM DE LA COMMISSION GÉNÉRALE;

Par le Dr Gibert, secrétaire-général.

Messieurs,

Obéissant au vœu exprimé dans la séance annuelle de janvier dernier, et se conformant aux précédens qui établissent que toute modification réglementaire doit être d'abord examinée en commission, puis soumise à l'assemblée générale convoquée expressément pour cet objet, la commission générale s'est occupée, dès sa première réunion de février, de la question de police médicale élevée par deux membres de l'association, MM. les docteurs Nicolas et Miquel. Une commission spéciale composée de cinq membres, auxquels ont été priés de se joindre les auteurs de la proposition s'est réunie au bureau, et assistée de M. Jolly, conseil judiciaire de l'association, elle a discuté les questions proposées par MM. Nicolas et Miquel. Tous deux avaient exprimé le désir que la commission générale s'occupât sérieusement de l'exécution de l'article additionnel qui lui a donné, depuis un an, le droit et imposé le devoir de veiller à la répression des abus qui nuisent à l'exercice de notre profession. M. Nicolas même avait formellement demandé que, se constituant *partie civile*, la commission exerçât, au besoin, des poursuites directes devant les tribunaux, et ne se bornât pas à déférer à l'autorité (qui pourrait bien n'en pas tenir compte) les faits qui viendraient à sa connaissance.

Les charlatans, en effet, pullulent de tout côté; les infractions aux lois et aux réglemens de police médicale s'opèrent au grand jour, au vu et au su de l'autorité, le plus souvent indifférente; beaucoup d'abus qu'une répression salutaire pourrait prévenir se commettent et se multiplient sous les yeux de tous.

Qui donc s'occupera de cette répression, si nous nous abandonnons nous-mêmes, nous qui sommes les plus intéressés à l'obtenir? Qui donc a plus le droit de donner en pareille matière l'exemple et l'impulsion aux autorités, soit administratives, soit judiciaires, qu'une association de médecins honorables réunis dans le but d'améliorer et de relever, s'il est possible, la situation sociale d'une profession aussi utile que la nôtre aux intérêts bien entendus de la société?

Mus par des motifs aussi puissans et qu'il serait bien superflu de développer dans une assemblée telle que celle-ci, les membres de votre commission générale avaient déjà, dans le cours de l'année dernière, délibéré sur la question de savoir si la proposition de M. Renouard comprendrait cette faculté de poursuite directe qui leur est une seconde fois proposée.

Mais, messieurs, avant de s'engager dans une pareille voie, il fallait sérieusement examiner si elle pouvait en effet offrir quelque résultat avantageux, soit sous le rapport matériel, soit sous le rapport de l'honneur et de la dignité de la profession. Or, cette fois encore, nous sommes restes convaincus qu'il y avait de graves inconvéniens attachés à la mesure proposée.

Et d'abord, sous l'empire de la législation actuelle, nous ne pourrions être admis à exercer une poursuite directe contre tel ou tel charlatan, et à nous constituer *partie civile*, qu'en remplissant deux conditions ou fort désagréables ou presque impraticables:

La première consisterait à administrer la preuve d'un dommage *personnel* causé à tel ou tel membre de l'Association par le fait abusif dénoncé à l'autorité judiciaire; la seconde, à demander au tribunal une réparation *pécuniaire* de ce dommage.

Sous le point de vue matériel donc, l'Association s'exposerait ou à voir rejeter purement et simplement sa demande ou à subir les chances plus que douteuses de procès dont les frais viendraient compromettre les économies amassées dans un but de charité et de prévoyance.

Sous le point de vue moral, n'est-il pas à peu près certain que vainqueur ou vaincu, le charlatan réussirait à tirer avantage aux yeux du public des poursuites exercées contre lui? Ne serait-il pas à craindre, en nous posant adversaires personnels de tel ou tel charlatan, que nous n'encourions le risque de l'élever jusqu'à nous, si ce n'est même de nous abaisser jusqu'à lui? N'est-il pas évident qu'aux yeux du public, toujours assez enclin à dire du mal de ceux qui lui rendent service, nous paraîtrions plus préoccupés de notre intérêt personnel que du préjudice réel que le charlatan cause à la société?

Ces considérations et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de rappeler, ont de nouveau fait rejeter par la commission la proposition de poursuivre directement les charlatans.

Cependant, la commission générale ne pouvait s'empêcher de reconnaître elle-même que jusqu'ici elle n'avait que très imparfaitement rempli la tâche qui lui était imposée depuis un an, de veiller à la répression des abus qui nuisent à

l'exercice de notre profession. Quelques faits avaient bien été signalés et même déférés à l'autorité par l'intervention officieuse de notre président; mais en réalité aucune mesure bien efficace n'avait pu encore être prise.

Une proposition de M. Renouard, destinée à faciliter l'exécution de l'article réglementaire relatif à la police médicale, lui a paru de nature à promettre un meilleur résultat pour l'avenir, si elle était adoptée et convenablement appliquée par le zèle et l'active coopération des membres de l'Association. Cette proposition consiste dans la création de *comités d'arrondissement* composés des membres titulaires et suppléans de la commission générale, qui seraient chargés de recueillir tous les renseignemens qui leur seraient fournis sur les abus et infractions aux règlemens de police médicale, et qui, tous les mois, feraient un rapport sur cet objet dans le sein de la commission générale.

De cette manière, les membres de l'Association et même les médecins encore étrangers à l'Association auraient dans chaque quartier un point de réunion fixe et commode où se recueilleraient et se dissémineraient facilement tous les renseignemens dont la valeur et la portée définitive seraient ensuite jugées en dernier ressort par la commission générale qui se réunit le premier vendredi de chaque mois dans le cabinet de M. le doyen.

Ne serait-ce pas déjà un moyen de répression et mieux encore un moyen de prévenir les abus, que la présence de comités permanens à la surveillance desquels ne pourraient échapper les faits signalés à leur attention dans chaque localité par les médecins intéressés à les faire connaître?

Ne pourrait-il pas arriver que plus d'une velléité de charlatanisme provoquée par le découragement et par le mauvais exemple, fût efficacement réprimée par la crainte salutaire inspirée par les comités de police médicale?

Si le charlatan éhonté s'en inquiétait peu, du moins il craindrait davantage de se livrer à des actes qui pourraient lui faire encourir des poursuites administratives ou judiciaires, et le médecin qui n'aurait point abjuré toute pudeur craindrait d'encourir le blâme de ses confrères, même pour des actes que ne peut atteindre la jurisprudence actuelle.

La proposition de M. Renouard admise, il a paru nécessaire d'instituer une seconde assemblée annuelle spécialement destinée à la *police médicale*, laissant à la séance générale prescrite au commencement de chaque année par nos statuts, son caractère plus spécialement financier et administratif.

En résumé donc, après avoir discuté le rapport qui lui a été fait par la commission de police médicale, la commission générale a décidé que l'article réglementaire additionnel, voté dans la séance de janvier 1839, serait maintenu sans aucune modification :

Cet article est ainsi conçu :

« *La commission générale est en outre chargée de veiller à la répression des abus qui nuisent à l'exercice de notre profession, en déférant ces abus à l'autorité, et en leur donnant, au besoin, de la publicité pour prémunir la société contre les dangers qu'ils entraînent.* »

Mais pour faciliter l'exécution de cet article, la commission a adopté deux propositions qu'elle soumet aujourd'hui à votre approbation; la première, de M. le docteur Miquel, qui institue

« *Une séance annuelle en juin, spécialement consacrée à la police médicale;* ».

La seconde, de M. le docteur Renouard, qui établit

« *Des comités d'arrondissement chargés de recueillir tous les renseignemens relatifs aux abus qui nuisent à l'exercice de notre profession, et de faire chaque mois un rapport sur cet objet à la commission générale.* »

Ces comités d'arrondissement se constitueront en commissions spéciales, nommeront un président et un secrétaire, se réuniront aussi souvent qu'ils le jugeront convenable, mais toujours au moins une fois par mois, et chargeront leur secrétaire de rédiger chaque mois un rapport qui sera soumis à la commission générale dans sa séance mensuelle. Les membres titulaires et suppléans de chaque quartier composeront naturellement le comité d'arrondissement de la localité où ils habitent, et s'adjoindront, quand ils le jugeront utile, tout autre membre de l'Association.

En adoptant ces deux propositions, messieurs, vous compléterez l'œuvre que nous avons si bien commencée, vous élèverez la partie morale de l'Association au degré de perfectionnement qu'a déjà acquis la partie matérielle, et vous populariserez de plus en plus une institution destinée sans aucun doute à améliorer l'avenir de notre profession.

NOTA BENE. — Ce rapport a été adopté à l'unanimité, et l'impression en a été votée.

Les comités d'arrondissement, chargés de la police médicale, sont, pour cette année, composés comme il suit :

PREMIER ARRONDISSEMENT. — MM. Izarié, Andrieux, Duval, Charruau, Montmahou, Fauconneau-Dufresne, Evrat.

2e ARROND. — MM. Goupil, Tanchou, Piel, Guillon, Martin-Solon, Mège, Miquel.

3e ARROND. — MM. Janin, Bourgeois, Fiard, Andry, Meurdefroy, Leroy-d'Etiolles, Godriot.

4e ARROND. — MM. Pillon, Léger-Fleurus, Perdrix, Cordier, Contard, Honoré, Favrot.

5e ARROND. — MM. Campardon, Roger, Mareillaux-Crespiat, Grésely, Terrier, Pailloux, Ollinet.

6e ARROND. — MM. Audiffrey-Erembert, Ledeschault, Rey, Lozes, Roche, Paguéguy, Laborie.

7e ARROND. — MM. Videcoq, Duclos, Gogot, Marx, Vanvalsnaer, Patissier, Bonnassie.

8e ARROND. — MM. Augouard, Berton, Belhomme, Sorlier, Cazeoave, Pressal, Bézard.

9e ARROND. — MM. Dubois, Hatin, Deville, Chailly, Bourjot-St-Hilaire, Boullard, Delens.

10e ARROND. — MM. Guersant, Smith, Cornac, Homolle, Moreau, Mérat, Martin-St-Ange.

11e ARROND. — MM. Régnier, Morin, Cullerier, Planté-Mengelle, Michon, Lesueur, Thillaye.

12e ARROND. — MM. Lemoine, Ratier, Ménière, Clément, Lagasquie, Pinel-Grand-Champ, Martin de Cabuzac.

— La société médico-pratique de Paris a mis la question suivante au concours :

« Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade des divers flux sanguins, dont le développement ou la suppression ont été spontanés ou provoqués; déterminer ensuite les lois physiologiques de cette double influence. »

Une médaille d'or de trois cents francs sera accordée au mémoire qui remportera le prix. Les manuscrits devront être envoyés franco, avec le nom de l'auteur scellé, avant le 1er janvier 1841, et adressés au secrétaire-général M. Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

— La société royale de médecine de Marseille propose pour le concours de 1841, la question suivante :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

En mettant au concours une question qui, depuis quelques années, attire l'attention des praticiens, la société royale de médecine de Marseille désire que MM. les concurrens : 1° déterminent autant que possible le traitement à opposer aux diverses maladies des veines, partout où elles sont accessibles à nos moyens thérapeutiques; 2° qu'ils éclairent ce traitement par la connaissance des divers états pathologiques du système veineux; 3° enfin, qu'ils indiquent les affections consécutives aux maladies des veines, et les moyens de les prévenir.

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or du prix de trois cents francs.

Les mémoires devront être adressés francs de port, et dans les formes académiques, à M. le docteur Chargé, secrétaire-général, avant le 1er septembre 1841.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 18 mars dernier, M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'avenir, les candidats au cinquième examen de docteur seront alternativement interrogés dans la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité, sur les maladies internes, après la visite des malades.

L'examen durera une heure pour chaque candidat, au lieu de trois quarts d'heure fixés par l'arrêté du conseil royal, en date du 26 septembre 1837.

— COURS PUBLIC DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. SÉDILLOT, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Val-de-Grâce, etc., commencera ce cours le lundi 13 avril 1840, à quatre heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, et le continuera tous les jours à la même heure, les jeudis et dimanches exceptés.

— MANUEL PRATIQUE D'HYDROSUDOPATHIE, ou traitement des maladies par l'eau froide, la sueur, l'exercice et le régime, suivant la méthode employée par V. PRIESSNITZ à Graefenberg; par le docteur BIGEL, médecin de l'école de Strasbourg, membre de l'Académie de St-Pétersbourg, assesseur du collège de l'empire de Russie, etc.; suivi d'un MÉMOIRE PHYSIOLOGIQUE SUR LA CHALEUR ANIMALE; par M. PELLETAN, professeur à la Faculté de médecine de Paris.—1 vol. grand in-18. Prix : 4 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, Regent-Street.

— ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais avec des notes, par G. RICHELOT, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc. La neuvième livraison est en vente; elle renferme le commencement du *Traité du sang, de l'inflammation et des plaies par armes à feu*. Les livraisons précédentes comprennent la *Vie de Hunter*, ses *Leçons sur les principes de la chirurgie*, le *Traité des dents*, et le *Traité de la syphilis*, annoté par M. Ricord.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 15. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 11 AVRIL 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Sur la constitution médicale régnante.—Mémoire sur les plaies sous-cutanées (suite et fin). — II. Revue des Journaux de médecine français. Histoire d'une luxation complète et récente du poignet en arrière, suivie de réflexions sur le mécanisme de cette luxation et sur son diagnostic différentiel.—Observation de luxation en avant de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras compliquée de fracture du cubitus, suivie de réflexions sur ces luxations. — Recherches anatomico-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfans. — Du squirrbe de la glande lacrymale et de l'ablation de cette glande. — Observations de cysticerques du cerveau.—Expériences tendant à démontrer le mécanisme de l'inflammation. — Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838. — Deuxième lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau.—Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde, observée dans l'enfance. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 6 avril.—Académie de médecine ; séance du 7 avril.— IV. Correspondance médicale. Note sur un nouveau mode de traitement externe pour obtenir la détersion et la cicatrisation des ulcères vénériens. — V. Bibliographie. Dictionnaire des études médicales pratiques. —VI. Variétés. —VII. Feuilleton. Abolition de l'esclavage; examen critique du préjugé contre la couleur des Africains et des sang-mêlés.

PATHOLOGIE INTERNE.

SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE.

Depuis plus de six semaines, nous avons cru apercevoir les prodrômes d'une constitution médicale particulière. Ces prodrômes, trop peu caractérisés d'abord, se sont développés ensuite et ont réalisé un état morbide spécial, qu'il est aujourd'hui impossible de méconnaître. Des caractères pathologiques assez tranchés, un nombre plus considérable de malades, une mortalité plus grande, tels sont les faits qui nous paraissent établir l'existence d'une constitution médicale particulière et qui nous ont engagé à appeler l'attention des médecins sur cette importante modification de la santé publique.

Depuis environ six semaines, un grand nombre de personnes se plaignent de coryzas prononcés, de maux de gorge, de catarrhes bronchiques rebelles, de céphalalgie opiniâtre, de douleurs vagues dans la poitrine, dans les articulations, dans les jambes ; on remarque, en outre, des fièvres intermittentes, et chez les opérés une grande disposition à l'érysipèle. Ces formes morbides, qu'on croirait au premier abord isolées, et répétant, sans lien aucun, les diverses affections qui se manifestent chaque année à pareille époque, s'observent fréquemment réunies et combinées chez le même individu. Cette diversité n'est, d'ailleurs, qu'apparente : sous les accidens les plus vulgaires de leur extériorité, on peut facilement saisir des caractères communs plus importans et plus profonds qui décèlent une identité d'origine. Ainsi, d'une part, on trouve souvent chez le même individu le coryza intense, la céphalalgie, l'angine gutturale, les douleurs vagues de la poitrine, accompagnées ou non d'accès de fièvre intermittente ou rémittente ; d'autre part, aux symptômes de la maladie locale s'ajoutent toujours ceux d'un embarras gastrique plus ou moins prononcé : coloration en jaune de la face, du pourtour des lèvres et des yeux; enduit jaunâtre de la langue, et surtout des douleurs vagues dans les jambes et les cuisses. Ce dernier symptôme ne manque presque jamais ; il accompagne même le simple coryza. L'intensité et la persistance de ces douleurs contrastent singulièrement avec la bénignité apparente des symptômes locaux. Ajoutons qu'il n'est pas rare de rencontrer ces douleurs des membres inférieurs sans maladie locale, tandis que toute affection locale, en apparence, manque rarement du cortège des symptômes bilieux gastriques et arthralgiques que je viens de signaler. Voilà les traits les plus généraux de la constitution médicale qui nous paraît régner depuis quelques semaines. Maintenant, si nous cherchons à pénétrer plus profondément dans l'analyse de ces manifestations morbides, comparées à celles qui s'offrent ordinairement à la même époque,

---

Feuilleton.

ABOLITION DE L'ESCLAVAGE; EXAMEN CRITIQUE DU PRÉJUGÉ CONTRE LA COULEUR DES AFRICAINS ET DES SANG-MÊLÉS; par V. SCHOELCHER (1).

Voici encore une de ces questions où la médecine peut s'introduire avec l'ascendant d'une compétence supérieure, et sur lesquelles elle a jusqu'aujourd'hui gardé le silence. Si, dans l'ordre légal, elle n'est qu'une docte vassale de la magistrature, réduite à poursuivre dans des opérations spéciales le corps du délit, si elle n'intervient point dans l'élaboration même des lois qui régissent les peuples, c'est qu'elle néglige de porter le flambeau de ses connaissance là où il y a place pour ses investigations, c'est qu'elle abdique sa puissance naturelle en se confinant elle-même dans une sphère d'activité subalterne. Non, nous ne croyons pas que l'unique but de cette science encyclopédique, qui pèse aux plus fermes cerveaux, soit de disputer à l'inévitable destruction quelques existences usées, de guerroyer à coups de lancette et de potions contre la maladie, d'agiter des théories et de bercer les esprits dans un jeu séculaire de synthèse et d'analyse : que revient-il à la société de toute cette sublime industrie de logique et de chimère, que lui importent quelques chances de conservation individuelle dont dispose un art sans unité, sans fixité, sans caractère absolu ? Si la médecine n'est apte qu'à cette besogne de détail, si elle n'est bonne qu'à tourmenter la Providence qui mesure à chaque être sa durée, sa place est parmi les arts obscurs dont parle le poète et son utilité finale restera problématique. Ce qui donne aux sciences d'application leur valeur, c'est leur action directe sur l'organisme social. Il y a deux manières d'agir sur cette vivante masse qui va se transformant à travers les siècles, et dont le noyau se compose de toute civilisation antérieure à son état présent; il peut recevoir une impulsion de haute main, être sollicité par un système de forces qui lui sont extérieures dans une direction déterminée; il subit aussi un menu choc de réactions internes entre les élémens qui le constituent, et ce qu'on appelle progrès n'est peut-être que la résultante de ces deux ordres de mouvemens qui lui sont communiqués. En résolvant cette formule abstraite du progrès, on trouve que le travail intestin qui s'effectue dans le corps social, est dû à des influences secondaires, représentées par certaines branches d'industrie, par les arts, par quelques sciences, etc., et que les vigoureuses impulsions qui lui adviennent par intervalle jaillissent d'un autre foyer; là, nous rencontrons, comme mobiles immédiats et souverains de civilisation, des idées-mères, des découvertes, des questions qui, remuées par quelques intelligences d'élite, ont dégagé une vitalité singulière; les idées de fraternité humaine et d'égalité psychique dont le christianisme a institué, il y a deux mille ans, la généreuse propagande, des découvertes comme l'imprimerie et la boussole, les questions qui touchent aux ga-

(1) Paris, chez Pagnerre, rue de Seine, 14 bis.

nous arriverons à spécifier de plus en plus la constitution médicale régnante, et à la saisir même au milieu des maladies les plus ordinaires et les plus directement en rapport avec la saison.

Les affections qui marquent ordinairement le passage de l'hiver au printemps sont les affections des voies aériennes, puis les affections éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine. Parmi les premières se trouvent les bronchites, les pneumonies et les explosions ou exacerbations des phthisies tuberculeuses. Lorsque ces produits directs de la saison ne sont influencés que par les élémens ordinaires de l'atmosphère, dont les variations, plus ou moins fréquentes, plus ou moins brusques et plus ou moins considérables, réalisent extemporanément les états morbides, ils s'offrent habituellement avec des caractères uniformes, avec prédominance des symptômes locaux, et réaction générale, le plus ordinairement proportionnée à l'intensité des lésions locales. La marche, la durée, la gravité et le traitement de ces maladies sont soumis à peu près à des règles que les circonstances individuelles et particulières seules font changer. Or, en nous en tenant d'abord à cet ordre d'affections, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître qu'elles ont en ce moment quelque chose de plus que de coutume dans leurs symptômes, dans leur marche, dans leur durée, dans leur gravité, et enfin qu'elles ne cèdent pas aisément au traitement habituel. Et d'abord, leur début est ordinairement marqué par un état général plus prononcé, de plus longue durée : déjà, dans cette période d'invasion, on peut apercevoir la généralité des symptômes qui débordent le champ de l'affection locale. La céphalalgie, la faiblesse et la douleur des membres, les douleurs erratiques dans la poitrine, l'anorexie, l'altération des traits du visage et l'ensemble des premières apparences d'un embarras gastrique, tels sont les prodrômes qui annoncent, dans le plus grand nombre des cas, les affections de la poitrine. On dirait que la cause occasionnelle de ces dernières, fournie par l'influence actuelle de la saison, vient se enter sur les produits déjà réalisés d'une cause plus ancienne, plus profonde, et dont les effets ne peuvent être que compliqués et non effacés par ceux d'une cause plus immédiate. On peut faire ce départ jusque dans les symptômes directs de la maladie locale. Ainsi la toux, les douleurs ont un caractère plus nerveux que franchement inflammatoire. Il y a des quintes de toux sèche, peu en rapport avec l'étendue et le degré d'altération des organes respiratoires. Cette disposition est surtout sensible, eu égard à la douleur et aux modifications de texture du poumon. Ainsi nous avons constaté, à plusieurs reprises, des douleurs locales, mais se déplaçant facilement, et simulant parfaitement celles de la pleuro-pneumonie, sans qu'il y eût modification appréciable du bruit respiratoire. Ce n'est que deux et trois jours après la localisation de cette douleur que le poumon a commencé à se prendre, à s'engouer bien plus qu'à s'enflammer, et les râles étaient plutôt muqueux et sous-crépitans que franchement crépitans. Lorsque les pneumonies acquièrent même le caractère complètement inflammatoire, elles durent plus longtemps, se résolvent plus difficilement, et jamais elles ne sont entièrement dépourvues de complications gastriques. On ne peut mieux apercevoir les effets de cette complication sur la durée et la persistance des affections locales que dans le simple coryza ou la simple angine gutturale, développée sous l'influence de la constitution régnante. Les malades ont beau s'entourer de toutes les précautions hygiéniques, se tenir chaudement, avoir recours à la diète, aux boissons adoucissantes, l'enchiffrenement, le mal de gorge ou la toux persistent, même alors que l'appétit se réveille. Voilà pour les affections qu'on serait le plus tenté de rapporter aux effets ordinaires de la saison. On voit par cette esquisse rapide que ces maladies ont, dans leurs phénomènes les plus immédiats, quelque chose d'autre que les effets d'une lésion matérielle locale, et présentent au-delà de ce théâtre circonscrit, des phénomènes appartenant à une modification plus générale, plus profonde de tout l'organisme. Le traitement, cette autre pierre de touche de la nature des maladies, fournit un complément de lumière à cette détermination. Ainsi les personnes qui se bornent à la thérapeutique des maladies inflammatoires ne font que prolonger le mal sans l'atténuer. Nous avons vu des cas dans lesquels un emploi exagéré de ces moyens, porté aux extrêmes dont on ne rencontre plus heureusement que de très rares exemples, avait produit les effets les plus fâcheux. La méthode qui nous a paru réussir le mieux, c'est l'emploi des évacuans, vomitifs ou purgatifs, combinés avec les applications de sangsues sur les points malades. Mais cette combinaison n'est utile que quand, sur le fond de l'état morbide régnant, se sont entées des affections organiques locales, dont les altérations matérielles ne doivent pas plus être méconnues et négligées, que quand elles sont la seule cause et le seul point de départ de la maladie.

Nous venons de signaler à grands traits les caractères de la constitution médicale régnante dans les maladies qui tendraient le plus à la faire méconnaître. Ces caractères sont bien plus apercevables lorsqu'on les recherche dans la généralité des maladies. Et d'abord, pour ne pas laisser d'équivoque, rappelons ce que nous disions au commencement de cet article, que la constitution médicale actuelle se révèle souvent seule, sans autre complication de maladie locale, et qu'ainsi son existence propre ne peut être mise hors de doute. Ce qu'il importe de faire comprendre et d'établir rigoureusement autant que possible, c'est que cet état complique toutes les maladies intercurrentes, qu'il s'y mêle et se montre dans leur physionomie par l'accession de ses symptômes personnels. Or, ce que nous avons fait pour les maladies des organes respiratoires, nous pourrions le faire pour toutes les affections qui se présentent, les fièvres intermittentes, les érysipèles, le rhumatisme, les maladies éruptives, et toutes les maladies organiques chroniques, antérieures même au développement de la constitution médicale actuelle. Mais ce simple aperçu ne nous permet pas d'aborder l'examen de chacune de ces maladies dans ses détails; nous devons nous borner à signaler les changemens les plus généraux qu'elles offrent dans leur ensemble pour en déduire leur liaison avec un fond commun, et partant la nécessité d'une thérapeutique commune au moins dans quelques-uns de ses élémens. Or ces changemens sont précisément ceux que nous avons signalés dans la phénoménalité des affections des voies respiratoires. Ainsi, les fièvres intermittentes se répètent plus fréquemment que d'ordinaire à pareille époque. Leurs accès sont moins tranchés, moins réguliers, les stades de froid et de chaud moins constans que de coutume. Souvent le frisson est à peine sensible, et la sueur n'est qu'incomplète. Les accès ne sont pas séparés par des intervalles de rémission complète. Les fièvres ressemblent plutôt aux rémittentes bilieuses gastriques qu'aux intermittentes franches. Le sulfate de quinine ou le quinquina ne guérissent pas aussi sûrement, et leur efficacité n'est complète qu'après l'emploi d'un évacuant. Pour ce qui est des maladies éruptives, érysipèles, varioles, scarlatines et rougeoles, elles offrent des complications générales manifestes, et sont fertiles en accidens graves, et leur développement est plus lent. Il

---

ranties légales de la vie individuelle, à l'émancipation des ilotes de toute couleur, ont imprimé à l'humanité des secousses soudaines, et l'ont pour ainsi dire précipitée vers les voies de haute civilisation où elle marche aujourd'hui. La religion, l'économie politique, quelques sciences exactes revendiquent ensemble ce résultat; voilà les forces qui ont fonctionné avec la plus énergique efficacité, et ceux qui les représentent, les professions qui en relèvent, sont debout sur le premier plan de la scène publique; à ceux-là le pouvoir et la direction des esprits, les plus chauds rayons du prisme où se décompose fortune et gloire! Juste rémunération des plus importans ministères que réclame l'humanité, et dont la médecine peut, s'il lui plaît, atteindre la hauteur. A son tour, que ne suscite-t-elle aux fécondes disputations du siècle quelques grandes questions dont elle trouvera sans peine les élémens dans ses propres études, dans son propre domaine? Que ne vient-elle mêler ses vérités et ses doutes à cette tourmente générale des esprits, d'où sortiront les choses promises à l'avenir? Que ne s'élève-t-elle, de ses ornières de profession patentée, à l'examen des problèmes dont les solutions s'épanchent en fertiles conséquences sur des nations entières! Qu'elle oublie un instant de se faire le verbeux interprète de la nature à l'endroit des ulcères et des suppurations, pour apporter au législateur qui hésite au seuil d'une réforme, ses décisives lumières; qu'elle fasse trève un instant de son tranchant aux loupes et aux verrues, pour extirper de funestes préjugés, de corrosives erreurs, verrues héréditaires de l'esprit humain! Le médecin qui, vulgarisant les notions de véritable philosophie naturelle, aura inculqué aux peuples de l'Europe l'égalité morale des races noires et sang-mêlées, aura-t-il rendu un moindre service que le sagace observateur qui décrit pour la millième fois une plaque de Peyer, ou que le micrographe sérieux qui décrit, dans une gouttelette de dextrine desséchée, toute une Flore nouvelle? Non qu'il nous prenne fantaisie d'amoindrir le mérite de ce genre de travaux; non que nous vouillons arracher la masse des praticiens à leur modeste et laborieux office, pour les suspendre, essaim loquace, aux multiples questions qui ressortent de la haute politique ou de l'économie sociale; soulager et guérir est notre mission première; au lit des malades est notre poste obligé; notre sacerdoce s'exerce, comme celui du prêtre, dans la perpétuelle confidence des misères et des infirmités; mais, comme le sacerdoce de l'Eglise, il doit réagir de l'individu sur la foule, de l'alcôve sur la place publique, du cabinet de méditation solitaire sur la tribune aux vastes échos : ce ne serait pas la peine de pénétrer si avant dans le secret des douleurs et des imbécillités de notre espèce, si tant d'expérience devait se briser dans la limite silencieuse de la conscience; si elle ne nous conférait titre et caractère pour participer à l'action sociale. A côté de cette médecine qui se consume dans les sollicitudes intéressées de la profession, ou qui s'enferme dans le commentaire des faits spéciaux qu'elle recueille, il est une autre médecine à fonder, laquelle, prenant pour point de départ les données scientifiques, les principes acquis, viendrait les adapter par la face de rapport qu'ils présentent aux intérêts généraux du pays, aux pratiques administratives et légales, aux nécessités d'avenir social.

Quand cette médecine, qui sera à l'humanité ce que l'art de guérir est à l'individu, déploiera sa salutaire influence, de profonds changemens se réaliseront dans l'assiette publique; d'autres changemens surviendront dans les habitudes intellectuelles de notre carrière; les questions qui plongent dans le vif des intérêts sociaux ne seront plus dédaignées par les médecins ou taxées d'excentricité; on

y a souvent trois jours d'incubation avant leur manifestation à la peau. Leur durée est également plus longue; on dirait que tout l'organisme est enrayé par quelque chose de préalable qui l'empêche de réagir avec son énergie et ses forces habituelles contre les causes morbides. Quant aux affections chroniques, elles acquièrent incidemment une nouvelle physionomie; la phthisie est hâtée dans son développement. Les rhumatismes anciens se réveillent; les souffrances de toute nature reprennent une nouvelle acuité; et ces exacerbations morbides nouvelles cèdent assez souvent à un léger évacuant. Cependant lorsque les malades n'éprouvent que les malaises gastriques, traduction la plus affaiblie de la constitution médicale régnante; les évacuans qui, d'ordinaire, triomphent si activement et si rapidement de ces symptômes, doivent être répétés quelquefois jusqu'à trois ou quatre fois avant de produire ce résultat. Toutefois, la méthode évacuante est si réellement efficace dans les diverses formes morbides de la constitution régnante, que divers cas d'angine et de toux, qui persistaient opiniâtrément depuis trois semaines, ont cessé du jour au lendemain, sous l'influence d'une seule purgation.

Maintenant quel est l'effet total de la constitution médicale régnante sur le nombre des malades et sur la mortalité? La réponse à cette question serait délicate à donner si la vérité n'avait pas toujours avantage à être connue. Nous nous adressons d'ailleurs aux médecins, et il leur importe d'avoir sur l'état de la santé publique des renseignemens précis. Le plus grand nombre a déjà pu vaguement apercevoir sans doute ce que nous avons cherché à mettre hors de doute par des documens positifs. Le nombre des malades et la mortalité dans les hôpitaux et en ville sont sensiblement plus considérables depuis plus de deux mois qu'antérieurement; et que les autres années à pareille époque. Mais, hâtons-nous de le dire, l'accroissement de la mortalité n'est pas en raison de l'augmentation du nombre des malades. Et d'abord ces deux résultats ressortent à la fois de la comparaison du mouvement des malades et de la mortalité dans les hôpitaux, comparée pendant les trois premiers mois des années 1839 et 1840, janvier, février et mars, pour un seul hôpital et pour tous les hôpitaux réunis, soit que cette comparaison porte sur toute l'étendue de la période, soit qu'elle porte sur chaque mois, soit enfin sur un seul jour correspondant de chaque mois. Ainsi, le nombre des malades admis pendant les trois premiers mois de 1839, dans un des principaux hôpitaux de Paris, a été de 2,107; en 1840, ce nombre s'est élevé à 2,516; la mortalité avait été en 1839, pendant la même période, de 200; cette année, au 31 mars, elle était de 233. Le nombre total des malades entrés dans les hôpitaux et hospices pendant les deux premiers mois de 1839, s'élevait à 13,044, et la mortalité à 1,503. En 1840, le chiffre des malades a été de 14,752, et celui des décès de 1,644. Les relevés généraux du mois de mars n'étant pas encore terminés, nous avons dû borner notre comparaison générale aux deux premiers mois de l'année; mais nous l'avons appliquée pour le mois de mars à des termes plus circonscrits. Nous avons pris les relevés de trois jours correspondans pour 1839 et 1840, et nous avons trouvé les résultats suivans:

1839.			1840.		
Dates.	Malades dans les hôpitaux.	Décès dans la journée.	Dates.	Malades dans les hôpitaux.	Décès dans la journée.
28 janvier.	15,781	25	27 janvier.	16,419	31
25 février..	16,069	22	24 février..	16,468	38
1er avril...	15,875	37	30 mars...	16,747	42

Tels sont les résultats les plus généraux d'un premier coup-d'œil sur la constitution médicale régnante, et ses effets sur le chiffre des malades et de la mortalité dans les hôpitaux de Paris. Ces documens suffisent pour appeler l'attention des médecins qui voudront faire de cet objet important une étude approfondie. Dans un second article, nous reviendrons avec plus de détails sur les faits signalés et les questions soulevées dans ce premier aperçu; nous indiquerons les modifications de formes que présentera l'expression de la constitution régnante sous l'influence des modificateurs de la saison; enfin, nous chercherons à apprécier les causes qui ont pu apporter ces changemens dans l'état de la santé publique.

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES; lu à l'Académie des sciences le 8 juillet 1839, par le docteur JULES GUÉRIN.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — THÉORIE DE L'ORGANISATION IMMÉDIATE DES PLAIES SOUS-CUTANÉES.

Le premier point à établir serait sans doute que c'est au défaut de communication des plaies sous-cutanées avec l'air extérieur qu'il faut attribuer leur propriété de s'organiser immédiatement; mais ce fait est si général, si évident, il s'est montré avec une constance si uniforme, qu'il suffit, pour le rendre incontestable, de rappeler les nombreuses circonstances où il existait déjà dans la science, mais où il avait passé inaperçu. Depuis longtemps on savait que la section sous-cutanée du tendon d'Achille était suivie de la formation immédiate d'une substance intermédiaire sans inflammation appréciable: on n'avait pas élevé ce fait à sa signification générale: on avait cru que l'absence de l'inflammation dans ce cas tenait à la texture même du tissu tendineux, dont le défaut de vascularité et de sensibilité le garantissait de toute réaction inflamma-

ne fera plus, sous le nom de médecins littérateurs, une classe à part, une classe quelque peu reléguée de ceux d'entre eux qui ne s'affaisseront pas dans la trivialité routinière du métier, et qui conserveront, nonobstant le tracas matériel de leur situation, une certaine fraîcheur d'esprit et l'élévation de la pensée. Alors aussi, pas ne sera besoin de préambule justificatif pour introduire dans ces colonnes un sujet tel que l'abolition de l'esclavage, et M. Schœlcher, qui vient de le traiter avec un riche laconisme, trouvera parmi nos confrères autant de lecteurs que dans toute autre classe de la population éclairée.

L'opuscule dont nous avons transcrit le titre était destiné à concourir pour le prix fondé par le testament de l'abbé Grégoire, ce pieux instigateur de plus d'un genre d'émancipation, catholique convaincu qui plaida autrefois pour la rédemption sociale des juifs, et qui n'a pas voulu mourir sans avoir tenté quelque effort libérateur pour une autre catégorie d'ilotes. Hâtons-nous d'apprendre à nos lecteurs que M. Schœlcher n'est point de cette banale famille d'écrivains qui, la plume au vent, attendent qu'il leur tombe avec un programme académique, matière à labeur littéraire; il n'a rien de commun, ni par l'allure de la pensée ni par le jet du style, avec ces faméliques amplificateurs qui se tiennent aux aguets de tous les prix proposés et qui sont prêts à triturer sur tous les thèmes phrase et périphrase. Il suffit de feuilleter l'écrit de M. Schœlcher pour s'apercevoir que la question qu'il traite avait depuis longtemps mûri dans sa tête et absorbé son attention; les recherches auxquelles il a dû se livrer l'ont mis en veine d'originales preuves à l'appui des opinions qu'il émet; le plan dans lequel il les a encadrées est en rapport, moins avec le programme littéral du concours, qu'avec la pensée propre de l'auteur; car son intention est de faire œuvre de dévouement à une portion sacrifiée de nos semblables, non de satisfaire aux exigences dialectiques d'un sujet imposé; son but est non de gagner un prix, mais de briser un anneau de plus dans cette lourde chaîne qui garrotte par delà les mers les pauvres êtres qui sont nos frères et dont la vie s'épuise dans la plus exécrable exploitation.

Le legs qu'a laissé l'ancien évêque de Blois s'adressait à l'écrivain qui exposerait les meilleurs moyens d'effacer le cruel et absurde préjugé qui règne parmi les blancs contre les nègres et les hommes de couleur. La société française pour l'abolition de l'esclavage a été chargée par les exécuteurs testamentaires de décerner le prix offert par l'abbé Grégoire; deux fois le concours a été ouvert par elle; le mémoire de M. Schœlcher, honorablement mentionné, a été frustré du prix sous prétexte qu'il ne répondait pas au but avec une suffisante précision. Le lecteur va juger de la justesse de cette critique par la manière dont l'auteur a distribué ses matériaux. Il commence par établir l'antériorité de la civilisation éthiopienne; il nous montre les nègres, réalisant dans l'intérieur de l'Afrique un état social assez avancé, appelés en Orient à toutes les fonctions sociales, et s'y montrant parfaitement égaux en intelligence avec les blancs; puis mettant la race noire en contact avec la civilisation, il nous rappelle les nègres qui ont marqué par leur supériorité soit dans les sciences soit dans l'art militaire; il compare les noirs et les blancs entre eux durant les sanglantes péripéties de la révolution de Saint-Domingue, et prouve, les faits à la main, que la plus forte somme de crimes et d'excès ne se trouve point du côté de la race avilie par l'esclavage; l'aspect que présente aujourd'hui la république d'Haïti, les intéressans renseignemens que donne M. Schœlcher sur les nègres qui ont fondé une société libre à Libéria et à

toire propre aux autres tissus. On n'avait pas remarqué que Delpech et d'autres après lui ayant fait de grandes ouvertures à la peau avaient provoqué des inflammations et des suppurations là où l'on supposait l'organisation spéciale du tendon la cause de l'absence habituelle de ces accidens. Cependant depuis que cette opération est faite au moyen d'une petite piqûre à la peau et par les personnes qui en ont l'habitude, on n'apprend plus qu'il survienne d'inflammation consécutive. Pour mon compte, j'ai fait plus de 500 sections de tendons ou des muscles, et je suis encore à observer le plus petit accident inflammatoire.

Mais la science était en possession d'autre faits également concluans et également méconnus. On sait qu'à la suite des luxations traumatiques il y a souvent des déchirures considérables des capsules articulaires, des arrachemens de fibres musculaires, comme dans les luxations de la cuisse, de l'épaule et du coude. Eh bien! à part quelques douleurs produites par la distension ou la rupture de filets nerveux, combien peu d'accidens inflammatoires sont provoqués par ces déchirures faites sous la peau, c'est-à-dire hors du contact de l'air! Ici, cependant, ce ne sont plus des plaies par instrumens tranchans, ce sont des distensions violentes, des arrachemens de parties reconnues pour être faciles à s'enflammer, et dont l'inflammation est ordinairement des plus graves. Je pourrais citer encore les fractures des os des membres sans ouverture à la peau, et beaucoup d'autres exemples dont la signification essentielle n'avait pas été saisie, mais qui deviennent autant d'expériences irrécusables pour établir que c'est bien à l'absence du contact immédiat de l'air extérieur qu'est due la faculté qu'ont ces plaies de s'organiser immédiatement. Ajoutons que depuis Hunter les personnes qui se sont occupées des phénomènes de la cicatrisation des plaies avaient remarqué la différence qu'ils présentent suivant qu'ils se passent à l'air extérieur ou qu'ils ont lieu hors de son contact. La courte discussion à laquelle je vais me livrer sur le mode d'action de l'air à l'égard des plaies achèvera d'ailleurs de mettre hors de doute la réalité de son influence essentielle et primitive sur la production du phénomène qui nous occupe.

L'influence de l'air à l'égard des plaies sous-cutanées peut être examinée sous le point de vue physique, sous le point de vue chimique et sous le point de vue vital. Chacun de ces modes d'action peut lui-même être considéré par rapport aux élémens principaux qui constituent les plaies sous-cutanées: le sang, les vaisseaux, les nerfs et les tissus divisés proprement dits. L'énoncé seul du problème montre combien il est complexe, combien les termes qui le composent sont nombreux et difficiles à déterminer; c'est à ce titre que j'ose réclamer toute l'indulgence et l'attention de l'Académie.

L'action physique de l'air sur les plaies sous-cutanées et sur chacun de ses élémens est évidente, mais toute négative. J'ai fait remarquer qu'il fallait, pour que l'organisation immédiate de la plaie s'effectuât à coup sûr, que les ouvertures de la peau fussent très petites, que la plaie fût évacuée de l'air qui avait pu s'y introduire pendant l'opération, et qu'une quantité de sang suffisante pour en occuper l'espace se fût épanchée sous la peau. Au moyen de ces conditions, les lèvres des petites piqûres cutanées se ferment hermétiquement par leur adhésion immédiate, et cette occlusion est encore favorisée par l'application d'un emplâtre collant.

Or que résulte-t-il de cet ensemble de conditions? Premièrement: Que l'air ne continuant plus à s'introduire dans la plaie ne se présente pas à l'orifice des vaisseaux divisés, et n'empêche pas le sang de continuer à être versé par les bouts des vaisseaux afférens, à mesure que la quantité épanchée est pompée et absorbée par les orifices des vaisseaux afférens. Secondement: Que les bouts de ces derniers, ouverts dans l'intérieur de la plaie se vidant au fur et à mesure de la continuation de la circulation et en vertu de sa continuité exercent hors du contact de l'air une succion sur le sang épanché, succion qui n'aurait pas lieu si l'air venait incessamment remplir les espaces laissés vides par la quantité de sang absorbé, et s'interposer entre le sang fourni par les vaisseaux efférens et les bouts de ceux qui doivent le résorber. En vertu de son absence de l'intérieur de la plaie, l'air favorise donc le rétablissement de la circulation entre les bouts des vaisseaux divisés et entretient la continuité de cette circulation, sauf les autres conditions que je vais énumérer. Je ne dis rien de l'action de la température de l'air, parce que la science n'est encore arrivée à cet égard à rien de précis, bien que cet élément me paraisse exercer une influence réelle.

L'action chimique de l'air sur le sang des plaies est une des plus importantes. Sans prétendre expliquer la nature du phénomène de la coagulation du sang, phénomène dont personne jusqu'ici n'est parvenu à donner une solution même provisoire, on peut la regarder néanmoins comme une première phase de l'altération de ce fluide qui conduit à sa dissolution et à sa putréfaction. L'air est en effet le principal agent de cette putréfaction. Or quand le sang versé par les vaisseaux divisés est protégé par la peau contre l'air extérieur, il peut bien éprouver un certain degré de coagulation; mais à part des cas exceptionnels, il n'arrive jamais à se décomposer entièrement et encore moins à se putréfier. Ce n'est là à coup sûr qu'une indication vague de l'action chimique de l'air sur le sang des plaies; mais dans sa généralité, cette explication est assez plausible pour qu'on regarde le défaut d'action de l'air extérieur sur le sang des plaies comme une condition qui rend complet du maintien de ses propriétés chimiques les plus importantes. Il serait à désirer que la science pût substituer à cette assertion générale la notion précise des élémens matériels qu'elle formule.

L'influence vitale qu'éprouvent le sang et les autres élémens des plaies sous-cutanées de l'absence du contact de l'air extérieur s'approprie provisoirement, comme dans toutes les questions de physiologie, les faits qui ne trouvent pas encore à être expliqués par l'intervention des lois générales de la physique et de la chimie. Sous ce point de vue, la plus grande partie des phénomènes des plaies sous-cutanées ressortent d'une action vitale du sang, des vaisseaux, des nerfs et des tissus divisés proprement dits.

Au sortir des vaisseaux, le sang éprouve en s'épanchant dans les plaies sous-cutanées un commencement de coagulation. Si l'air extérieur n'intervient pas, une partie de ce sang est résorbée, l'autre partie s'organise; c'est un fait incontestable que mes observations immédiates ont mis hors de doute, et dont j'aurai occasion prochainement de soumettre toutes les phases et toutes les particularités à l'Académie. On peut dire de cet état du sang, que c'est une modification de sa constitution vitale, puisque aucune explication chimique ne lui est applicable, mais non une altération profonde de cette constitution, puisque le sang ainsi modifié continue immédiatement, toutefois avec des caractères physiques et des résultats organiques différens, à fonctionner comme il le faisait auparavant, c'est-à-dire à nourrir les tissus et à rétablir leur continuité. Cependant si l'air extérieur continue à influencer le sang épanché, il s'altère de plus en

---

Sierra-Leone complètent la démonstration de l'égalité intellectuelle de ceux-ci avec les blancs. Vient ensuite une série d'argumens directs contre le maintien de l'esclavage, ainsi que l'exposition substantielle des moyens que l'auteur propose pour améliorer les noirs, et au premier rang desquels il place leur affranchissement immédiat. Comment lui refuser, après ce simple énoncé de la marche qu'il a suivie, le mérite d'avoir compris le sujet proposé dans toute son étendue et rempli le but du fondateur du prix? Pour dissiper le préjugé qui poursuit les noirs, que faut-il? Démontrer leur égalité intellectuelle, développer leur moralité; le premier point ressort de leur histoire; pour atteindre le second, que faire? Les émanciper, et dès l'abord et sans condition d'apprentissage, car la liberté ne doit pas seulement leur être offerte comme le terme de leurs efforts de régénération personnelle; elle est encore le meilleur moyen de déterminer et de fortifier ce mouvement vers une vie plus morale, plus relevée; toutefois quelques autres moyens hâteront l'extirpation du préjugé contre la couleur des noirs et l'amélioration de ceux-ci; M. Schœlcher les esquisse en terminant et complète ainsi son œuvre de pieuse polémique

Les écrits de ce genre ne sont pas également accueillis par tous les lecteurs; l'esclavage des noirs compte en France des défenseurs passionnés; les représentans des colons figurent à leur tête, et tout ce que l'instinct dévorant des intérêts menacés peut suggérer de sophismes et de déclamations, ils l'ont répandu à flots d'encre par voie de journal, de brochure, de rapport, de documens à consulter, etc. On dit aux abolitionistes: « Les nègres sont des bêtes brutes pour qui la liberté serait un présent funeste; dans le cas où on les consulte, on n'en trouve pas une qui désire retourner dans son pays. » (Broch. de M. Félix Patron). Les avocats des propriétaires inventent des histoires de nègres émigrés chez les Anglais, qui, après avoir goûté la liberté, retournent volontairement dans les fers; l'esclave chante, a-t-on imprimé, donc il est heureux, et des monomanes de bienfaisance peuvent seuls s'occuper de son sort; mais le galérien chante aussi, répond M. Schœlcher (p. 136): « Eh bien! l'esclave est un galérien dont tout le crime est d'avoir la peau noire; il est rayé de la vie morale, jeté hors du droit civil; il ne peut ni donner, ni recevoir, ni acquérir, ni tester, ni témoigner; il n'a aucun droit, il n'a point de patrie, point de famille; il ne possède quoi que ce soit au monde, pas même ses enfans; il n'est pas: c'est une chose, un meuble, un effet mobilier; plus malheureux que le forçat, il travaille sous le bâton... Le commandeur est armé d'un fouet. » — « Nous allons plus loin, ajoute M. Schœlcher, l'usage du fouet est indispensable; la bastonnade est une conséquence nécessaire du travail forcé. On met le galérien au cachot, mais on ne met pas au cachot des instrumens aussi coûteux que le sont des noirs; il faut qu'il piochent la terre ou qu'ils meurent sous les coups; capitaux doués de vie, ils ruinent s'ils ne produisent! »

On fait valoir encore contre les écrits favorables aux nègres les excès auxquels se livrent ceux-ci, quand ils se savent appuyés sur une aveugle philantropie, et l'on voudrait ainsi rejeter sur les abolitionistes la responsabilité de ce qui se passe aux colonies. Mais qui ne voit l'exagération, la fausseté de semblables imputations? Existait-il des société d'émancipation, se publiait-il des mémoires contre l'esclavage du temps d'Appius Hardonius, d'Eunus, de Salvus, d'Athénion, de Spartacus? Est-ce par l'impulsion des écrivains abolitionistes que les ilotes se sont révoltés contre les Lacédémoniens? Les serfs du moyen-âge, les noirs

plus, et à part les changemens dans sa composition chimique auxquels nous avons attribué sa dissolution et sa putréfaction, on peut dire que cette dissolution est la cessation de son état de vie, c'est-à-dire la disparition des conditions spéciales qui l'harmonisaient avec le reste de l'organisme et le rendaient apte à continuer les fonctions de nutrition, de renouvellement et d'accroissement de cet organisme. Une fois modifié de la sorte, sous l'influence du contact de l'air, que cette modification soit purement chimique, ou chimique et vitale, le sang donne lieu à une autre série de résultats dont l'existence ne peut être mise en doute, mais dont la nature et le mécanisme sont encore obligés de se réfugier sous le voile mystérieux de la vie. Le sang altéré, dépossédé des qualités qui font qu'il vit, n'est plus apte à être reçu par les vaisseaux absorbans ou efférens. Soit que ses globules cessent d'être en rapport avec l'orifice de ces derniers, soit que leur sensibilité réciproque cesse de se correspondre, soit que les vaisseaux se resserrent spasmodiquement au contact d'un sang mort, soit enfin que la portion de ce sang qui parvient à s'insinuer dans quelques-uns de ces vaisseaux y devienne des germes de destruction contre lesquels s'insurgent les tissus vivans, toujours est-il que le sang incessamment influencé par l'air n'est plus dans les conditions qui le rendent apte à circuler, à nourrir et à réparer les parties; c'est là ce qu'il m'importait d'établir, sauf à être obligé de confesser toute notre ignorance sur les causes matérielles, physiques, chimiques ou vitales de ces résultats. Ajouterai-je que la présence de l'air dans les plaies stimule anormalement les filets nerveux qui y aboutissent, qu'il cause un resserrement spasmodique des vaisseaux, qu'il modifie la totalité des tissus avec lesquels il se trouve accidentellement en contact, leur imprime un état différent de l'état physiologique et les rend par conséquent peu aptes à participer au travail de restauration organique qui s'établit immédiatement entre les bouts des tissus divisés: tout cela n'est que l'expression analytique du fait lui-même, mais non son explication.

Tout ce qu'il me paraît permis de conclure de ce qui précède, c'est que les plaies sous-cutanées s'organisent immédiatement à cause de l'absence du contact de l'air, et que ce fluide n'obstruant pas physiquement la circulation, ne modifiant pas chimiquement le sang, et n'altérant pas sa constitution vivante, finalement n'imprimant pas de modifications anormales aux nerfs, aux vaisseaux et aux tissus habituellement affranchis de son contact immédiat, permet à la vie de continuer l'exercice de ses fonctions, au sang de circuler, de nourrir, de réparer, de s'organiser, là où il aurait provoqué un travail inflammatoire si la peau ne l'eût complètement isolé du contact permanent de l'air extérieur.

Tels sont les phénomènes qui constituent ce que j'ai cru pouvoir appeler l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées; quelle que soit la validité de la théorie incomplète que j'en ai donnée, ces phénomènes n'en ont pas moins une existence positive, certaine, soumise à des conditions déterminées, se renouvelant constamment sous l'influence de ces conditions et pouvant par conséquent être substitués avec de grands avantages pour l'art chirurgical aux inflammations suppuratives, là où il sera possible de substituer les opérations sous-cutanées et leurs conditions essentielles aux opérations avec ouverture de la peau et contact habituel de l'air avec les tissus divisés. Ceci me conduit à indiquer immédiatement les principales conséquences qu'on pourra tirer des faits qui précèdent pour les appliquer au domaine général de la chirurgie.

§ III. CONSÉQUENCES ET APPLICATIONS GÉNÉRALES.

Les conséquences qui résultent des faits et des considérations exposées dans les deux premières parties de ce mémoire sont de deux ordres: les unes, scientifiques, tendront à éclairer le mécanisme des différens modes de réunion des plaies; les autres, pratiques, conduiront à substituer à quelques-unes des opérations qui s'exécutaient jusqu'ici en divisant également la peau et les tissus sous-jacens, le mode opératoire sous-cutané, et à tenter toutes les fois qu'elle sera possible la conversion des plaies ouvertes en plaies sous-cutanées complètement fermées à l'air. Quelques développemens montreront le degré d'étendue et d'utilité de ces applications.

Et d'abord tous les auteurs depuis Hunter ont remarqué que les deux modes de cicatrisation des plaies primitive et secondaire ne diffèrent que dans leurs premières périodes. Les plaies qui suppurent et celles qui se réunissent par première intention présentent dans le phénomène de l'organisation du tissu de la cicatrice, considéré en lui-même, les mêmes apparences, les mêmes phases, la même série de transformations; toute la différence porte sur les préliminaires de cette opération; ôtez l'inflammation et la suppuration, et considérez, abstraction faite de ces deux phénomènes, ce qui se passe dans la formation du tissu destiné à renouer la continuité des parties divisées, soit que cette continuité se rétablisse par l'agglutination immédiate, soit qu'elle ne succède qu'au travail inflammatoire, et vous observerez exactement les mêmes résultats. Il est inutile d'entrer dans des détails sur ce premier point qui a maintenant la valeur de la chose démontrée. Mais ce qui ne l'est pas, c'est le mécanisme à l'aide duquel les plaies suppurantes arrivent au travail d'organisation des plaies réunies par première intention, et ce qui ne l'est pas davantage, c'est la condition essentielle de la réunion immédiate de ces dernières. Or les phénomènes de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées me paraissent pouvoir résoudre cette double difficulté, parce qu'ils offrent eux-mêmes la répétition de ce qui arrive dans les deux premiers cas; je m'explique.

Lorsque l'on examine ce qui se passe entre les lèvres d'une plaie qui se réunit par adhésion immédiate, on trouve exactement la même série de phénomènes que dans l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Toute la différence porte sur l'étendue du travail d'organisation; c'est-à-dire que dans les plaies sous-cutanées il peut y avoir un espace assez considérable entre les lèvres de la plaie dont les bords sont éloignés par le retrait des tissus ou par le fait de la pesanteur; une substance nouvelle remplit cet espace et acquiert progressivement toutes les propriétés du tissu des cicatrices. En comparant ce tissu et les diverses transformations par lesquelles il passe, avec la ligne de jonction qui se trouve entre les lèvres d'une plaie guérie par réunion immédiate, on trouve que les propriétés physiques et organiques sont exactement les mêmes: de part et d'autre, c'est une trame nouvelle, résultant d'un épanchement de lymphe plastique, d'abord gélatiniforme, prenant progressivement de la consistance, se creusant de vaisseaux destinés à rétablir la circulation entre les parties divisées, et finalement arrivant à constituer un tissu nouveau de consistance variable, suivant l'époque où on l'examine, mais la même aux mêmes époques dans les deux cas. La première conséquence qu'on peut tirer de cette identité de produits, c'est que les conditions de production

---

de Surinam en 1712, ceux de la Jamaïque en 1750, ceux des Florides en 1837, se sont révoltés aussi; pourquoi? parce que l'esclavage est une situation contre nature et qui doit aboutir à la révolte. Et quand il serait vrai que les publications des adversaires de l'esclavage amènent ce résultat, elles n'en ont pas moins le caractère d'une sainte nécessité. Fiez-vous donc aux planteurs pour opérer graduellement l'émancipation, ainsi qu'ils le promettent! Y songeaient-ils seulement avant que les quakers de Philadelphie eussent jeté une clameur de secours en faveur des esclaves? Quelque respect que méritent des intérêts péniblement fondés, péniblement maintenus, il faut qu'ils cèdent aux inviolables droits de l'humanité. La propriété est la base de la société, sans doute; mais non la propriété qui insulte au créateur, qui assimile sa noble créature d'élite à la bête de somme, qui se formule dans un éternel anathème contre une partie du genre humain. Pour nous, l'opportunité des écrits nous est un grave sujet de réflexion, presque autant que l'opportunité des remèdes dans le traitement des maladies; mais il est des faits qui défendent même la réflexion, il est des maux si affreux que l'on se hâte d'appliquer le remède quel qu'il soit et sans consulter les augures du moment. Telle est la consommation d'hommes de couleur qui se fait aux colonies, vile pâture offerte à l'égoïsme barbare des planteurs, holocaustes humains sacrifiés journellement sur l'autel de l'intérêt et du préjugé coalisés. Écoutez cette horrible statistique dont M. Schœlcher nous fournit les chiffres: le jour où Pitt demanda l'abolition de la traite à la chambre des communes (1788), les marchands de Liverpool, alors grands négriers, s'opposèrent à cette mesure, alléguant pour motif que l'intérêt des colonies anglaises exigeait qu'on y maintînt une population de 410,000 esclaves, et que la fixation de ce nombre rendait nécessaire chaque année l'introduction de 10,000 nègres nouveaux! Ainsi 10,000 nègres sur 410,000 succombaient tous les ans dans les souffrances de la servitude meurtrière qu'on leur faisait: quelle effroyable tuerie! Froissard calculait en 1788 que la traite avait ravi à l'Afrique plus de 60 millions d'habitans; réduisez avec M. Schoell (abrégé des traités de paix) ce chiffre à 30 millions, et dites que les partisans de l'abolition s'échauffent d'un malheureux zèle de philantropie!

La démonstration de l'égalité intellectuelle des nègres avec les blancs est comme la pierre angulaire du modeste et solide édifice élevé par M. Schœlcher en faveur des premiers. Peut-être aurait-on souhaité dans cette partie quelque teinture de notions physiologiques, quelques discussions de haute psycologie. Il convenait d'apprécier ici à sa valeur réelle la doctrine de l'angle facial; de rappeler, pour en faire examen et jugement, les principales différences de conformation extérieure qui séparent les races humaines. Le problème de l'unité d'origine humaine se présentait aussi dans cette voie. Mais n'oublions pas que M. Schœlcher n'écrivait point pour les savans: il a cherché à populariser la question de l'abolition, à faire pénétrer les sentimens de fraternité, sans acception de couleur, aussi loin qu'a pénétré le préjugé contraire, et son travail remplit, soit par la forme littéraire qui est vive et saisissante, soit par le mouvement logique, les conditions d'une rapide et salutaire vulgarisation. S'il nous était permis d'émettre une pensée qui solliciterait d'amples développemens, nous oserions exprimer notre parfaite incurie des circonstances de forme extérieure. La théorie de l'angle facial ne nous séduit pas plus que celle des protubérances; rien n'est dangereux comme le système des analogies, c'est une pente sur laquelle on ne règle plus sa course; du nègre au singe le pas est fort leste; et que prouverait le rapport, même réel?

ont été identiques; car la nature n'emploie jamais de moyens différens pour produire des résultats essentiellement pareils. On peut donc déjà conclure du parallélisme des effets au parallélisme des causes. Or, la condition dominante, principale, avons-nous dit, de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, c'est l'absence du contact de l'air. La même condition existe en réalité pour la réunion immédiate des plaies avec division de la peau; pour s'en assurer directement et sans le secours de l'induction tirée de ce qui se passe dans les plaies sous-cutanées, il suffit d'étudier les cas où l'on a vu la réunion immédiate des plaies s'opérer dans toute l'étendue de leur surface, les cas où elle ne s'est opérée que partiellement avec des parties de surfaces suppurantes, et les cas où elle a échoué complètement, et l'on verra que cette variété de résultats tient essentiellement au défaut de soins employés pour soustraire les surfaces de ces plaies ou quelque portion seulement de ces surfaces au contact de l'air. La seconde conséquence qui résulte de la comparaison des phénomènes de la réunion immédiate avec ceux de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées, c'est que la condition essentielle de cette réunion et de cette organisation est la même, c'est de soustraire exactement les surfaces des plaies à tout contact de l'air atmosphérique; je ne m'arrêterai point à indiquer les moyens de remplir cette indication; il me suffit pour le moment de l'établir comme condition capitale et certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis près de deux siècles, et qui a fait dire à un des historiens de la réunion immédiate que « si la méthode adhésive réussissait d'une manière complète toutes les fois qu'on la tente, la chirurgie serait un art divin (1). »

La conséquence de ce qui précède, c'est que le travail de cicatrisation proprement dit est le même dans les plaies qui ont suppuré dans les plaies qui se réunissent par première intention et dans les plaies sous-cutanées; cette conséquence en entraîne nécessairement une autre. S'il est vrai, en effet, que la condition essentielle de la réunion immédiate des plaies avec division de la peau et de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées soit la soustraction de leurs surfaces au contact de l'air, il est probable encore que le travail de cicatrisation des plaies suppurantes n'arrive à s'exécuter que du moment où la nature parvient, par un artifice quelconque, à ramener ces dernières aux conditions des premières; c'est-à-dire à soustraire leurs surfaces au contact de l'air. C'est en effet ce qui arrive, ainsi qu'on va le voir.

Bichat avait vu le premier que les plaies qui suppurent se revêtent progressivement à leur surface d'une pseudo-membrane qui s'oppose au passage de l'air insufflé (2). Cette membrane, ajoute ce grand anatomiste, est destinée à garantir les parties pendant le travail de cicatrisation (3). Les chirurgiens qui se sont occupés après Bichat du même sujet ont reconnu l'existence de cette même membrane, mais ils lui ont donné, comme Delpech, la destination de sécréter le pus, et ils l'ont appelée membrane puogénique. Bichat, par le rôle vague qu'il avait assigné à la membrane provisoire des cicatrices, a laissé naturellement le champ libre aux hypothèses; mais son instinct ne l'avait-il pas mis sur la voie de la vérité? Qu'est-ce en effet que cette membrane qui se développe graduellement à la surface des plaies, avant que le travail de cicatrisation commence, et qui précède immédiatement ce travail, sinon le préalable indispensable de cette cicatrisation, sinon un isoloir entre la surface de la plaie et l'air extérieur, destiné à ramener les plaies suppurantes à la condition essentielle des plaies sous-cutanées? A ce point de vue, plus de différence entre les trois ordres de plaies au moment où elles se cicatrisent. La formation du pus n'est plus une sécrétion spéciale ayant son organe sécréteur spécial; c'est le sang qui arrive à la surface des plaies ouvertes à l'air, et offre une série de modifications relatives aux modifications de la membrane à travers laquelle il filtre, et en raison du degré d'influence de l'air; aussi, en examinant la composition du liquide qui suinte d'une plaie, depuis l'instant où sa surface est soumise à l'air, jusqu'au moment où toute sécrétion du pus cesse, on trouve que ce sont toujours les élémens du sang qui constituent le fluide sécrété, mais des élémens en nombre et en proportion différens, suivant l'époque de la sécrétion; c'est-à-dire suivant la phase et le degré de développement de la membrane qui protège la surface de la plaie contre l'air extérieur. Je me dispense d'entrer dans plus de détails sur ce point, et me hâte d'arriver aux applications pratiques plus immédiates des principes fournis par l'étude des plaies sous-cutanées.

La présence et le contact de l'air étant reconnus comme l'obstacle principal qui s'oppose à la réunion immédiate des plaies, il conviendra d'aviser, non seulement au moyen d'obtenir un contact parfait entre tous les points des surfaces mises en rapport, de fermer hermétiquement le bord des plaies, mais encore de faire un vide complet entre leurs surfaces, de manière à obtenir de la pression atmosphérique un supplément d'action propre à maintenir les surfaces réciproques dans une adhésion parfaite et permanente. Si une portion de ces surfaces reçoit accidentellement le contact de l'air, et offre par conséquent, comme cela arrive souvent, des points de suppuration, on pourra encore, en rompant la membrane déjà formée, replacer ces portions de surfaces suppurantes dans des conditions d'adhésion immédiate, pourvu que l'inflammation consécutive ne soit pas trop considérable.

Mais les applications les plus fertiles, les plus directes des phénomènes des plaies sous-cutanées consisteront à ramener d'une part aux conditions de ces dernières les plaies par instrumens tranchans, dont l'intérieur ne renfermera pas d'autres élémens capables de provoquer une inflammation suppurative, et dont l'ouverture pourra être immédiatement fermée; d'autre part, à faire sous la peau certaines opérations qu'on avait coutume de faire en divisant les tégumens.

Parmi les premières applications, je citerai les plaies pénétrantes des grandes cavités : déjà une foule de chirurgiens, sans avoir pu se rendre compte du motif de leur détermination, et se laissant guider seulement par l'expérience empirique, avaient insisté sur les avantages de la réunion immédiate de ces plaies; si la raison que j'ai donnée à l'appui de leur pratique est fondée, cette pratique y trouvera de nouvelles garanties, et ceux-là que l'expérience empirique n'avait pu convaincre se loisseront amener à tenter les ressources de la réunion immédiate. Mais au lieu de parcourir le cadre analytique des plaies qu'il sera possible de ramener aux conditions des plaies sous-cutanées, je puis formuler toutes les applications en disant que partout où la réunion immédiate a pu être tentée et pourra être tentée avec l'espoir de satisfaire à la condition essentielle de son succès, on y aura recours. On sait que c'est là une des plus grandes questions qui divisent les chirurgiens de l'Europe, non pas qu'aucun conteste aujourd'hui les avantages de ce mode de guérison des plaies quand

(1) Serres: TRAITÉ PRATIQUE DE LA RÉUNION IMMÉDIATE, p. 51.
(2) Bichat, ANATOMIE GÉNÉRALE, tom. III, p. 118.
(3) Idem.

Les faits moraux ont une valeur prédominante : il est absurde de les oublier, et de les annuler au profit de quelques rapprochements artificiels de conditions organiques, dont nous ignorons la signification véritable; tout au contraire, un fait psychique porte en lui un sens profond, une valeur péremptoire: un individu quelconque présente à mon observation un front étroit, écrasé, dénué de toute protubérance flatteuse; mais une haute intelligence, un savoir immense rayonnent de cette tête. Ce fait, dont les exemples fourmillent, que laisse-t-il à l'induction anatomique? Aussi ne me coûte-t-il point d'abdiquer celle-ci devant l'incontestable argument du dedans, devant l'intelligence et le savoir du nègre. La véritable clef des mystères d'inégalité intellectuelle nous échappe pour les blancs comme pour la race noire; mais une cause générale, qui explique et justifie l'abjection de cette dernière, qui la méconnaîtrait? — L'esclavage. Ce n'est point d'aujourd'hui que l'esclavage mène à l'abrutissement : la comédie antique s'amusait de l'imbécillité proverbiale des esclaves; Aristote ne prétend-ils pas qu'ils ne possèdent qu'une demi-âme? « Le joug de l'esclavage, dit Eumée dans Homère, ainsi l'a voulu le puissant Jupiter, dépouille un mortel de la moitié de sa vertu. » Les serfs de la Pologne et de la Russie ne sont pas au-dessus des noirs de nos colonies; dans quel avilissement n'étaient point tombés les Juifs sous l'influence d'une oppression séculaire! Eux aussi avaient désappris les vertus sociales; méprisés, rejetés, conspués, dépouillés, torturés comme ils le sont aujourd'hui à Damas, sous prétexte d'accusations dont l'odieux égale le ridicule, ils s'étaient engourdis dans une tradition automatique, hérissés dans les instincts de leur conservation. Cinquante ans sont écoulés depuis qu'en France ils jouissent de la liberté civile, et déjà ils peuplent de leurs capacités efflorescentes toutes les avenues de la société; avec la dignité humaine, ils ont retrouvé les vertus du citoyen et le génie des lettres et des arts. Pour nous, qui avons vu de près les Grecs peu de temps après leur affranchissement du régime turc, nous avons considéré avec un indicible navrement, ce peuple autrefois si brillant par l'intelligence et la civilisation, les résultats d'un long esclavage; quelle abjection de mœurs! quelle absolue perte de toute dignité! Quelle pestilentielle dépravation de corps et d'esprit! Tout cela était la vase immonde que laissait en se retirant la tyrannie turque sur cette belle et noble terre! Juifs, Grecs, Nègres, races persécutées de tous les âges, pauvres groupes de parias répartis çà et là dans les rangs de l'humanité, nationalités brisées ou déchues, une heure libératrice se lève pour vous tous, marquée dans la pensée de Dieu et vibrant à point nommé avec un solennel éclat, sur le front des oppresseurs.

Ce nous est un regret de ne pouvoir suivre M. Schœlcher dans l'examen des moyens de moralisation qu'il indique pour les noirs, et surtout de ne point reproduire dans ces lignes quelques-uns des faits qu'il a consignés dans le curieux chapitre où il essaie d'établir l'antériorité de la civilisation éthiopienne. Nous y renvoyons nos lecteurs: ils les goûteront mieux dans l'auteur lui-même, qui a su les présenter avec le charme d'un style aisé et l'allure entraînante de la conviction.

M. L.

on peut l'obtenir; mais les opposans, toujours retranchés dans l'inconstance et l'incertitude du succès des tentatives, ont cru qu'il valait mieux braver immédiatement le danger que de s'exposer à le rencontrer plus tard dans des conditions moins favorables. Il est permis de croire que cette cause d'opposition disparaîtra d'elle-même du moment qu'on aura trouvé le moyen d'assurer la réussite de la réunion immédiate; or, cette condition, je crois l'avoir indiquée dans l'absence du contact de l'air.

Toutes les opérations qu'il sera possible de pratiquer sous la peau ne peuvent pas être indiquées immédiatement. L'expérience seule suggérera ces applications. On peut croire néanmoins que le débridement de certains engorgemens inflammatoires, la division ou l'enlèvement de certaines tumeurs, l'ouverture de certains kystes ou de certains abcès trouveront dans le mode opératoire sous-cutané le moyen d'éviter les accidens inflammatoires consécutifs. Enfin, comme une des plus importantes applications de ce principe, je citerai le débridement sous-cutané des hernies crurales et inguinales, et leur guérison radicale par l'occlusion adhésive de leur orifice. Si, comme certaines expériences sur les animaux m'ont donné lieu de l'espérer, cette application est possible avec les avantages qu'elle promet, elle pourrait à elle seule donner quelque importance aux faits que j'ai signalés dans ce mémoire.

Des faits et des considérations exposés dans ce mémoire, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les plaies sous-cutanées des tendons, des ligamens, des muscles, des aponévroses, des artères de petit calibre, des veines et des nerfs, de quelque étendue qu'elles soient, guérissent en s'organisant immédiatement, quoiqu'il y ait un espace considérable laissé entre les lèvres de la solution de continuité.

2° La condition essentielle de ce résultat est que l'intérieur de la plaie n'ait aucune communication avec l'air extérieur; et le moyen d'arriver à ce résultat est de pratiquer une très petite ouverture à la peau, le plus loin possible du siége de la plaie interne et d'obtenir l'occlusion immédiate de cette ouverture avec un emplâtre collant.

3° Le mode d'action de l'air, à l'égard des plaies sous-cutanées, participe à la fois d'une action physique, chimique et vitale : physique, en favorisant par les espaces libres qu'il laisse sous la peau au fur et à mesure de la résorption des parties épanchées, la continuité de la circulation; chimique, en n'altérant pas les principes de la composition du sang; vitale, en laissant à ce fluide sa consistance et les propriétés en vertu desquelles il vit, circule, nourrit et organise les tissus, et en laissant les extrémités des vaisseaux et des nerfs dans les conditions propres à l'exercice de leurs fonctions.

4° Le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées est le même que celui de la réunion adhésive, le même que celui de la cicatrisation des plaies qui suppurent. La condition essentielle de cette cicatrisation est la même dans les trois ordres de plaies : *la soustraction de leurs surfaces au contact de l'air; d'où la condition essentielle de la réunion par première intention des plaies, l'absence du contact de l'air, et l'indication pour l'obtenir, l'application hermétique de leurs surfaces et l'occlusion permanente de leurs bords.*

5° Les applications du phénomène de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées sont de ramener toutes les plaies, avec libre communication à l'air, aux conditions des plaies sous-cutanées, et de faire sous la peau les opérations qui ne réclament pas indispensablement la division de l'enveloppe cutanée : tels sont certains débridemens d'engorgemens inflammatoires, l'enlèvement de certaines tumeurs, les débridemens des hernies et la guérison radicale de ces dernières, au moyen de l'occlusion adhésive de leur orifice.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES DE MÉDECINE.

Les cahiers de décembre 1839, janvier, février et mars 1840, renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Histoire d'une luxation complète et récente du poignet en arrière, suivie de réflexions sur le mécanisme de cette luxation et sur son diagnostic différentiel;* par M. Voillemier, interne à l'hospice de la Clinique; 2° *Des abcès dans le tissu cellulaire péritonéal;* par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker; 3° *Observation de luxation en avant de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, compliquée de fracture du cubitus, suivie de réflexions sur ces luxations;* par M. Richer; 4° *De la névralgie dorsale ou intercostale;* par M. Valleix, médecin du bureau central des hôpitaux; 5° *Recherches sur la fracture du péroné;* par M. Maisonneuve, docteur en chirurgie (1re partie); 6° *Recherches anatomico-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfans;* par MM. Rilliet et Barthez; 7° *Du squirrhe de la glande lacrymale et de l'ablation de cette glande;* par M. G.-E. Maslieurat-Lagémard; 8° *Le typhus nosocomial et la dothinentérite sont-ils la même maladie;* par M. Rochoux, médecin de l'hospice de Bicêtre; 9° *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre jaune de Gibraltar;* par M. Louis; 10° *Histoire d'une tumeur scrotale, contenant les débris d'un fœtus extirpé par M. Velpeau, suivie de considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement des monstruosités par inclusion;* par M. N. Victor Szokalski (Voy. Gaz. Méd., 1840, p. 97); 11° *Observations de paralysie du muscle grand dentelé, avec réflexions sur cette affection;* par M. L. Marchessaux.

HISTOIRE D'UNE LUXATION COMPLÈTE ET RÉCENTE DU POIGNET EN ARRIÈRE; SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR LE MÉCANISME DE CETTE LUXATION ET SUR SON DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL; par M. VOILLEMIER, interne à l'hôpital de la Clinique.

OBS.—Levillain (Louis), couvreur, âgé de 27 ans, d'une constitution robuste, entra le 28 septembre 1839 à l'hôpital des cliniques. Les personnes qui l'avaient apporté dirent qu'il était tombé d'un troisième étage dans une cour où se trouvaient quelques tonneaux. Pas de renseignemens sur la manière dont la chute eut lieu. Le malade était déjà dans un état désespéré à son entrée dans l'hôpital: il y avait perte complète de connaissance, résolution des membres, immobilité des pupilles, largement et irrégulièrement dilatées; respiration stertoreuse, etc. Le bras gauche offrait à sa partie moyenne et externe un enfoncement très marqué, et, à son côté interne, une saillie formée par les fragmens de l'humérus fracturé. Il suffisait des moindres mouvemens imprimés au membre pour reconnaître, par l'abondance de la crépitation, que la fracture était comminutive. Le poignet du même côté présentait également une déformation très notable sans gonflement; quatre heures après, cet homme avait succombé; comme il paraissait de prime-abord voué à une mort assurée et prochaine, on ne fit sur le membre aucune tentative de réduction. Des précautions furent prises pour que dans le transport des salles à l'amphithéâtre, le cadavre ne fût point saisi par les mains, et ainsi tous les signes observés pendant la vie, comme les lésions trouvées après la mort, existaient sans qu'il y ait eu aucun changement de rapport entre les os déplacés.

EXAMEN DU POIGNET. — L'avant-bras est à demi-fléchi; la main est à peine inclinée dans le sens de la flexion, et le plan osseux représenté par le métacarpe et le carpe est presque parallèle à celui de l'avant-bras. Le pouce étendu est porté dans l'abduction, de manière à ce que son côté interne réponde à la face antérieure de l'index; les doigts presque entièrement étendus sont demi-fléchis sur le métacarpe; la main n'est portée ni dans l'abduction, mais elle a éprouvé un déplacement de totalité vers le côté interne. A la partie postérieure et inférieure de l'avant-bras, il existe une saillie transversale, qui semble formée par le carpe, de niveau avec le dos de la main, et élevée de huit lignes au-dessus du plan postérieur de l'avant-bras; elle est arrondie et ne présente nullement au toucher une arête osseuse, la peau ne fait pas de pli transversal à sa base, à cause du plan incliné que les extenseurs écartés du corps du radius forment en passant de l'avant-bras sur le dos de la main. Du sommet de cette saillie, à l'extrémité phalangienne du médius, il y a trois pouces sept lignes, longueur que présentent également le carpe et le métacarpe du membre droit. A l'extrémité inférieure et antérieure de l'avant-bras, il existe aussi une éminence transversale située huit lignes plus bas que la postérieure, s'avançant de sept lignes au-devant de la paume de la main, plus saillante en dehors, et allant en diminuant vers le côté interne. Au-dessous d'elle, la peau forme un pli transversal très marqué, parce qu'il n'y a plus ici un plan incliné, comme à l'éminence postérieure; en effet, les tendons fléchisseurs, en recouvrant l'extrémité du radius, se portent directement en arrière, de manière à faire un angle presque droit avec la face palmaire de la main. On sent le sommet de la tumeur par un rebord osseux assez saillant; mais il est impossible de dire si la surface de la plaie au-dessous est pleine ou concave, comme le serait la cavité articulaire du radius. L'apophyse styloïde, que l'on sent à l'extrémité externe du diamètre transversal de cette éminence n'est point mobile, et l'apophyse styloïde du cubitus, qu'il est difficile de sentir à cause d'un léger gonflement, semble avoir conservé avec celle du radius ses rapports normaux. En examinant l'avant-bras vers son bord externe, on ne trouve aucun enfoncement, et lorsqu'on le saisit à sa partie moyenne, de manière à diminuer l'espace inter-osseux, par le rapprochement des os, on éprouve une résistance élastique sans la moindre crépitation. Si l'on mesure le radius des deux avant-bras, à partir du sillon qui existe en arrière et en dehors du coude, c'est-à-dire de la tête de l'os à l'extrémité de l'apophyse styloïde, on trouve sur les deux membres la même longueur. Il n'y a point de gonflement à la face antérieure et inférieure de l'avant-bras; son diamètre antéro-postérieur est d'un pouce et demi, et de trois pouces une ligne au niveau du chevauchement des os. La peau est écorchée à la face dorsale des doigts; sur l'avant-bras, elle présente une plaie transversale très nette d'un pouce de long, au niveau du bord supérieur du carré pronateur.

L'examen anatomique de la pièce ne permet pas d'élever des doutes sur la nature de l'accident; c'était bien une luxation du poignet. Le ligament latéral externe et le postérieur sont rompus; l'antérieur complètement arraché du bord du radius n'a laissé que quelques débris fixés au-devant du corps; l'interne seul a résisté, et l'apophyse styloïde du cubitus, maintenue par ce ligament en même

temps que par la gaine du cubital postérieur, a été détachée du corps de l'os; ainsi, tous les moyens d'union de l'articulation ont été largement déchirés, et les os de l'avant-bras ne tiennent plus au corps que par un petit nombre de trousseaux fibreux placés en arrière, qui du ligament triangulaire vont au côté interne du carpe. Le radius ne présente aucune fracture. L'apophyse styloïde, la surface articulaire, les bords saillans de cette surface n'offrent aucune trace d'arrachement. La face postérieure de l'os, par suite du soulèvement des extenseurs avec leurs gaînes, se trouve dénudée dans une assez grande étendue, surtout vers le bord externe du radius. Le corps du cubitus est sans fracture, l'apophyse styloïde seule a été arrachée. Les os du carpe sont intacts. Le scaphoïde seul présente une légère érosion de son cartilage au côté externe, et l'ablation d'une petite parcelle de ce cartilage à sa face postérieure, près de l'insertion du ligament postérieur radio-carpien. Dans les nouveaux rapports que les os de l'avant-bras ont avec le carpe, ils recouvrent toute la première rangée, et n'ont été arrêtés que par le ligament annulaire antérieur et les tendons des fléchisseurs qui s'engagent sous ce ligament.

Cette observation constate donc un fait désormais hors de doute, la possibilité des luxations du poignet en arrière dans une chute sur la main. Ces luxations admises, d'abord par tous les auteurs, en quelque sorte *a priori*, furent niées de nos jours, lorsqu'un grand nombre de dissections eut permis de constater qu'il s'agissait dans la plupart des cas de fracture du radius. Mais il y avait des exceptions à la formule trop générale de Dupuytren, et depuis quelques années une observation attentive et minutieuse a permis d'en rassembler un certain nombre, auxquelles l'esprit le plus sévère ne saurait s'empêcher de reconnaître une grande valeur. Ainsi M. Lenoir a fait connaître l'observation d'un homme qui, dans une chute sur la main, avait eu une luxation du poignet en arrière, toutefois avec une fracture légère du radius; un éclat de quelques lignes, oblique d'arrière en avant et de haut en bas, ayant été détaché du bord postérieur de l'extrémité du radius, et avait suivi le poignet dans son déplacement sans que l'apophyse styloïde fût intéressée.

En 1838, M. Padieu montrait à la société anatomique une luxation du poignet survenue douze ans auparavant chez un homme qui avait fait une chute de cheval sur le côté gauche. La luxation était en arrière. C'était à la même espèce qu'appartenait la luxation rapportée dans la Thèse inaugurale de M. Marjolin fils il y a quelques mois. Il ne reste donc plus de doute maintenant sur la possibilité d'un pareil accident; toutefois si le diagnostic différentiel ne nous paraît pas aussi simple que voudrait l'établir M. Voillemier, on pourra au moins consulter avec fruit un tableau comparatif des signes appartenant aux fractures du radius, et de ceux qui se rapportent aux luxations du poignet, ajouté à la fin de cet intéressant mémoire.

OBSERVATION DE LUXATION EN AVANT DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DES OS DE L'AVANT-BRAS COMPLIQUÉE DE FRACTURE DU CUBITUS, SUIVIE DE REFLEXIONS SUR CES LUXATIONS; par M. RICHER, interne provisoire.

OBS. — Un maçon, âgé de 18 ans, grand, fort, vigoureux, tombe à la renverse d'une hauteur de 45 pieds. Il paraît que le dos et la paume de la main du côté gauche ont plus particulièrement reçu le choc. Indépendamment d'autres symptômes généraux graves, le malade offrait les désordres suivans à l'articulation du coude gauche :

L'avant-bras n'est que très peu fléchi sur le bras; il est dans la supination; tout mouvement est impossible au malade, malgré l'extrême mobilité des surfaces articulaires les unes sur les autres. La mesure comparative des deux membres, pris de l'épitrochlée à l'apophyse styloïde du cubitus, donne pour le côté malade un raccourcissement de près d'un pouce; du condyle externe, moins saillant que l'interne, à l'apophyse styloïde du radius, le raccourcissement est un peu moindre. A la partie postérieure de l'articulation du coude, on trouve une saillie formée par l'olécrâne qui est mobile en travers, mais qui, du reste, a conservé sa position normal et n'est point remontée. En promenant le doigt le long du bord postérieur du cubitus, à partir de l'olécrane, à deux travers de doigt au-dessous de cette apophyse, on rencontre une plaie large comme une pièce de cinq sous, donnant issue à une portion d'os qu'on reconnaît, en l'ébranlant, appartenir au même fragment que l'olécrâne. Au-dessous de cette plaie existe une dépression sensible qui empêche de suivre la continuité de l'os. Il existe un enfoncement de chaque côté de l'olécrâne; la peau est tiraillée; et en avant de ces enfoncemens, on rencontre au côté externe le condyle externe, au côté interne l'épitrochlée. Ces deux extrémités de l'humérus très saillantes, et soulevant la peau du coude, n'ont pas changé de rapport avec la partie postérieure du cubitus. En avant, on sent, à un travers de doigt au-dessus des condyles, une tumeur oblongue, arrondie, dure, résistante, qui profondément placée soulève les muscles brachial antérieur et biceps. On perçoit à peine les battemens de l'artère humérale, quoique devenue très superficielle, sans doute à cause de l'état d'abattement dans lequel se trouve le malade. En portant l'avant-bras dans la flexion ou l'extension, on sent que la tumeur du pli du coude se déplace, qu'elle est mobile et roule sous le doigt dans les mouvemens de pronation et de supination. On sent distinctement une crépitation analogue à celle que l'on perçoit en frottant les surfaces dans une articulation dont les cartilages ont été érodés par les progrès d'une tumeur blanche. La main présente des écorchures à sa face palmaire; elle est salie de boue et offre des traces de contusion qui ne permettent point de douter que ce soit cette partie qui ait supporté le poids du corps dans sa chute.

La réduction fut opérée avec une facilité vraiment surprenante, en pratiquant a contre-extension sur le bras, l'extension sur l'avant-bras, et en faisant fléchir brusquement ce dernier, avec le soin d'ailleurs de repousser en arrière et en bas l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras. La réduction une fois opérée toute difformité disparut. Mais dès que l'aide eut cessé l'extension, la luxation se reproduisit avec une extrême facilité par suite d'une contraction involontaire du malade. On mit un appareil contentif après une nouvelle réduction. Le malade succomba au bout de trois heures.

A l'autopsie, on constata : la tension du biceps qui passait sur la partie antérieure de la tumeur en décrivant une courbe, la déchirure de la couche profonde des muscles qui s'insèrent à l'épitrochlée, la partie superficielle étant saine. Le ligament latéral interne est aussi déchiré; il ne tient plus à l'humérus et à l'apophyse coracoïde que par quelques fibres.

Le ligament latéral externe est intact; entraîné par le radius en haut et en avant, il est devenu horizontal de vertical qu'il était. La partie superficielle du muscle brachial antérieur est contuse, les fibres profondes sont déchirées, détachées de leurs insertions à l'humérus, par l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras.

Les parties molles en arrière de l'articulation présentent la plaie signalée plus haut, qui pénètre dans la cavité articulaire. Le triceps s'attache à tout le fragment postérieur du cubitus; de plus ce fragment, long de deux pouces environ, a conservé ses attaches en dedans au cubital postérieur, en dehors à l'ancone, de sorte qu'il est maintenu fixé par les fibres musculaires. Cette disposition anatomique rend compte des signes observés pendant la vie. En effet, nous avons vu que l'olécrâne, quoique fracturé, n'avait point changé de position, grace aux insertions musculaires qu'avait conservées le fragment qui lui faisait suite, et qui s'opposaient à l'action incessante du triceps qui cherchait à l'attirer en dehors et en arrière.

Le cubitus offrait à sa partie supérieure une fracture longitudinale ou légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière divisant la cavité sigmoïde par son milieu; de sorte que cet os présente deux fragmens, l'un antérieur qui comprend son corps surmonté de l'apophyse coronoïde, l'autre postérieur, comprenant l'olécrâne et une portion postérieure du cubitus, longue d'un pouce, se terminant en biseau.

Quant à la position respective des surfaces, l'humérus est placé en arrière des os de l'avant-bras, qui se trouvent portés en avant et se trouvent remontés à un demi-pouce au-dessus des condyles. Le radius a été entraîné par le cubitus avec lequel il s'est porté en avant par l'intermédiaire du ligament annulaire resté intact. La face postérieure du fragment antérieur du cubitus est rugueuse; elle se trouve en rapport avec l'extrémité articulaire de l'humérus sur laquelle on remarque une perte du cartilage occasionnée par le frottement violent de ce fragment. C'est sans doute à cette disposition que l'on doit attribuer la crépitation obscure que l'on percevait dans les mouvemens imprimés à l'avant-bras pendant la vie. Enfin, la capsule articulaire est déchirée en presque totalité; on en trouve çà et là quelques débris. Cette destruction nous explique encore cette mobilité extraordinaire, la facilité avec laquelle a pu se réduire la luxation et la reproduction également facile de cette luxation.

Le fait qu'on vient de lire avec tous les détails nécessaires nous offre un exemple remarquable et unique peut-être de luxation de l'avant-bras en avant, avec fracture. Jusqu'à présent trois cas seulement étaient connus, et en dépit de la théorie tous trois étaient sans fracture; le premier est rapporté par Evers (NEUE BEMERKUNGEN UND ERFAHRUNGEN, ETC. GOTTING; 1787) et rappelé par Monteggia (ISTITUZIONI CHIRURGICHE, 2e éd., 1814, t. v, p. 108). Dans ce cas, il n'y avait pas fracture de l'olécrâne, mais le désordre dans les parties molles était extrême. Toutefois Monteggia admet que cette luxation en avant ne peut avoir lieu sans la fracture de l'olécrâne.

Cependant on trouve un second exemple de cette luxation en avant sans fracture dans Delpech (CLINIQUE CHIRURG. DE MONTPELLIER). Il ajoute : les désordres survenus aux parties molles étaient tels que ce fait est plus propre à confirmer le principe qu'à le détruire.

M. Colson (Thèse, 1835) rapporte un cas de luxation du cubitus seul en avant sans fracture; au reste, J.-L. Petit, Desault, Boyer, MM. Sanson, Bérard jeune, Malgaigne et Sédillot n'ont jamais vu cette espèce de luxation et se bornent à en signaler la possibilité. A. Cooper dans les cinq espèces de luxations de l'avant-bras n'en a point fait mention. Chélius (traduction de Pigné), qui l'admet comme possible, ne l'a décrite ni à l'article des luxations, ni à celui des fractures compliquées de l'olécrâne; il est donc rationnel, dit M. Richer, de conclure du silence de ces deux chirurgiens célèbres qu'ils n'ont jamais vu l'affection qui nous occupe; rien ne prouve, suivant nous, cependant qu'ils ne l'admettent pas.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR LA TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES CHEZ LES ENFANS; par MM. les docteurs BARTHEZ et RILLIET.

On aurait tort de s'attendre à trouver dans ce mémoire une histoire complète des tubercules bronchiques ou de la phthisie bronchique. Quelques points seulement de l'anatomie pathologique y sont traités et privés de toutes les considérations étiologiques et symptomatologiques, qui seu-

les auraient pu donner une valeur réelle, sous le point de vue pratique, aux recherches consignées dans ce mémoire.

Les auteurs, après avoir indiqué quelques travaux déjà publiés sur le même sujet, et parmi lesquels ceux de MM. Leblond, sur la *phthisie bronchique*, Tounellé et Berton occupent le premier rang, donnent l'anatomie normale des ganglions bronchiques, où ils s'écartent peu de ce qu'en a dit M. Bourgery, et passent ensuite à l'anatomie pathologique; quelques points seulement doivent nous arrêter.

Les ganglions bronchiques volumineux, tuberculeux se comportent différemment, suivant qu'ils sont en contact avec les bronches, les vaisseaux ou les poumons. Lorsqu'ils sont en contact avec les bronches, il ne tarde pas à se faire une perforation qui établit une libre communication entre le tubercule encore à l'état de crudité ou le kyste rempli de matière tuberculeuse ramollie; dans ces deux cas, l'ulcération qui détermine cette perforation marche de dehors en dedans, et n'est point le résultat d'une inflammation.

Le kyste bronchique, qui résulte de l'évacuation dans les bronches de la matière ramollie d'un ganglion bronchique, n'est pas toujours situé à l'extérieur des poumons, fréquemment il se trouve à l'intérieur même de ces organes, mais toujours sur le trajet des bronches, et alors on pourrait le prendre facilement pour un véritable tubercule pulmonaire et le croire tout à fait étranger aux ganglions bronchiques.

Les ganglions bronchiques tuberculeux en contact avec le poumon pénètrent quelquefois dans son intérieur en s'y creusant une espèce de loge qu'on a souvent prise pour une caverne pulmonaire; d'autres fois le kyste bronchique extérieur au poumon communique avec une véritable caverne, et cette communication s'établit au moyen de canaux cylindriques tapissés d'une membrane analogue à celle du kyste; dans quelques cas même il est extrêmement difficile de distinguer les fausses cavernes de celles qui seraient de véritables cavernes pulmonaires. Nous ne suivrons pas les auteurs dans les longs détails dans lesquels les entraîne la distinction à établir entre ces différentes altérations, qui toutes sont toujours le résultat d'une même cause, la tuberculisation; nous nous contenterons de donner avec eux le rapport numérique de ces différentes lésions.

Sur vingt-six observations qui ont servi de base à leur travail, dix-huit fois le kyste communiquait avec les bronches ou le parenchyme. Cette communication avait lieu tantôt à droite, tantôt à gauche, et dans la proportion suivante: douze fois à droite, cinq fois seulement à gauche, et une fois la perforation était double. La différence de fréquence dans ces cas, entre les deux côtés, dépendrait, suivant les auteurs, de ce que la bronche gauche, protégée supérieurement par l'aorte et postérieurement par l'œsophage, serait à l'abri des altérations dues au contact des ganglions tuberculeux.

Sur ces dix-huit perforations du kyste, quinze communiquaient avec les bronches et trois avec les poumons. Il résulte de ces faits que la phthisie bronchique a son pneumo-thorax, comme la phthisie pulmonaire. Nos auteurs citent un exemple remarquable de cette singulière altération qui vient compléter la ressemblance pour ne pas dire l'identité de la phthisie bronchique et de la phthisie pulmonaire.

Le tubercule ou le kyste bronchique en contact avec les vaisseaux peut déterminer leur perforation et conséquemment une hémorragie promptement mortelle. M. Berton a rapporté deux exemples de cet accident qui est assez rare.

Parmi les autres lésions que peut déterminer l'engorgement des ganglions bronchiques dans les organes avec lesquels ils sont en contact, les auteurs citent la compression des bronches qui, bien que plus rare qu'on ne s'y attendrait d'après la fréquence de la phthisie bronchique, a cependant été observée plusieurs fois.

Les auteurs terminent par quelques considérations sur la fréquence comparative de la phthisie pulmonaire et de la phthisie bronchique dont l'une est presque exclusive à l'enfance, tandis que l'autre s'observe surtout chez l'adulte, et entrent dans quelques nouveaux développemens sur les altérations qui déterminent ces deux maladies lorsqu'elles se compliquent mutuellement chez le même sujet.

DU SQUIRRHE DE LA GLANDE LACRYMALE ET DE L'ABLATION DE CETTE GLANDE; par M. G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, interne des hôpitaux.

Le cancer de la glande lacrymale a été assez rarement observé pour que plus d'un auteur ait pu penser qu'on ait jamais vu cet organe envahi par la dégénérescence cancéreuse autrement que par les progrès de celle qui aurait atteint ou détruit le globe de l'œil (Roux, Beer, Smith). Suivant M. Velpeau (DICT. DE MÉD., 2ᵉ édit., art. *Lacrymal*), il est peu d'observations qui prouvent sans réplique que les squirrhes enlevés à la glande lacrymale appartinssent plutôt à elles qu'à d'autres parties de l'orbite.

L'observation suivante, recueillie par M. Maslieurat-Lagémard, jointe à d'autres faits observés ou publiés par MM. Tood, O'Beirne, Lawrence, sans permettre d'établir *ex professo* l'histoire du cancer de la glande lacrymale, permet au moins de la commencer avec les seules bases sur lesquelles devrait être fondée toute description, je veux dire l'observation.

TUMEUR CANCÉREUSE DÉVELOPPÉE DANS LA GLANDE LACRYMALE; ABLATION DE CETTE GLANDE; GUÉRISON.

OBS. — La nommée M., âgée de 30 ans, concierge, à Paris, éprouva en 1830, au pourtour de l'œil, quelques élancemens sans larmoiemens ni rougeur. Les larmes qu'elle répandait quelquefois en augmentaient l'intensité. Elle les attribue à un coup de parapluie qu'elle aurait reçu quelque temps auparavant au niveau de l'angle externe de l'œil. Bientôt survint une petite tumeur qu'on sentait sous la peau, et qui paraissait être le point central d'où partaient les élancemens que l'application trop assidue de la vue paraissait rendre plus violens. L'œil était sain, du reste; la sécrétion des larmes n'avait subi aucune modification. Pendant six mois, la tumeur a graduellement augmenté de volume, et les tintemens prescrits n'ont amené aucune diminution de son volume, qui égalait alors celui d'un gros pois. La seule incommodité qu'elle déterminait tenait à la pression qu'elle exerçait sur la partie externe et supérieure du globe oculaire; celle-ci, sans toutefois dépasser l'organe de la vision, faisait que les objets vus de ce côté paraissaient doubles. A cette époque, elle fut enlevée. Peu de temps après, elle reparut de nouveau et fit des progrès plus rapides. Une seconde opération fut encore pratiquée et la tumeur extraite, à ce qu'assure la malade.

Deux mois se passèrent sans la réapparition des douleurs et des élancemens. Les larmes coulaient avec un peu moins d'abondance que du côté sain quand la malade pleurait, et ses souffrances paraissaient presque entièrement dissipées, quand, au bout de ce temps, tous les symptômes primitifs et une troisième tumeur commencèrent à se développer de nouveau avec les douleurs lancinantes et les autres phénomènes qui avaient accompagné les deux premières; c'est alors que cette femme vint à l'hôpital des cliniques, où elle entra dans les premiers jours d'avril 1835. Voici comme elle s'offrit à notre examen:

Au côté externe et au-dessous du bord orbitaire de l'œil droit existe une tumeur de la grosseur d'une petite aveline; elle soulève un peu la paupière correspondante, et à son centre, qui est noirâtre, il existe une petite cicatrice, résultat des deux premières opérations qui y ont été pratiquées. La tumeur est dure, un peu irrégulière, elle n'adhère pas au rebord orbitaire, ni au globe oculaire qu'elle comprime légèrement et qu'elle pousse un peu en dedans. Il n'y a pas d'exophthalmie. La pression sur la tumeur n'est pas douloureuse et n'augmente pas la sécrétion des larmes. L'œil droit est humide, pâle, il n'offre aucune trace de rougeur, et lorsque la malade pleure, elle a remarqué qu'il s'écoulait moins de larmes de ce côté que du côté gauche; les douleurs sont augmentées.

Le 15 avril, M. le docteur Cloquet, ne doutant pas d'un cancer de la glande lacrymale, en fit l'ablation de la manière suivante: une incision est pratiquée parallèlement au bord orbitaire supérieur; elle correspond à la partie centrale de l'ancienne cicatrice et de la tumeur. Les deux lèvres de la plaie sont facilement renversées en haut et en bas, et la glande lacrymale enlevée tout entière. L'opération et les suites n'ont rien de particulier, et le 9 mai la malade a pu quitter l'hôpital parfaitement guérie, l'œil conservé, la vision rétablie, et n'ayant à la place de la tumeur qu'une cicatrice linéaire.

L'organe enlevé est examiné avec le plus grand soin, et l'on constate dans la partie postérieure de la tumeur, la forme, les granulations et la structure de la glande lacrymale. La moitié antérieure est envahie par un tissu dur, bosselé, rénitent, fibreux, blanchâtre, extrêmement résistant et criant sous le scalpel lorsqu'on l'incise. Sa nature squirrheuse ne paraît pas un instant douteuse.

A la fin de l'année 1338, la malade a été présentée à l'Académie de médecine par M. J. Cloquet. M. Maslieurat l'a vue de nouveau il y a six semaines environ, la guérison s'est parfaitement maintenue, et il n'existe aucune trace de récidive, comme après les deux premières opérations.

Il est probable que ce ne fut point d'abord la glande lacrymale qu'on enleva; sous ce rapport, les renseignemens fournis par la malade sont insuffisans; mais son ablation consécutive ne saurait être mise en doute. Il sera donc bon de rappeler les phénomènes présentés par la malade consécutivement à l'opération. Elle est devenue deux fois enceinte depuis cette époque; à chaque accouchement et souvent pendant la grossesse elle a éprouvé de très violens élancemens dans l'œil.

Quand, à la suite de quelque contrariété, elle a de la peine et le besoin de pleurer, c'est alors qu'il se développe une série de phénomènes curieux pour les physiologistes, presque désespérans pour les malades, et que n'ont signalés, dit M. Maslieurat-Lagémard, ni M. Magendie, ni Duriel, ni aucun des auteurs dont j'ai consulté les observations.

Dans les premiers momens l'œil se ferme, les paupières de l'œil opéré deviennent gonflées, noirâtres, et alors commencent à revenir des élancemens qui, partant du point qu'occupait la glande, sont irradiés dans les parties voisines. Ils sont d'une intensité telle que la malade ne peut les comparer qu'à la sensation que détermineraient des stylets rougis et enfoncés sous la peau. La malade a souvent répété que l'opération était beaucoup moins douloureuse. L'extrait de belladone, les opiacés, loin de les calmer, comme on l'avait espéré, n'ont servi chaque fois qu'elle en a fait usage qu'à les rendre plus aigus. C'est alors qu'elle pleure; mais il ne s'écoule des larmes que du côté gauche, tandis qu'il n'en ap-

paraît pas une goutte du côté droit qui conserve son poli accoutumé. La narine gauche devient aussi plus humide, tandis que la droite, si on la compare à celle-ci, paraît beaucoup plus sèche, bien que par le fait elle conserve l'humidité qui lui est propre dans l'état habituel de la vie.

Ces phénomènes persistent tant qu'elle a envie de pleurer, et le sommeil est ce qui dissipe ces douleurs avec plus de promptitude. Une céphalalgie plus ou moins intense, une prostration extrême, accompagnent ces espèces de crises, qui se terminent toujours par l'apparition d'un coryza qui n'affecte jamais qu'une seule narine à la fois, mais indistinctement la droite ou la gauche : il est plus violent et occasionne une plus grande gêne quand il paraît à droite. Ces caractères sont trop rationnels, trop physiologiques, pour avoir besoin d'aucun commentaire, et il eût été difficile de comprendre avec des phénomènes différens l'ablation complète de la glande lacrymale...

De tous les organes sécréteurs cette glande est celui dont les connexions avec le cerveau sont les plus directes, et qui reçoit le plus grand nombre de filets nerveux sensitifs. De tous, c'est vers elle aussi que viennent retentir avec le plus de facilité les impressions physiques ou morales susceptibles de l'impressionner et d'augmenter son activité. Ne peut-on pas comprendre que sous l'influence de ces causes nombreuses, l'irritabilité qui doit lui être transmise ne réagisse d'une manière douloureuse vers les centres nerveux, surtout lorsque par l'absence de cette glande, cette irritabilité se trouve en quelque sorte interrompue dans sa course, et que l'influx qu'elle devait lui transmettre est irradié dans les parties voisines avec une acuité d'autant plus interne que le mode impressionnable aura lui-même été plus actif? La turgescence et l'injection de la paupière, la céphalalgie et la prostration qui accompagne chaque crise, la sécrétion muqueuse des fosses nasales qui semble remplacer celle de la grande lacrymale, lui donnent encore le caractère de ces névralgies à la suite desquelles apparaît souvent le coryza, qui affecte tantôt l'une tantôt l'autre glande...

Quoi qu'il en soit de ces idées théoriques fort ingénieuses, et des fonctions de diverticule aux impressionabilités trop vives que lui attribuerait M. Maslieurat-Lagémard, les phénomènes qu'il a observés offrent un vif intérêt au physiologiste et au médecin.

OBSERVATIONS DE CYSTICERQUES DU CERVEAU; recueillies par le docteur NIVET.

Nous analyserons très brièvement les deux observations dont se compose presque uniquement cette communication, et qui offrent quelque intérêt sous le point de vue de la rareté de l'affection dont elles présentent de nouveaux exemples, et à cause de la précision des détails anatomiques, qui ne laissent aucun doute sur l'espèce d'entozoaires qui existaient dans le cerveau.

OBS. I. — F. Joret, âgé de 43 ans, a commencé à travailler au blanc de céruse depuis la fin de 1833, et, depuis cette époque, il a déjà éprouvé quatre fois la colique de plomb. Dans les premiers jours de septembre 1855, il est pris de douleurs vives dans les membres, avec perte de l'appétit, coliques et nausées, les selles restant cependant régulières. Il entre le 18 septembre à l'hôpital Beaujon, offrant la face pâle et grippée, la sensibilité et la contractilité musculaire diminuées, la parole traînante, l'intelligence nette, l'épigastre douloureux, les dents noires, le ventre rétracté, une grande faiblesse et des étourdissemens lorsqu'il se met sur son séant. Le pouls était naturel (72). Dans la nuit suivante, il est pris de délire, qui persiste pendant le jour avec agitation, bourdonnemens dans les oreilles, articulation des mots lente et difficile, constipation. Les jours suivans, le délire persiste avec agitation; la sensibilité générale diminue; tes mouvemens sont difficiles; la respiration devient stertoreuse, et le malade meurt le 22 septembre.

AUTOPSIE. Infiltration de sérosité limpide dans la pie-mère. Les meninges présentent dans leur épaisseur quatre petits kystes qui sont en partie logés dans les anfractuosités du cerveau. A la face convexe des hémisphères, on trouve dans l'épaisseur de la substance grise, et faisant un léger relief à leur surface, de petits noyaux indurés qui ne sont que des kystes semblables à ceux des meninges; quelques-uns pénètrent un peu dans la substance blanche, ils sont au nombre de 14, et disséminés régulièrement. La seule autre altération que présente le cadavre, c'est l'oblitération de la vésicule du foie, qui était remplacée par un ligament fibreux plein.

OBS. II.—Hardy, âgé de 56 ans, ayant pour profession d'abattre les cochons, sujet depuis bien des années à des attaques rares d'épilepsie, ayant été frappé à la partie antérieure de la jambe gauche par le pied d'un cochon, fut pris d'un érysipèle phlegmoneux qui s'étendit en peu de jours à tout le membre pelvien. Entré à l'hospice Beaujon le 15 septembre, il y succomba le 17, des suites de cette affection, qui avait promptement pris le caractère gangreneux.

A l'autopsie, on trouve dans les meninges ou dans la substance grise du cerveau huit kystes hydatiques; un seul existait dans l'épaisseur de la substance blanche. On trouve quelques autres kystes dans les muscles iliaque gauche, psoas et dans les autres muscles des parois abdominales.

Voici maintenant les caractères communs des cysticerques trouvés dans ces deux cas.

1° Les uns étaient placés dans l'épaisseur des muscles; d'autres, dans la région de la pie-mère; un seul dans la substance blanche; la plupart se sont développés dans la substance grise des hémisphères.

2° Le kyste hydatique est enveloppé dans un kyste celluleux fibreux dont l'épaisseur et la densité variaient beaucoup. Cette dernière membrane était tantôt mince et translucide; tantôt épaisse et opaque; mais, dans aucune des tumeurs elle n'adhérait à la vessie caudale.

3° Le kyste hydatique ou la vessie caudale se déchirait avec facilité; on remarquait sur l'une de ses faces un point opaque qui marquait l'endroit par lequel le cysticerque sortait de la vessie caudale; cette dernière était remplie d'une sérosité transparente ou opaline, donnant des flocons blancs par l'ébullition, et dont le volume variait entre celui d'un pois et celui d'une noisette. Si on ouvrait la vessie, on y trouvait un petit corps opaque ressemblant à un petit embryon qui n'était autre que le cysticerque rétracté dans la vessie caudale, qui lui fournissait une gaîne enveloppante. Si, au lieu d'ouvrir la vessie, on la comprimait ou faisait sortir le corps de l'embryon hors du kyste. Si la compression était plus forte, on renversait la gaîne fournie par la vessie, et l'on voyait que l'animal adhérait par sa queue à cette gaîne. Vers l'extrémité libre du cysticerque, on apercevait, en regardant de près, une petite fente par laquelle sortait la tête, lorsqu'on pressait le corps. Si on examine au microscope un cysticerque qui ne tient plus à la vessie caudale que par sa queue, et qui est complètement développé, on voit que son corps est fusiforme, qu'il offre dans toute son étendue des stries ou rides transversales, et qu'il se continue sans ligne de démarcation avec le col. Cette dernière partie se termine par un renflement nommé tête, sur laquelle on remarque quatre éminences nommées suçoirs, tournées en haut, et une saillie centrale nommée trompe, de laquelle partent en rayonnant des stries noires, qu'on dit être des poils. La longueur de ces cysticerques était de 5 à 6 lignes, abstraction faite de la vessie caudale.

Les seules différences qui existassent entre les cysticerques de ces deux cas sont que dans le premier les suçoirs avaient une couleur noire, tandis que dans le second ils étaient incolores et offraient à leur centre une petite cavité terminée en cul-de-sac.

Si on considère ces deux observations sous le point de vue des symptômes, et qu'on les rapproche du petit nombre d'observations analogues qui ont été rapportées par quelques auteurs, nous reconnaîtrons que la plus grande obscurité règne encore sur les signes à l'aide desquels on pourrait reconnaître la présence de ces parasites dans l'économie, et spécialement dans l'encéphale.

II. REVUE MÉDICALE.

Les cahiers de décembre 1839, janvier et février 1840, contiennent les mémoires originaux qui suivent : 1° *Du siége et de la nature de la chlorose;* par P. Jolly; 2° *Constitution fébrile régnante pendant l'été de 1839, dans la commune de Sion et les environs (Loire-Inférieure);* par M. P. Chauvin; 3° *Quelques réflexions sur les bons effets de l'hygiène dans le traitement des maladies, suivies de deux observations qui constatent son influence salutaire;* par M. Ronzel père; 4° *Considérations sur l'inflammation et sur le traitement de l'empoisonnement par les préparations arsénicales;* par M. Riche; 5° *Expériences tendant à démontrer le mécanisme de l'inflammation;* par le docteur Robert Latour; 6° *Des altérations du sang dans les maladies;* par M. C. M. Gibert; 7° *Opération de lithotritie*, pratiquée par M. le docteur Ségalas (observation intéressante, mais n'offrant rien de spécial à signaler); 8° *Des diverses modes de terminaison des maladies aiguës;* par M. H. Combes, de Castres (Tarn); 9° *Inflammation blennorrhagique du testicule et de ses enveloppes; abcès; guérison;* par M. le docteur d'Huc.

EXPÉRIENCES TENDANT A DÉMONTRER LE MÉCANISME DE L'INFLAMMATION; par le docteur ROBERT LATOUR.

Sous ce titre, l'auteur présente une série d'expériences fort curieuses, qui semblent démontrer que les animaux à sang froid ne sont pas susceptibles de contracter l'inflammation, et réduire à peu près à néant les observations que Wilson Philips, Thomson, Hasting, Kaltenbrunner et M. Gendrin ont faites sur ces animaux, pour y observer les phénomènes inflammatoires. M. Latour a, en effet, soumis en vain des carpes et des grenouilles à l'action de diverses causes irritantes, appliquées soit sur la peau, soit dans la cavité abdominale ou dans l'épaisseur des tissus; il n'a jamais pu développer chez ces animaux aucun phénomène inflammatoire. Nous ne rapporterons pas les dix-huit expériences avec tous leurs détails, qui nous entraîneraient trop loin, et nous contenterons d'en présenter un résumé.

Des incisions profondes à travers la peau et les chairs, et excitées ensuite avec divers agens chimiques, tels que l'ammoniaque, les acides concentrés, ont bien déterminé de la douleur chez les animaux, mais n'ont été suivies d'aucune réaction, soit locale, soit générale. Une cheville de bois est restée trois jours au milieu des chairs d'une carpe; des épingles ont traversé les membres de plusieurs grenouilles; un morceau de bois a été placé pendant 36 heures en contact avec le mésentère d'un de ces batraciens; un morceau de pomme de terre a séjourné pendant beaucoup plus longtemps dans l'abdomen d'un autre; un séton à la coisse a été porté pendant un mois par le même animal; le derme d'une carpe a été cautérisé par l'acide sulfurique, et l'animal conservé pendant quinze jours; le fer rouge a été appliqué sur la cuisse d'une grenouille, qu'on a ensuite conservée un mois hors de l'eau, et dans aucune de ces expériences si nombreuses, si variées, on n'a pu découvrir dans la plaie irritée la moindre trace d'inflammation, de rougeur, de gonflement, d'injection sanguine ou de suppuration; bien plus même, dans les expériences où la chair de ces animaux était mise à nu, la rougeur que présentait la plaie au moment de l'incision disparaissait et la plaie se remplissait d'une matière glutineuse, qui servait de base à la cicatrice. Ce n'est pas cependant que ces animaux fussent insensibles aux opérations qu'on pratiquait sur eux; ils témoignaient, au contraire, par leur agitation, qu'elles leur étaient très douloureuses.

Ces résultats étaient en opposition trop évidente avec ceux obtenus par d'autres expérimentateurs, et dont cependant il serait difficile de mettre en doute la bonne foi, pour que M. Robert Latour ne tâchât pas de trouver la cause de leur erreur; et comme c'est spécialement sur la grenouille qu'ils out annoncé avoir développé l'inflammation, il répéta leurs expériences, et il ne tarda pas à produire une injection sanguine très visible à l'œil nu à la partie supérieure et interne de la cuisse d'une grenouille en la touchant avec un pinceau trempé préalablement dans l'ammoniaque; mais il remarqua aussi qu'en même temps les mêmes parties se trouvèrent revêtues d'une matière assez abondante, visqueuse, sanguinolente, et l'animal, saisi tout à coup de convulsions, expira. L'auteur reconnut alors que le sang s'était coagulé sous l'influence de l'action de l'ammoniaque, après lui avoir cédé ses parties fluides, comme il arrive si on traite par l'ammoniaque le sang de grenouille obtenu dans un vase; aussitôt que les deux liquides sont en contact, ils perdent leur fluidité et ne présentent qu'une masse homogène, noirâtre, d'une consistance plastique et d'une désagrégation non facile.

M. Latour infère de ces expériences que la rougeur causée par l'ammoniaque n'est point inflammatoire, qu'elle est l'effet de la décomposition du sang dépouillé de sa partie fluide qu'attire au dehors l'affinité de l'alkali, et arrêté dans son cours par sa coagulation dans les vaisseaux.

L'eau salée dans laquelle on plonge la grenouille rougit aussi la peau et tue de même l'animal. Mais, dans ce cas, le sang devient plus liquide; il est également décomposé; la matière colorante s'en précipite, et c'est à ce phénomène que M. Latour attribue la coloration de la peau, qui n'aurait par conséquent rien d'inflammatoire; ou reprodnit d'ailleurs le même aspect du sang en mêlant ce liquide avec une dissolution de sel marin.

M. Latour a observé des effets presque semblables en approchant un fer rouge à quelques lignes de la membrane inter-digitaire d'une grenouille placée au foyer du microscope. Puis le fer rouge ayant été ensuite approché progressivement, la coagulation du sang d'abord dans les petits vaisseaux, puis successivement dans des vaisseaux de plus en plus volumineux, n'a pas tardé à éteindre tout mouvement respiratoire.

L'interprétation donnée par M. Delatour à ces faits, qui semblaient en opposition avec son opinion, nous paraît très rationnelle; car ils tendent aussi à établir que l'organisation des animaux à sang froid ne se prête pas à la production des phénomènes inflammatoires, et à faire considérer comme le résultat d'une fausse interprétation toutes les descriptions des phénomènes prétendus inflammatoires observés sur la grenouille à l'aide du microscope.

L'auteur ne s'arrête pas à ces conclusions, qu'il nous semble difficile de ne pas admettre, et croit pouvoir induire des mêmes faits que la calorification doit être le point de départ de l'inflammation, et que les nerfs ganglionnaires sont la source qui produit ces deux phénomènes.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de décembre 1839, janvier et février 1840, renferment les travaux originaux suivans: 1° *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année 1838*; 2° *Deuxième lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau, sur les vésicatoires*; par M. Trousseau; 3° *Mémoire sur un nouveau procédé pour constater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsénicale qui aurait été absorbée*; par M. Orfila; *suivi d'un mémoire sur les terrains des cimetières, sur l'arsenic qu'ils peuvent fournir, etc.*; 4° *Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde, observée dans l'enfance*; par M. Taupin; 6° *Considérations nouvelles sur la doctrine hippocratique*; par M. Thirial; 7° *Traitement des fractures par l'appareil amidonné amovible et inamovible*; par M. Seutin; 8° *De la péritonite avec météorisme*; par M. Charmasson; 9° *Note sur la contagion de la dothinentérie*; par M. Féron; 10° *Scarlatine sans exanthème*; par M. R. Gérardin.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE QUI A RÉGNÉ ÉPIDÉMIQUEMENT A L'HÔPITAL DES CLINIQUES PENDANT L'ANNÉE 1838.

La fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement, en 1838, à l'hôpital des Cliniques a présenté, suivant l'auteur de cette description, deux formes bien distinctes, l'une inflammatoire et l'autre adynamique, et cela au milieu de conditions hygiéniques, partout les mêmes, dans les mêmes salles, et presqu'au même moment. La première de ces deux formes, ou la forme inflammatoire, ordinairement facile à reconnaître, présentait cependant assez souvent de grandes difficultés pour le diagnostic; dans quelques cas même, ce n'était qu'à la suite d'une première saignée, ou d'une saignée exploratrice, que l'on reconnaissait au développement des phénomènes inflammatoires la nature de la maladie. Si, au contraire, le pouls se déprimait, la maladie ne tardait pas à offrir les accidens propres à la seconde forme, ou forme typhoïde, qui avait un caractère épidémique plus marqué, était plus rapide dans son invasion et dans son développement, et, résistant à tout moyen thérapeutique, marchait le plus souvent à une terminaison funeste. Nous ne reproduirons pas les caractères propres à ces deux formes; il nous suffit de les avoir signalées, existant ensemble sous l'influence de la même constitution. Nous regrettons cependant que l'auteur n'ait pas indiqué le nombre des cas propres à chacune, et comparativement au nombre total des femmes accouchées dans les mêmes circonstances; nous avons même cherché inutilement le rapport de la mortalité avec celui des femmes en couches, omission que M. Voillemier lui-même reproche à plusieurs des auteurs qu'il cite dans son travail.

L'autopsie est une des parties sur lesquelles l'auteur insiste le plus: il démontre, par le relevé de nombreuses épidémies de fièvre puerpérale et des saisons dans lesquelles elles ont régné, l'erreur dans laquelle sont tombés les auteurs qui attribuent la principale part dans les causes qui produisent ces épidémies aux variations atmosphériques; tout en accordant que ces dernières peuvent, dans quelques occasions, exercer une influence fâcheuse, il insiste spécialement sur l'encombrement et sur les autres causes propres à porter des principes de putréfaction dans l'économie, et fait à cette occasion une critique, qui ne nous a pas semblé exagérée, des dispositions adoptées dans les salles de l'hôpital des Cliniques destinées aux femmes en couches, et où, bien que l'on se soit efforcé de réunir toutes les conditions propres à en faire un modèle pour les autres maisons d'accouchement, la mortalité est à peu près la même qu'à l'hospice des femmes en couches, de Paris, où viennent s'engloutir chaque année tant d'existences dignes d'intérêt, et qui auraient pu être conservées à peu de frais.

M. Voillemier penche pour l'opinion des auteurs qui croient que la fièvre puerpérale peut, dans quelques cas, être contagieuse, opinion qui fut rejetée par Dugès à une époque où l'on était disposé à rejeter la contagion pour toutes les autres maladies, sur laquelle M. Baudelocque reste dans le doute, et vers laquelle penche M. Dubois.

A l'encombrement et aux émanations putrides, l'auteur joint d'autres causes, dont l'action est plus évidente encore et en première ligne l'accouchement laborieux. Pendant 1838, sur 14 femmes qui reclamèrent des manœuvres (forceps ou version), 6 ont été atteintes de fièvre puerpérale et 4 ont succombé. Après cette cause, l'auteur place la rétention dans l'utérus d'un fœtus mort ou d'un placenta putréfié et les pertes utérines; il admet qu'un accouchement rapide peut, dans quelques cas, disposer à la fièvre puerpérale, mais dans les cas seulement où la rapidité de l'accouchement dépendait d'un état général pathologique, qui amènerait aussi la fièvre puerpérale.

L'auteur termine l'histoire des causes en signalant l'intensité qu'offrirent, pendant l'épidémie qu'il décrit, les coliques utérines qui se développaient à une époque plus rapprochée qu'à l'ordinaire de la délivrance, se répétaient plus rapidement et produisaient des douleurs plus profondes. Si ces accidens étaient alors négligés, les douleurs, qui n'existaient qu'avec les coliques devenaient continuelles, puis, de circonscrites qu'elles étaient, se répandaient vers les reins et une fièvre puerpérale se déclarait.

Les lésions anatomiques trouvées chez les femmes qui ont succombé étaient assez variables : dans six cas seulement, le péritoine était enflammé ; le plus souvent, l'utérus n'offrait aucune lésion. Deux cas seulement sur vingt-quatre ont présenté une lymphite peu étendue, et trois une véritable phlébite utérine. Dans deux cas seulement, on n'a pu constater aucune lésion anatomique ; on a trouvé dans tous les autres du pus infiltré dans tout le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans celui du bassin. L'auteur se demande à cette occasion si l'inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques serait beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit, ou plutôt si ce genre de lésion n'appartiendrait qu'à certaines épidémies de fièvre puerpérale.

Comment, avec des altérations aussi variées, la maladie peut-elle présenter, dans tous les cas, une uniformité, une similitude presque complètes? M. Voillemier répond à cette question, d'un haut intérêt, que, dans tous les cas, il existait un état pyogénique de l'économie, constituant à lui seul toute la maladie, et qui tantôt s'est révélé par des lésions anatomiques manifestes, tantôt a échappé à l'investigation, quand une mort trop prompte ne lui a pas laissé le temps de se traduire par quelque altération locale. Aussi proposerait-il de désigner la fièvre puerpérale sous le nom de *fièvre pyogénique des femmes en couches*.

DEUXIÈME LETTRE THÉRAPEUTIQUE A PIERRE BRETONNEAU ; par le professeur TROUSSEAU.

A travers d'assez minutieux détails sur les vésicatoires, et qui nous semblent, pour la plupart, trop connus des praticiens pour que nous nous croyions obligés de les produire ici, nous trouvons cependant quelques documens nouveaux sur l'emploi du marteau de Mayor, dans le but d'obtenir la vésication, et sur les différens degrés de température auxquels il peut être appliqué. A la température de l'eau bouillante, il produit une escarre ; à 80°, et même 70° cent., et s'il est d'un certain volume, il produit immédiatement une phlyctène ; puis, quand l'épiderme est détaché, on aperçoit au-dessous une espèce de fausse membrane, qui n'est, en définitive, qu'une couche superficielle du derme mortifié, une véritable escarre ; à 65° on obtient encore la phlyctène, et même une escarre superficielle, si l'application est renouvelée ; à 60°, on obtient encore les mêmes résultats ; à 55° degrés, la douleur est très vive, la rubéfaction persistante, et si, lorsque le premier marteau est un peu refroidi, on en applique un autre à la même température, il ne tarde pas à se former une bulle, et le derme n'est pas altéré ; à 50° degrés, le marteau cause une rubéfaction douloureuse, qui persiste pendant une heure si on le laisse jusqu'à ce qu'il soit en équilibre avec la peau.

Jusqu'ici on avait conseillé l'emploi de l'eau à 100°, température à laquelle la vésication est toujours accompagnée de la formation d'une escarre, tandis qu'à 55 ou 65° degrés, on a une vésication ordinairement sans mortification. M. Trousseau explique la formation de l'escarre entre 60 et 70° par la coagulation de la fibrine, et au-delà de 70° par celle de la fibrine et de l'albumine à la fois. Or, le praticien qui se propose d'obtenir la vésication promptement, par l'application du marteau Mayor, et ordinairement dans le but d'employer la médication endermique, se trouve trompé dans son attente lorsqu'il détermine en même temps la formation d'une escarre, même très superficielle, car alors le derme n'absorbe plus, ou absorbe mal, et la médicatiou endermique reste sans effet.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, OBSERVÉE DANS L'ENFANCE ; par le docteur TAUPIN.

Il y a quelques années, on assurait que la fièvre typhoïde était extrêmement rare chez les enfans, et c'était à peine si l'on accordait que les cas recueillis à l'Hôpital des Enfans, par Constant et quelques autres jeunes médecins, au courant des progrès de la science, et signalés par eux comme des exemples de fièvre typhoïde chez les enfans, appartinssent réellement à cette maladie. Le mémoire de M. Taupin vient compléter la science sous ce point de vue, et nous apprendre que la fièvre typhoïde est aussi fréquente, peut-être même plus fréquente chez les enfans que chez les adultes. L'importance de ce progrès sera facilement appréciée si l'on veut se donner la peine de penser au nombre considérable d'enfans qui sont traités chaque jour par la plupart de nos confrères de la ville, sans excepter même les plus haut placés, comme affectés de fièvre cérébrale, de méningite, d'encéphalite, et qui sont tout simplement atteints d'une fièvre typhoïde. « Nons avons vu nombre de fois, nous dit l'auteur, des méprises faites par des praticiens de la ville chez les sujets qui avaient été traités chez eux ; nous avons presque toujours pu nous assurer que les médecins avaient employé un traitement actif, croyant avoir affaire à une méningite ; que d'autres avaient donné des vermifuges, sans qu'aucun elminth eût jamais été rendu. » Nous recommandons ce passage aux nombreux praticiens qui, à la moindre apparence de somnolence, de délire ou de mouvemens désordonnés chez un enfant, croient immédiatement à une méningite et dirigent le traitement en conséquence.

Les conclusions suivantes, par lesquelles l'auteur termine son mémoire, nous dispenseront d'en présenter une analyse, qui ne serait qu'une répétition de ce qu'on sait sur la fièvre typhoïde en général :

1° Les lésions anatomiques qui caractérisent la fièvre typhoïde chez l'adulte sont aussi constantes dans l'enfance ; seulement l'ulcération est plus rapide et la cicatrisation plus prompte.

2° Les symptômes sont les mêmes, à part une plus grande difficulté pour les reconnaître.

3° Les escarres sont plus rares chez l'enfant.

4° La durée de la maladie est la même à tous les âges.

5° L'affection peut être légère ou grave, elle peut présenter les formes cérébrale, pectorale, abdominale ;

6° Elle ne peut être confondue qu'avec la méningite ;

7° Elle est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte ;

8° Le traitement par les purgatifs est celui qui convient le plus ordinairement.

Nous n'examinerons pas jusqu'à quel degré la dernière de ces conclusions est appuyée, et nous nous contenterons de signaler quelques points spéciaux de cet intéressant mémoire, qui se trouvent en-dehors des conclusions précédentes.

L'acclimatement paraît une circonstance aussi favorable au développement de la fièvre typhoïde chez l'enfant que chez l'adulte. Le plus grand nombre des sujets chez lesquels M. Taupin a observé cette maladie étaient récemment arrivés à Paris. Sur 121 enfans, 24 seulement étaient de Paris et ne l'avaient pas quitté. L'auteur conclut de ces faits et de quelques autres relatifs à la même circonstance que l'âge est la cause prédisposante la plus énergique. A nos yeux, au contraire, ces faits sembleraient apporter une nouvelle preuve à l'opinion de ceux qui regardent les grandes villes, et Paris surtout, comme un foyer où règne constamment la fièvre typhoïde, et où la plupart des étrangers, à quelque âge qu'ils arrivent, la contractent après un séjour plus ou moins long, lorsqu'ils ne l'ont déjà pas eue dans les localités où ils ont habité auparavant. Dans cette hypothèse, la prétendue immunité dont jouissent les vieillards par rapport à cette affection grave dépendrait donc de ce que la plupart d'entre eux l'auraient eue depuis leur enfance, ou de ce qu'ils seraient tout à fait réfractaires à la cause qui la produit, comme on doit admettre que certains individus le sont à la cause de la variole, de la scarlatine, du vaccin même, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 AVRIL.

DORURE SUR MÉTAUX SANS L'INTERMÉDIAIRE DU MERCURE ET AU MOYEN DE LA PILE GALVANIQUE.

M. Arago lit l'extrait d'une lettre de M. Delarive sur ce sujet.

Frappé des tristes conséquences que présente l'emploi du mercure pour le dorage, j'avais dès longtemps pensé que la force décomposante du courant électrique, appliquée à une dissolution d'or, pourrait, en apportant l'or molécule à molécule sur l'objet à dorer, remplacer, au moins dans plusieurs cas, l'emploi du mercure. Mes premiers essais, qui remontent à une quinzaine d'années, avaient été sans succès ; mais j'ai été conduit à en tenter de nouveaux, par suite des découvertes importantes de M. Becquerel. Le procédé auquel je suis arrivé me paraît déjà pouvoir donner des résultats utiles, et devenir entre les mains des praticiens, usuel et avantageux.

On verse une dissolution de chlorure d'or aussi neutre que possible et très étendue (5 à 10 millig. d'or par centim. cubes de la dissolution), dans un sac cylindrique de vessie ; on plonge ce sac dans un bocal de verre où il y a de l'eau très légèrement acidulée. L'objet qu'on veut dorer communique, par le moyen d'un fil métallique, avec une lame de zinc qui plonge dans l'eau acidulée, et lui-même est placé dans la dissolution d'or. On peut, si l'on veut, mettre l'eau acidulée dans le sac de vessie, et la dissolution d'or, ainsi que l'objet à dorer, dans le bocal de verre. Au bout d'une minute à peu près on retire l'objet, on l'essuie avec un linge fin, et en le frottant fortement avec ce linge, on le trouve déjà un peu doré ; après deux ou trois immersions semblables, la dorure est devenue assez épaisse pour qu'il soit inutile de prolonger l'opération.

Il est nécessaire, pour réussir, de quelques précautions dont j'indiquerai les plus importantes.

Il faut que le courant électrique soit très faible, et on doit éviter, autant qu'on peut, une intensité de courant d'où résulterait un dégagement d'hydrogène sur l'effet doré, qui, s'il était trop abondant, empêcherait l'or de se

déposer solidement. En conséquence, il ne faut mettre que quelques gouttes d'acide sulfurique ou nitrique dans l'eau où plonge le zinc, et n'enfoncer ce métal dans le liquide que de la quantité nécessaire pour qu'un courant suffisant s'établisse.

L'objet qu'on veut dorer peut être préalablement décapé et poli avec soin, ou simplement décapé. Dans le premier cas, il reçoit de l'opération une dorure brillante qui semble avoir été soumise à l'action du brunissoir; dans le second cas, la dorrure est terne et ressemble à celle qu'on obtient au moment où l'on retire du feu les objets que l'on dore par l'amalgame; peut-être la couche d'or est-elle plus épaisse; ce qui pourrait le faire croire, c'est qu'il faut plus d'immersion pour opérer le lavage.

Il faut avoir soin, dans les deux cas également, de bien décaper, et surtout de bien dégraisser et nettoyer l'objet à dorer; il est bon aussi de le laver dans l'eau légèrement acidulée, chaque fois qu'on le retire de la dissolution, avant de l'essuyer et de le frotter, et de même, après qu'on l'a frotté, avant de l'y remettre. Un moyen assez bon de le décaper consiste à le faire communiquer pendant quelques instans dans l'eau acidulée avec un morceau de zinc, qui, formant avec lui un couple, détermine sur sa surface un dégagement abondant d'hydrogène.

La couleur de la dorure paraît tenir à plusieurs circonstances: au titre de l'or dissous, à la nature du métal qu'on dore, au degré plus ou moins grand de la dissolution d'or. Le poli ou le non poli de la surface qui reçoit la dorure paraît aussi influer sur la couleur. Dans le cas où la surface n'a pas été préalablement polie, la dorure est beaucoup plus rouge, ce qui tient probablement à ce que les molecules d'or se déposant sur une surface raboteuse et non parfaitement unie, leur inclinaison mutuelle donne naissance à un jeu de lumière semblable à celui qui a lieu dans l'intérieur d'un vase doré. Il est à remarquer que le brunissoir, en passant sur la dorure, ne détruit point cet effet.

Il faut avoir grand soin que l'objet qu'on veut dorer ne soit mis en contact avec la dissolution d'or qu'après que tout a été arrangé de façon que le courant électrique ait lieu dès que le contact est établi; autrement l'action directe, sans courant, de la dissolution d'or sur la surface à dorer empêcherait la dorure de bien prendre.

« Le procédé, dit M. Delarive, me paraît être très économique; tout ce qui est étranger à l'or est peu dispendieux; quant à l'or lui-même, il en faut très peu pour une dorure assez belle. J'ai réussi à dorer dix cuillers à café en argent, avec une dissolution renfermant 800 milligrammes d'or. En supposant que la dorure des dix cuillers eût pris tout l'or de la dissolution, ce qui n'était pourtant pas le cas, chaque cuiller aurait pris 80 milligrammes d'or, c'est-à-dire pour 32 centimes environ, en portant à 4 fr. le prix du gramme d'or. Il est vrai que la dorure n'était pas très épaisse; elle était d'un beau jaune vert, comme ce qu'on nomme or anglais. Cependant elle a résisté au frottement réitéré d'une peau et du brunissoir; 3 à 400 degré ne l'ont pas altérée : elle a seulement fait pénétrer l'or un peu plus intimement; mais une seconde dorure mise par dessus la première, d'après le même procédé, produit alors une couche très épaisse et probablement d'une grande durée. »

RECHERCHES SUR LA SUBSTANCE QUI COLORE EN ROUGE LES OS DES ANIMAUX NOURRIS AVEC LA GARANCE.

M. Robiquet communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur ce sujet à la demande de M. Flourens. Il a opéré, sur les squelettes de deux pigeons, soumis, l'un au régime de la garance d'Avignon, l'autre au régime de la garance d'Alsace.

Après avoir décanté l'alcohol qui baignait ces squelettes, je les ai fait macérer dans de l'acide hydrochlorique faible, pour enlever tout le phosphate calcaire des parties osseuses. Je pensais arriver, par ce moyen, à l'élimination de la matière colorante, qui n'est pas soluble dans l'eau acidulée; mais cette matière, au lieu de se précipiter au fond du vase, comme je m'y attendais, s'est combinée avec toutes les parties molles du squelette et leur a communiqué une teinte rosée uniforme qui a résisté même aux lavages alcalins.

Pour pouvoir enlever la matière colorante, il a fallu broyer les débris des squelettes et les faire bouillir avec une solution concentrée d'alun. Cette opération a parfaitement réussi, et cela démontre bien que la coloration est due à la garance, car nulle autre substance colorante ne se fût comportée de la même manière. La belle teinte rose qu'a prise dans ce cas la solution alunée prouve même que c'est la purpurine plutôt que l'alizarine, qui se fixe sur les parties osseuses.

Nous croyons devoir rappeler ici aux personnes qui n'auraient pas présent à l'esprit le travail de MM. Robiquet et Colin sur la garance, que ces chimistes y ont distingué deux matières colorantes principales, l'une l'alizarine, qui est la base de toute teinture solide en garance; l'autre, la purpurine, qui est la base des belles laques roses de garance qu'on emploie en peinture.

M. Robiquet fait remarquer que le squelette de pigeon, soumis au régime de la garance d'Alsace, garance qui est la plus abondante en purpurine, a fourni à la solution alunée une teinte beaucoup plus riche et plus franche.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 AVRIL.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique à l'Académie une lettre du ministre de la guerre qui la remercie pour l'envoi du rapport de M. Bouley sur les moyens prophylactiques de la morve proposés pour les écuries de cavalerie.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses plus anciens membres, M. Gorse, ancien chirurgien militaire.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. FERRUS, pour la lecture de l'Eloge historique de Biett. L'Académie a écouté avec attention et intérêt la longue énumération des titres scientifiques des travaux et des services de ce médecin. Cet éloge a été renvoyé par décision de l'Académie au comité de publication.

M. BOUSQUET communique à l'Académie la composition du prochain volume des mémoires de l'Académie; il devra comprendre, indépendamment des rapports, les mémoires de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'arsenic et par le tartre stibié, les mémoires de MM. Jules Pelletan sur la pneumonie, Baillarger sur les circonvolutions cérébrales, Foville sur la méningite, et Lecanu sur l'analyse des urines.

OBSERVATION SUR UN CAS D'ANÉVRISME DE L'AORTE DESCENDANTE.

M. CHERVIN lit sous ce titre une observation communiquée à l'Académie par M. Follet, médecin en chef de l'hôpital de la marine de Saint-Denis (île Bourbon), l'un de ses correspondans. Cette observation est remarquable par l'étendue de la tumeur anévrismale, la rapidité de ses progres et les désordres anatomiques qui l'ont suivie. La tumeur envahissait tout le côté droit du thorax; elle s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la deuxième côte asternale de haut en bas, et de dedans en dehors du sternum au niveau de l'angle des côtes. Le cœur était ramolli, aminci et réduit de volume. Le poumon droit en grande partie caché par la tumeur, refoulé dans la partie postérieure de la poitrine, était extrêmement aminci et réduit à un très petit volume et complètement hépatisé. On avait fait usage du traitement de Valsalva, ce qui n'empêcha pas la maladie de faire des progrès extrêmement rapides; la tumeur acquit en neuf mois le volume qu'elle avait au moment de la mort, à dater du moment où le malade en accusa les premières atteintes. La maladie devait remonter sans doute à une époque plus éloignee. Le malade succomba subitement à la rupture brusque de cette tumeur,

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CHEVALIER lit, au nom de M. Caventou et au sien, un rapport sur deux mémoires médico-légaux relatifs à deux cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui avait succombé à des symptômes qui firent soupçonner un empoisonnement. On trouva à l'autopsie une excessive inflammation des organes digestifs; mais on resta dans le doute à l'égard de la présence de l'arsenic dans les substances recueillies dans l'estomac. Une seconde commission préposée à l'examen du cadavre procéda à l'analyse par le procédé récemment indiqué par M. Orfila, c'est-à-dire 1° à l'aide de l'appareil de Marsh; 2° par la voie humide. Il fut trouvé une assez grande quantité d'acide arsénieux dans les tissus. On s'assura que la terre qui entourait le cadavre n'en contenait pas, et qu'il n'était point le résultat de la putréfaction.

Le second cas est relatif à deux enfans qui succombèrent à des symptômes d'empoisonnement, apres avoir avalé des boulettes destinées à faire périr des animaux malfaisans. Ce cas a encore fourni à MM. Odilon et Barx l'occasion de confirmer la méthode analytique de M. Orfila. Les viscères et le sang ont fourni des taches arsénicales à l'appareil de Marsh, les membres n'en ont point fourni.

Le rapport conclut à ce qu'on remercie les auteurs de ces deux mémoires également bien faits et à la hauteur de la science.

M. ORFILA : Je possède deux nouveaux faits analogues depuis la lecture de mon memoire à l'Academie. Je me bornerai à en rapporter un, le plus recent.

Un homme, âgé de 69 ans, mort en décembre dernier, fut enterré sans aucun soupçon d'empoisonnement, quoiqu'il y eût eu des symptômes qui indiquaient la présence d'un agent irritant. Sur les motifs qui firent plus tard soupçonner un empoisonnement, le cadavre fut exhumé huit mois après et confié à des chimistes de Bordeaux. Ceux-ci ne furent pas certains de la presence de l'arsenic; ils n'en retrouvèrent pas tous les caractères; il leur resta des doutes sur la nature des taches. On m'envoya le cœur avec des portions du mesentère, de l'epiploon et du gros intestin; on y joignit des raclures du parquet sur lequel le malade avait vomi. Le cœur était extrêmement reduit de volume; il donna, ainsi que les portions d'intestins, une quantité notable de taches arsénicales, à l'appareil de Marsh; et les raclures du parquet en fournirent elles-mêmes assez pour qu'on pût y constater la présence de l'arsenic.

Dans le dernier mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine sur l'empoisonnement par le tartre stibié, j'ai dit que cette substance était absorbée comme l'est l'arsenic, et qu'on la retrouvait dans les organes; mais qu'à une certaine époque, où on ne la trouvait plus dans les organes; elle existe dans les urines.

J'ai à ce sujet prié plusieurs de mes collègues placés à la tête des hôpitaux de me faire parvenir les urines des malades auxquels ils auraient administré l'emétique à haute dose. M. Duméril a répondu à ma demande, et j'ai trouve dans les urines rendues plusieurs jours apres l'administration du tartre stibie des taches antimoniales.

J'ajouterai un fait relatif à une autre espèce de poison, aux sels de cuivre. J'ai pu m'assurer que les sels de cuivre etaient également absorbés, et qu'ils peuvent être decouverts par l'appareil de Marsh. Ce sera l'objet d'un mémoire que je communiquerai prochainement à l'Académie.

SUR LA PROSTATITE CHRONIQUE.

M. LEROY-D'ETIOLLES lit un mémoire, résumé d'un grand travail, sur les maladies de la prostate et spécialement sur la prostatite lente ou chronique.

Evrard Home est le premier qui ait attiré l'attention sur les altérations de la prostate; mais il n'a signalé qu'une de ses époques, celle où le développement de la partie moyenne de la glande qu'il a décrite comme un troisième lobe produit la rétention d'urine, à la manière d'une soupape mobile se fermant sur le col de la vessie : l'origine de la maladie et les symptômes qui la caractérisent paraissent lui avoir échappé; quant à la thérapeutique, il s'est borné aux moyens palliatifs, tels que l'évacuation à travers une sonde à courbure fixe. Voilà le point de dé-

part des recherches de M. Leroy-d'Etiolles, qui remontent à 1825, et dont il a communiqué les résultats dans une série de mémoires à l'Académie des sciences. Selon lui, la prostatite est généralement confondue avec quatre maladies différentes, suivant les périodes auxquelles on l'observe : dans la première période avec un calcul; puis l'absence du calcul étant constatée avec une névralgie de la vessie; dans la seconde, avec un rétrécissement de l'urètre; dans la troisième, avec le catarrhe de la vessie, et dans la quatrième avec la paralysie de cet organe.

Une vingtaine de pièces pathologiques fort curieuses et des dessins sont mis sous les yeux de l'Académie par M. Leroy. On peut y voir une grande variété de formes des tumeurs prostatiques ayant donné lieu pendant la vie à des rétentions d'urine attribuées pour la plupart à des paralysies de la vessie. Ce qui nous a semblé le plus important dans le travail de M. Leroy-d'Etiolles, c'est l'indication des symptômes qui dénotent la première époque de la prostatite lente inconnue jusqu'ici, et les nombreux procédés qu'il a imaginés pour remédier à la rétention d'urine que produisent les tumeurs prostatiques. Les moyens d'exploration, qui sont : la sonde à courbure courte et brusque, une sonde à déclinaison verticale qui servent à mesurer la saillie du développement anormal et une sonde à rotation qui, dans son double mouvement orbiculaire, embrasse le point d'attache de la tumeur et en fait apprécier l'épaisseur. Si la base est large, les moyens à mettre en usage sont la dépression, la compression entre deux points résistans placés, l'un dans le rectum, l'autre dans l'uretre; la cautérisation, la scarification avec ou sans perte de substance. Si la tumeur est pédiculée, la ligature, la trituration, la résection peuvent en opérer la séparation. Près de cent observations relatives à l'emploi de ces divers procédés sont jointes au mémoire.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT EXTERNE POUR OBTENIR LA DÉTERSION ET LA CICATRISATION DES ULCÈRES VÉNÉRIENS; communiquée par A. MOREL, chirurgien sous-aide, chef de clinique.

Les lotions et les onguens de tous genres, les poudres de toute espèce; les émolliens, les résolutifs, les toniques, les hypnotiques, les chlorures, les astringens, et jusqu'aux escharrotiques, ont été employés pour obtenir la détersion et la cicatrisation des ulcères vénériens. Il fut un temps où le mercure uni à la graisse paraissait indispensable, où les opiacés devaient faire merveille; les chlorures ont eu leur tour; vint ensuite celui des astringens, des caustiques, et enfin la vogue parut s'arrêter dans ces derniers temps sur le vin aromatique opiacé; c'était une lotion des chirurgiens du moyen-âge, comme le vin miellé ou oléagineux qu'ils employaient fréquemment pour déterger les ulcères.

Tous ces moyens et beaucoup d'autres encore que nous passons sous silence, n'étaient que des remèdes dont l'usage n'avait aucune règle, et dont l'efficacité était au moins douteuse, puisque pour la même maladie il avait été nécessaire de les multiplier.

Depuis longtemps M. Desruelles pensait que la difficulté que présentait la détersion des ulcères vénériens devait être attribuée à l'inopportunité des moyens qu'on mettait en usage, que ce n'était pas dans l'emploi d'émolliens, de détersifs, d'astringens, d'opiacés, de stimulans, de caustiques, qu'on devait rencontrer le véritable traitement externe des ulcères vénériens, mais bien au contraire dans un mode de pansement qui les défendit du contact de l'air, du frottement des vetemeus, qui empêchât le rapport des ulcères entre eux ou avec les parties voisines, qui effaçât les plis qu'ils forment, les sinus de la peau interne du prépuce, et enfin qui maintint les parties malades dans le repos et l'immobilité.

Ces indications si précises sont remplies avec un remarquable succès par un nouveau mode de pansement adopté par M. Desruelles. Il consiste à panser à plat les ulcères vénériens. Voici comment il y procède :

Toutes les fois que le prépuce peut être retrocédé sans étranger le gland, M. Desruelles le renverse fortement en arrière, de manière que les ulcères qui se trouvent à la face interne de ce repli soient posés sur une surface plane; les parties sont maintenues dans cette situation par des bandelettes de diachylum gommé, qu'on laisse à demeure deux, quatre et même jusqu'à six jours dans l'hiver. Lorsque le gland est très saillant et qu'il existe des ulcères dans sa rainure, que ces ulcères sont pliés en deux, si je puis parler ainsi, par la position même des parties, M. Desruelles renverse le prépuce en arrière, il remplit le vide qui se trouve derrière le gland avec du coton cardé ou de la charpie, puis il applique les bandelettes de manière à exercer une compression uniforme sur le gland et le prépuce en même temps.

Quand les ulcères sont sur le limbe du prépuce et que ce repli peut être renversé, M. Desruelles le retire en arrière jusqu'à ce que le rebord soit effacé et que les ulcères soient sur une surface plane : le pansement se fait comme nous l'avons déjà dit.

Dans le cas où une grande irritation existe, et que le prépuce à cause d'elle ne jouit pas d'assez de mobilité pour être renversé en arrière, M. Desruelles emploie les anti-phlogistiques jusqu'au moment où la rétrocession peut avoir lieu; alors il panse à plat.

Pour les ulcères du frein, M. Desruelles n'emploie pas d'autres moyens; mais il a soin de couper entièrement le frein avant d'appliquer son appareil.

Si les ulcères sont cachés sous un prépuce à ouverture étroite, M. Desruelles fait l'opération du phimosis en haut, à moins qu'il n'espère obtenir en peu de jours la rétrocession du prépuce; il renverse la plaie et il la panse à plat, ainsi que les ulcères qui étaient clôturés.

Ce mode de pansement est très rationnel, et les prévisions de M. Desruelles n'ont pas encore été trompées. En moins de huit jours nous avons vu la détersion s'opérer dans les ulcères qui présentaient au plus haut degré les caractères vénériens.

On pourrait croire au premier coup-d'œil que ce mode de pansement est facile à faire; son application exige une main exercée. La compression doit être uniforme et modérée, pour éviter des étranglemens nuisibles et des érections toujours fâcheuses du membre viril. La verge et le scrotum sont maintenus relevés.

Dans le cas où des érections tourmentent les malades, M. Desruelles administre avec avantage quatre ou six pilules composées de trois centigrammes de jusquiame noire, deux décigrammes de nitrate de potasse, et trois centigrammes de camphre.

Il fait donner le soir un quart de lavement composé avec de l'eau de guimauve, deux ou trois décigrammes de camphre dissous dans deux jaunes d'œuf, et de 6, 8 ou 12 gouttes de laudanum de Rousseau.

Il y a plus de douze ans que M. Desruelles a essayé ce mode de pansement dans son service au Val-de-Grâce; mais ce n'est que depuis dix-huit mois qu'il en a fait une fréquente application.

Depuis trois mois tous les malades atteints d'ulcères vénériens y sont soumis, et les observations qui constatent ces succès se comptent déjà par centaines.

Nous espérons que M. Desruelles les publiera avec les remarques pratiques qu'il a faites, et qu'il en parlera avec quelques détails dans sa quatrième lettre sur les maladies vénériennes.

Nous avons pensé qu'il convenait de faire connaître à l'avance un mode de pansement qui offre des avantages aussi constans et aussi remarquables.

Nous publierons prochainement un résumé des observations que nous recueillons sur ce fait de pratique.

Depuis quelques semaines M. Desruelles a perfectionné encore ce genre de pansement, en remplaçant les bandelettes de diachylum gommé par des bandelettes de taffetas, sur lesquelles est étendue une légère couche de diachylum. Ces dernières, plus élastiques et plus souples, ont l'avantage de se mieux mouler sur les parties qu'elles sont appelées à protéger. Nous rendrons compte de ce nouveau moyen et de plusieurs modifications que le chef du service des vénériens du Val-de-Grâce fait subir à cette nouvelle méthode de traitement externe.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES PRATIQUES (tom. I à IV). — Paris, 1838-39, rue Pavée-St-André-des-Arts, 12.

Le DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES PRATIQUES justifie ce titre par le choix des articles, et le bon esprit qui nous semble avoir présidé à leur rédaction. Toutes les branches des sciences médicales y ont été représentées par des hommes spéciaux, des praticiens consciencieux dont la réputation est déjà faite, ou de jeunes talens pleins d'avenir. Nous aimerons à citer les noms de MM. Dubois (d'Amiens), Forget, Nouat, Sestier, etc., pour la partie médicale. La chirurgie y est représentée par MM. Amussat, Michon, Sédillot, Monod, Lenoir, Denouvilliers, Maisonneuve; les accouchemens, par MM. Stoltz et Guillemot, madame Boivin. L'histoire de l'aliénation mentale a eu pour interprète M. Falret; c'est dire assez de quelle manière seront traités les divers sujets qui s'y rattachent. Dans le premier volume, nous avons rencontré un long et substantiel article, *Abcès*, par M. Denouvilliers; l'article *Abdomen* (pathologie chirurgicale), par M. Rigaud, est fait avec talent et d'une manière fort étendue. Comme appendice, et nous devons louer cette innovation, M. Rigaud traite avec quelques détails des plaies de l'abdomen envisagées au point de vue médico-légal. M. Guillemot a donné à

l'article *Accouchement* toute l'étendue qu'exigeaient le nombre et l'importance des détails qui s'y rattachent. Dans l'article *Aliénation mentale*, M. Falret fait sentir à la fois l'importance et la difficulté de l'étude de cette classe si nombreuse des affections cérébrales; il révèle le peu de valeur et de précision des définitions jusqu'ici connues. Et qu'on ne s'y trompe pas, les définitions ont plus d'importance qu'on ne pense, elles servent de flambeau dans la recherche des faits; c'est une formule générale, qui, si elle est incomplète, mal définie, implique souvent l'erreur. Une première question se présente: à quels signes reconnaître avec certitude l'existence de l'aliénation mentale; comment dire où finit la raison et où commence la folie, et analyser avec certitude ces phénomènes si mobiles, si variés, si individuels, lorsque déjà, à l'état normal, ils sont si mal connus? La raison, dit M. Falret, véritable antidote de la folie, est aussi mal définie que la folie elle-même. Aussi, pour discerner les signes de la folie dans l'immense variété des phénomènes de l'intelligence et du moral de l'homme, il est nécessaire que l'observateur philosophe pénètre et apprécie les diverses situations individuelles. Les principes absolus qui n'en tiendraient pas compte conduiraient inévitablement à des jugemens erronés sur l'état sanitaire de l'entendement humain. C'est ici que se fait surtout sentir l'importance de l'observation clinique, et, sous ce rapport, une longue expérience, l'habitude des malades donnaient à M. Falret le droit de formuler des préceptes.

L'article *Amaurose* est parfaitement au niveau de la science. M. Caffe analyse avec soin, sans trop les multiplier, les diverses variétés d'amaurose; il dit avec raison, à propos du traitement, que trois indications obtenues de la manière la plus précise que faire se peut doivent lui servir de base : 1° la recherche des causes de la maladie; 2° l'appréciation exacte de l'état de l'œil et des parties qui lui sont annexées, ou directement sympathiques; 3° la connaissance de l'état général du malade. A propos de l'emploi de la strychnine, M. Caffe fait connaître les vues pratiques de M. Sanson. Ce médicament, dit-il, peut être employé lorsque les toniques généraux sont restés sans succès; il est prudent de purger avant et pendant l'usage de la strychnine. Relativement à la dose de strychnine, on commencera par 1 centigramme environ par jour, sur le derme dénudé, pour aller progressivement jusqu'à 1 décigramme. On recouvre la poudre médicamenteuse avec un linge enduit de cérat savonneux. On ne doit pas faire plus d'une application dans vingt-quatre heures; ce temps est nécessaire pour que l'absorption s'achève; quand cet alcali donne lieu à quelque malaise, il faut l'unir à l'opium. On doit préférer le trajet du nerf sus-orbitaire.

M. Caffe termine par une description assez complète de l'amaurose saturnine, sur laquelle les recherches de M. Tanquerel des Planches sont venues récemment fixer l'attention.

L'histoire des amputations considérées d'une manière générale a été traitée d'une manière substantielle et complète par MM. Lenoir et Michon. Ils étudient successivement les élémens qui s'y rattachent et qui consistent: 1° à couper; 2° à arrêter l'hémorragie; 3° à guérir la plaie; 4° à suppléer au membre enlevé. Les accidens des amputations, dont l'étude est trop souvent négligée, sont ici rappelés; ils comprennent: 1° les accidens nerveux (ce paragraphe est beaucoup trop court, il y avait ce me semble beaucoup plus à dire); 2° les hémorragies secondaires; 3° l'inflammation du moignon; 4° les abcès; 5° la phlébite; 6° l'inflammation du tissu médullaire des os longs. Les faits qui se rattachent à ce dernier chef ont été spécialement empruntés à l'excellente thèse de M. Reynaud (juillet 1829), et ARCHIVES DE MÉDECINE (juin 1831).

8° La conicité du moignon et la nécrose de l'os scié. Nous ne reviendrons pas sur la généralité des questions abordées dans cet article, où les auteurs ont fait preuve d'une bonne observation, d'une connaissance approfondie du sujet, et déjà d'une certaine expérience pratique. Nous signalerons encore dans ce volume les articles: *Anévrisme*, par M. Rigaud; *Angine*, par M. Videcoq; *Anus*, *Aorte* (pathologie); enfin, l'article *Apoplexie*, qui a été traité par M. Legroux avec toute l'étendue et le soin qu'exigeait la matière. Dans le second volume, nous signalerons les articles: *Argent* et *Arsenic*, par M. Lesueur; *Maladies des artères*, par M. Maisonneuve; *Maladies des articulations*, par M. A. Andral. Toutefois l'histoire de l'ankylose laisse quelque chose à désirer; l'article *Ascite* est fait sur une grande échelle, par M. Nonat, qui a surtout bien précisé les indications et formulé de bons préceptes thérapeutiques. A propos de l'ascite qui a succédé aux fièvres intermittentes, il signale les avantages du sulfate de quinine à haute dose. Les anciens étaient tombés dans une grave erreur en attribuant l'ascite au quinquina; car, ainsi que Morton l'a parfaitement établi, les accidens qu'on rapporte au quinquina sont dus, soit aux écarts du régime des malades, soit à l'administration vicieuse de ce médicament; et fort souvent, ajouterons-nous, à la maladie elle-même contre laquelle on l'a dirigé. M. Bally a mis cette vérité hors de toute contestation, et M. Nonat a été souvent témoin des succès que ce praticien obtient du sulfate de quinine à haute dose, soit pour combattre les engorgemens de la rate, soit pour dissiper l'ascite survenue à la suite des fièvres d'accès. Le sulfate de quinine doit se donner dans ces cas à la dose de 12, 16, 18 décigrammes. L'article *Asphyxie* de M. Sestier est fort développé; c'est une histoire complète et judicieuse d'une lésion qui peut être produite par un nombre infini de causes, et qui intéresse à la fois le physiologiste, le médecin et le médecin légiste. M. Guillemot s'est chargé avec le même bonheur de l'article *Avortement*, que M. Sestier a considéré au point de vue médico-légal. L'histoire des bains a été faite sur un plan en quelque sorte neuf et parfaitement physiologique, par M. Jaumes, qui a soin d'isoler l'effet local de l'action générale, l'action primitive de l'action secondaire, etc. Ces considérations sont utiles lorsqu'on vient surtout aux applications thérapeutiques.

Dans l'article *Bassin*, après les considérations relatives à l'anatomie normale, M. Guillemot fait l'histoire des changemens qu'éprouve le bassin à la fin de la gestation; enfin, la description des vices du bassin. C'est à l'occasion du bassin vicié que M. Guillemot discute les indications à remplir pour l'accoucheur; c'est M. Stoltz qui a traité la question toujours controversée, mais déjà bien avancée, de l'accouchement prématuré artificiel ou provoqué. Suivant M. Stoltz, 2, 8 à 9 lignes de diamètre antéropostérieur sont la limite à laquelle il faut s'arrêter relativement au bassin; au-dessous l'opération césarienne est presque toujours indiquée, et l'accouchement prématuré ne réussira que dans des cas exceptionnels. Lorsque le diamètre sacro-pubien mesure 3 pouces 6 lignes, il faut avoir plus de confiance dans la nature, et ne provoquer l'accouchement qu'autant que l'expérience en a démontré la nécessité; à 3 pouces 3 lignes, l'accouchement prématuré est encore indiqué; car il n'est pas toujours permis de compter sur un aplatissement de 3 lignes. Wenzel a pensé que c'était surtout dans le cas de bassin trop petit dans sa totalité qu'il y avait indication d'accouchement prématuré. Suivant lui, dans les rétrécissemens du détroit supérieur, nous avons beaucoup à attendre des efforts de la nature; dans ceux du détroit inférieur l'art est très puissant; au reste M. Stoltz ne connaît qu'une observation d'accouchement provoqué pour cause d'étroitesse du détroit inférieur; elle a été recueillie à la clinique de M. d'Outrepont. Ce sont alors et le diamètre transverse et l'évasement de l'arcade pubienne qui doivent être les points de mire.

Mais ce n'est point assez d'avoir reconnu l'indication de l'accouchement prématuré, il faut encore savoir à quelle époque de la grossesse il doit être provoqué; car plus on s'approche du terme naturel, plus le fœtus est viable; or, il est important de voir s'accroître ces chances de viabilité. En excitant les contractions de l'utérus de trop bonne heure, on causerait un véritable avortement; si l'on attend trop longtemps, on se donne en grande partie les embarras de l'accouchement à terme. Il faut comparer le degré de rétrécissement du bassin au développement de la tête du fœtus à une époque donnée de la gestation. En procédant de cette manière on arrive à fixer approximativement les époques de la manière suivante : pour deux pouces neuf lignes de diamètre antéropostérieur, la trente-deuxième et la trente-troisième semaine; pour trois pouces, la trente-quatrième ou la trente-cinquième; pour trois pouces trois lignes, la trente-sixième ou la trente-septième. Si l'on voulait provoquer l'accouchement pour une étroitesse portée à deux pouces six lignes, il faudrait agir dès la fin du septième mois (dans la trentième semaine); et l'on pourrait attendre jusqu'au milieu du neuvième mois (trente-huitième semaine) si le plus petit diamètre avait trois pouces six lignes.

Bien entendu que si l'on a acquis la certitude de la mort du fœtus, il sera inutile d'en provoquer l'expulsion, sans craindre cependant avec Mai la putréfaction de l'œuf dans la matrice. Merriman, Siebold et autres, ont pensé que le part ne devait pas être provoqué lorsqu'à l'époque opportune la femme était atteinte d'une maladie aiguë dont l'opération aggravait le danger; cette proposition est juste en général, mais il est des cas de maladies dangereuses pendant la grossesse provoquée, ou aggravée par celles-ci, qui peuvent indiquer l'accouchement prématuré. Une mauvaise position du fœtus dans le sein de sa mère a été considérée comme contre indication à la provocation du part. Ritgen croit, au contraire, qu'en enlevant une certaine quantité des eaux de l'amnios, on parviendra souvent à corriger la position, et Hamilton demande si, à la fin de la grossesse, il y aura plus d'avantage à faire la version. Si l'on attend, dit M. Stoltz, la position du fœtus peut devenir normale, comme cela s'observe souvent, quoique plus fréquemment encore il ne survienne aucun changement. Wenzel conseille de retarder le moment de l'opération dans les grossesses gémellaires, parce que, à terme égal, des jumeaux sont toujours moins développés qu'un enfant qui a seul occupé l'utérus. Rien de plus vrai pour la généralité des cas; mais, indépendamment des faits exceptionnels qu'on ne peut prévoir, combien

de fois reconnaît-on l'existence de jumeaux dans la matrice avant que le premier soit né? Une grande incertitude sur le degré de rétrécissement du bassin et sur l'époque de la gestation devra faire renoncer aussi à la provocation de l'accouchement; le moindre inconvénient, dans ce cas, serait de compromettre l'accouchement. La description des procédés opératoires est aussi complète que lumineuse. M. Stoltz fait preuve d'un esprit judicieux, sévère, et bon observateur. Nous ne laisserons pas ce volume sans avoir rappelé au moins les articles *Bronchotomie*, de M. Monod, *Blessures* (médecine légale), par M. Sestier; l'*Histoire des fractures* et des *Luxations du bras*, a été traitée par M. Sédillot, avec cette supériorité que lui donnent ses études et son expérience. Fait désirer vivement que cet ouvrage se continue et s'achève. La science y est présentée sous un point de vue utile et directement pratique. Les détails, l'érudition, des recherches d'érudition trop minutieuse ne détournent pas à chaque instant l'esprit du véritable but que doit se proposer le médecin. A tous ces titres, nous devons donc recommander une publication que son prix peu élevé met à la portée de la masse des souscripteurs.

Dans le troisième volume, nous citerons plus spécialement les articles *Cataracte*, par M. Caffe; *Catalepsie*, de M. Dubois (d'Amiens); *Carotide*, *Ligature de l'artère*, par M. Lenoir; *Carie*, de M. Sédillot; *Café*, *Camomille*, *Canelle*, *Carminatifs*, de M. Fée, de la Faculté de Strasbourg; *Céphalalgie*, de M. Dezeimeris; *Croup*, par M. Bell. — Dans le quatrième volume, les articles *Fractures et luxations de la cuisse*, par M. Sédillot; *Hernie crurale*, par M. Michon. L'article *Délire*, de M. Falret, est une monographie du plus haut intérêt; nous regrettons de ne pouvoir que le rappeler ici. L'auteur y poursuit avec talent l'exposé de ses observations sur l'aliénation mentale. Signalons enfin, en terminant, l'article *Délivrance*, par M. Guillemot.

Ce qui a paru du DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES PRATIQUES, fait désirer vivement que cet ouvrage se continue et s'achève. La science y est présentée sous un point de vue utile et directement pratique; les recherches d'érudition, des détails trop minutieux, ne détournent pas à chaque instant l'esprit du véritable but que doit se proposer le médecin. A tous ces titres, nous devons donc recommander une publication que son prix peu élevé met à la portée de la masse des souscripteurs.

VARIÉTÉS.

INSTRUCTION PUBLIQUE.

(Extrait du registre des délibérations du conseil royal de l'instruction publique.)

SÉANCE DU 3 AVRIL 1840.

Le conseil royal de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance du 17 mars 1840, qui institue des prix en faveur des élèves des Facultés de droit;

Considérant qu'il importe de coordonner par un règlement universitaire les dispositions déjà en vigueur pour le même objet dans les Facultés de médecine,

Arrête:

Art. 1er. Il sera distribué annuellement dans chaque Faculté de médecine du royaume des prix et des mentions honorables d'après les résultats d'un concours auquel seront seuls admis les élèves faisant partie de l'école pratique de la Faculté.

Art. 2 Le nombre des élèves de l'école pratique dans chaque Faculté est fixé à 150 pour Paris, à 60 pour Montpellier, à 45 pour Strasbourg.

Art. 3. Les élèves de l'école pratique seront divisés en trois classes, et se renouvelleront par tiers chaque année.

Art. 4. Tous les élèves de la troisième classe, même ceux qui auraient été déjà reçus docteurs, sont tenus de se présenter au concours, s'ils ne veulent perdre les avantages attachés à leur titre d'élèves de l'école pratique.

Pourront aussi prendre part au concours les élèves des deux autres classes.

Art. 5. Le concours aura pour objet toutes les parties de l'enseignement médical dans les Facultés de médecine.

Il y aura trois ordres d'épreuves:

1° Une réponse par écrit à une question qui sera la même pour tous les concurrens;

2° Une réponse verbale, après un quart d'heure de préparation, à une question qui, autant que possible, sera aussi la même pour tous les concurrens;

3° Des réponses verbales à une série de questions qui seront nécessairement les mêmes pour tous les concurrens.

Art. 6. Les sujets des deux premières épreuves porteront spécialement, ou sur l'anatomie et la physiologie, ou sur la pathologie externe et les opérations, ou sur la pathologie interne; mais elles se rattacheront en même temps et le plus possible aux autres parties de la science médicale.

Les concurrens devront traiter chaque question sous ses différens points de vue.

Art. 7. Les questions, pour la troisième épreuve, seront au nombre de six, et porteront:

La première, sur la physique et la chimie médicale;

La deuxième, sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacologie;

La troisième, sur l'anatomie et la physiologie;

La quatrième, sur la pathologie externe, la clinique externe et les opérations;

La cinquième, sur la pathologie interne, la clinique interne et la thérapeutique;

La sixième, sur l'hygiène, la médecine légale et les accouchemens.

Art. 8. Les deux premières épreuves seront soutenues par tous les concurrens.

Ceux d'entre eux que le jury aura jugés les plus capables (et ce dernier nombre sera au moins du tiers de celui des candidats) subiront seuls la troisième épreuve.

Art. 9. Le jury chargé de prononcer sur le mérite des épreuves se composera de cinq membres désignés, chaque année, parmi les professeurs de la Faculté.

Art. 10. Le nombre des prix est fixé ainsi qu'il suit:

Faculté de médecine de Paris, un premier grand prix, deux autres premiers prix et trois seconds prix;

Faculté de médecine de Montpellier, un premier prix et deux seconds prix;

Faculté de médecine de Strasbourg, un premier prix et deux seconds prix.

Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées d'après le nombre des concurrens.

Art. 11. Le premier grand prix à la Faculté de Paris et les premiers prix dans les deux autres Facultés donneront droit à la remise des frais de quatre inscriptions, et à la gratuité complète des examens, de la thèse et du diplôme.

Les deux autres premiers prix, à la Faculté de Paris, donneront droit à la remise des frais d'examen, de thèse et de diplôme.

Chaque second prix donnera droit à la remise des frais de diplôme.

Art. 12. Les prix et mentions honorables seront proclamés chaque année dans la séance solennelle de rentrée de chaque Faculté.

Un rapport spécial sera fait sur le mérite du concours.

La liste des candidats qui auront obtenu des prix ou mentions honorables sera transmise avec le rapport à M. le ministre de l'instruction publique.

Le conseiller exerçant les fonctions de secrétaire,

SAINT-MARC GIRARDIN.

Le conseiller exerçant les fonctions de chancelier,

RENDU.

Approuvé conformément à l'article 21 de l'ordonnance royale du 26 mars 1839.

Le ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'Université,

V. COUSIN.

D'après cet arrêté, le premier prix consistera désormais en une médaille d'or et en une dispense de frais qui s'élève à 515 francs, tandis qu'avant le même arrêté, elle n'était que de 215 francs.

Les deux autres premiers prix recevront, outre une médaille d'argent, une allocation universitaire de 315 francs au lieu de 215.

Les trois seconds prix consistaient en une médaille d'argent et quelques livres; aujourd'hui chacun des lauréats sera dispensé des frais de diplôme qui s'élèvent à 100 francs.

L'augmentation de l'allocation universitaire est en définitive de 800 francs par an pour la Faculté de Paris; elle est de 715 francs pour chacune des Facultés de Montpellier et Strasbourg. Total: 2,230 francs.

— Une ordonnance royale du 6 avril augmente le cadre constitutif du corps des officiers de santé militaires; le nombre des principaux est porté pour la chirurgie de 12 à 20, pour la médecine et pour la pharmacie de 8 à 10.

— M. Baudens, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, est nommé en son grade à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Poirson, admis à la retraite.

— M. le docteur Malle, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, vient d'obtenir une médaille d'encouragement pour un mémoire médico-légal sur les *Cicatrices*, au concours annuel ouvert par les *Annales d'hygiène et de médecine légale*.

— M. Petit, le doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, docteur-régent de l'ancienne Faculté de médecine, est décédé le 7 avril. Il était âgé de près de quatre vingts ans.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 16. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 18 AVRIL 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Nouveau procédé d'amputation tarso-tarsienne. — II. REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS. Sur l'inflammation très aiguë de l'intestin, suivie de perforation, et recherches sur son étiologie. — Observation d'une femme qui a rendu des calculs biliaires par l'urètre. — Cas de grossesse utérine compliquée de fausse grossesse ovarienne et d'hydropisie de l'ovaire.—Peroxide de fer hydraté employé avec succès dans sept empoisonnemens par l'arsenic.—Notice sur les revaccinations entreprises dans le cercle de Villingen en 1838.—Opération d'un hépatocèle, suivie de guérison. — Remarques et observations. — Sur la clinique d'accouchement de l'hôpital de Dublin. — Observation d'empoisonnement par les graines de colchique, trouvée dans les papiers de feu M. le docteur Neubrandt. — Observation d'une grossesse extra-utérine. — Korestenoma congenitum, vice organique de l'iris, non encore décrit. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séance du 13 avril.—Académie de médecine : séance du 14 avril.— IV. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Cas d'enterorapbie partielle pratiquée avec succès.— — V. BIBLIOGRAPHIE. Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes (première partie). — VI. VARIÉTÉS. —VII. FEUILLETON. Lettre médicale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'AMPUTATION TARSO-TARSIENNE, par le docteur C. SÉDILLOT, mémoire présenté à l'Académie royale de médecine.

Les amputations partielles du pied pratiquées entre le tarse et le métatarse (tarso-métatarsienne), et entre les os du tarse lui-même, dans l'interligne qui sépare le calcanéum et l'astragale, du cuboïde et du scaphoïde (tarso-tarsienne, ou médio-tarsienne, ou de Chopart), sont aujourd'hui adoptées comme une précieuse conquête de l'art, et les noms de M. Lisfranc, qui a rendu la première de ces opérations d'une exécution facile et prompte par la perfection du procédé qu'il a décrit, et de Chopart (1), qu'on considère comme l'inventeur de la seconde, sont honorablement liés à l'histoire des progrès de cette partie de la science.

Le baron Larrey, cependant, dont l'opinion est d'un si grand poids lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur d'une opération, parce que personne n'a en plus de faits sous les yeux, condamne les amputations partielles du pied, à cause de leurs fréquens insuccès, et leur préfère l'amputation de la jambe, comme beaucoup plus sûre, et plus souvent suivie de guérison. Il affirme qu'on ne rencontre à l'Hôtel des Invalides aucun militaire ayant subi la désarticulation tarso-tarsienne, tandis qu'on en rencontre un si grand nombre dont la jambe de bois est devenue proverbiale.

Pour attribuer, comme le fait M. Larrey, ces différences à la non réussite des amputations partielles du pied, il faudrait pouvoir établir la proportion dans laquelle ces opérations ont été pratiquées; car il est extrêmement probable que les chirurgiens militaires y recouraient autrefois rarement, n'ayant guère l'occasion de les exécuter que dans le cas de congélation, et les connaissant encore mal à l'époque de la campagne de Russie, où la possibilité de les multiplier s'offrit dans des circonstances si désastreuses.

(1) Bien que nous paraissions attribuer ici à Chopart l'invention de l'amputation médio-tarsienne, pour nous conformer à l'opinion commune, nous remarquerons néanmoins, comme plusieurs auteurs l'ont déjà fait, qu'on ne saurait justement doter Chopart de la priorité d'un procédé dont il ne parla qu'en 1787; tandis que Fabrice de Hilden, l'avait mentionné avant lui; qu'Hecquet d'Abbeville le connaissait, puisqu'il montrait en 1746, à Winslow, un pied ainsi désarticulé, et que Lecat, en 1752, et Vigarovs, en 1764, avaient chacun pratiqué cette opération.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Les augures sont favorables; un vent de réforme et d'amélioration commence à souffler dans nos parages; le vieux navire de la médecine oscille sur l'ancre qui le retenait immobile sur un fond de vase bourbeux; encore quelques secousses, et il va s'élancer, voiles déployées, vers la haute mer qui le sollicite; il va s'orienter vers les plages inconnues où la science donne le succès, où tous les intérêts de la gent médicale se fondent dans une harmonieuse et fraternelle unité, où l'art occupe sur la scène sociale une place incontestée, où...... Mais tempérons nos espérances; aussi bien ne sont-elles fondées encore que sur de petites améliorations et sur un bruit du jour. La nouvelle béatifiante mérite confirmation; je vous la transmets sans en garantir l'authenticité; elle n'est pas, en effet, au nombre de ces nouvelles qui trouvent dans les esprits une facile créance; elle ne présente pas cette somme de probabilités, ce caractère de vraisemblance qui paralyse sur les lèvres sceptiques le sourire d'incrédulité; il y a des nouvelles qui, à force de se répéter périodiquement, finissent par s'accréditer, malgré leur exagération ou leur étrangeté, et se constituent à l'état d'imminente réalité; il en est d'autres qui circulent, recirculent inacceptées, et que les curiosités blasées de la foule rejettent comme une pâture sans goût; pourtant elles annoncent parfois des événemens qui n'ont rien d'insolite, rien d'impossible; tout au contraire, l'esprit public est préparé aux résultats qu'elles promettent, il les provoque, il les désire, et, contraste singulier, il se ferme à la rumeur qui les précède; l'événement est prévu, ordinaire; le présage en est fabuleux. Vous ne répugnez nullement, mon cher confrère, à l'idée d'une régénération médicale en France; vous comprenez la nécessité d'en modifier les élémens, d'en corriger les défectuosités, d'en régler les intérêts, de lui imprimer les mouvemens d'une vie commune, de la subordonner à l'action d'une discipline d'honneur; vous avez émis sur ce qui existe à présent plus d'un regret; sur ce qu'il faudrait y substituer, des idées et des vœux dont ces colonnes ont enregistré l'expression; et, si je vous balbutie la nouvelle de la réalisation de ces vœux et de ces idées, vous souriez de ma confiance, vous glacez sur ma lèvre le message d'heur et de joie: eh bien! voilà la nouvelle que je voulais vous communiquer; voilà ce que j'avais à vous insinuer par voie de correspondance, avec prière d'en faire part à vos lecteurs; voilà l'une des deux sources où j'ai puisé la métaphore initiale de cette lettre, en même temps qu'une nouvelle provision d'espérances et d'illusions. Je ne me pique point de vous convaincre à l'endroit des réformes médicales que nous promet un avenir prochain, très prochain; mais sachez que le projet qui les consacre a été exhibé en conseil des ministres et soumis à un dernier examen; vous me demanderez ce que le ministre des travaux publics et le ministre des finances ont à voir dans cette affaire; je me suis moi-même adressé cette question; mais n'importe, je serais d'avis de l'en-

Nous pouvons d'ailleurs opposer à l'opinion de M. Larrey celle de la plupart des chirurgiens les plus distingués de notre époque, et sans parler de Garengeot, de Percy, de Chopart, de Sabatier, etc., Dupuytren et MM. Lisfranc, Roux, Breschet, Velpeau, Blandin, etc., se sont déclarés partisans de ces amputations.

Nous bornant à étudier la désarticulation tarso-tarsienne, pour laquelle nous proposons un nouveau procédé opératoire, qui fait le sujet de ce mémoire, nous dirons que M. Roux y a eu recours onze fois, et qu'il n'a éprouvé que deux revers. J'ai vu une de ses opérées marcher parfaitement en se servant d'un bout de pied artificiel, simulé par la chaussure, et il eût été difficile de soupçonner la mutilation qu'elle avait si heureusement subie.

M. Breschet m'a dit avoir répété six fois la même opération, et avoir obtenu quatre guérisons.

M. Blandin n'a eu également qu'à s'en louer, et il a présenté il y a peu de temps à l'Académie une pièce anatomo-pathologique du plus haut intérêt, en ce qu'elle permettait de constater l'état du pied après guérison complète, et d'observer par quel mécanisme les tendons fléchisseurs, et principalement celui du jambier antérieur, pouvaient contre-balancer l'action du gastrocnémien par leur adhérence intime et solide à la tête de l'astragale et au centre de la cicatrice de la plaie.

M. Blandin, comparant entre elles l'amputation de Chopart et celle de M. Lisfranc, ou tarso-métatarsienne, s'est même prononcé en faveur de la première, qu'il a plusieurs fois exécutée.

J'ai vu encore une malade amputée dans l'articulation tarso-tarsienne, par M. Pinel-Grandchamp, dont la plaie était presque entièrement guérie le douzième jour de l'opération; mais il est inutile d'accumuler de nouvelles preuves à l'appui d'une désarticulation dont les avantages nous paraissent évidens, puisqu'elle conserve une partie du pied et qu'elle préserve des dangers de la difformité, qui sont la conséquence presque inévitable de l'amputation de la jambe.

Le seul reproche réel qu'on lui ait adressé, est d'exposer au renversement du pied en arrière, par la contraction prédominante des muscles du mollet; le fait est vrai, mais il est rare et a beaucoup moins d'importance depuis les succès de la ténotomie; car il n'y a aucun doute que la section du tendon d'Achille remédierait à cet accident, comme elle remédie au pied-équin.

Je ne parlerai pas des suites fâcheuses qu'aurait l'opération, si elle était pratiquée pour une carie du pied dont les progrès auraient envahi l'astragale ou le calcanéum; ce ne serait plus là une complication spéciale; mais une indication commune à toutes les amputations, puisqu'il est de règle générale de les exécuter au-dessus des parties lésées.

Les avantages de l'amputation tarso-tarsienne nous semblent donc incontestables, et nous voyons, par le rapide aperçu qui précède, que cette opération n'est plus, pour ainsi dire, mise en discussion, et qu'on y a recours dans tous les cas où elle est suffisamment indiquée.

Il nous reste maintenant à examiner si les procédés, suivis aujourd'hui pour l'amputation tarso-tarsienne, sont aussi parfaits qu'on puisse le désirer, et nous essaierons de montrer que le nouveau procédé que nous allons exposer est supérieur à tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici, puisqu'il donne une plaie plus petite, plus régulière, plus facile à maintenir réunie, et mieux disposée pour la cicatrisation, et si l'on ne voulait pas établir de comparaison entre des procédés qui ont toujours une valeur et une importance réelles, dans certains cas donnés, on nous accordera sans peine, je crois, que le nôtre mérite de prendre rang dans la science, et qu'il doit y trouver d'utiles applications.

Plusieurs fois déjà, j'ai soumis ce procédé au jugement de divers membres de l'Académie de médecine, et MM. Renoult et Espiaud, rapporteurs des sections de médecine opératoire et pathologie chirurgicale, voulurent bien s'en occuper (1836), lorsque je fus porté au nombre des candidats présentés par ces sections. Plus tard, j'en fis l'objet d'un mémoire dont M. Guerbois fut nommé rapporteur; mais à la mort de cet honorable académicien, mon manuscrit fut égaré, et cette circonstance explique pourquoi je le présente de nouveau (1839) à l'Académie.

Je rappellerai d'abord les procédés mis en usage jusqu'à ce jour, afin de faire ressortir plus clairement les différences qui existent entre eux et celui que je propose.

« Chopart procédait de la manière suivante : Deux incisions étaient faites parallèlement à la longueur du pied, l'une en dedans et l'autre en dehors, depuis les articulations du calcanéum avec le cuboïde, et de l'astragale avec le scaphoïde jusqu'à un pouce environ de ces parties. Réunies par une division transversale, ces deux incisions circonscrivaient un lambeau quadrilatère, qui était relevé jusqu'à sa base. Alors on coupait les tendons des extenseurs et du muscle pédieux, on ouvrait les articulations, et les traversant on terminait l'opération en taillant aux dépens de la face plantaire du pied un lambeau un peu plus grand que le premier. » (Sabatier, édit. de Sanson et Bégin, t. IV., p. 695.)

Les modifications apportées au procédé de Chopart par Bichat et MM. Richerand et Lisfranc consistent à ouvrir les faces latérales et dorsale de l'articulation par une incision semi-lunaire; ou divise le ligament interosseux et l'on taille un grand lambeau plantaire (v. pl. I) proportionné à la plaie. (V. Coster, p. 146, 3e édit.)

M. Maingault a conseillé de commencer par le lambeau plantaire, et de terminer l'opération en traversant l'articulation de bas en haut, vers la face dorsale du pied : c'est le même résultat en définitive; mais les temps en sont intervertis.

Quelles que soient les modifications apportées par MM. Richerand, Lisfranc et Maingault, à l'amputation de Chopart, les résultats en sont à peu près semblables, et encourent à nos yeux les mêmes reproches.

PL. I.



On forme une plaie dont la hauteur totale est égale à celle des deux os, calcanéum et astragale, réunis, et dont la circonférence embrasse toute l'épaisseur du pied jusqu'à la face plantaire; le lambeau inférieur doit être conséquemment d'une très grande longueur pour recouvrir la plaie; et M. Blandin a fait judicieusement remarquer qu'il fallait le continuer jusqu'auprès des articulations métatarso-phalangiennes, c'est-à-dire jusqu'au même point que le lambeau nécessaire à la désarticulation tarso-métatarsienne, et ce fait, facile à vérifier, ne comporte aucune objection, et a été reproduit par M. Velpeau : « L'épaisseur verticale des surfaces osseuses mises à découvert, dit cet auteur, est plus considéra-

---

voyer au contrôle du directeur-général des poudres et salpêtres, plutôt que de le laisser dormir dans les cartons, et s'imprégner de cette odeur de poussière et d'ancienneté, funeste avant-coureur de la chute définitive des projets de loi, même avant leur émission parlementaire.

Et maintenant, doutez, raillez mon incurable bonhomie, hérissez-vous dans le souvenir des déceptions récidivées; la nouvelle ne ressemble plus aux banalités éphémères qui ont défrayé si longtemps notre attente; le conseil des ministres, entendez-vous! le conseil des ministres lui-même évoque la procédure de nos intérêts outragés, de notre dignité méconnue, de l'humanité exploitée à merci dans sa chaire vive par les industries pseudo-médicales : ceci est sérieux, et si nos députés ne sont pas trop pressés d'assurer leurs récoltes et de préparer leurs vendanges, l'année 1840 ne laissera point que d'avoir eu pour notre profession une efficace vertu, une signification inespérée.

Après tout, c'est une bonne fortune pour un ministre que de pouvoir imprimer à son administration un cachet glorieux; plus le passage au pouvoir est rapide, plus il y a de mérite à en laisser l'empreinte dans ces hauteurs où l'on n'est pas assuré de grimper deux fois; une réorganisation de la médecine en France perpétuera le souvenir du ministre qui l'aura accomplie; il faut avoir un médiocre appetit de solide illustration, pour dédaigner une telle entreprise dont l'opportunité éclate à tous les yeux, dont les conséquences seront immenses non moins pour une classe nombreuse de savans et de praticiens que pour la santé générale de la population. M. Cousin, que ses études ont plus rapproché de la médecine et des médecins que ses devanciers, est digne de recueillir la gloire de cette large réforme que réclament science et pratique; déjà ses intentions se dessinent dans quelques arrêtés récens dont la justice et la convenance ne seront niées par personne; le cinquième examen rendu plus sérieux et plus démonstratif, l'agrégation amendée dans ses conditions d'exercice et de durée, sont deux petites améliorations auxquelles nous avons fait allusion au commencement de cette lettre et qu'il nous plaît d'envisager comme le premier anneau d'une chaîne de réformes successives, que le nouveau grand maître s'occupe à nous forger, avec l'assistance d'ouvriers compétens, sur l'enclume du bon sens et de la justice.

A l'avenir les agrégés nouvellement nommés entreront immédiatement en fonctions et resteront en exercice neuf ans au lieu de six ans. Le stage est donc supprimé, et nous applaudissons à cette mesure. Le stage n'était ni rationnel ni nécessaire; il impliquait l'insuffisance des épreuves mêmes qui conduisent à l'agrégation, et qu'il eût fallu modifier ou supprimer, si cette insuffisance eût été réelle. Les avantages que procure ce professorat secondaire qui s'exerce à l'ombre des célébrités titulaires sont trop restreints pour qu'il convienne de les mettre au prix d'une expectation triennale; le stage n'est point exigé pour la pratique de l'art; il constituait hier encore une condition des fonctions d'agrégé; comme si manier la vie humaine par les formules et par l'instrument était chose moins grave, moins difficile, qu'interroger des élèves dans les examens du doctorat, et briser des argumens sur la trame molle et flottante des dissertations inaugurales! S'il est vrai, d'ailleurs, que l'habitude des exercitations scholastiques est au nombre des qualités qui font le professeur, saurait-on trop se hâter de l'inculquer à ceux qui se proposent pour but de leurs travaux le ministère de la parole enseignante? Quant à la durée de l'agrégation, neuf ans valent mieux que six; axiome arithmétique qui n'exige aucun développement; mais l'agrégation n'en

ble qu'après la désarticulation métatarsienne, de sorte que le lambeau doit s'étendre en avant presqu'aussi loin qu'après cette dernière, bien qu'on l'ait commencé à près de deux pouces plus en arrière. » (MÉD. OPÉR., t. IV, p. 493.)

Il faut donc que les tégumens de la face plantaire du pied aient été conservés intacts dans leur presque totalité pour que l'amputation tarso-tarsienne soit possible avec les procédés actuels, et l'on comprend que c'est une circonstance assez rare, et qui a probablement forcé à pratiquer souvent l'amputation de la jambe dans des cas où un procédé plus favorable aurait permis de sauver ce membre ainsi que la portion la plus importante du pied.

Il est vrai qu'on a vu les os du pied mis à nu devenir le siége d'une cicatrice de nouvelle formation à défaut des tégumens précédemment détruits, coupés trop courts, ou enlevés par la gangrène; mais ce sont là des cas exceptionnels, et chacun sait quels accidens compliquent la saillie des os, c'est-à-dire leur dénudation, lorsque l'on se trouve dans l'impossibilité de les recouvrir de tégumens à la suite des amputations, et rien ne serait moins rationnel que de considérer comme une ressource précieuse un résultat que l'on doit éviter à tous prix et qui expose aux plus graves dangers. On admettra donc qu'il y a avantage à connaître un procédé nouveau qui donne une plaie plus petite et facile à maintenir fermée, et qui permet de conserver au malade les usages du pied dans des cas où on eût été obligé d'amputer la jambe.

M. le baron Larrey, sans refuser au procédé que je vais décrire aucun des avantages précédens, m'a adressé une objection que je ne saurais laisser sans réponse. Cet illustre chirurgien élèverait volontiers une fin de non recevoir contre tous les procédés opératoires nouveaux, parce que, dit-il, les indications pathologiques sont les seules à suivre, et que la nature et la forme des lésions chirurgicales obligent le praticien à modifier ses procédés de mille manières, prenant les tégumens et les chairs là où ils se trouvent, et n'ayant presque jamais l'occasion de pratiquer des opérations régulières et telles qu'on les propose comme exemple.

L'opinion de M. le baron Larrey conduirait à confier toutes les opérations au génie de l'opérateur livré à ses seules inspirations, et privé par cela même des enseignemens de la science. Mais est-il besoin de dire que le chirurgien qui possède les découvertes et les ressources de son art, et qui a répété toutes les opérations sur le cadavre pour se familiariser aux différens temps de leur manœuvre, et pour en comparer et en juger les résultats, devient nécessairement plus apte à les modifier, lorsque l'indication s'en présente, et qu'il le fait alors en pleine connaissance de cause et avec toute la certitude de l'expérience.

M. Larrey n'a-t-il pas, d'ailleurs, réfuté lui-même l'objection que j'ai rapportée, en publiant ses beaux procédés d'amputation pour les articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale, et se fût-il donné la peine de les exposer avec tous les détails qu'elles comportent, s'il eût pensé que le premier chirurgien venu les exécuterait sur le champ et sans enseignement préalable dans le cas où elles seraient réclamées par la nature des lésions.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'AMPUTATION TARSO-TARSIENNE; CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

PL. II.



PL. III.

A B E D C

Je m'exposerais à des redites inutiles en rappelant les données d'anatomie chirurgicale qui sont dues à MM. Richerand, Dupuytren, Lisfranc, Blandin et Plichon, et qui permettent de constater exactement la situation, la forme et la direction de l'articulation des deux premiers os du tarse, calcanéum et astragale, avec les deux autres, cuboïde et scaphoïde (v. pl. II) de manière à ce que l'opérateur rencontre toujours l'article, l'entr'ouvre facilement, et le traverse avec rapidité. Je signalerai seulement une anomalie, que personne n'a encore, je crois, fait connaître (1), et qui causerait de grands obstacles à un chirurgien qui en ignorerait la possibilité. Elle consiste dans une articulation D du scaphoïde C avec le calcanéum A, en arrière du point où le scaphoïde se joint naturellement, par une petite surface, au cuboïde E. L'astragale B, dans le cas que j'ai observé, avait conservé ses rapports ordinaires avec les os en contact; mais son articulation scaphoïdienne était plus inclinée en dehors et postérieurement qu'elle ne l'est habituellement. Cette nouvelle articulation calcanéo scaphoïdienne avait deux à trois lignes de largeur et offrait une très grande solidité.

On conçoit quel obstacle une semblable disposition opposerait au couteau du chirurgien : ce ne serait pas seulement le ligament interosseux ossifié, comme M. Plichon en a fait connaître plusieurs exemples, qui arrêterait l'opérateur, ce serait le calcanéum lui-même, sur lequel tomberait le tranchant de l'instrument, s'il avait été conduit entre l'astragale et le scaphoïde, ou ce dernier os, si le couteau avait pénétré entre le calcanéum et le cuboïde; il faudrait probablement recourir à la scie pour couper la difficulté, à moins qu'on n'en découvrît la cause et que l'on ne divisât la nouvelle jointure. L'importance de cette anomalie est, au reste, indépendante du procédé opératoire, et il nous suffit ici de la signaler. Une considération anatomique d'un ordre plus général, et à laquelle nous attachons beaucoup de valeur, parce qu'elle nous a suggéré l'idée de notre procédé, est relative à la direction et à l'étendue des surfaces articulaires antérieures du calcanéum et de l'astragale. Ces surfaces, en partie

(1) M. le professeur Cruveilhier paraît cependant l'avoir rencontrée, quoique la manière dont il en parle soit fort obscure. « Le calcanéum et le scaphoïde, dit-il, ne sont nulle part contigus; mais on voit quelquefois le calcanéum se continuer avec le scaphoïde, par l'intermédiaire d'une lame osseuse, qui remplace le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur. » ANATOMIE DESCRIPTIVE, tom. I, pag. 485.

reste pas moins limitée dans son existence, tandis que la suppléance aux écoles de droit est viagère; ses émolumens ne sont pas non plus élevés au taux des professeurs-suppléans; il reste donc à faire encore à l'agrégation médicale sa juste part; ce qu'elle vient d'obtenir lui est une garantie de ce qu'elle a droit d'espérer; les petites améliorations ne valent pas seulement par ce qu'elles apportent, mais encore par l'ébranlement qu'elles communiquent à des institutions qui semblaient pétrifiées dans l'immobilité des traditions et des réglemens.

Est-il vrai, mon cher confrère, que l'on songe à créer une faculté de médecine à Rennes? Nous n'accorderions à cette mesure qu'une approbation conditionnelle; trois facultés avec puissance de faire des docteurs sont déjà une cause de superfétation : qu'adviendra-t-il, si l'on monte à Rennes une quatrième machine destinée à frapper cette monnaie sans cours qu'on appelle docteur, à mettre en circulation, dans le pays, un nouvel excédant de ces médailles à scholastique effigie? Multipliez les foyers du travail scientifique; élargissez les voies où se heurtent tant de capacités mûries par les veilles et les luttes, qui suffisent à toutes les conditions de l'enseignement supérieur, et à qui ne suffisent point les emplois existans; dérivez sur nos provinces excentriques la fièvre de science et d'ambition qui, resserrée dans le cercle étroit d'une seule école, s'irrite et s'échappe quelquefois par des issues périlleuses; étendez sur la pratique médicale de plusieurs départemens la salutaire influence d'un groupe d'hommes éminens par l'intelligence et le savoir, réunis en aréopage universitaire, et exerçant sur une milice de confrères le docte ministère d'un jury de haute compétence; mais, de grâce, n'allongez pas le parchemin où les ciseaux officiels taillent tous les ans les diplômes dûment acquis à bons deniers comptans. Ce ne sera point décentraliser Paris que d'instituer une nouvelle et lointaine dispensation de titres médicaux. Les lignes nouvelles de voitures qui sont établies dans une ville augmentent et parfois créent la circulation à travers des quartiers médiocrement fréquentés; la création d'une quatrième faculté, avec les pouvoirs de ses sœurs aînées, aura pour résultat d'accroître le nombre des docteurs et d'engendrer la superfétation dans quelques localités où elle n'existe pas encore avec ses rivalités faméliques et ses haines, avec ses misères et ses scandales.

Les cours du semestre d'été sont commencés à notre Faculté; les manifestations des élèves n'ont pas fait défaut aux professeurs, diversement bruyantes. L'un de leurs jeunes maîtres les plus éloquens, dont le premier enseignement a commencé avec ce semestre, a pu s'étonner un instant de quelques témoignages inconvenans partis des bancs de son auditoire; à nous de le féliciter du motif qui les lui a valus; d'après la version d'un organe public des écoles, on reprocherait à ce professeur de se montrer sévère dans les examens; ajoutons que le journal que nous citons, et qui est rédigé par des élèves, est loin de s'associer à ce reproche et s'exprime fort sagement sur le compte de ces manifestations irrégulières. La sévérité dans les examens! Mais celui qui la déploie avec courage et persévérance mérite bien de notre profession; mais nous osons le proposer pour exemple à ses collègues de la Faculté; mais c'est par là que doit commencer la régénération de notre carrière; et le professeur qui repousse par sa boule noire une candidature ignare, paresseuse, ou impropre au travail scientifique, fait deux bonnes actions à la fois : il éloigne d'une profession trop affaissée déjà sous le poids des incapacités notoires, une incapacité de plus; il écarte un homme, jeune encore, qui s'est fourvoyé d'une carrière où, admis par la faiblesse d'un autre juge,

superposées, représentent, dans leur plus grand diamètre, une ligne oblique de haut en bas et de dedans en dehors (v. pl. I), n'ayant pas, dans ce sens, plus d'un pouce environ de largeur. Je me suis donc demandé s'il n'y aurait pas avantage à donner à la plaie cette direction, qui la rendrait plus régulière ; car elle serait moulée, pour ainsi dire, sur le squelette même du membre. Dans les procédés habituellement employés, on n'a eu aucun égard à la position des surfaces articulaires, et on produit une plaie, qui s'étend, en hauteur et largeur, jusqu'aux tangentes osseuses, puisqu'elle embrasse les trois quarts de la circonférence du pied et que les tégumens de la face plantaire de ce membre sont seuls conservés dans leur presque totalité, pour être appliqués contre leur propre poids, de bas en haut et d'avant en arrière, sur le moignon.

En suivant, au contraire, le grand diamètre des os, il était évident qu'on n'a besoin pour les recouvrir que d'un lambeau égal à la largeur de leurs surfaces, et qu'il suffit, pour cet effet, de moitié moins de tégumens. Tel est le but que je me suis proposé, et auquel je crois être parvenu par le procédé suivant.

PIED DROIT. — Le malade couché ou assis, la jambe fléchie sur la cuisse, je reconnais l'articulation d'après la position des maléoles, et des saillies du scaphoïde et de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, dont les distances à l'interligne articulaire sont suffisamment connues.

Embrassant alors de la main gauche la face dorsale du pied, au niveau de l'extrémité antérieure des os métatarsiens, j'en place le talon sur le bord d'une table, afin d'avoir un point d'appui convenable et résistant pour tendre les ligamens et éloigner l'une de l'autre les surfaces articulaires, dès que leurs liens fibreux seront divisés.



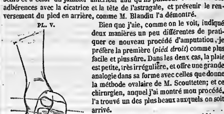
De la main droite, armée d'un petit couteau à amputation, je pratique une première incision A transversale, qui commence à quelques lignes en avant de l'articulation calcanéo-cuboïdienne (1), vient se terminer sur le milieu de la face dorsale du pied, et en dehors du tendon du muscle jambier antérieur. De ce point, je fais partir une seconde incision B, oblique, d'arrière en avant, et de dehors en dedans, qui contourne le côté interne du pied, à deux travers de doigt en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et est ramenée d'avant en arrière, de dedans en dehors, et de haut en bas, sur la face plantaire du pied, au point de départ de la première incision, à laquelle ou la réunit. J'ai soin de diviser les tégumens plantaires de la partie interne du pied obliquement en biseau, de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à les dégager, le plus possible, du tissu cellulograisseux, dont ils sont doublés, et qui pouvait peut être faire obstacle à la réunion.

(1) Il est toujours facile de s'assurer de la situation de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, en prenant pour point de repaire la saillie de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, qui est de quatre à six lignes au-devant de l'articulation cherchée.

Je dissèque le lambeau interne B jusqu'au tubercule du scaphoïde, sur lequel je me guide pour ouvrir l'articulation médio-tarsienne, couper le ligament interosseux, glisser le couteau entre les surfaces osseuses et terminer l'opération en coupant les chairs profondes au niveau de l'incision plantaire.

PIED GAUCHE. — Lorsqu'on ampute le pied gauche, on peut, après avoir incisé la peau, comme nous l'avons dit, commencer par ouvrir la jointure calcanéo-cuboïdienne, porter la pointe du couteau sur le ligament interosseux; séparer le scaphoïde de l'astragale, et, engageant l'instrument à plein tranchant entre le calcanéum et le cuboïde, puis entre le calcanéum et le scaphoïde, achever la section des parties molles jusqu'au bord interne du pied, point où l'on contourne avec précaution la saillie du scaphoïde, pour ramener l'instrument entre elle et les tégumens, raser le premier cunéiforme et la moitié postérieure du premier métatarsien, et détacher ainsi le lambeau interne qui leur correspond.

Il faut laisser une certaine longueur aux tendons des muscles fléchisseurs et à celui du jambier antérieur afin qu'ils puissent contracter des adhérences avec la cicatrice et la tête de l'astragale, et prévenir le renversement du pied en arrière, comme M. Blandin l'a démontré.



Bien que j'aie, comme on le voit, indiqué deux manières un peu différentes de pratiquer ce nouveau procédé d'amputation, je préfère la première (*pied droit*) comme plus facile et plus sûre. Dans les deux cas, la plaie est petite, très irrégulière, et offre une grande analogie dans sa forme avec celles que donne la méthode ovalaire de M. Scoutteten; et ce chirurgien, auquel j'ai montré mon procédé, l'a trouvé un des plus beaux auxquels on soit arrivé.

Un rapide coup-d'œil sur le procédé que nous venons de décrire, et sur celui de Chopart, plus ou moins modifié par les habiles chirurgiens déjà cités, nous permettra de comparer les deux opérations et de faire mieux ressortir tous les avantages de notre manière d'agir. Quels que soient les perfectionnemens apportés à l'opération de Chopart, que l'on forme deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, ou un seul inférieur, comme les chirurgiens de nos jours l'ont généralement adopté, on produit toujours une plaie semi-circulaire, dont le plus grand diamètre est opposé à celui de l'astragale et du calcanéum réunis.

Il en résulte, quel que soit le soin avec lequel on ménage les tégumens, que le lambeau dorsal se prolonge inférieurement assez loin de chaque côté pour que le chirurgien puisse attaquer l'articulation calcanéo cuboïdienne au niveau de la face plantaire. Aussi chez tous les malades que j'ai eu l'occasion de voir après la guérison de l'amputation de Chopart, la cicatrice était demi-circulaire et représentait les trois quarts ou les deux tiers au moins de la circonférence du pied (v. pl. VI).

Dans notre procédé, au contraire, la plaie correspondant au plus grand diamètre articulaire est seulement étendue depuis le côté externe du pied jusqu'au milieu de sa face dorsale (v. pl. V), et, bien qu'elle occupe moins du tiers de la circonférence totale du pied, elle égale cependant la hauteur des articulations calcanéo-cuboïdienne et astragalo-scaphoïdienne, car une

---

il n'aurait trouvé que détresse ou succès achetés au prix de sa dignité.

De nouveaux concours approchent; trois places de médecins sont vacantes au bureau central, et ceux qui se sont élevés récemment contre une nomination directe auront toute latitude de s'avancer par la voie qu'ils préfèrent, et de ne devoir qu'à leurs efforts dans une lutte publique ce que ne peut encore leur attirer la notoriété des services rendus ou d'un talent éprouvé. Les places de médecins des aliénés, qui ont été créées par organisation, sont également promises au concours, malgré quelques retards qui ont déjà provoqué les éclats d'un journal politique. Le concours va retrouver aussi, à la Faculté, la pompe de ses joûtes oratoires et l'âcreté des émulations passionnées : la chaire de feu Richerand sera disputée à l'époque de la rentrée des cours; c'est une fête reservée pour ajouter à l'intérêt de la nouvelle année scholaire que novembre amène; déjà les compétiteurs s'apprêtent, se comptent, se mesurent des yeux et de la pensée; déjà vous les pouvez compter vous-même au nombre des affiches qui annoncent au public l'ouverture d'autant de cours de médecine opératoire; les murs de cette cité, et surtout ceux du quartier latin, sont tapissés de ces concours, qui sont, pour les concurrens, un exercice préparatoire, en même temps qu'une exhibition publique de leurs prétentions. A chaque espèce de guerre ses usages; autrefois les chevaliers, avant d'entrer en lice de tournoi, levaient la visière de leurs casques pour se faire reconnaître de leurs adversaires : nos chevaliers de concours font coller des affiches sur les murs, et convient les élèves à leurs travaux préparatoires; si les élèves profitent de tous les cours d'opérations qui sont annoncés, nous aurons une génération de chirurgiens, et jamais l'enseignement de la médecine opératoire n'aura compté, autour de l'école, un plus grand nombre d'interprètes de bon vouloir autant que de talent.

Le ministère de la guerre a fait appel aux élèves de la Faculté, qui ont répondu avec empressement; l'armée d'Afrique a besoin d'un grand nombre de sous-aides, que le corps des officiers de santé militaires ne peut fournir sans dégarnir les hôpitaux de l'intérieur; beaucoup de vacances existent, d'ailleurs, dans les cadres de ce corps si utile et si méritant; le système de recrutement usité jusqu'à présent n'a pas encore permis de combler ces vides, et, pour faire face aux besoins du moment, l'administration a cru devoir rétablir une classe de sous-aides auxiliaires. Plus de cent élèves s'étaient fait inscrire au Val-de-Grâce et ont suivi les épreuves de ce concours qui vient de finir; quarante-sept d'entre eux ont été admis; dans leur nombre se trouvent plusieurs internes des hospices civils de Paris, qui n'ont pas résisté au desir d'apporter à nos braves soldats d'Afrique le secours de leurs talens.

La chaire de physiologie, laissée vacante à Strasbourg par la nomination de M. Bouisson à Montpellier, vient d'être accordée à M. Boyer, en échange de celle de pathologie interne qu'il occupait, et qui échoit au concours. Il paraît que la chaire de clinique externe ne tardera pas à vaquer également dans cette école; le titulaire actuel, qui remplit en même temps les fonctions de chirurgien en chef de l'Hôpital-Militaire de Strasbourg, sera appelé, dit-on, à diriger le Val-de-Grâce, où il a rendu, dans une position inferieure, d'incontestables services.

L'académie s'apprête à nommer un nouveau membre dans la section vétérinaire; la mort, qui vient encore de frapper dans ses rangs MM. Gorsse et Petit,

de ses extrémités touche au bord antérieur inférieur et externe du calcanéum et l'autre au sommet de la tête de l'astragale. C'est donc sur cette incision que doit se mouler plus tard la cicatrice, et la peau de la moitié externe et supérieure du pied se trouve seule opposée au grand lambeau interne, comprenant les faces inférieure, interne, et une partie de la face dorsale du membre. La cicatrice sera nécessairement linéaire et très petite, et il est très facile d'en avoir la preuve en répétant l'opération sur le cadavre et mettant ensuite les bords de la plaie en contact, fait qui à lui seul assurerait une supériorité marquée au procédé que nous exposons.

PL. VI.

Un autre avantage, que nous avons déjà fait pressentir, est la moindre quantité de tégumens qu'exige notre amputation médio-tarsienne. Il nous suffit, en effet, d'un pouce environ de peau, conservée au côté interne du pied et au-devant du scaphoïde, pour recouvrir les os, et dès lors la conservation du pied devient possible dans des cas où il eût fallu autrement condamner les malades à perdre la jambe. La facilité de couper plus antérieurement le tendon du muscle jambier antérieur et les tendons extenseurs du premier et du second orteils est une condition favorable pour prévenir le renversement du pied en arrière. La plaie, dirigée dans le sens des surfaces articulaires, est bien soutenue et d'autant mieux disposée à rester réunie que le lambeau interne qui la recouvre est formé de tégumens peu épais, bien que suffisamment vasculaires. Enfin nous admettons que la guérison, favorisée par les conditions précédentes, serait plus rapide et qu'on aurait moins à redouter le développement d'accidens sérieux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN.

Le quatrième cahier du cinquième volume contient : 1° *Observation très curieuse;* par le docteur Adelman (nous attendrons la fin de cette observation pour en rendre compte); 2° *De la fièvre miliaire, surtout de celle des femmes en couche, devenue endémique dans les ci-devant cercles du Mein et de la Tauber dans le grand duché de Baden* (la description des symptômes est identique avec celles qu'on trouve dans tous les auteurs; ce qu'il y a de plus remarquable dans ce travail, c'est le rapprochement continuel de cette maladie avec le rhumatisme; on n'a pas fait d'autopsies; cependant, à notre avis, tout est encore à faire à l'anatomie pathologique dans cette maladie si obscure); 3° *Inflammation très aiguë de l'intestin, suivie de perforation, et recherches sur son étiologie;* par le docteur Osius; 4° *Observation d'une femme qui a rendu des calculs biliaires par l'urètre;* par le docteur Faber; 5° *Cas de grossesse utérine compliquée de fausse grossesse ovarienne et d'hydropisie de l'ovaire;* par le docteur Maier; 6° *Guérison d'un enfant devenu sourd-muet pendant la scarlatine;* par le docteur Osius jun. (une pharyngite extrêmement grave ayant compliqué la scarlatine a envahi presque tous les organes de la tête auxquels communique la muqueuse du pharynx et a donné lieu à la gangrène des tissus mous et même à la carie de quelques os); 7° *Peroxide de fer hydraté employé avec succès dans sept empoisonnemens par l'arsenic;* par le docteur B. Puchelt; 8° *Notice sur les revaccinations entreprises dans le cercle de Villingen en 1838;* 9° *Deux observations de rétrécissement de l'urètre;* par le docteur Hahn (rien de saillant).

SUR L'INFLAMMATION TRÈS AIGUË DE L'INTESTIN, SUIVIE DE PERFORATION, ET RECHERCHES SUR SON ÉTIOLOGIE; par le docteur OSIUS jun., de Hanau.

Il y a quelque temps M. Pauli a soutenu que jamais une entérite aiguë ne pouvait provoquer la perforation des intestins, en moins de trente heures, sans qu'elle ne soit due à l'action immédiate d'un agent mécanique ou chimique, venant du dehors ou du dedans. On comprend facilement quelle serait l'importance de cette assertion sous le rapport médico-légal si elle était fondée; pour la combattre, M. Osius cite une observation qu'il croit très concluante : il s'agit d'une femme de 50 ans, sur laquelle fut pratiquée une année auparavant l'opération de la hernie étranglée au côté droit; à gauche, elle portait encore une hernie réductible. A la suite d'une altercation très vive avec son fils, elle fut prise de tous les symptômes d'une entéro-péritonite, à laquelle elle succomba en moins de vingt-trois heures. A l'autopsie, on trouva des perforations aux intestins et des plaques gangreneuses d'une certaine étendue.

L'auteur rejette toute idée d'empoisonnement ou de violence extérieure et rapporte très au long les perquisitions qu'il a faites à ce sujet. Selon lui, les perforations étaient uniquement dues à la vive affection de l'ame, suivie d'une sécrétion de bile trop abondante.

En analysant avec soin cette longue observation, nous n'y avons pas trouvé des motifs suffisans pour rejeter entièrement l'opinion de M. Pauli, qui nous paraît au reste très hasardeuse.

OBSERVATION D'UNE FEMME QUI A RENDU DES CALCULS BILIAIRES PAR L'URÈTRE; par le docteur FABER.

L'auteur nous donne avec beaucoup de détails l'histoire de cette maladie très curieuse. La personne affectée n'a pas présenté les symptômes ordinaires de coliques hépatiques ou de quelque autre affection du foie; ainsi, il est à noter qu'elle n'a jamais eu d'ictère; mais après avoir souffert pendant quelque temps de douleurs et de la pression dans la région hypogastrique, du tenesme vésical, elle a rendu pendant un certain temps de l'urine jaune, verdâtre, bronzée; plus tard, elle a vu s'échapper par le canal de l'urètre plusieurs petits calculs que l'analyse chimique a démontré formés par les mêmes principes que ceux contenus dans les calculs biliaires; une fois les symptômes de dysurie furent si violens qu'on se trouva obligé de pratiquer l'uréthrotomie pour en extraire un calcul volumineux. La femme finit par guérir.

Parmi le grand nombre d'observations sur les calculs biliaires que M. Faber a consultées, il n'a trouvé qu'une seule qui ait de l'analogie avec

---

doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu, lui a préparé en peu de temps une ample besogne électorale. Petit appartenait comme Biett, qui l'a précédé dans la tombe à court intervalle, à cette classe de praticiens probes et instruits, qui acquièrent, avec les années, une autorité presque égale à celle des noms les mieux placés dans la science; Gorsse était sorti, depuis peu d'années, par sa mise à la retraite, du corps des officiers de santé militaires, qui compte encore à l'académie plusieurs représentans également honorables par le caractère et par le mérite. Une autre perte a retenti vivement dans la province; M. Chrestien, de Montpellier, a terminé sa longue et fructueuse carrière; Montpellier regrette en lui un praticien d'une rare sagacité, et qui joignait à toutes les qualités d'un médecin observateur le maniement heureux de quelques médicamens dont il avait une expérience spéciale. Tout le monde sait qu'il a remis en honneur l'usage des préparations aurifères dont il a étendu les indications. L'âge et la fortune n'avaient point diminué son activité, et tout le Haut-Languedoc connaissait cette vénérable figure du Nestor des médecins de Montpellier, où respirait la finesse de son esprit avec un air d'inaltérable bienveillance.

O mort! laisse-nous détourner un instant nos yeux de ton spectacle, laisse-nous chercher dans un sujet quelconque une diversion aux impressions attristantes que tu prodigues. Approchez, jeunes commis des magasins de librairie, de rouennerie, d'épicerie, etc.; approchez, modestes employés des maisons commerciales de tous les degrés, et racontez-nous la missive que vous avez reçue l'autre jour par la voie des distributions à domicile; deux docteurs en médecine ont pris pitié des maladies secrètes dont ils vous supposent affectés, et vous ont envoyé un prospectus de leur traitement; que d'autres exploitent les riches voyageurs que Paris héberge; que d'autres s'adressent, pour l'agrandissement de leur clientelle, *urbi et orbi;* les deux docteurs dont il s'agit se sont consacrés, voués, dévoués au soulagement de la classe des commis; l'un d'entre eux est officier de la Légion-d'Honneur; l'autre est médecin d'un bureau de bienfaisance; honneur et bienfaisance, telle est leur devise: voir leur prospectus.

Y.

—A l'occasion d'un article de la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS, sur le résultat du dernier concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris, M. Gendrin a intenté un procès en diffamation à l'honorable rédacteur de cette feuille, M. le docteur Amédée Latour. Le fond de l'article était empreint d'une grande bienveillance pour M. Gendrin; mais il rappelait des souvenirs extra-scientifiques qui avaient pu nuire à la candidature de ce compétiteur. M. Amédée Latour a été condamné à 2,000 fr. de dommages-intérêts. Il est à regretter qu'un homme du caractère et de la position de M. Gendrin ait cru devoir recourir à un pareil expédient. Les procès en diffamation, qu'il faut bien se garder de confondre avec ceux en calomnie, ne prouvent qu'une chose : c'est qu'il n'est jamais permis de dire ou de rappeler même des choses vraies, quand elles sont de nature à porter atteinte à la considération d'autrui. Il faut donc laisser ce mode de réhabilitation à ceux qu'on n'en peuvent trouver d'autres.

— La plus grande activité règne au ministère de l'instruction publique. Le projet de loi sur l'organisation médicale a été retiré des cartons et soumis à une nouvelle discussion dans le sein du conseil. M. Cousin s'est engagé, dit-on, à le présenter aux chambres, et tient beaucoup à mener à fin cette grande entreprise.

la sienne; c'est celle de M. Barraud, de Lyon. (JOURNAL DE CLIN. MÉD., 1837.)

Quant à l'explication de ce singulier fait, il n'y a que deux manières de s'en rendre compte: ou bien les calculs se sont formés dans l'appareil hépatique, et sont arrivés dans la vessie par une fistule, ou bien les principes de la bile se sont déposés dans le bassinet du rein, et y ont formé des calculs; M. Faber penche pour cette dernière opinion.

CAS DE GROSSESSE UTÉRINE COMPLIQUÉE DE FAUSSE GROSSESSE OVARIENNE ET D'HYDROPISIE DE L'OVAIRE; par le docteur MAIER.

Quoique les observations d'hydropisies de l'ovaire ne soient pas très rares, nous pensons pourtant que la suivante, que nous donnons en raccourci, mérite quelque attention, par la coïncidence d'une grossesse utérine vraie et d'une grossesse ovarienne avec le cas d'hydropisie.

OBS. I.—Une femme, âgée de 37 ans, au quatrième mois de sa treizième grossesse, demanda, le 7 mars 18.., les secours de M. Maier, à cause du volume extraordinaire de son ventre, qui, en effet, était tel, qu'on aurait pu croire la femme à la fin de sa grossesse; elle avait en même temps, depuis quelques jours, des douleurs dans la région sacrée; ces douleurs étaient périodiques, semblables à des contractions utérines et accompagnées d'ecoulemens de sang. D'après ces symptômes et d'autres encore, M. Maier croyait la femme sur le point d'avorter, et soupçonna qu'outre un enfant, il y avait encore un môle contenu dans l'utérus. Quatre semaines plus tard, la femme accoucha en effet et mit au monde un enfant de cinq à six mois, vivant, et qui mourut au bout de trois heures; on fut obligé d'extraire le placenta pour cause d'hémorragie; pendant que l'accoucheur avait la main dans l'utérus, il reconnut que la paroi droite de cet organe faisait une saillie hémisphérique vers la cavité, ce qui fit supposer un corps étranger en dehors de l'utérus; celui-ci se contracta convenablement, mais fut trouvé un peu déprimé à gauche; les lochies coulèrent bien, mais le ventre resta tendu, surtout à droite, vers la région iliaque, où il existait une fluctuation remarquable et sensible à la pression; les douleurs périodiques dans la région sacrée reparurent, et la femme maigrit considérablement; elle se remit peu à peu cependant, et put même vaquer à ses occupations. Au commencement de juillet, les douleurs redevinrent plus vives, le bas-ventre plus volumineux; la fluctuation était évidente des deux côtés; il y eut de la dyspnée, des anxiétés, de l'insomnie, des nausées et de la constipation; l'urine était trouble et rare; il existait un état fébrile, un écoulement douloureux par le vagin d'une matière noirâtre et sanguinolente; la menstruation n'avait point paru. Au moyen de palliatifs, ces symptômes diminuèrent, et M. Maier proposa la paracenthèse, que la malade refusa.

Le 6 novembre, le bas-ventre était évidemment tendu et luisant, très douloureux, accompagné de tous les autres symptômes d'une fièvre hectique; dans cet état désespéré, on entreprit la paracenthèse, qui donna issue à onze litres de sérosité sanguinolente, mêlée à des flocons rougeâtres, purulens, gélatineux; après l'opération, il resta encore de la fluctuation; une tumeur, qui s'était formée dans le vagin, vers sa paroi postérieure, était surtout très évidente au toucher lorsqu'on introduisait un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin. Cette tumeur fut incisée avec une lancette et donna aussi issue à cinq litres à peu près de sérosité claire. Le ventre était affaissé. M. Maier crut reconnaître dans la fosse iliaque droite un corps dur, ressemblant à une tête de fœtus. Bientôt le bas-ventre se tuméfia de nouveau, et quinze jours après l'operation la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva un sac membraneux remplissant presque toute la cavité abdominale; il contenait une grande quantité de sérosité; ses parois étaient dures, épaissies, tenaces, et d'un blanc jaunâtre. Il n'adhérait à la paroi abdominale qu'à l'endroit où avait été pratiquée la ponction. Le fluide qu'il contenait était en tout semblable à celui échappé pendant la paracenthèse; la face interne était recouverte de flocons purulens et gélatineux; à sa paroi postérieure, on trouva, adhérent avec elle, un fœtus recouvert de flocons semblables; il n'avait point la forme d'un être humain, mais on pouvait y reconnaître une tête arrondie, et un tronc séparé de la tête par une portion rétrécie, le cou. Il avait 17 centimètres de long et 8 de large, et était formé d'une substance gélatineuse homogène, dure; à la place des extrémités, il n'y avait que de petits tubercules. A l'utérus, il n'y avait point de traces d'os ni d'intestins. Il était facile de s'assurer que cette hydropisie enkystée avait son siége dans l'ovaire droit, énormément distendu. A l'ovaire gauche, on trouva de petits tubercules charnus, de la grosseur d'une aveline. L'utérus était à l'état normal; les intestins étaient un peu déprimés et rouges.

PEROXIDE DE FER HYDRATÉ EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS DANS SEPT EMPOISONNEMENS PAR L'ARSENIC; par M. le docteur PUCHELT fils.

Les sept observations suivantes confirment l'heureuse découverte du peroxide de fer comme l'antidote le plus sûr, le moins dangereux et le plus facile à employer contre les empoisonnemens par l'arsenic.

OBS. I. — Le 9 octobre 1839, à deux heures de l'après-dîner, M. Puchelt fut appelé auprès de Charlotte Lenz, âgée de 35 ans, qui était tombée subitement malade après avoir pris son dîner. M. Puchelt la trouva dans l'état suivant: figure pâle comme celle d'un cadavre, traits tirés, membres tremblans, pouls petit, fréquent, à peine sensible; vomissemens fréquens accompagnés de violens spasmes de la région de l'estomac. Ventre très contracté, peu sensible à la pression, langue pâle très peu chargée.

La malade rapporta qu'elle avait dîné chez le maçon Bauer et avec les trois enfans de ce dernier, qu'elle avait préparé le repas dans l'absence de la maîtresse de la maison, et qu'un quart d'heure après avoir mangé quelques cuillerées de soupe d'orge, elle se trouva si mal qu'on fut obligé de la porter à la maison.

M. le docteur Puchelt se rendit immédiatement dans la maison Bauer où il trouva sur des grabats quatre malheureux êtres avec des figures cadavériques. Il apprit que les trois petites filles, de 15 mois, de 3 ans et demi et de 5 ans et demi, se trouvèrent mal peu de temps après avoir pris de la soupe. La plus petite, encore nourrisson, qui n'avait pris que quelques cuillerées, était la moins malade. L'aînée, qui en avait mangé une assiette pleine, se trouvait le plus affectée, et avait vomi plus de quatre fois. Le père, Bauer, qui avait mangé deux assiettes pleines et un peu de viande, s'était rendu à son travail; mais bientôt des douleurs de bas-ventre le forcèrent de rentrer; il eut des vomissemens avec d'atroces douleurs spasmodiques de l'estomac; sa figure, ordinairement maigre, était d'une pâleur effrayante; son pouls, ainsi que celui des enfans, était petit et fréquent; la langue blanche, le ventre contracté.

Après beaucoup de recherches, M. Puchelt apprit que la femme Lenz avait pris en place de farine pour mettre dans la soupe une cuillerée de mort-aux-rats, préparée avec de l'arsenic blanc, de la farine et du sucre, qui se trouvait dans l'armoire de la cuisine. M. Puchelt qui, par une heureuse prévoyance, avait du peroxide de fer hydraté en poche, en donna une forte cuillerée à Bauer ainsi qu'à ses trois enfans.

Immédiatement après il se rendit auprès de la femme Lenz pour lui en faire prendre une pareille dose. Cinq minutes après la première cuillerée, Bauer eut des vomissemens; immédiatement on lui donna une seconde cuillerée, et le malade devint plus calme. Les trois enfans vomirent aussi. On leur donna encore du peroxide de fer; mais ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on parvint à faire prendre une demi-cuillerée à la fille aînée. Toutes devinrent plus calmes, et les deux plus jeunes s'endormirent. Un quart d'heure après, Bauer prit une troisième dose, et eut bientôt (une demi-heure après la première dose) une selle jaune verdâtre. Le malade en fut bien soulagé : le malaise et les coliques diminuèrent et la figure prit une couleur naturelle. Les petites filles continuèrent à dormir paisiblement; la fille aînée aussi se trouva bien soulagée.

M. Puchelt, auquel s'était joint son honorable père, quitta les malades avec la recommandation de prendre encore une cuillerée de peroxide de fer.

La femme Lenz se trouva aussi mieux; après la première dose, elle avait vomi; immédiatement après, on lui fit prendre une deuxième et troisième dose.

A la visite du soir, Bauer et ses deux plus jeunes enfans se trouvaient dans un état très satisfaisant; la femme Lenz, auparavant déjà maladive, et la fille aînée de Bauer, qui avait pris moins de l'antidote, étaient moins bien; on prescrivit encore une cuillerée de peroxide de fer hydraté.

Le lendemain matin, Bauer put reprendre ses occupations. Ses plus jeunes filles étaient aussi rétablies; l'aînée encore pâle se plaignait de malaise; son bas-ventre tuméfié était sensible au toucher, la langue couverte d'un enduit blanchâtre; elle n'avait pas eu de selles; mais ce qui la tourmentait le plus, c'étaient des palpitations de cœur qui paraissaient de temps en temps; elles étaient très sensibles à l'auscultation, mais nullement en rapport avec le pouls qui était encore petit. On fit placer un sinapisme sur la région du cœur, et on donna encore le peroxide de fer hydraté à l'intérieur. Les mêmes symptômes furent observés chez la femme Lenz. Au soir, les deux malades n'avaient pas encore eu de selles; on prescrivit une infusion de feuilles de séné avec la teinture de rhubarbe.

Le lendemain, la femme Lenz eut des selles, ainsi que la fille aînée de Bauer; les matières rendues par cette dernière, qui furent seules examinées, étaient d'un jaune rougeâtre. Les deux malades se trouvaient beaucoup mieux; les palpitations avaient cessé; le pouls devint plus fort, l'appétit était revenu, et la guérison fut complète au bout de quelques jours.

L'analyse chimique prouva que le peu de mort-aux-rats qui restait encore dans l'armoire de la cuisine, ainsi que le depôt trouvé dans la soupe qui avait été conservée par la femme Bauer, contenait de l'oxide blanc d'arsenic. Une autre analyse, entreprise sur les matières vomies et notamment sur celles qui étaient mélangées avec le peroxide de fer, fit voir que ce dernier s'était transformé en arséniate de fer et prouva ainsi son efficacité spéciale comme antidote.

OBS. II. — Dans un autre cas, deux filles de 8 et 12 ans, s'étant cuit de la choucroûte, y avaient ajouté par mégarde une demi-cuillerée de mort-aux-rats, reconnue plus tard pour avoir été de l'arsenic : elles furent bientôt prises de tous les symptômes de l'empoisonnement. Six heures après l'accident, on leur administra du peroxide de fer qui fut suivi bientôt d'une guérison complète.

NOTICE SUR LES REVACCINATIONS ENTREPRISES DANS LE CERCLE DE VILLINGEN EN 1838.

Il résulte des 123 revaccinations qui ont été pratiquées, que dès l'âge de 11 à 20 ans, les individus vaccinés sont susceptibles de recevoir le virus vaccin avec un succès plus ou moins complet dans une proportion de deux cinquièmes. Cette susceptibilité augmente encore dans l'âge de 21 à 30 ans. D'un autre côté, les épidémies de variole font voir qu'en général les individus vaccinés, lorsqu'ils sont pris de la maladie au-dessus de 20 ans, n'en éprouvent qu'un léger degré de la maladie; mais au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, la variole devient plus grave, et qu'enfin les sujets âgés quoique vaccinés deviennent tout aussi malades que s'ils n'avaient pas été vaccinés. Il est à remarquer que dans l'épidémie qui a régné en 1837-38 à Villingen, on n'a jamais vu d'individus revaccinés prendre la variole ou la varioloïde, quoique plusieurs sujets furent vaccinés dans des maisons mêmes où régnait la variole. Cette petite opération n'est jamais suivie d'accidens.

II. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Les deuxième et troisième cahiers du cinquante-cinquième volume contiennent : 1° *Sur l'usage de la viande d'animaux malades*; par J.-C. Albers de Berlin (l'auteur cherche à prouver par des faits nombreux recueillis dans les auteurs et dans son observation propre que les viandes d'animaux malades tant d'épizootie que d'affections sporadiques ont été mangées impunément par des hommes; il s'efforce de démontrer que dans les cas où les accidens sont arrivés, ils sont toujours dus à d'autres circonstances qu'aux maladies; c'est ainsi qu'on a vu mourir des individus après avoir mangé de la viande mal mariuée et que la fermentation putride avait soulevée dans des tonneaux où elle avait été salée); 2° *Rapport sur les maladies qui ont été traitées à l'hôpital de la Charité de Berlin pendant* 1836; par le docteur Rupp (rien d'inconnu); 3° *Remarques sur le croup*; par le docteur Sachse, de Schwerin (l'auteur de cet article se donne réellement trop de peine en réfutant les paradoxes de MM. Krüger-Hansen et Hennemann qui regardent le calomel et les sangsues comme des moyens meurtriers contre le croup).

III. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, continué par E. OSANN.

Les cahiers d'avril et de mai 1839 contiennent : 1° *De la peste à Poros, en Grèce*; par le docteur Zink, de Berlin (l'auteur, qui est un chaud défenseur des quarantaines, nous rapporte en peu de mots de quelle manière l'épidémie a débuté à Poros, en 1837, et par quelles précautions elle a été étouffée. Sur une population de 3316 individus, 170 furent atteints de la peste dont 150 moururent); 2° *Sur une nouvelle classification de maladies*; par le professeur Schultz (rapprochement bizarre; néologisme); 3° *Observation d'une syphilis très grave*; par le docteur Brunzlow (le sujet de cette observation, âgé de 22 ans, scrofuleux dans son enfance, contracta un petit chancre; ce léger symptôme fut suivi des désordres les plus graves. Pendant trois ans, le malade était dans la situation la plus déplorable; il avait des ulcères et des fistules profondes; les os du bassin et les fémurs étaient dénudés et cariés. Tous ces accidens étaient évidemment dus dans le principe au virus syphilitique chez un individu scrofuleux; mais un traitement par les mercuriaux employés à très haute dose sans le moindre discernement a certes beaucoup contribué à les aggraver. Le malade était depuis plusieurs mois dans un état de marasme complet, lorsqu'il vint dans le service de M. Brunzlow; celui-ci, au moyen de toniques employés à l'extérieur et de légers analeptiques à l'intérieur, parvint à calmer la lienterie existante et à relever les forces du sujet, qui se remit peu à peu et finit par guérir). 4° *L'action de l'huile de foie de morue contre la carie*; par le docteur Knolz (l'auteur rapporte trois observations de caries scrofuleuses du genou, du conde et du sternum, contre lesquelles on a employé différens moyens sans succès. Les malades, déjà dans un état de marasme, ont commencé à se remettre dès qu'on les mit à l'usage de l'huile de foie de morue, à 30 grammes par jour); 5° *Des animaux parasites*; par le docteur Vetter (dans cet article très intéressant, l'auteur fait l'historique des animaux entozoaires, qui trouvent leur existence sur le corps d'autres animaux; 6° *De l'idée qu'on doit se former des âcretés*; par le docteur Dann (spéculations théoriques); 7° *Sur les eaux sulfureuses de Mingolsheim* (grand-duché de Baden); par le docteur Speyer; 8° *Sur les spécifiques*; par le docteur Walther (rien d'inconnu); 9° *Trois observations de fongus médullaire*; par le docteur Wehr (rien de saillant).

OPÉRATION D'UN HÉPATOCÈLE, SUIVIE DE GUÉRISON; par le docteur BURDACH.

OBS. — Un jeune homme de 22 ans avait eu, dit-on, dans son enfance, un abcès du foie qui s'était fait jour au côté gauche du bas-ventre, et avait laissé à sa suite une cicatrice mince qui, plus tard, se souleva un peu, mais ne devint jamais douloureuse. Huit jours avant les accidens dont nous allons parler, le jeune homme fit un effort et éprouva à l'instant même une vive douleur à l'endroit de la cicatrice, comme si quelque chose s'était déchiré; il ne cessa néanmoins pas de bien se porter et fit même un voyage à pied deux jours après; c'est alors qu'il fut saisi de vives douleurs abdominales et de vomissemens stercoraux avec une constipation opiniâtre; tout le bas-ventre était tuméfié; le point de départ se trouvait évidemment à l'endroit de l'ancienne cicatrice fortement proéminente; après avoir employé vainement différens moyens, on se décida à pratiquer une opération sur cette dernière. On divisa les tégumens et le péritoine, et on arriva sur un corps mou qui n'était autre chose que le lobe gauche du foie qui descendait jusqu'à l'os iliaque gauche, du moins n'en pouvait-on pas voir les limites en regardant en dedans de l'angle inférieur de la plaie. Ce lobe fut repoussé, et immédiatement après le malade fut soulagé; il eut encore quelques vomissemens bilieux pendant la nuit et beaucoup de fièvre; le jour suivant, les selles devinrent abondantes et tous les symptômes s'amendèrent, sauf une soif ardente qui fut calmée en faisant sucer de la glace. M. Burdach n'a pas cherché à réunir les lèvres de la plaie par première intention, mais il s'efforça d'obtenir un tissu inodulaire par une cicatrisation lente; c'est à quoi il réussit parfaitement. Le malade a complètement guéri, et deux mois après l'opération, la cicatrice parut si solide qu'un bandage herniaire semblait être superflu.

Nous pensons avec l'auteur que dans ce cas les symptômes de l'étranglement provenaient de ce que le lobe gauche du foie engagé dans l'écartement des aponévroses du bas-ventre formait une concavité en dedans, dans l'intérieur de laquelle quelques anses de l'intestin ont pu se glisser et ainsi s'étrangler. M. Burdach n'a pas cherché à vérifier ce fait en attirant le bord du foie au dehors, et en cela il a sagement agi.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, publié par BUSCH, D'OUTREPONT, RITGEN et DE SIEBOLD.

Le premier cahier du huitième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Remarques et observations*; par le professeur D'Outrepont; 2° *Observation d'un abcès à l'hypogastre chez une femme enceinte; ouverture de cet abcès donnant issue à beaucoup de pus d'une odeur spermatique; accouchement heureux*; 4° *Amputation d'un sein squirrheux chez une femme au troisième mois de la seconde grossesse* (l'opérée a très bien guéri; elle a avorté au cinquième mois et eut encore deux autres avortemens chaque fois à la même époque; enfin, à la cinquième grossesse, elle mit au monde une fille de huit mois qui continua à vivre); par le docteur Ruppius; 3° *Sur la clinique d'accouchement de l'hôpital de Dublin*; par le docteur Eblen; 5° *Observations*; par le docteur Tott (rien de saillant); 6° *Compte-Rendu de la clinique d'accouchement de Wurtzbourg pendant* 1837 et 1838; par le professeur d'Outrepont (rien d'inconnu).

REMARQUES ET OBSERVATIONS; par M. le professeur D'OUTREPONT.

Il n'y a pas d'accoucheur qui ne sache combien il est difficile de guérir les gerçures aux seins. Le célèbre professeur de Wurtzbourg ayant été dans le cas d'expérimenter le remède secret de Liébert, de Paris, l'a trouvé réellement efficace; il en fit faire l'analyse et trouva qu'il contenait de l'acétate de plomb; depuis, il emploie une préparation analogue avec le même succès. Il est bien entendu qu'il a toujours la précaution de faire laver le bout du sein avant de laisser boire le nourrisson.

A l'occasion d'une observation d'avortement par cause d'une hémorragie utérine, M. d'Outrepont se demande jusqu'à quel point le tampon peut être un remède efficace contre les hémorragies. Il partage, sous ce rapport, les opinions de Capuron, de mesdames Lachapelle et Boivin, qui regardent le tampon comme une dernière ressource peu rassurante, et dont on ne doit user qu'avec beaucoup de précaution, et seulement après avoir employé inutilement tous les autres moyens.

SUR LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE L'HÔPITAL DE DUBLIN; par le docteur EBLEN.

Un séjour de quelques mois à Dublin, principal siége de l'instruction médicale de la Grande-Bretagne, a mis l'auteur à même de nous donner quelques détails intéressans sur le grand hôpital d'accouchement de Dublin. Cet hospice, créé par la charité de quelques particuliers, a reçu depuis sa fondation, en 1757, jusqu'en 1832, 127,034 pauvres femmes enceintes. Dans ce moment, on y fait 2500 accouchemens par an.

Une commission qui dirige cet établissement nomme le personnel médical, composé d'un directeur dont les fonctions durent sept ans, de deux aides médecins-accoucheurs et d'une sage-femme en chef. Un grand nombre d'élèves des deux sexes, dont les uns demeurent dans l'établissement, les autres en ville, suivent les cours, qui sont de six mois. Ordinairement chaque direction donne un compte-rendu après sa gestion de tout ce qui s'est passé à l'hôpital pendant les sept années de son exercice; c'est de là que sont sortis les écrits de MM. Clarke et Collins. Le directeur actuel est le docteur Every Kennedy, connu par un ouvrage sur l'auscultation dans l'obstétrique.

A cause du grand nombre de femmes enceintes qui demandent à entrer à l'hôpital, elles ne sont reçues qu'à la fin de leur grossesse, et sont renvoyées huit à dix jours après l'accouchement, lorsqu'elles sont bien portantes, ce qui est d'un grand inconvénient, en ce que les élèves ne peuvent examiner les femmes aux diverses époques de la gestation.

Quoique tous les accoucheurs anglais ne reconnaissent pas encore toute l'utilité de l'auscultation, M. Kennedy, ainsi que son prédécesseur, M. Collins, y trouve des avantages réels et incontestables.

Les femmes sont couchées sur le côté, comme cela se pratique toujours en Angleterre lors du toucher, pendant la parturition et dans toutes les opérations, à moins qu'une indication spéciale ne demandenne autre position. Elles accouchent sur un lit très bas, accessible de tous les côtés, et pendant le travail on soutient le périné de la manière ordinaire. Les accoucheurs anglais font grand cas de la compression de l'hypogastre après l'expulsion du fœtus; ils exercent cette compression à l'aide de la main d'abord, puis moyennant une forte courroie qu'ils serrent très fortement et dessous laquelle ils fourrent encore des compresses mouillées en cas d'hémorragie.

En général, les médecins anglais sont beaucoup moins prompts que ceux du continent à pratiquer des opérations, et se confient davantage à la nature; c'est ainsi que M. Clarke pendant sa gestion de sept ans n'a pratiqué d'opérations, telles qu'application de forceps, de levier ou perforation du crâne, que 63 fois sur 10,199 accouchemens, et M. Collins 145 fois sur 16,654 accouchemens, ainsi une opération sur 144 accouchemens; la pratique de M. Kennedy ne paraît pas être différente.

Le forceps notamment est très rarement mis en usage, le levier ne semble pas aussi généralement proscrit que chez nous. Les Anglais n'appliquent le forceps que lorsque la tête est assez descendue pour qu'ils puissent atteindre une oreille du fœtus avec le doigt; ils se décident volontiers à la perforation du crâne, lorsqu'à l'aide de l'auscultation ils se sont assurés de la mort du fœtus.

M. Kennedy a à se louer de l'emploi du seigle ergoté; pourtant il a constaté avec d'autres médecins que ce moyen nuisait à la vie des enfans; dans le cas de rigidité de l'orifice, l'onguent de belladone lui a rendu des services.

La conduite des Anglais diffère encore de celle des accoucheurs français et allemands lors de la chute du cordon ombilical; cet accident devient rarement pour eux un motif de pratiquer la version ou d'appliquer le forceps; encore au besoin donnent-ils la préférence à cette dernière opération; en général ils essaient de reporter le cordon dans l'utérus; mais encore ici ils ne paraissent pas plus heureux que nous.

M. Maunsell, accoucheur très estimé à Dublin, va même jusqu'à dire que personne n'a pu recommander sérieusement la version ou l'application du forceps dans le cas de prolapsus du cordon, parce que par ces moyens on expose bien plus l'enfant au danger de la compression que si on abandonne le travail à la nature. Cette conduite des accoucheurs anglais tient en partie de ce qu'ils font de la vie du fœtus comparativement à celle de la mère; de là la fréquence de leur perforation du crâne et la rareté de leur application du forceps; quant à l'opération césarienne, elle n'est presque jamais pratiquée, à moins qu'un enfant ne pût être extrait, lors même qu'on en aurait perforé le crâne.

Sur les 16,654 enfans nés pendant la gestion de M. Collins, il y eut 1,121 mort-nés, dont 527 déjà en décomposition putride; de 97 enfans dont le cordon prolaba, 73 étaient morts; les mères sont restées bien portantes. Clarke, prédécesseur de Collins, n'a eu que 17 enfans sur 66 cas de prolapsus du cordon. Des 16,414 femmes qui accouchèrent pendant la direction de M. Collins, il n'y eut que 164 morts malgré une épidémie de fièvre puerpérale qui sévit dans l'établissement.

En cas d'hémorragies utérines on extrait promptement le placenta après la sortie de l'enfant; dans les cas ordinaires on retire le délivre au plus tard une heure après l'accouchement. Pour remédier aux hémorragies, on a ordinairement recours à la compression surtout à l'aide de la courroie indiquée plus haut; on fait usage des fomentations froides et des douches d'eau froide; on frictionne le bas-ventre et on introduit aussi quelquefois la main dans l'utérus. On a peu de confiance dans les médicamens administrés à l'intérieur; lorsqu'il y a lipothymie on donne des spiritueux, et dans certains cas l'opium, même à très haute dose, pour procurer du repos et prévenir l'hémorragie. Ce n'est qu'à la dernière extrémité que M. Kennedy emploie le forceps dans les convulsions; encore ici se confie-t-il le plus communément à la nature; lorsque dans ces cas la tête est très élevée, il ne veut pas qu'on fasse la version, Collins partage cette opinion; ce dernier a vu sur 30 femmes atteintes de convulsions, dont 24 primipares, l'accouchement se faire quinze fois spontanément; six fois on appliqua le forceps; huit fois on perfora le crâne, et une fois on amena le fœtus par les pieds. Dans les 30 accouchemens 32 enfans furent mis au monde, 14 vécurent. Les 15 mères qui accouchèrent spontanément et les 6 qui furent délivrées avec le forceps se rétablirent; des 8 femmes, dont la tête des enfans fut perforée, 5 moururent.

M. Kennedy recommande dans les contractions locales des membres l'application du tourniquet, et une solution de tartre stibiée donné jusqu'à provoquer des nausées dans le délire et dans la manie puerpérale; il fait peu de cas des saignées ou des applications de sangsues dans ces dernières affections.

Quoique l'hôpital de Dublin ne laisse rien à désirer sous le rapport de la propreté, on voit survenir de temps en temps des épidémies de fièvres puerpérales que l'on combat ordinairement par la méthode antiphlogistique; cependant les saignées générales ne sont pas bien supportées; par contre, on applique beaucoup de sangsues et on donne les mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur. Le calomel est administré à forte dose; on y ajoute souvent l'opium et l'ipécacuanha; en outre, on a recours à l'huile de ricin et de térébenthine administrée à l'intérieur et à l'extérieur, aux cataplasmes et aux bains chauds.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de janvier et de février 1840 contiennent les articles originaux suivans (le numéro de décembre ne nous est point parvenu) : 1° *Remarques sur Eléonore Brigdmann, douée d'un seul sens;* par le docteur Julius, de Hambourg (cette jeune fille, actuellement âgée de 10 ans, née en Amérique et élevée dans l'Institut des avengles à Boston, est privée de la vue et de l'ouïe; les sens de l'odorat et du goût sont tellement obtus chez elle qu'on peut la regarder comme étant réduite à la simple faculté du toucher. Les facultés intellectuelles de cette petite fille sont cependant développées à un très haut degré; elle est gaie, s'amuse avec ses compagnes, auxquelles elle porte une vive affection; elle aime la propreté; elle est sensible au blâme et aux éloges; elle sait manifester ses désirs avec une grande adresse; elle coud, tricote et distingue même des mots représentés par des lettres en relief et sait même les reproduire avec beaucoup de dextérité, quoiqu'elle ne soit que depuis deux ans dans l'établissement où l'on soigne son éducation. Cette fille extraordinaire prouve que l'homme ne doit pas uniquement à la perfection de ses sens la supériorité sur les autres animaux); 2° *Observation d'un asthme enfantif, avec autopsie;* par le docteur Hachmann (l'auteur est disposé à regarder cette maladie comme une névrose); 3° *Résumé historique du bandage inamovible;* par le docteur Nevermann (le chirurgien de Plau fait voir que cet appareil a été employé il y a plus de 2000 ans).

VI. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR LES GRAINES DE COLCHIQUE, TROUVÉE DANS LES PAPIERS DE FEU M. LE DOCTEUR NEUBRANDT, et communiquée par le docteur BLUMHARDT.

Obs. — Caspar B., d'Aesthausen, âgé de 52 ans, d'un tempérament sanguin, but par mégarde, dans la soirée du 18 février 1830, d'une décoction faite avec une forte cuillerée de semences de colchique et un litre et demi d'eau; il eut dans la nuit plus de quinze selles et des vomissemens. M. le docteur Neubrandt le vit le lendemain matin dans un état peu inquiétant. Les selles et les vomissemens étaient moins fréquens; le malade quoique faible n'accusait aucune douleur et pouvait se lever; le bas-ventre qui n'était pas distendu se contractait spasmodiquement au toucher; le pouls était petit et subfréquent, les selles très fétides et ténues contenaient de petites membranes blanchâtres. On fit boire au malade beaucoup d'eau tiède contenant du beurre. Cette boisson provoqua encore quelques vomissemens et des selles; immédiatement après on lui ordonna du café noir et une forte infusion de guimauve avec du suc de citron. Sauf les vomissemens et les selles on ne put découvrir aucun autre symptôme qui pût faire soupçonner l'absorption d'une partie du poison; aussi quel fut l'étonnement du médecin lorsqu'il trouva, le lendemain matin, à huit heures (le 20), son malade dans l'état suivant :

Face pâle, respiration précipitée, gémissemens, ronflement, yeux enfoncés dans l'orbite, pupilles très dilatées, langue couverte d'un enduit blanchâtre et ne pouvant être sortie de la bouche qu'avec peine; région de l'estomac un peu douloureuse; haleine, face et extrémités froides; pouls très fréquent, à peine sensible; soif nulle; selles plus fréquentes depuis la veille et contenant des matières de couleur bleu clair en plus ou moins grande quantité. Le malade prit avec plaisir des soupes mucilagineuses et du café noir. Quoiqu'il répondît juste aux questions qu'on lui adressait, ses facultés intellectuelles paraissaient être embrouillées.

Mort à dix heures.

AUTOPSIE, faite 23 heures après la mort.

Figure pas altérée, pupilles très dilatées, yeux enfoncés, bouche spasmodiquement fermée; raideur remarquable de tous les membres et des muscles; le bas-ventre à peine un peu plus tuméfié que pendant la vie était d'une dureté extraordinaire, et montrait des taches particulières surtout nombreuses au creux de l'estomac et aux côtés vers le dos; elles étaient violettes, bleu verdâtres, rayées, non circonscrites. Les muscles étaient d'un bleu foncé, comme desséchés par l'air. La trachée-artère, près de la bifurcation, était enflammée; les poumons affaissés, petits, pâles, et mous au toucher étaient à l'état normal à l'intérieur; sur le cœur au reste normal et contenant beaucoup de sang coagulé, on voyait de grandes taches noires, violettes et brunâtres. L'œsophage n'était rouge brunâtre qu'au-dessous du diaphragme et à son embouchure à l'estomac; le cardia surtout était d'un violet noir. L'estomac à sa surface extérieure était légèrement violet et beaucoup plus foncé à l'intérieur; les veines de l'estomac et des autres intestins fortement distendues par du sang noir comme du charbon. Le foie normal avait une teinte violette à sa surface concave; la vésicule biliaire était volumineuse et

remplie de bile verte. Les intestins grêles et gros étaient à peine enflammés au dehors et ne montraient que des taches rouges, brunâtres, rares en dedans. Les autres organes n'offraient rien d'anormal. Le crâne et la colonne vertébrale n'ont pas été ouverts.

Les empoisonnemens par le colchique sans être très rares ne sont pas souvent consignés par les auteurs; l'observation que nous venons de citer offre cette particularité que les symptômes nullement alarmans au commencement ne sont devenus graves que vers le troisième jour. Il faut donc être en garde dans de pareilles circonstances, et on ne saurait trop accumuler les observations pour les comparer aux faits fournis par la toxicologie expérimentale sur les animaux.

Nous trouvons dans le même journal un autre cas d'empoisonnement par les feuilles de colchique; l'individu a succombé; mais le traitement qu'on a suivi a peut-être hâté sa mort. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; par le docteur VEIEL, de Cannstadt.

OBS. — Une femme, âgée de 30 ans, mariée depuis six ans et mère de deux enfans, devint enceinte pour la troisième fois, et eut une grossesse extrêmement orageuse. Vers la fin de la gestation, on consulta M. Naner qui, après avoir examiné la femme avec beaucoup de soin et après avoir pratiqué le toucher tant par le vagin que par l'anus, s'assura que l'utérus était complètement vide, et il aurait plutôt diagnostiqué une ascite ou une hydropisie de l'ovaire, si la patiente ne l'avait assuré avoir ressenti les mouvemens de son enfant, depuis la vingtième semaine de la grossesse jusqu'avant les derniers quinze jours. Elle souffrait horriblement de douleurs convulsives; le médecin résolut de faire une ponction à un pouce au-dessous de l'ombilic : à peu près six litres d'un liquide fétide, gluant et d'un brun rouge s'écoula, et le bas-ventre s'affaissa immédiatement. A travers les tégumens, on reconnut alors des saillies formées par les genoux et les coudes d'un fœtus; on se décida immédiatement pour l'opération césarienne, qui fut pratiquée sur la ligne blanche. Après avoir divisé la peau, une couche graisseuse et des lames fibreuses, on arriva sur une enveloppe brune, rouge, épaisse et tenace qui n'était autre chose que le péritoine auquel adhéraient les membranes de l'œuf; il s'écoula une grande quantité de sanie fétide, et on emmena au dehors par les pieds une petite fille à terme et morte à peu près depuis trois semaines. On fit ensuite l'extraction du placenta qui était inséré en partie sur le muscle iliaque gauche et en partie sur l'excavation du sacrum.

Cette extraction fut suivie d'une hémorragie foudroyante qu'on parvint à arrêter par des éponges trempées dans du vinaigre, et fortement appliquées sur l'endroit d'où venait le sang. Après avoir examiné le délivre, on s'assura que le cordon ombilical y manquait; il était encore dans le ventre de la femme et paraissait être inséré sur l'iliaque interne, et se continuer en forme d'éventail avec les membranes de l'œuf, qui elles-mêmes faisaient corps avec les tissus de la mère. Ce cordon ne se détacha que le cinquième jour après l'opération. On put alors examiner l'intérieur de la cavité; ses parois étaient formées par un sac membraneux vers l'intérieur duquel saillaient en bas la vessie, l'utérus et le rectum; en haut le foie et les intestins. On ebercha à détacher le sac; mais il était partout adhérent au péritoine, et on ne put en emporter des lambeaux qu'en haut vers le foie; on le débarrassa des caillots de sang, et on ne ferma que les deux tiers supérieurs de la plaie par quatre sutures, laissant le tiers inférieur ouvert pour l'écoulement des fluides. L'opérée a conservé ses sens pendant tout le temps de l'opération. Elle succomba le sixième jour, après avoir éprouvé de fréquentes lipothymies; le sac était gangréneux, sans qu'il se soit manifesté de véritables symptômes de réaction inflammatoire.

A l'autopsie, on trouva partout le sac intimement adhérent au péritoine, à l'exception d'une petite ouverture vers le fo e : il avait une couleur grise gangréneuse. Les parois du sac étaient appliquées en bas sur la paroi antérieure du ventre, sur l'utérus, la vessie et l'excavation du sacrum; mais en haut, elles n'adhéraient qu'en quelques points au mésentère et au grand épiploon. On reconnaissait encore la place où était inséré le placenta. Vers l'iliaque interne gauche et l'excavation du sacrum, où se trouvaient beaucoup de flocons fibreux, on ne trouva plus de trace du lieu où se terminait le cordon. Les vaisseaux qui aboutissaient au placenta étaient en partie des branches de l'épigastrique, en partie des branches de la mésentérique : elles avaient toutes acquis le double et le triple de leur calibre ordinaire. Les ovaires, les trompes et l'utérus étaient à l'état normal, sauf que la substance de ce dernier était un peu plus rouge. Les intestins étaient sains et refoulés en haut et en arrière, comme dans toute autre grossesse.

Quoique Osiander et Zang aient recommandé de faire, dans les cas de grossesse extra-utérine, l'extraction de l'œuf en entier, ce précepte ne peut être général ; il a été impossible de le suivre dans l'observation que nous venons de rapporter, puisque, après la mort même, on ne pouvait pas détacher le sac des tissus environnans, et il est très probable que, dans le plus grand nombre des cas, il en sera de même. Le placenta devra toujours être extrait. La putréfaction de ce corps volumineux ne peut qu'augmenter les dangers d'un empoisonnement septique, et ce dernier est l'accident le plus à craindre. Dans ce cas, le traitement devra être plutôt stimulant et tonique qu'émollient et antiphlogistique.

A notre connaissance, il n'existe pas encore d'exemple de succès de l'opération césarienne pour les grossesses extra-utérines, tandis que les cas où la nature est parvenue d'elle-même à se débarrasser du produit de la conception, en conservant la vie des femmes, sont nombreux.

VII. MONATSSCHRIFT FÜR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par d'AMMON.

Le cahier de novembre et de décembre 1839 contient : 1° *Sur l'hypertrophie du cerveau*; par le docteur Constat (rien de nouveau); 2° *Réflexions sur la circulation et sur l'insuffisance des théories connues jusqu'aujourd'hui*; par le docteur Nathan; 3° *Observation d'un empoisonnement par le sublimé corrosif*; par le docteur Prael (rien de neuf) 4° *Sur les maladies de la rate*, par le docteur Thierfelder. (Les quelques cas que l'auteur rapporte sont loin de prouver que les symptômes observés pendant la vie puissent être rattachés à une lésion quelconque de la rate.) ; 5° *Hémorragie par les parties génitales chez les petites filles nouvellement nées*; par le docteur Warnatz. (Dans cet article, l'auteur joint aux observations déjà connues (GAZ. MÉD., p. 248, 1834; p. 121, 1836, etc.) un nouvel exemple, et fait voir que ces hémorragies ne doivent pas être confondues avec les menstruations précoces. 6° *Korestenoma congenitum, vice organique de l'iris non encore décrit*; par le docteur d'Ammon; 7° *Remarques sur le torticolis congénital*, par le même; 8° *Guérison d'une mydriase idiopathique par le seigle ergoté*; par le docteur Hanmann. (Nous avons déjà rapporté un cas pareil bien intéressant dans la GAZ. MÉD., p. 505, 1838.) 9° *Pustules crystallines sur la couronne du gland et à l'entrée du vagin chez la femme*; par le même. (L'auteur considère cette éruption comme un phénomène d'aucune importance séméiotique.) 10° *De l'emploi de l'onguent d'iode contre les taches de la cornée*; par M. le professeur Chelins; 11° *Remarques sur le pennus*; par le même; 12° *Observation d'un fongus médullaire de la conjonctive*; par le même; 13° *Du traitement du carcinome des paupières*; par le même. (Ces quatre articles sont extraits du nouvel ouvrage d'ophthalmologie publié par M. le professeur Chelius et traduit par MM. Ruef et Deyher.)

KORESTENOMA CONGENITUM, VICE ORGANIQUE DE L'IRIS, NON ENCORE DÉCRIT; par le docteur D'AMMON.

Jusqu'à présent personne n'a encore fait mention d'une augmentation d'étendue de l'iris, maladie qui, par conséquent, peut être considérée comme l'opposé du colobome de l'iris. Le célèbre rédacteur de ce journal a eu occasion d'examiner les yeux d'un bœuf, qui, pendant sa vie, paraissait dans certains momens aveugle, et dans d'autres jouissait de l'usage de la vue. Déjà, à travers la cornée, on remarquait que les pupilles présentaient une particularité frappante, c'est que l'iris, quoique naturellement coloré, n'était pas percé par une pupille elliptique ordinaire, comme chez les ruminans; mais à sa place existaient deux petites ouvertures latérales, allongées, séparées par deux languettes, dont l'une descendait du bord pupillaire supérieur, et l'autre s'élevait du hord pupillaire inférieur : les deux languettes, en s'entrecroisant, interceptaient, par conséquent, la lumière au centre de la pupille, et ne laissaient que deux petits pertuis aux deux extrémités de l'ellipse pupillaire. Cette difformité existait à un plus haut degré à un œil qu'à l'autre ; il résultait donc de ce vice de conformation que, lorsque l'animal se trouvait à une lumière très vive, et qu'il contractait la pupille, il empêchait presque complètement l'entrée de la lumière dans l'œil, tandis que, par un jour plus faible, les deux ouvertures qui existaient aux deux extrémités de l'ellipse lui permettaient de voir. Selon que les languettes s'entrecroisaient plus ou moins parfaitement, il y avait occlusion de la pupille (*akoria*), ou sous-division de la pupille en deux ouvertures (*polykoria*). Cette difformité tient évidemment à un accroissement des bords pupillaires, dépassant beaucoup leur dimension normale, de là le rétrécissement de la pupille (*korestenoma*).

M. d'Ammon a encore trouvé quelque chose d'analogue dans l'espèce humaine. Une femme, affectée d'un anévrisme de l'artère innominée, avait aux deux yeux des pupilles très petites; celles-ci n'occupaient pas leur place habituelle; la trace du hord pupillaire était marquée par une saillie prononcée, et tout l'espace qu'aurait dû occuper la pupille était rempli par une substance grisâtre, assez analogue à celle de l'iris, et percée dans son centre par une toute petite pupille, qui, vue à la loupe, se prolongeait en colobome en bas et en dedans; le reste de sa circonférence était régulier. Il ne fut pas possible de lui reconnaître de la mobilité. La couleur de l'iris était un peu plus jaune qu'à l'ordinaire, et on pouvait y reconnaître les trois zônes indiquées par les auteurs.

M. d'Ammon ne croit pas qu'on puisse regarder cette substance, qui occupe la place de la pupille, comme une membrane pupillaire qui aurait persisté et qui serait percée dans son centre, parce qu'elle avait la même

couleur que l'iris; on ne peut pas non plus la considérer comme la continuation d'un iris trop étendu, parce que la ligne de démarcation n'était nullement tracée à l'endroit où aurait dû exister le bord pupillaire naturel.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 AVRIL.

INFLUENCE DU TRAVAIL DES MANUFACTURES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANS.

M. Dupin fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de faire paraître et qui a pour titre : *Du travail des enfans qu'emploient les ateliers, les usines et les manufactures, considéré dans les intérêts mutuels de la société, des familles et de l'industrie*. L'auteur donne en peu de mots une idée des principales questions qu'il a traitées dans cet ouvrage. Nous nous bornerons à en mentionner une seule.

Nous avons voulu, dit M. Dupin, connaître la différence de force et de validité des jeunes gens parvenus à l'âge viril, tels que nous les fournissent, d'une part, les départemens essentiellement agricoles; de l'autre, les départemens qui sont surtout industriels et manufacturiers; les résultats des opérations les plus récentes des conseils de révision dans le travail du recrutement, fournissaient pour cette comparaison des élémens précieux et d'une authenticité inattaquable.

Nous avons pris d'une part dix départemens agricoles, de l'autre dix départemens manufacturiers; ceux-ci offrant, pour une même étendue de territoire, trois fois autant de patentés industriels que les premiers, et payant en patentes une somme neuf fois aussi considérable; or, pour 10,000 jeunes gens capables de supporter les fatigues du service militaire, les dix départemens agricoles ne présentent que 4,029 infirmes ou difformes, et réformés comme tels, tandis que les dix départemens manufacturiers présentent 9,930 infirmes ou difformes, et réformés comme tels.

Dans les limites extrêmes de cette affligeante statistique, nous trouvons pour 10,000 jeunes gens en état de supporter les fatigues militaires :

Dans la Marne,	10,309	infirmes ou difformes.
Dans la Seine-Inférieure,	11,990	—
Dans l'Eure,	14,451	—

Afin d'obtenir 100 hommes assez robustes pour porter les armes, il faut rejeter comme débiles, infirmes ou difformes :

A Rouen,	170	jeunes gens de 20 ans.
A Elbeuf,	170	—
A Bolbec,	500	—

SUR LA RÉTRACTION ACTIVE DES LIGAMENS COMME CAUSE DE DIFFORMITÉS ARTICULAIRES, ET SUR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES LIGAMENS RÉTRACTÉS, POUR REMÉDIER A CES DIFFORMITÉS.

M. le docteur Jules Guérin adresse les conclusions suivantes d'un mémoire sur ce sujet.

1° Les ligamens peuvent, comme les muscles, être atteints de rétraction active; cette rétraction, comme celle des muscles, tient à une affection des nerfs qui les desservent, et le raccourcissement qu'ils présentent provient, comme celui des muscles rétractés, de deux sources : d'un retrait immédiat, espèce de contracture spontanée, et d'un arrêt de développement consécutif, appréciable par une inégalité de croissance entre les ligamens rétractés et les portions du squelette auxquelles ils s'insèrent.

2° Les ligamens rétractés peuvent constituer à eux seuls des causes primitives de difformités permanentes; la déviation essentielle des genoux en dedans, produite par la rétraction des ligamens latéraux externes et la portion correspondante du *fascia lata*, en offre un bel exemple; ou bien ils ne sont que des agens auxiliaires de production des difformités, comme dans certains pieds-bots compliqués. Dans l'un et l'autre cas, les caractères spécifiques de la déformation sont représentatifs de l'action isolée, ou auxiliaires de ce nouvel élément.

3° Il existe un état particulier des ligamens et des capsules articulaires correspondant à la paralysie des muscles : cet état, caractérisé par un relâchement considérable des élémens fibreux de l'articulation, est le produit de l'affection des nerfs qui s'y distribuent; et les circonstances où ce relâchement se rencontre sont précisément celles où l'affection nerveuse a produit la paralysie des muscles environnans.

4° La section sous-cutanée des ligamens rétractés doit intervenir dans le traitement des difformités qu'ils réalisent, ou concourent à réaliser, au même titre que la section des muscles rétractés; et cette opération peut et doit être pratiquée par les méthodes et procédés établis pour la section des tendons et des muscles. J'ai pratiqué déjà un grand nombre de fois publiquement cette opération avec un plein succès à l'hôpital des Enfans, notamment la section *des ligamens latéraux externes du genou*, pour remédier à la déviation essentielle de cette articulation, et la section *des ligamens péronéo-tarsiens antérieur, moyen et postérieur; du ligament deltoïde de la malléole interne; des ligamens supérieur et latéral astragalo-scaphoïdien; et du ligament latéral scapho-cunéiforme*, pour remédier à des pieds-bots compliqués que la ténotomie seule n'avait pu résoudre complètement.

Veuillez agréer, etc.

JULES GUÉRIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 AVRIL.

Après la lecture de la correspondance et la communication de l'ordre du jour, M. PARISET lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Marc-Antoine Petit.

M. BARTHELEMY demande la parole à l'occasion de l'ordre du jour, pour se justifier aux yeux de l'Académie du retard apporté à la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. Il propose à l'Académie, si elle désire l'entendre, de se constituer en comité secret à 4 heures.

CONSIDÉRATIONS SUR LA STRUCTURE DE L'ENCÉPHALE, SUR LA FORME DE LA BOITE OSSEUSE CRANIENNE ET SES RAPPORTS AVEC L'ENCÉPHALE.

M. BLANDIN fait, au nom de MM. Bouillaud, Bouvier et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Foville, sous le titre qui précède. Ce mémoire se compose de deux parties : dans la première, relative à la structure de l'encéphale, l'auteur distingue, dans cet organe, deux plans de parties fibreuses, émanant de la substance grise, auxquels il assigne des fonctions différentes ; l'un destiné à transmettre aux nerfs les ordres de la volonté, l'autre transmettant les sensations au cerveau.

Cette première partie du mémoire tend à établir que les racines antérieures et postérieures des nerfs prenant naissance dans chacun de ces plans fibreux, sont parfaitement distinctes dans l'encéphale.

La seconde partie est relative à la structure de la boîte osseuse du crâne. (Voir la séance du 3 décembre 1839.)

M. Blandin propose de remercier l'auteur du mémoire et d'insérer son travail dans les fascicules de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

REMÈDE CONTRE LA GOUTTE ET LE RHUMATISME. (RAPPORT OFFICIEL.)

M. DUBOIS (d'Amiens), rapporteur : Le sieur Boubée, pharmacien à Auch, a demandé au ministre du commerce un brevet d'invention pour un remède qu'il dit avoir employé avec succès contre la goutte et le rhumatisme. Ce remède est un composé de salsepareille, de jalap, de moutarde, etc. Le ministre en appelle à l'Académie sur la question de savoir si le remède proposé mérite son approbation et s'il y a lieu de lui appliquer le bénéfice de la loi sur les brevets d'invention. M. Boubée joint à sa demande l'énumération des titres et honneurs que lui ont valus, dans sa ville natale, les succès obtenus par son remède, le tout accompagné d'une liasse de lettres qui proclament ces succès.

Le rapporteur conclut à ce qu'on réponde qu'il n'y a pas lieu d'accorder le brevet demandé, se fondant sur la double considération, 1° qu'il n'y a point découverte; 2° que le remède proposé est nuisible.

M. LOISELEUR DES LONGCHAMPS rappelle à l'Académie que la commission des remèdes secrets a déjà rejeté une demande du même genre, faite par ce même pharmacien.

M. BOULEY demande qu'on ajoute aux conclusions qu'il n'y a point lieu, d'ailleurs, d'appliquer la loi sur les brevets d'invention aux remèdes secrets.

M. MOREAU veut qu'on recommande l'inventeur au procureur du roi.

Après cette courte discussion, le rapport est adopté avec les modifications proposées.

M. RENAULT (d'Alfort) obtient un tour de faveur pour communiquer à l'Académie un travail, dont il lit les conclusions, sur la gangrène à la suite des opérations pratiquées sur les chevaux.

M. GAUTIER DE CLAUBRY présente à l'Académie un jeune enfant, sur lequel M. Robert a pratiqué avec succès la trachéotomie, pour une affection croupale.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS D'ENTÉRORAPHIE PARTIELLE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS; par M. le docteur JUDRIN, D. M. P.

OBS. — Queux Philiberte, âgée de 46 ans, d'une constitution robuste, habitant la commune de Genay, près Semur (Côte-d'Or), est atteinte depuis trois ans environ d'une hernie crurale du côté gauche, et n'a jamais porté de bandage.

Le 4 août dernier, après avoir porté de lourds fardeaux, elle ressent de la douleur dans le ventre et s'aperçoit que sa tumeur herniaire qui, habituellement, rentrait d'elle-même ou avec une grande facilité, résiste aux pressions qu'elle exerce sur elle pour en opérer la réduction; bientôt des coliques, des hoquets et des vomissemens surviennent, et malgré la violence et l'intensité toujours croissantes de ces symptômes, cette malheureuse femme ne communique à personne la cause de ses souffrances, et reste neuf jours entiers dans cet état, et n'aurait certainement pas tardé à succomber, si l'une de ses voisines, auprès de laquelle j'avais

été appelé, ne m'eût prié d'aller la voir. Voici dans quel état je la trouvai le 13 : teint plombé, face grippée, exprimant la souffrance le plus vive; pouls petit, serré, fréquent et intermittent; ventre météorisé, douloureux à la pression; coliques très vives, accompagnées dans leurs paroxysmes de vomissemens de matières fécales; absence totale d'évacuations alvines depuis cinq ou six jours; à l'aine gauche, tumeur dure, élastique, du volume d'un œuf de poule, sans changement de couleur à la peau.

Après quelques tentatives infructueuses de réduction, et que je ne pratiquais qu'avec crainte de réduire un intestin gangréné, cette femme ne pouvant recevoir chez elle tous les soins que réclame son état, je la fis de suite transporter à l'hôpital de Semur, où je pratiquai l'opération de la manière suivante :

Après avoir tracé avec de l'encre la direction et l'étendue que je veux donner à l'incision des tégumens, ceux-ci sont pincés de manière à ce que le bistouri parcoure d'un seul coup toute l'étendue de la ligne tracée; après quoi je dissèque avec précaution et couche par couche le sac dont la couleur est d'un rouge très foncé; son injection très prononcée, ainsi que l'épaississement et la consistance ferme de ses diverses couches, me font penser qu'il a été le siége d'une vive inflammation, de laquelle il a pu résulter des adhérences entre sa paroi interne et l'anse intestinale; aussi pour pénétrer dans l'intérieur du sac ai-je la précaution d'agir sur la partie qui me paraît offrir le moins de tension, et où je crois sentir un peu de fluctuation; c'est vers son extrémité supérieure que je pénètre dans cette cavité, et je m'aperçois bientôt que mes soupçons étaient fondés. En effet, l'anse intestinale est presque partout adhérente; mais les adhérences étant récentes, il m'est facile de les détruire avec l'extrémité du doigt indicateur promené dans tous les sens entre la face interne du sac et l'intestin; cependant, à la partie moyenne et antérieure du sac, une adhérence plus solide que partout ailleurs m'a fait éprouver quelques difficultés, et lorsqu'elle a été détruite, a mis à découvert une perforation intestinale arrondie et du diamètre de deux lignes environ, par laquelle des gaz, ainsi que des matières fécales, se sont aussitôt échappés.

Après avoir examiné avec soin l'anse intestinale et avoir reconnu que quoique d'un rouge brun très foncé elle offrait encore de la fermeté, de la consistance et de l'élasticité et n'était par conséquent pas encore frappée de gangrène, j'ai pratiqué le débridement et tiré au dehors la portion d'intestin qui avait été comprimée par le collet du sac, afin de m'assurer que la partie étranglée était saine; considérant alors, d'une part, les dangers ou au moins les inconvéniens graves qui résultent d'un anus contre nature, et d'un autre côté, les chances favorables que semblait offrir une suture intestinale sur une surface si peu étendue; après avoir consulté mon confrère le docteur Misset, médecin de l'hôpital, qui m'assistait dans cette opération, son avis qui est toujours pour moi du plus grand poids ayant été que la suture pouvait être tentée, je procédai à cette opération de la manière suivante:

Une aiguille à coudre très fine armée d'un fil de soie fort, quoique très fin aussi, est plongée à une ligne environ du bord de l'ouverture de dehors en dedans, puis de la même manière de dedans en dehors au côté correspondant de l'ouverture, de telle sorte que la ligne tracée par le fil ne coupait le circuit de l'ouverture que vers le tiers de son diamètre; puis à l'aide du même fil j'en fais autant sur l'autre côté et les bouts du fil se trouvant rassemblés du même côté, je fais un double nœud assez serré, et je coupe les bouts tout près du nœud; cette suture paraît d'abord suffisante pour prévenir l'issue des matières stercorales; mais avant de réduire l'intestin, j'exerce sur lui, pour m'en assurer, de légères pressions qui déterminent un suintement de fluides stercoraux accompagné de gaz; alors je me décide à appliquer une seconde suture absolument semblable à la première, seulement elle est disposée de telle sorte qu'elle la croise à angle droit; cette fois de nouvelles pressions plus fortes que les premières nous démontrent que l'occlusion est complète; alors la réduction est opérée, la plaie pansée avec une compresse fenêtrée, enduite de cérat, de la charpie et des compresses triangulaires; le tout maintenu par un bandage inguinal.

Après avoir fait transporter la malade dans son lit, je lui prescris une potion composée d'eau de laitue, 4 onces; sirop diacode, demi-once; huile d'amandes douces, 1 once; gomme adragant, 15 grains, à prendre par cuillerée d'heure en heure; pour boisson, orge édulcorée.

Le 14, la malade, qui n'avait pas goûté un seul instant de repos depuis le 4, a un peu dormi dans la nuit, mais le ventre est météorisé et toujours très douloureux à la pression; le pouls est aussi toujours très fréquent et intermittent; mais les vomissemens et les hoquets ont entièrement cessé (20 sangsues sur le ventre, cataplasme opiacé après leur chute, et du reste même prescription).

Le 15, le ventre est plus souple et moins douloureux; le pouls, moins fréquent, n'offre que quelques rares intermittences; cependant la malade n'ayant pas encore eu d'évacuations, nous prescrivons un lavement huileux qui procure trois selles très copieuses (même prescription, hors les sangsues).

Le 16, le ventre est entièrement souple et indolent; le pouls qui, le jour de l'opération, montait à 120 est tombé d'une manière extraordinaire, puisqu'il n'offre plus que 65 pulsations; il n'offre d'ailleurs aucune irrégularité; la malade dit ne plus sentir aucun mal et réclame des alimens (même prescription, et de plus lait coupé avec trois quarts de tisane d'orge; lavement simple).

Le 18, la malade nous paraît si bien que nous lui accordons des bouillons maigres.

Le 20, elle a des soupes.

Le 22, le quart. Ce jour-là les débris du sac s'exfolient, et depuis lors la cicatrisation de la plaie marche avec une telle rapidité que le 28 elle est achevée.

Aujourd'hui, 14 septembre, la malade est sortie de l'hôpital parfaitement guérie, et elle n'y est restée tout ce temps que parce qu'on n'a pas voulu la renvoyer avant qu'elle se fût procuré un bandage.

NOTE DU RÉDACTEUR. L'observation qu'on vient de lire peut être considérée sous un double point de vue: 1° sous le rapport de l'opération du débridement; 2° relativement à la suture pratiquée dans le but de remédier à la perforation qui avait été le résultat de l'étranglement.

Toutes les raisons possibles militaient en faveur du débridement et du débridement avec incision du sac, la nature des accidens, leur intensité, la période avancée à laquelle déjà ils étaient parvenus, la gangrène partielle de l'intestin et la perforation qui en avait été la suite; mais pour ce qui touche à la suture, nous ne partageons pas l'opinion de notre confrère de Sémur. Qu'est-ce, en effet, qu'une perforation intestinale, n'ayant pas deux lignes de diamètre, alors que le reste de l'intestin est sain ou du moins ne se trouve pas sous l'imminence de la gangrène, quand d'ailleurs des adhérences ont déjà commencé à s'établir? Ces adhérences ne mettent-elles pas complètement à l'abri de tout épanchement dans le ventre, et le débridement lorsqu'il est convenablement fait n'est-il pas suivi du rétablissement du cours des matières fécales? Reste donc alors une très petite ouverture, une simple fistule, qui n'est rien en comparaison du diamètre de l'intestin. Dans un cas de ce genre, il n'est besoin que de patience, et bientôt, par suite de ce retrait des parties herniaires si bien étudié par Scarpa, la plaie de l'intestin tend incessamment à s'oblitérer, la fistule à se guérir.

Les choses se passent ainsi dans des cas bien moins heureux; alors qu'une plus grande portion de l'intestin est détachée, qu'il y a véritablement un anus contre nature, à plus forte raison doit-on y compter lorsqu'il s'agit d'une étroite ouverture. D'ailleurs, quelque minime que soit l'étendue de la déperdition de substance, on peut discuter sur l'opportunité de rompre les adhérences pour opérer la réduction. Une fois l'étranglement levé, dira-t-on, avec Scarpa, que l'importance de ces productions organiques est trop évidente, leur influence trop salutaire, pour vouloir s'en priver ainsi spontanément, quelle que soit d'ailleurs l'importance qu'on attache à la suture simple des parois intestinales, sans mettre les séreuses en rapport, suivant le procédé de M. Jobert?

Mais les faits nous aideront à résoudre cette question. Que de fois n'a-t-on pas vu à la suite de plaies intestinales, ou de perforations par érosion ou gangrène, l'intestin repoussé dans le ventre sans qu'on ait fait de suture, et la cicatrice s'établir, sans aucun épanchement ni formation de fistule!

Nous pourrions citer entre autres deux observations consignées dans le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Velpeau (tom. IV, p. 161). Il s'agit, dans un cas, d'une femme de 55 ans, chez laquelle une hernie crurale s'étrangla. Après l'incision du sac, M. Velpeau reconnut que l'intestin était ulcéré en trois endroits. La pression faisait suinter les matières intestinales par les trois ouvertures; celles-ci diminuèrent considérablement de volume après la déplétion de l'intestin. M. Velpeau se décida à le repousser dans le ventre. On tint la plaie ouverte, et la malade dans une immobilité complète. Il ne survint aucun accident, et cette femme s'est aussi rapidement, aussi complètement rétablie que s'il s'était agi d'une hernie sans altération de l'intestin. Il ne s'est jamais échappé la moindre parcelle de matière stercorale par la plaie, qui était cicatrisée au bout d'un mois.

Le résultat fut le même chez une femme âgée de 47 ans; l'ouverture intestinale avait huit lignes de longueur; elle eut lieu au moment où, après l'incision du sac, la malade fit un effort inattendu. Enhardi par l'observation précédente, M. Velpeau se hasarde à réduire immédiatement l'intestin blessé; il n'y avait pas d'adhérences, ni dans ce cas ni dans l'autre; rien ne sortit par la plaie; la malade a quitté l'hôpital le trente-cinquième jour.

Resterait à discuter maintenant l'innocuité de la suture appliquée à des parois intestinales, enflammées, éprouvant déjà ce ramollissement avant-coureur de la gangrène; qui ne sait les inconvéniens en pareille occurrence de tout moyen mécanique irritant? La déchirure des parois intestinales, ou un surcroît d'inflammation dont les dangers sont faciles à prévoir ne serait-il pas à craindre? Et ce qui, à la rigueur, pourrait être admis dans les cas de plaie simple et récente, doit-il être applicable à une perforation siégeant sur des tissus malades et altérés?

En résumé, la conduite de M. Judrio, justifiée par le succès dans l'espèce, et conforme en principe à l'opinion de plusieurs auteurs partisans des sutures, ne nous semble pas devoir être adoptée d'une manière générale.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES (première partie); par M. P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc. — Un volume in-8. — A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17; à Lyon, chez Savy, éditeur, quai des Célestins, 18.

L'ouvrage de M. Ricord sur les maladies vénériennes avait depuis quelque temps terminé, pour la majorité des médecins instruits, les controverses animées dont leur étude était devenue l'objet; en sorte que l'on ne pensait plus avoir désormais à enregistrer dans leur histoire que des découvertes de détail et d'un intérêt secondaire. Voici pourtant un livre qui remue de nouveau les fondemens sur lesquels on croyait cette partie de la science définitivement assise, et où les principales questions dogmatiques se trouvent résolues d'une manière nouvelle. Sorti de la plume d'un homme recommandable à plus d'un titre, et placé depuis neuf ans dans les circonstances les plus favorables à l'observation de ces maladies, l'importance des idées contenues dans cet ouvrage nous impose le devoir de ne pas nous borner à en donner le sommaire, mais d'en discuter au contraire les propositions les plus saillantes. En procédant ainsi, nous serons d'ailleurs plus sûrs de ne priver le lecteur d'aucune des considérations importantes dont M. Baumès a appuyé sa doctrine; car ce n'est qu'en cherchant à porter un jugement raisonné sur un système, qu'on peut espérer d'en saisir et d'en retracer toute la physionomie et toutes les preuves dont la plupart échappent souvent à l'indifférence du simple analyste.

La première partie de ce livre, la seule qui ait paru, traite des questions fondamentales en syphilographie, questions relatives aux virus syphilitique et blennorrhagique, à leurs effets primitifs et consécutifs, et aux principes généraux du traitement. C'est donc sur ces trois points que nous allons successivement exposer et les idées de l'auteur et les réflexions qu'elles nous ont suggérées.

§ I. — DU VIRUS SYPHILITIQUE.

C'est surtout à l'occasion du mode d'introduction du virus syphilitique dans l'économie, que l'opinion de M. Baumès s'écarte des idées ordinaires. Etayée sur des considérations ingénieuses et puisées à des sources diverses, soutenue par une foule d'observations intéressantes, présentée enfin avec le style incisif et la dialectique serrée qui sont propres à l'auteur, sa théorie est rendue tellement séduisante que c'est pour nous un devoir de le suivre pas à pas dans la voie nouvelle qu'il s'est ouverte, sans négliger un seul de ses argumens.

Le principe capital que l'on retrouve partout formulé, partout invoqué, est le suivant : lorsque le pus virulent d'un chancre est déposé à la surface d'une partie pourvue de son épiderme, l'absorption de ce pus peut avoir lieu avant l'apparition d'aucun chancre ou ulcère syphilitique au point de contact, de sorte que lorsque plusieurs jours après le coït exercé avec une femme infectée, il paraît un chancre sur le gland, on ne peut pas dire que ce chancre est un mal entièrement local. Voyons sur quelles preuves est appuyée cette importante assertion.

M. Baumès rapporte l'observation d'un homme qui, cinq jours après le coït, vit un chancre se développer sur le gland, et il demande comment, dans la doctrine ordinaire, on pourrait s'expliquer pourquoi un seul point s'est ulcéré; toute la surface du gland, dit-il, a cependant été en contact avec le pus virulent; le point sur lequel s'est manifesté le chancre n'a pas été plus frotté, plus irrité que les autres; le pus n'a pas séjourné plus longtemps sur lui, puisque des lotions exactes et générales ont été pratiquées après le coït. Que signifie d'ailleurs, poursuit-il, ce contact plus prolongé du pus sur un point? Ne voit-on pas souvent, dans un phymosis avec chancre virulent du prépuce, le pus retenu en contact avec le gland baigner pendant longtemps sa surface, sans qu'on trouve une autre ulcération produite, lorsque la cessation du phymosis permet d'examiner l'état des parties?

La manifestation du chancre sur un point plutôt que sur un autre ne peut donc s'expliquer que de la manière suivante : du pus virulent étant placé à la surface d'une partie, « cette partie sent le contact du pus dans toute la surface touchée, mais plus vivement dans un point que dans un autre, et en vertu de l'impression ressentie, elle ne réagit que sur ce point plus ou moins circonscrit de cette surface. Cette réaction, dans son intensité et dans une grande partie de sa forme, ne dépend ni de la qualité ni de la quantité du pus infectant, mais bien de l'état local et de l'état général de l'individu infecté. Ainsi l'ulcère de réaction peut n'avoir qu'une ligne de diamètre, tandis que toute la surface soumise au contact pendant le même temps et dans des circonstances semblables avait deux pouces d'étendue. Le besoin de réagir de la part de l'organe affecté ou de l'organisme entier se trouve en quelque sorte satisfait par ce seul point de réaction, quelque circonscrit qu'il soit, etc. »

Je ne sais si ce mode d'interprétation paraîtra aussi rigoureux qu'il est séduisant au premier coup d'œil. Aucun fait sans doute ne lui est réfractaire, mais pourrait-il en prévoir un seul? Peut-être préférera-t-on s'en tenir à l'ignorance franchement avouée des raisons pour lesquelles un chancre contracté dans le coït se manifeste dans un lieu plutôt que dans un autre. Peut-être pensera-t-on, comme M. Ricord, que la présence d'un follicule muqueux dans ce point a contribué à y faire naître le chancre, soit à cause de la ténuité qu'offre le prolongement de l'épithélium dans la cavité du follicule, soit en permettant au pus un contact plus prolongé avec les tissus. Car cette dernière circonstance ne me semble pas, comme à M. Baumès, être indifférente pour la production du chancre dans le lieu touché par le virus; et l'exemple, cité par lui, du chancre avec phymosis est d'autant moins probant à cet égard que l'inflammation intense (telle que la présentent les organes génitaux dans le cas de phymosis) constitue un obstacle à l'absorption. Tous les auteurs sont d'accord sur ce principe, et M. Baumès ne le reconnaît-il pas lui-même lorsqu'il professe que les bubons virulens à la suite de chancre sont d'autant moins fréquens et l'absorption par conséquent d'autant moins facile à leur pourtour que les chancres sont plus enflammés. Ainsi le virus, quoique séjournant longtemps sur une surface, peut rester inoffensif, si d'autres circonstances s'opposent à son action; mais il n'est pas permis d'affirmer que la durée de ce séjour n'exerce aucune influence sur ses effets.

Mais voici maintenant des raisons plus directes pour prouver que, entre le coït et le moment où paraît le chancre, le virus ne s'est pas arrêté au tégument sur lequel il a été déposé, mais qu'il peut avoir été absorbé :

1° L'expérience prouve que les substances liquides sont absorbées à la surface des membranes muqueuses, et que cette absorption est favorisée par des frictions douces et répétées. Or il n'y a rien dans la nature du virus syphilitique, ni dans les circonstances qui accompagnent sa déposition sur les organes génitaux, qui puisse empêcher de croire à la réalité de son absorption.

2° Il existe des cas de syphilis constitutionnelle survenue sans ou du moins avant l'apparition de symptômes primitifs. Nous ne nous arrêterons pas à cet argument, car M. Baumès, qui admet l'existence de ces véroles d'emblée, les déclare très rares, sans en citer un seul exemple, et n'attache vraisemblablement pas plus d'importance que nous aux preuves qu'il en pourrait déduire.

3° Il existe des cas de bubon d'emblée survenant après le coït; et M. Baumès puise dans l'étude de leurs symptômes et de leurs suites trois ordres de preuves pour établir qu'ils résultent de l'absorption du virus au moment du coït.

A. Lorsqu'ils arrivent chez des sujets d'un tempérament sanguin, ne présentant aucune disposition morbide locale ou générale, on ne peut les rapporter qu'au coït. Or l'excitation qui accompagne cet acte ne peut être regardée comme capable de donner lieu à la formation d'un bubon. Il faut donc nécessairement recourir à une autre cause pour expliquer son apparition, et cette cause ne peut être que l'absorption du pus virulent.

A ce raisonnement, j'opposerai seulement les faits où une simple fatigue, une chaussure trop serrée détermine l'engorgement ganglionnaire.

B. Quand les bubons d'emblée suppurent, poursuit l'auteur, l'inoculation de leur pus donne un résultat tantôt positif, tantôt négatif. Quoique M. Baumès considère, ainsi que nous le verrons plus tard, l'un et l'autre de ces deux cas comme également probant pour établir que le passage du virus dans le ganglion a réellement eu lieu, nous n'examinerons pour le moment que les faits dans lesquels le pus des bubons d'emblée a fourni par l'inoculation la pustule caractéristique. Ces faits sont au nombre de trois, tous trois observés par l'auteur à l'hôpital de l'Antiquaille, tous trois rapportés avec beaucoup de détails. Je regrette cependant de le dire, ils n'ont pu modifier notre opinion sur la nature non virulente des bubons d'emblée. Je m'empresse de le reconnaître, il n'est pas facile de constater dans ces cas s'il s'agit d'un bubon survenu réellement d'emblée, car l'étendue et la profondeur des parties à examiner, l'insouciance, l'ignorance et la mauvaise foi des malades sont autant d'obstacles qui s'opposent à ce qu'on puisse assurer qu'aucun symptôme inoculable n'a précédé l'engor-

gement ganglionnaire (1). L'incertitude tient donc ici plus au sujet qu'à l'auteur. Mais si la preuve est difficile à fournir, est-ce moins mon droit, est-ce moins mon devoir d'exiger avant de changer d'avis, qu'elle soit faite complètement? Aussi, en attendant que le hasard nous permette d'avoir une observation irréprochable sous ce rapport, ou tout au moins, si l'on veut arguer de faits douteux, que le nombre de ceux où l'inoculation a en des résultats soit plus considérable, je m'en tiendrai à la doctrine de M. Ricord, basée sur les résultats de son immense pratique. Que l'on ne se méprenne pas cependant sur les motifs de ma détermination; ce n'est pas ici un choix arbitraire que je fais entre M. Ricord et M. Baumès. L'insuccès constant de l'inoculation pratiquée par M. Ricord dans tous les cas si nombreux de bubon d'emblée dont il a été témoin ne m'autoriserait pas à nier la possibilité de leur nature virulente, si l'on pouvait me citer un seul fait, mais un fait bien constaté où l'inoculation eût réussi; mais jusque-là n'ai-je pas le droit de m'appuyer sur cette masse presque innombrable d'observations pour conserver mon opinion et regarder comme différens par leur nature les cas, si rares d'ailleurs, dans lesquels un résultat différent a été obtenu. Les faits négatifs étant si imparfaitement établis, pourrait-on me blâmer de persévérer dans l'adoption d'une théorie que soutiennent tant de faits affirmatifs?

C. Enfin dans un cas de bubon d'emblée, M. Baumès a observé des symptômes constitutionnels; mais il s'agissait ici d'un bubon virulent, et les accidens secondaires n'ont commencé qu'un mois environ après son apparition; de sorte que, même en admettant les idées de l'auteur sur l'absorption du virus dans le coït, on ne pourrait pas attribuer ici les phénomènes consécutifs à cette absorption plutôt qu'à celle du pus du bubon.

Pour qu'un bubon virulent paraisse d'emblée, il faut de toute nécessité que le pus contagieux ait pu traverser, sans les ulcérer, les tissus qui le séparent du ganglion. Or la chose est-elle possible? M. Ricord le nie, excepté néanmoins pour les vaisseaux lymphatiques afférens. M. Baumès, satisfaisant en cela aux exigences de sa doctrine, cherche à établir que l'absorption du virus jusqu'au premier ganglion lymphatique peut avoir lieu, sans que les parties placées sur sa route et touchées par lui deviennent nécessairement le siége d'un chancre. Continnons à exposer les preuves qu'il donne de cette assertion.

1° M. Ricord, s'appuyant sur l'hypothèse d'après laquelle toute absorption est précédée d'imbibition, trouve dans cette imbibition la cause d'un contact intime, d'une sorte d'imprégnation des tissus par le virus. M. Baumès regarde l'hypothèse en question comme dépourvue de preuves solides. On doit à cet égard faire une distinction : sans doute il est difficile de croire que dans le mécanisme de l'absorption il n'y ait rien autre que des phénomènes d'imbibition. Mais si ce n'est pas la seule condition, ce n'en est pas moins une des conditions de l'absorption. C'est ainsi que la considère M. P.-H. Bérard; et, pour ma part, l'anatomie m'apprenant que les ramuscules lymphatiques se terminent en cul-de-sac près des surfaces sans s'y ouvrir, je ne saurais comprendre comment, sans l'imbibition, des substances déposées sur le tégument pourraient s'introduire dans ces vaisseaux.

2° En admettant même l'imbibition du virus, M. Baumès ne croit pas qu'elle entraîne nécessairement l'ulcération des tissus touchés. Il cite à cet égard le fait déjà mentionné du pus chancreux séjournant plusieurs jours impunément entre le gland et le prépuce, dans le cas de phymosis. Il fait observer l'intervalle de temps quelquefois très long qui sépare le moment du coït de celui où surviennent les phénomènes locaux, et demande ce que serait dans le virus cette propriété corrosive avec un effet de corrosion si tardif. Enfin il rappelle que les vaisseaux lymphatiques qui conduisent au ganglion ne s'ulcèrent pas ordinairement, bien qu'ils soient touchés par le virus.

Reprenant une à une ces objections, nous dirons que dans le cas de phimosis, rien ne prouve que l'imbibition ait eu lieu. L'absorption bien constatée du virus pourrait seule le mettre hors de doute; mais ce genre de preuves ne nous étant pas donné nous ne saurions admettre ici la réalité de l'imbibition ni par conséquent son innocuité.

L'apparition tardive du chancre tient uniquement à ce qu'il faut un certain temps au virus pour que son action sur les tissus produise dans ceux-ci des lésions appréciables; la plupart des virus ne sont-ils pas dans le même cas?

Quant à l'intégrité des vaisseaux lymphatiques, malgré le contact du pus virulent, elle a été reconnue par M. Ricord. C'est une exception unique, inexpliquée jusqu'ici, et dont M. Baumès a donné lui-même la meilleure raison, en faisant observer que ces vaisseaux destinés à servir seulement de conducteurs jouissent d'une vitalité bien inférieure à celle des ganglions.

Mais si l'absorption du virus a lieu au moment du coït, pourquoi voit-on si peu de véroles d'emblée; pourquoi un chancre au point qu'a touché le plus contagieux précède-t-il ordinairement les phénomènes de syphilis constitutionnelle? La réponse de M. Baumès à ces questions, qui sont des objections à sa doctrine, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Le virus absorbé durant le coït, puis transporté dans les systèmes lymphatique et sanguin, perd une partie de son intensité; ce qui le prouve, c'est que les symptômes de syphilis constitutionnelle ne sont plus inoculables.

2° Au contraire, le lieu sur lequel a d'abord été déposé le virus a subi le contact de cet agent, alors qu'il avait toute la plénitude de sa force et de sa propriété virulente.

3° C'est donc sur les organes génitaux, là où l'économie a senti le plus fortement l'impression syphilitique que doivent se présenter les premiers phénomènes de la réaction nécessitée par le trouble où l'absorption du virus a jeté l'organisme, et ces premières lésions doivent fournir un pus inoculable.

4° Cependant, il est des individus dont les parties génitales, bien que douées de la faculté d'absorber, ne sont, par une idiosyncrasie spéciale, que peu ou point disposées à devenir le siége de la réaction ulcéreuse. Dans d'autres cas, une maladie existant au moment du coït, la force vitale concentrée sur les parties malades peut ne point être disposée à réagir au point de contact du virus. Dans l'une ou l'autre de ces deux conditions, ou voit survenir, ou des bubons d'emblée, ou des véroles d'emblée.

A l'égard de cette nouvelle cause que l'auteur introduit (Propos. III) sous le nom d'impression syphilitique, et à laquelle il attribue la faculté de faire naître le chancre dans le lieu où elle s'est exercée de préférence à tout autre point, nous regrettons que sa nature et surtout ses propriétés n'aient pas été plus nettement établies. Il nous serait impossible de combler cette lacune; car, en cherchant à nous faire une idée du rôle qu'elle doit jouer dans la production des symptômes primitifs, nous avons été arrêtés par cette double difficulté : ou cette impression est, à elle seule, capable de produire le chancre, et alors à quoi bon l'hypothèse d'une absorption du virus primitive, dont rien ne démontre la réalité, et qui est inutile pour expliquer les accidens locaux; ou elle n'agit que comme cause occasionnelle, en déterminant une fluxion dans le point où elle est appliquée plutôt que dans tout autre; mais, si elle n'est qu'une cause d'évolution, pourquoi, parmi toutes les maladies existantes, parmi tous les agens d'irritation connus, ne s'en est-il jamais (l'histoire de la science le prouve) trouvé un seul capable de déterminer l'apparition du chancre sur un point autre que celui où avait eu lieu le contact du virus?

L'inoculation du virus syphilitique n'étant jamais suivie de symptômes constitutionnels (du moins quand ses effets ont été convenablement réprimés), M. Baumès cherche à prouver que l'inaction des forces absorbantes, dans ce cas, ne prouve pas qu'il en soit ainsi lorsque les substances contagieuses sont déposées à la surface du tégument sain. A cet effet, il cite l'exemple de la variole et de la morve, où les phénomènes qui dénotent l'infection générale paraissent beaucoup plus vite, quand l'absorption du principe contagieux s'est faite à travers la peau ou les muqueuses pourvues de leur épiderme, que lorsqu'il a été inoculé. Ces différences sont réelles, mais existent-elles aussi pour le virus syphilitique? Puis, de ce que le virus ne s'absorbe pas ou s'absorbe tardivement après l'inoculation, en conclurez-vous qu'il s'absorbe après le coït? D'ailleurs, dans les maladies citées comme exemple, l'introduction dans l'économie de la matière virulente se trahit par des symptômes généraux caractéristiques dont la présence ou l'absence permet de déterminer s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu absorption. Nous avons les mêmes moyens de reconnaître l'absorption du virus syphilitique, et certes, s'il avait pénétré dans l'organisme pendant le coït, ce ne serait ni par des raisons physiologiques, ni par des considérations tirées de l'analogie, qu'on se verrait forcé de prouver la réalité de son existence. Les symptômes de la syphilis constitutionnelle parleraient assez haut pour la mettre hors de doute; mais, je le demande, le défaut constant de leur apparition dans ces circonstances n'a-t-il pas la même valeur pour infirmer la doctrine que je combats?

M. Baumès trouve encore un argument en faveur de l'absorption primitive du virus dans la fréquence des bubons à la suite des affections vénériennes. Dans aucune autre maladie, en effet, les engorgemens ganglionnaires ne se montrent aussi souvent : d'ailleurs, c'est au moment où les chancres sont le moins enflammés que surviennent les bubons. Ces

(1) Pour donner un exemple, l'on sait avec quelle ténacité les malades cachent les lésions qu'ils ont contractées dans un commerce contre nature. Puisqu'on ne peut sur ce point se fier à leur récit, il faut donc faire avec soin l'exploration de l'anus et de la partie inférieure du rectum, si l'on veut avoir le droit d'affirmer l'absence de tout symptôme primitif avant le bubon. Or je ne vois pas cette exploration ni même des interrogations dans ce sens mentionnées dans les observations de M. Baumès.

considérations lui paraissent constituer des obstacles insurmontables à l'adoption de la doctrine qui regarde la plus grande partie de ces engorgemens comme résultat de la sympathie; car si la sympathie présidait à leur développement, leur fréquence et l'époque de leur apparition devraient être en rapport avec l'inflammation du chancre; ce qui n'est pas.

Ces conclusions paraîtront sans doute de la plus haute importance; car les faits dont elles sont déduites sont vérifiés tous les jours par l'observation clinique. Mais si, dans l'état présent de nos connaissances, il nous semble par conséquent impossible d'attribuer la plupart de ces bubons à la sympathie, faut-il, comme M. Baumès, les rapporter presque tous à la présence du virus dans le ganglion lymphatique? Faut-il surtout admettre, comme lui, que dans le cas même d'un bubon dont le pus n'est pas inoculable, on doit néanmoins le considérer comme produit par le passage du pus dans le ganglion? Nous ne saurions laisser passer sans examen cette dernière assertion.

Pour la prouver, M. Baumès cite des observations où, un seul chancre ayant produit, sur le même individu, un bubon à droite et un autre à gauche, ils ont été ouverts en même temps; et l'inoculation pratiquée séparément avec le pus de chacun d'eux a donné lieu à la pustule pour l'un, et est demeurée sans résultat pour celui de l'autre côté. Les ganglions lymphatiques étant, d'après M. Baumès, des organes qui se rattachent à la nutrition, et où s'exécute une élaboration sur les substances qui y arrivent, il explique les résultats différens de l'inoculation dans ce cas par ce travail modificateur du ganglion qui, s'exerçant sur deux bubons primitivement virulens, a été, d'un côté, insuffisant, et, de l'autre, assez puissant pour changer l'action et la propriété du virus. Il demande d'ailleurs si, dans les observations citées, et où deux bubons existaient chez le même individu, en même temps, à la suite du même chancre, on pourrait dire que l'un était dû à l'absorption du virus, et l'autre à la sympathie.

Oui, sans doute, je le dirais, me fondant, pour constater le fait, sur les résultats de l'inoculation, si différens dans l'un et l'autre cas; et, pour l'expliquer, sur ce que les radicules des vaisseaux lymphatiques aboutissant au bubon dont le pus s'est inoculé étaient sans doute en rapport avec la surface même du chancre couverte de pus virulent; tandis que ceux de l'autre côté ne correspondant probablement qu'au pourtour du chancre, c'est-à-dire à des parties simplement enflammées, il n'a pu se propager, par continuité de tissu, au ganglion, qu'une simple inflammation. Mais, à mon tour, je demanderais à M. Baumès s'il pourrait expliquer comment ces bubons, dus tous les deux, suivant lui, à l'absorption du virus, étant survenus dans les mêmes circonstances, l'action modificatrice du ganglion a pu, chez le même individu, être tellement différente de chaque côté que les deux bubons commencés ensemble et ouverts le même jour présentassent à l'inoculation des résultats aussi opposés.

Énonçons maintenant les corollaires pratiques qui découlent de toute cette discussion. En règle générale, je reconnais que l'absorption du pus virulent pendant le coït est à la rigueur possible, quoique rien n'en démontre la réalité. Mais, ce qui est important à vérifier, ce n'est pas la possibilité de cette absorption, c'est l'influence qu'elle est susceptible d'exercer sur la production des phénomènes secondaires. Or, nous avons vu qu'elle n'est pas capable, à elle seule, de déterminer les symptômes de la syphilis constitutionnelle; du moins, aucune observation n'autorise à le dire. C'est d'après cette considération que M. Ricord a été conduit à établir sa belle loi: point de symptômes secondaires sans accidens primitifs; et que, montrant les chances d'infection générale liées à la durée des accidens primitifs, il a fait de la prompte terminaison de ceux-ci la première indication à remplir. La doctrine de M. Baumès, qui admet une absorption du virus effectuée avant l'apparition du chancre, ne conduirait-elle pas à des conséquences pratiques tout opposées? En fixant l'attention du praticien sur une infection générale déjà opérée, ne pourrait-elle pas le détourner de la lésion locale, et exercer dès-lors sur la thérapeutique une fâcheuse influence?

Existe-t-il des circonstances dont l'observation puisse faire prévoir et servir à expliquer la survenance des symptômes secondaires? L'auteur distingue, sous ce rapport, deux cas bien différens: ou l'économie est saine, et aucune cause d'irritation, de fluxion, ne se présente pendant un temps assez long, à partir de l'époque où l'infection a eu lieu; et alors, grâce au travail éliminateur, aux effets de dépuration auxquels se livre l'organisme, le virus syphilitique est à la longue neutralisé, sans avoir produit d'effet appréciable; ou bien des circonstances opposées se rencontrent, et la diathèse syphilitique se manifeste par ses résultats caractéristiques, par les symptômes secondaires. Sans partager tout à fait l'opinion de M. Baumès sur l'importance qu'il accorde à ces conditions générales où se trouve placé le malade, et où nous ne voyons que des causes d'évolution, nous recommandons cependant à l'attention du lecteur les pages qu'il a consacrées au développement de ces considérations. C'est un tableau intéressant où l'on voit signalée, et toujours éclairée par l'observation, toute l'influence que ces causes exercent sur l'époque et le siége où apparaissent les symptômes secondaires.

Admettant que la syphilis consécutive est une maladie générale, M. Baumès explique très bien comment on peut méconnaître quelquefois ses effets, à cause de l'habitude où l'on est de ne les observer que sur certains tissus. Mais, ce qui prouve que beaucoup d'affections viscérales doivent être regardées comme dépendant de la diathèse syphilitique, c'est que, comme l'a observé l'auteur, on voit quelques-unes de ces maladies, qui s'aggravaient sous l'influence des médications en apparence les plus rationnelles, cesser tout à coup lors de l'apparition d'une syphilide, et le traitement spécifique dont ce symptôme pathognomonique permet enfin d'établir l'indication, mettre fin sans retour à tous les accidens: double preuve de la nature syphilitique de l'affection viscérale première.

Cette viciation générale, due au virus syphilitique, est regardée par M. Baumès comme consistant en une modification du système nerveux ganglionnaire. C'est par l'influence incontestable de ce système sur les sécrétions qu'il explique les ravages de la syphilis communiquée par le sperme du père aux enfans, et quelquefois même par le lait d'une femme à son nourrisson. Dans la transmission héréditaire, il faut, suivant M. Baumès, tenir compte, et de la santé générale des individus qui ont infecté, et de la constitution particulière des enfans appelés à se partager ce funeste héritage. Ont-ils été conçus dans un temps où leurs parens présentaient, outre la syphilis, un trouble notable de quelques fonctions; sont-ils eux-mêmes d'un tempérament lymphatique, la syphilis se manifestera chez eux avec plus d'intensité que si des circonstances opposées s'étaient trouvées réunies en leur faveur.

§ II. — DU PRINCIPE CONTAGIEUX DE LA BLENNORRHAGIE.

Les syphilographes sont loin d'être d'accord sur le mécanisme suivant lequel se transmet la blennorrhagie. Son muco-pus n'est-il qu'un agent irritant? Possède-il, au contraire, la propriété contagieuse? M. Baumès résout de la seconde manière cette question, dont l'importance, au point de vue pratique, justifie le développement que nous donnons à cette partie de notre analyse.

Il admet tout d'abord que certains écoulemens urétraux peuvent tenir à d'autres causes que le contact du muco-pus blennorrhagique; mais ils diffèrent essentiellement des blennorrhagies véritables par leur marche, leur durée, leur intensité. Ils en diffèrent surtout (et c'est le point principal), en ce que leur faculté de se transmettre est exceptionnelle et toujours bornée à une seule communication; tandis que le fluide d'une vraie blennorrhagie déposé sur la muqueuse urétrale reproduit une blennorrhagie susceptible à son tour d'en déterminer une troisième semblable, cette transmission d'individu à individu ne reconnaissant aucune limite capable de l'arrêter. A l'appui de cette assertion, M. Baumès cite l'exemple de trois sujets qui, avec des écoulemens dus à l'usage de la bière, à un écart de régime, à la disparition d'un eczéma, n'ont jamais donné aucun mal à leurs femmes; mais, ayant contracté une blennorrhagie, leurs rapports avec les mêmes personnes qu'ils voyaient autrefois impunément ont été suivis chez ces dernières d'une inflammation de même nature que la leur.

On ne peut, continue l'auteur, pour nier cette qualité contagieuse du muco-pus blennorrhagique, arguer du résultat négatif de l'inoculation à la lancette; car ce n'est pas sous l'épiderme, ce serait à la surface d'une muqueuse qu'il faudrait le déposer. Mais on sait trop combien il est difficile d'arrêter le cours d'une inflammation de cette espèce, pour oser la provoquer dans un simple but de curiosité scientifique. Il faut donc se contenter des cas où, par la débauche ou l'inadvertance des malades, ce muco-pus se trouve déposé sur la conjonctive, la muqueuse anale ou buccale, et de ceux où la blennorrhagie a été contractée, pour avoir seulement, et sans coït, mis le bout de la verge en contact avec la vulve souillée de cette matière contagieuse. M. Baumès cite encore les expériences d'inoculation dont parle Bell, et il donne deux observations où lui-même, sur la demande formelle d'un malade et d'un médecin, a inoculé avec succès le liquide blennorrhagique.

Étudiant ensuite comparativement le chancre et la blennorrhagie, il reconnaît, comme M. Ricord, qu'il n'y a jamais production du premier par le contact ou l'inoculation du muco-pus de la seconde; et que les médecins qui l'ont avancé s'en sont laissé imposer par l'existence d'un chancre larvé chez l'individu infectant, ou par un ulcère qui n'avait du chancre que l'apparence, chez le sujet infecté.

Dans la blennorrhagie, M. Baumès croit que l'absorption s'exerce, comme dans le chancre, soit sur le pus mis pendant le coït en contact avec la muqueuse urétrale, soit sur celui qu'elle fournit, lorsqu'elle est elle-même enflammée. De même l'engorgement des ganglions lymphati-

que qui survient alors tient moins souvent qu'on ne le croit à la sympathie; et ce qui prouve qu'il est ordinairement dû au passage du virus blennorrhagique dans le ganglion, c'est que la fréquence de son apparition est en raison inverse de l'intensité de la phlegmasie urétrale; c'est que les écoulemens liés à une disposition générale ou provenant de causes irritantes (ceux, par exemple, que produit l'injection d'une solution concentrée de nitrate d'argent), s'accompagnent beaucoup plus rarement de bubons que les écoulemens blennorrhagiques.

Cette argumentation est on ne peut plus entraînante, et les lecteurs seront, je n'en doute pas, portés comme nous à admettre une doctrine fondée sur des faits aussi concluans, sur des rapprochemens aussi judicieusement établis. Vient maintenant une question déjà bien controversée, celle de la possibilité d'accidens consécutifs après une simple blennorrhagie. L'auteur la résout par l'affirmative.

D'abord, dit-il, puisque le principe de la blennorrhagie est contagieux, n'est-on pas porté, en voyant le trouble que l'introduction de certaines matières contagieuses détermine dans l'économie, à admettre que ce principe peut produire un effet semblable, et conséquemment que des accidens secondaires peuvent survenir après une simple blennorrhagie. Mais ce raisonnement de M. Baumès ne saurait suffire pour démontrer la proposition en litige; il ne peut que la rendre vraisemblable; encore faudrait-il pour cela que l'analogie sur laquelle il est basé fût générale, ou, en d'autres termes, que toutes les maladies contagieuses s'accompagnassent de symptômes généraux plus ou moins graves, dénotant une perturbation de l'organisme. Or, l'exemple du contraire nous est offert par la teigne faveuse qui, bien que contagieuse, reste néanmoins le plus souvent une maladie locale.

Venant ensuite à des preuves plus directes, M. Baumès rapporte cinq faits observés par lui à l'hôpital de l'Antiquaille, et où des symptômes constitutionnels bien caractérisés n'ont été précédés que d'une blennorrhagie. Nous ne rappellerons pas, à l'égard de ces observations, ce que nous avons dit sur les bubons d'emblée. Prouver qu'aucun chancre n'a existé avant l'apparition des accidens secondaires est encore ici le point difficile, mais aussi le point important, la condition en l'absence de laquelle les faits restent sans valeur. Examinons, sous ce rapport, les cas cités par M. Baumès. Sans doute, dans des observations comme celles-ci, où il faut s'en rapporter à la mémoire et à la bonne foi des malades, nous avons d'autant moins le droit d'être sévères sur l'omission de quelques circonstances que nous avons reconnu la presque impossibilité de rassembler toutes celles qui seraient nécessaires; nous ferons cependant remarquer que, sur cinq malades, trois n'ont pas subi l'inoculation avec le pus de leur blennorrhagie : quatre sont restés hors de toute surveillance pendant les trois ou quatre mois qui ont précédé l'apparition des symptômes constitutionnels (temps bien suffisant pour qu'un chancre soit contracté, et pour que sa cicatrisation se fasse de manière à ne laisser aucun vestige); enfin, l'un d'eux avait une blennorrhée datant d'un an déjà lorsqu'il fut soumis à l'observation, et, par conséquent, l'exploration de son canal, faite à cette époque, n'autorisait certainement pas à affirmer qu'il n'y avait pas eu de chancre antérieurement. M. Baumès rapporte encore un cas de balanite, suivi de syphilide; mais la nature du mal ne fut pas constatée par un médecin.

On voit combien il est difficile de réunir dans une observation de ce genre toutes les circonstances indispensables pour la rendre concluante. La démonstration rigoureuse est peut-être ici même à jamais interdite par la nature du sujet. Mais M. Baumès est-il pour cela dans son droit lorsqu'il reproche à M. Ricord d'être trop exigeant en fait de garanties? Non, certes, ces garanties sont de rigueur pour un parti comme pour l'autre, et nous ne pouvons pas plus l'en dispenser qu'il ne lui serait permis de nous les refuser. D'ailleurs, M. Baumès est d'autant moins fondé à se plaindre de cette sévérité que nous n'en avons pas usé envers la majeure partie de ses observations; et cela n'était pas nécessaire, puisqu'il n'a rassemblé que dans une seule, je ne dis pas toutes les conditions propres à faire naître la certitude, mais au moins les détails dont on doit exiger la production, parce qu'elle est possible, et dont l'omission frappe de nullité l'observation où on peut la signaler.

Entre les symptômes constitutionnels, suite de blennorrhagie et ceux qui succèdent au chancre, M. Baumès reconnaît qu'il existe une différence, non pour leur nature, mais pour leur intensité, leur gravité et leur siége. Il indique avec détail, et d'après ce qu'il a observé, les formes particulières de syphilis constitutionnelle que produit de préférence la blennorrhagie.

La blennorrhagie détermine-t-elle aussi souvent que le chancre des accidens secondaires? L'impression exercée par le virus blennorrhagique sur les ganglions lymphatiques peut, d'après l'auteur, servir de boussole pour nous faire juger de ce qui doit produire sa présence dans l'économie. Si donc ces ganglions s'engorgent plus légèrement, se résolvent avec plus de facilité, suppurent plus rarement à la suite de la blennorrhagie qu'après le chancre, on doit en conclure que l'organisme sera aussi moins fortement impressionné dans le premier cas, et parviendra plus aisément à se débarrasser du vice dont il est imprégné.

M. Baumès s'adresse ensuite une question de la plus haute importance : A quelle époque la blennorrhagie cesse-t-elle de posséder la propriété contagieuse? Cette époque ne saurait être fixée d'une manière générale, car, de même que le chancre reste quelquefois virulent durant deux années, de même la blennorrhagie peut fournir, pendant plus d'un an, du pus contagieux. Ce n'est donc pas par l'ancienneté de la maladie qu'on peut déterminer sa nature. Ce n'est point par l'inoculation; ce moyen serait trop dangereux. Ce n'est point non plus par la quantité de fluide sécrété. M. Baumès cite des observations nombreuses, dans lesquelles un écoulement ancien, et réduit à ce qu'on nomme *goutte militaire*, a déterminé des blennorrhagies bien caractérisées. Il voit même dans ces suintemens, souvent négligés, et regardés à tort comme insignifians, la cause des désordres graves qui se déclarent quelquefois subitement chez de jeunes mariées, jusque-là bien portantes, détruisent leur santé, et peuvent même se transmettre à leurs enfans, avant qu'on en ait soupçonné la véritable cause. Cette partie de l'ouvrage offre un intérêt bien vif, et nous la signalons avec plaisir à l'attention des médecins; l'auteur y a multiplié les exemples tirés de sa pratique, et, dans plusieurs cas, les bons résultats du traitement ont prouvé la justesse des principes qui lui en avaient fait établir l'indication.

Les caractères physiques de l'écoulement ont seuls quelque valeur pour permettre de juger de sa propriété contagieuse; et l'on peut généralement avancer qu'un suintement limpide, incolore, transparent, plus ou moins filant, ou gluant même, n'est pas contagieux.

§ III. — PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT.

SYPHILIS PRIMITIVE. — M. Baumès cherchant à apprécier la cautérisation du chancre, au point de vue de son opportunité, admet que, « à quelque époque de l'existence des chancres qu'on les cautérise, on n'a pas la certitude que l'absorption du pus syphilitique n'a pas déjà eu lieu. » Nous avons déjà fait remarquer que, même en accordant à l'auteur que le virus soit absorbé avant l'apparition du chancre, on peut le mettre au défi de prouver que, par le fait seul de cette absorption primitive, l'économie ait jamais subi une impression fâcheuse, une impression pouvant se traduire par des phénomènes constitutionnels. Aussi approuvons-nous entièrement le passage où M. Baumès conseille la cautérisation comme un moyen excellent pour arrêter la sécrétion d'un liquide contagieux, qui peut être absorbé à tout instant, s'il ne l'a déjà été. Le dernier membre de cette période pourrait cependant recevoir une interprétation capable de conduire à des erreurs de pratique. Ce n'est sans doute pas M. Baumès que nous y croyons exposé, mais peut-être ceux de ses partisans qui, donnant à sa doctrine sur l'absorption primitive du virus toute l'extension dont elle est naturellement susceptible, s'autoriseraient de la restriction que contient cette phrase pour regarder la cautérisation comme insuffisante et, par conséquent, inutile dans quelques cas.

Après avoir énoncé les causes qui peuvent contr'indiquer la cautérisation, M. Baumès examine s'il convient, pendant la durée des accidens primitifs, d'administrer au malade un traitement mercuriel, comme propre à prévenir les symptômes secondaires. Il croit que la diathèse syphilitique, qui existe toujours à cette première époque de la maladie, peut être neutralisée par la seule médication antiphlogistique, mais que, le succès de ce traitement étant souvent empêché par des causes d'irritation, des écarts de régime, qu'on ne peut guère se flatter d'éviter, il est plus prudent de donner le mercure toutes les fois que le malade ne peut pas observer scrupuleusement les règles de l'hygiène. Alors la guérison est plus solide, comme le prouve la pratique de l'auteur. L'emploi du mercure, comme prophylactique des symptômes secondaires, doit, d'après lui, être subordonné aux préceptes suivans : 1° il faut cesser son usage dès qu'il a fait disparaître les symptômes primitifs, car il n'y a plus alors aucun guide capable de diriger dans la quantité de mercure à donner, et sa continuation pendant un temps indéfini serait dangereuse. Ces dernières réflexions sont justes, mais je n'y verrai qu'un motif pour ne pas employer ordinairement le traitement mercuriel dans un but préventif. La disparition des accidens primitifs ne peut servir à fixer le moment où il faut cesser de l'administrer, car ils peuvent souvent guérir sans mercure, et, d'ailleurs, l'espace de temps que nécessite leur cure est très variable. D'un autre côté, le chancre n'étant pas toujours suivi d'accidens secondaires, l'on est bien autorisé, ce me semble, à rejeter (du moins comme moyen prophylactique) l'emploi d'un médicament toujours dangereux, quelquefois absolument inutile, et qui l'est, d'ailleurs, le plus souvent, à cette période de la maladie, par la presque impossibilité qu'il

y a de rencontrer juste, faute d'un guide propre à diriger dans la fixation de la quantité à administrer.

2° On doit souder les susceptibilités du malade avant de se décider pour l'usage interne ou externe du mercure, ou pour l'emploi de telle ou telle forme de ce médicament.

3° En cesser l'usage dès qu'il devient irritant, car, outre les accidens que sa continuation produirait alors, elle serait inutile, l'intolérance de l'économie montrant que le médicament ne va plus à son adresse.

4° Se contenter d'un traitement local simple.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE. Le traitement qu'on emploie pour prévenir les accidens secondaires convient aussi pour les combattre, c'est-à-dire la méthode antiphlogistique, ou mieux encore, le mercure, dans les cas où la première médication ne peut être appliquée d'une manière exacte et pendant un temps suffisant; ou, s'il y a eu quelques-uns de ces symptômes primitifs qui, tels que le chancre induré et les bubons volumineux et suppurans, font courir plus de chances de syphilis constitutionnelle. Mais chaque symptôme secondaire réclame aussi une forme spéciale, une combinaison particulière des agens thérapeutiques, et, pour se guider dans leur choix, on consultera avec fruit le résultat de la pratique de l'auteur.

Quant à la blennorrhagie, M. Baumès fait observer que sa persistance, souvent très longue, et qu'expliquent la structure et les fonctions de la partie affectée, nécessite quelquefois à cette époque l'usage des anti-blennorrhagiques : mais ils ne lui semblent pas indiqués dans le début de la maladie, parce qu'il est impossible de connaître, *à priori*, la susceptibilité de la muqueuse urétrale, et le degré de force de l'impression produite sur elle par la matière blennorrhagique, et qu'on s'expose à voir leur administration suivie d'une réaction susceptible de rendre le mal plus intense qu'il ne l'était auparavant.

La rareté des accidens consécutifs après une simple blennorrhagie, et la possibilité d'obtenir la guérison de celle-ci sans mercure, permettent de se dispenser du traitement mercuriel pendant le cours de l'inflammation urétrale. Survient-il quelques accidens secondaires, ce traitement les fera facilement disparaître, vu leur faible degré d'intensité.

M. Baumès termine par de sages et importantes considérations sur le traitement des suintemens chroniques et rebelles; c'est dans l'ouvrage même qu'il faut lire les préceptes qu'il donne sur ce point difficile de thérapeutique.

Le plan que nous avons suivi dans ce compte-rendu nous dispense de porter un jugement sur le mérite général de l'ouvrage; car nous avons énoncé notre opinion sur les propositions les plus importantes, à mesure que nous les avons exposées, persuadés que c'était la marche la meilleure pour mettre le lecteur à même de se prononcer avec connaissance de cause. Mais, alors même que cette discussion serait sans utilité pour la science, nous ne regretterions pas de l'avoir entreprise, car la franchise de la critique est le seul garant de la sincérité de nos éloges; elle seule peut ôter à la louange l'apparence d'une flatterie. Aussi, lorsque nous déclarons que, malgré quelques dissidences entre les idées de M. Baumès et les nôtres, son livre nous paraît contenir des documens aussi indispensables aux savans qu'aux praticiens, personne ne croira que ce soit là seulement une formule de politesse destinée à faire oublier la forme, souvent peut-être, mais toujours involontairement hostile de cette analyse.

DIDAY.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Il s'est glissé dans l'impression de mes observations relatives à des calculs vésicaux, que vous avez publiées dans votre numéro du 4 de ce mois, des erreurs que je ne pouvons nous dispenser de rectifier.

J'avais joint à ma troisième observation un dessin à la plume, que je croyais pouvoir être rendu par une gravure sur bois intercallée dans le texte. La gravure a été supprimée, et on en a cependant donné l'explication, qui, le dessin manquant, devient inintelligible. Il aurait donc fallu supprimer, avec le dessin, tout ce qui se trouve entre ces mots : « *S'ils n'ont pas été expulsés par les contractions de la vessie* », et ceux-ci : « *Cette laborieuse opération.....* » Donnez-vous la peine de lire ce passage, et vous verrez que, sans la gravure, il ne peut avoir aucun sens.

Mais, outre ce non-sens, on m'a fait dire, dans l'explication du dessin, ces mots : « *petite pierre libre dans le bas-ventre* », qui sont un vrai *barbarisme chirurgical*; c'est *dans le bas-fond* que j'avais dit.

La gravure aurait pu donner une idée exacte de la disposition de la vessie. Puisqu'elle n'a pas pu être imprimée, permettez que je décrive en peu de mots cette disposition insolite.

La vessie était divisée par une espèce de diaphragme en deux cavités, dont l'une, inférieure, peu spacieuse, contenait un petit calcul qui se trouvait libre; l'autre, supérieure, était remplie par une énorme pierre, qui, heureusement, était très molle. Cette pierre faisait saillie dans la cavité inférieure, puisque la première fois que j'ai porté les tenettes vers le bas-fond, j'en ai détaché un fragment; mais, après l'extraction de ce fragment et du petit calcul, la cavité inférieure de la vessie s'est trouvée vide; le bouton promené sur toute la paroi inférieure de l'organe n'y a plus trouvé de corps étranger. La cloison qui divisait la vessie présentait une large ouverture; car les tenettes ont pénétré et se sont déployées sans difficulté dans la cavité supérieure. On peut se faire une idée de la profondeur de cette cavité supérieure par la grande quantité de débris de calcul que j'en ai extraits, et par la profondeur à laquelle pénétraient les tenettes. J'enfonçais ces instrumens jusqu'aux anneaux, et leurs mors venaient toucher la paroi abdominale vers le milieu de l'intervalle qui sépare le pubis de l'ombilic.

Le chatonnement d'un calcul dans une cavité située vers la partie supérieure de la vessie, et ayant son ouverture tournée en bas, est difficile à expliquer; mais le fait que j'ai observé n'est pas le seul de ce genre. Ce mode de chatonnement a été observé par Meckel (cité par Boyer, t. IX, p. 294). Bouquot, chirurgien des Invalides, et Garengeot, ont rencontré des cas analogues, qui ont été rapportés avec beaucoup de détails par Houstet (MÉM. DE L'ACAD. DE CHIR., t. I, p. 398, édit. in-4°).

Si j'eusse reconnu, d'avance, la disposition et le volume de cette grosse pierre, j'aurais taillé au-dessus du pubis; car il est évident que si ce calcul n'eût pas été brisé, il eût été impossible de l'extraire par l'incision périnéale.

Agréez, etc.

G. GOYRAND, D. M. P.

Aix, ce 8 avril 1840.

— Le concours pour la chaire d'opérations, vacante par le décès de Richerand, s'ouvrira dans le mois de novembre prochain.

— HOPITAL SAINT-LOUIS. — COURS SUR LES MALADIES DE LA PEAU. — M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ce cours audit hôpital, le *mardi 5 mai* prochain, à 9 heures précises du matin, et le continuera les mardis suivans, à la même heure.

Ouvrages de l'auteur :

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU. 1 vol. in-8°. Deuxième édition. Paris, 1840.

MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES. 1 vol.

DES ULCÉRATIONS DU COL DE LA MATRICE. Brochure avec figures.

DES ALTÉRATIONS DU SANG DANS LES MALADIES. In-4°. Paris 1840.

Chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

— RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES OVAIRES DANS L'ESPÈCE HUMAINE, considérés sous le rapport de leur influence dans la menstruation; par M. C. NÉGRIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique d'accouchement à l'École secondaire de médecine d'Angers, chirurgien en chef de la Maternité des hôpitaux d'Angers, etc., etc.; 1 vol. grand in-8, avec 11 planches lithographiées par E. BEAU, d'après les dessins de Lebiez. Prix: 6 fr. pour Paris, et 7 fr., franc de port par la poste.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

— DES EAUX DE SOURCE ET DES EAUX DE RIVIÈRE, COMPARÉES SOUS LE DOUBLE RAPPORT HYGIÉNIQUE ET INDUSTRIEL, ET SPÉCIALEMENT DES EAUX DE SOURCE DE LA RIVE GAUCHE DE LA SAONE, PRÈS LYON, ÉTUDIÉES DANS LEUR COMPOSITION ET LEURS PROPRIÉTÉS, COMPARATIVEMENT A L'EAU DU RHONE; par ALP. DUPASQUIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de chimie médicale à l'École-de-Médecine, et de chimie industrielle à l'école Lamartinière. 1 vol. in-8°. 1840. Prix : 7 fr. 50 c.

— HISTOIRE RAISONNÉE DES PROGRÈS QUE LA MÉDECINE PRATIQUE DOIT A L'AUSCULTATION, ouvrage couronné par la société de médecine de Bordeaux, dans la séance publique du 30 novembre 1839; par G. PEYRAUD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de la société de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8°. 1840. — Prix 3 fr. 50 c.

— MÉMOIRE SUR LES HYDROPISIES, SUITES DE FIÈVRES INTERMITTENTES; par G. PEYRAUD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de la société de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17; à Lyon, chez Savy jeune, libraire, 48, quai des Célestins.

— TRAITÉ DE L'INCUBATION ET DE SON INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE; par le docteur JULES GUYOT. 1 vol. in-8° de 270 pages. — Prix : 5 fr.

— EXAMEN PRATIQUE DES MALADIES DE MATRICE, SOUS LES POINTS DE VUE SPÉCIAUX DE LEURS CAUSES ET DE LEUR FRÉQUENCE A NOTRE ÉPOQUE, DE LEUR DIAGNOSTIC, DE LEUR TRAITEMENT ET DES MOYENS HYGIÉNIQUES DE LES PRÉVENIR; par PH. HUTIN, docteur médecin de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 218 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de médecine, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 17. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 25 AVRIL 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les tumeurs tuberculeuses du cervelet, comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphale chronique ventriculaire. — II. Revue des Journaux de médecine français des départemens et de la Belgique. Mutisme produit par le sulfate de quinine.—Note sur des effets pathologiques produits par l'ingestion des crustacés et des mollusques dans l'estomac. — Développement tardif des mouvemens chez un enfant né avant terme.—Fragmens de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie. — Quelques considérations thérapeutiques sur la peau, envisagée comme organe d'hématose.—Traitement des dartres et de la teigne par la suie de bois.—Tumeur fongueuse congénitale. —Observation sur l'extraction d'un calcul biliaire volumineux. — Tumeur au cou depuis trois ans; divers accidens graves; asphyxie imminente; bronchotomie crico-thyroïdienne. —Quelques observations de pratique médicale. —Effets thérapeutiques des frictions mercurielles dans un cas de rhumatisme musculaire chronique.—Nouvelles considérations sur la propriété vomitive de la narcitine. — Observation d'un ralentissement extraordinaire des battemens du cœur chez une femme enceinte. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 20 avril. — Académie de médecine : séance du 21 avril. — IV. Correspondance médicale. Tumeur hydrocéphalique interne, située à la partie supérieure du crâne, du diamètre de 3 à 4 pouces environ, guérie par une incision faite dans toute sa longueur.—Observation de fracture du crâne, avec enfoncement des os, et hernie du cerveau. — V. Bibliographie. Traité pratique des maladies des enfans. —VI. Variétés. —VII. Feuilleton. Projet de loi sur le travail des enfans dans les fabriques.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS TUBERCULEUSES DU CERVELET, COMPRIMANT LE SINUS DROIT ET PRODUISANT L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE VENTRICULAIRE; par F. Barrier, interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les progrès que la pathologie doit aux recherches nécroscopiques auxquelles on s'est livré avec tant d'ardeur depuis le commencement du dix-neuvième siècle, il en est deux incontestables : le premier appartient à l'histoire de l'affection tuberculeuse, l'autre à celle de l'influence de la compression des veines sur la production des hydropisies. Je me permettrai sur ce sujet quelques courtes considérations, qui se rattachent aux deux points de vue sous lesquels les observations que je donne dans ce travail me paraissent présenter le plus d'intérêt.

En effet, le domaine de l'affection tuberculeuse s'est considérablement agrandi depuis les travaux de Laënnec. A l'époque du célèbre inventeur de l'auscultation, l'histoire des tubercules n'était bien complète que pour le poumon ; mais depuis lors on a poursuivi l'étude de cette maladie dans tous les tissus. On a reconnu la nature des ulcérations chroniques de l'intestin, qui sont dues, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, à des tubercules ramollis et suppurés. La fréquence de la péritonite tuberculeuse a été établie. La phthisie laryngée a été mieux connue et mieux décrite. Les affections tuberculeuses du testicule ont pris rang dans la science. Les tumeurs tuberculeuses du cerveau avaient depuis longtemps fixé l'attention des observateurs ; mais, dans ces dernières années, la science s'est enrichie d'un grand nombre de faits sur ce sujet. Ce n'est aussi que depuis quelques années qu'on a compris l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les inflammations méningo-encéphaliques des enfans, et qu'on a pu, d'après leur nature et leur cause prochaine, en faire une espèce complètement à part. Qui ne sait encore quel rôle important joue l'affection tuberculeuse dans les scrofules, rôle tellement généralisé par quelques auteurs qu'ils ont considéré la phthisie pulmonaire comme une scrofule interne. Il n'est presque aucun tissu de l'économie dans lequel on n'ait trouvé des tubercules. Ceux du tissu osseux sont bien connus, depuis les travaux récens de Nichet et Nélaton. On a souvent rencontré des tubercules dans l'épaisseur des muscles, et j'ai constaté leur présence dans l'épaisseur même des tendons. Ces divers travaux ne se sont pas accomplis sans établir dans la science deux vérités très importantes, savoir : 1° que l'affection tuberculeuse, considérée sans distinction des tissus qu'elle affecte, est extrêmement fréquente ; 2° qu'elle s'associe, dans un grand nombre de cas, à d'autres maladies, qu'elle complique, soit comme cause persistante, soit comme élément principal ou accessoire.

Feuilleton.

PROJET DE LOI SUR LE TRAVAIL DES ENFANS DANS LES FABRIQUES.

(Premier article.)

Si Vincent de Paul revenait au monde, ce n'est plus sur les enfans trouvés que se porterait sa tendre sollicitude; il leur a fait, par la vertu de sa parole, une paternité publique, qui, sans avoir les entrailles d'une naturelle piété, se manifeste par des sacrifices et des bienfaits soutenus; l'avare mesure de la suppression des tours a bien mutilé quelque peu l'institution qu'il a fondée; des deux mamelles pleines que la société présentait autrefois aux pauvres enfans abandonnés, l'une a tari; mais l'autre verse encore à leurs lèvres un lait suffisant; ils ont un toit qui les abrite, des bras qui les portent, des langes qui les couvrent; de la chaleur en hiver; l'été, un rayon de soleil; la medecine est là qui veille sur leurs jours, qui étudie leurs souffrances et qui parfois les allége: somme toute, saint Vincent de Paul n'a point semé sur le vent; il ne s'est point écrié vainement: « Or, sus, mesdames, voyez. » La mort n'enlève que les deux tiers ou les trois quarts de ces créatures infortunées que le vice ou la détresse confient au pavé des rues, au seuil des portes muettes, et ce qui survit à la moisson funèbre peut fleurir tristement dans l'atmosphère insalubre des ateliers, dans la liberté des ruisseaux, dans le méphitisme moral des maisons de correction ou de détention; car vous savez maintenant, grace aux recherches de la statistique contemporaine, que le vice engendre le vice, que les enfans trouvés et abandonnés servent en première ligne au recrutement des classes dangereuses de la société. Il est une autre catégorie de petits êtres dont la condition actuelle susciterait au pieux patron de l'enfance des élans de naïve tendresse et d'éloquente pitié; je veux parler des pauvres enfans livrés par la misère des parens à l'exploitation de l'égoïsme industriel; les manufactures, les usines, les ateliers sont remplis de ces ouvriers improvisés presque au sortir du berceau, dont les petits membres complètent, par une activité forcée, le système des machines employées; ces pauvres corps, à peine ébauchés dans leurs formes, à peine animés d'une force naissante, sont autant de ressorts ajoutés aux appareils qui fonctionnent dans les vastes laboratoires de l'industrie. Leur grêle charpente n'est pas encore consolidée dans toutes les pièces qui la composent; les minces leviers que représentent leurs membres ne sont mus que par des fibres sans consistance et sans nerf; tous leurs organes végètent encore de cette première vie, si délicate, si mobile, si vulnérable à toute impression de mal, et les voilà condamnés à subir l'action d'un ensemble d'influences délétères qui brisent à la longue les plus vigoureuses natures, qui détériorent les plus pures et les plus fermes santés. Ce ne serait pas trop de l'abondante inspiration du saint orateur des enfans trouvés, pour peindre, dans toute leur vérité, les maux et les tribulations des enfans qui sont lentement immolés au monstre impitoyable de l'industrie; sur ce sujet l'exagération est impossible

J'ai dit, d'une autre part, que les recherches d'anatomie pathologique n'avaient pas moins contribué à augmenter nos connaissances relativement à l'influence que l'oblitération des veines exerce sur le développement des hydropisies. On sait, en effet, que beaucoup d'hydropisies, considérées autrefois comme essentielles, peuvent maintenant être rattachées à des lésions siégeant, soit dans les veines, soit autour d'elles, mais qui, dans tous les cas, interceptent ou gênent le cours du sang veineux. C'est même par une généralisation anticipée de ces faits que quelques esprits s'étaient hâtés de déposséder toutes les hydropisies de l'essentialité qu'on doit encore reconnaître à quelques-unes. Mais si l'on a bien connu le mécanisme par lequel se forment les hydropisies cellulaires et séreuses dans les maladies du centre circulatoire, certaines ascites dans les maladies du foie, les œdèmes des membres dans les maladies de leurs veines, je ne sache pas qu'on ait déjà indiqué les tumeurs du cervelet comme causes déterminantes de l'hydrocéphale ventriculaire chronique.

Aucun fait du genre de ceux que je rapporte ici n'est consigné dans les ouvrages nombreux que j'ai consultés. Les ouvrages classiques et élémentaires, les articles des divers dictionnaires et nos principaux recueils périodiques n'en font aucune mention. Cependant parmi les nombreuses observations d'hydrocéphale chronique non congénitale que nous ont fournies les auteurs les plus recommandables, il est infiniment probable que quelques-unes appartiennent à l'espèce d'hydrocéphale qui fait le sujet de ce mémoire, c'est-à-dire à celle qui dépend de la compression du sinus droit par des tumeurs tuberculeuses développées dans le cervelet. Tulpius, Wepfer, Bonnet, Valsalva, Lieutaud, avaient déjà observé que l'hydrocéphale chronique acquise se développe le plus souvent à l'âge de deux à sept ans. Or, c'est précisément à cette époque de la vie que les tubercules offrent leur plus grande fréquence, surtout les tubercules de l'encéphale. Il est également reconnu que l'hyprocéphale chronique est plus fréquente chez les enfans d'une constitution faible et lymphatique, et l'on remarque souvent la coïncidence de diarrhées et de toux opiniâtres; autres circonstances semblables à celles qui prédisposent aux tubercules on qui annoncent même leur présence. On a depuis longtemps noté comme causes de cette maladie certaines affections organiques de l'encéphale, telles que des tumeurs squirrheuses ou tuberculeuses, des collections enkystées et autres produits morbides qui se forment dans la substance du cervelet et des autres centres nerveux. Des faits de ce genre sont rapportés dans le *sepulchretum* de Bonnet, dans les lettres de Morgagni, dans l'*Historia anatomica* de Lieutaud et dans l'anatomie médicale de Portal. Il est à regretter que dans la plupart de ces faits on n'ait indiqué avec précision ni le siége des tumeurs, ni la saillie qu'elles faisaient à l'extérieur du cervelet, si elles étaient avec ou sans adhérence de la face inférieure de la tente cérébelleuse, si elles se prolongeaient vers la terminaison des veines de Galien dans le sinus droit. En un mot, il est évident que si quelques-unes de ces observations se rattachent à notre sujet, on a complètement méconnu la compression du sinus droit et le mode de formation tout à fait mécanique de l'hydrocéphale ventriculaire.

On trouve dans la lettre V de Lallemand (obs. 12) un fait emprunté à J. Hunter, relatif à un malade de 17 ans, à l'autopsie duquel on trouva 8 à 10 onces d'eau dans les ventricules avec coïncidence d'une dégénérescence fonguense de la couche optique *s'étendant jusqu'au bord inférieur et postérieur de la faux cérébrale.* Il est possible que dans ce cas les veines de Galien aient été compromises par la maladie; mais l'auteur n'en dit mot. Dans sa lettre VII (obs. 24), Lallemand donne l'histoire d'une femme de 50 ans, qui mourut après un an de maladie; ayant eu des paroxismes de céphalalgie avec délire, coma et quelquefois strabisme. A l'autopsie, on trouva un épanchement considérable dans les ventricules cérébraux, et à la partie supérieure du cervelet, entre les deux lobes, un kyste ferme et blanc qui contenait de l'albumine et du sang. Dans ce deuxième cas, il existait peut-être un certain degré de compression du sinus droit; mais si cela avait lieu l'auteur l'a complètement méconnu.

La Gazette Médicale de 1834 (p. 104), renferme une observation de Constant dont voici le résumé: Un enfant contracte la rougeole à l'âge de 13 mois. Un mois après apparaissent les premiers symptômes d'une hydrocéphale chronique qui devient par la suite très considérable. La phthisie pulmonaire se développe et entraîne le malade à l'âge de 20 mois. A l'ouverture du cadavre, on trouve plusieurs tumeurs tuberculeuses dans l'encéphale dont une dans le lobe médian du cervelet, et une autre dont le siége est indiqué par les lignes suivantes que je transcris textuellement: « L'hémisphère gauche du cerveau présente en arrière et au niveau de l'angle que forme la face cérébrale avec la tente du cervelet un tubercule volumineux adhérent à la dure-mère dont on ne peut le détacher et à la substance cérébrale correspondante. Il est du volume d'une grosse amande. La substance cérébrale environnante est ramollie, etc. » On pourrait présumer que cette tumeur avoisinait et touchait peut-être la base de la grande faux cérébrale, que, par conséquent, le sinus droit pouvait être comprimé on bien le siége d'une inflammation propagée dans son intérieur par le voisinage de la tumeur, laquelle inflammation avait déterminé la coagulation du sang dans le sinus. Quant à la tumeur placée dans le lobe médian du cervelet, il ne paraît pas qu'elle eût un volume considérable, et l'on ignore si elle faisait en haut du cervelet une saillie assez forte pour comprimer le sinus droit.

On voit ainsi que dans tous les faits qui précèdent, de deux choses, l'une, ou la tumeur du cervelet n'apportait aucun obstacle au cours du sang dans le sinus droit, on bien si, au contraire, l'obstacle existait, le rapport de cette condition avec l'existence de l'épanchement ventriculaire a complètement échappé à l'attention des observateurs que j'ai cités. Je n'ai pas voulu cependant terminer ces recherches historiques sans consulter le mémoire de Tonnelé sur les maladies des sinus de la duremère et le travail de Constant sur les tubercules encéphaliques.

Le premier de ces auteurs a réuni un certain nombre d'observations, dans lesquelles un seul ou plusieurs sinus se trouvaient oblitérés par des concrétions développées dans leur cavités; mais dans aucun de ces faits on ne voit l'oblitération du sinus droit coïncider avec une hydrocéphale ventriculaire chronique. Cependant M. Tonnelé n'a pas complètement méconnu l'influence que l'oblitération des sinus exerce sur l'exhalation séreuse de l'encéphale; puisqu'en parlant de leurs concrétions pseudo-membraneuses, il avance que les troubles qui résultent de leur présence sont, ou une simple stase du sang dans les veines de la piemère et la substance du cerveau, et un épanchement séreux dans les ventricules; ou une rupture de ces veines, etc. (V. Archives gén. de méd., t. xix, année 1829, mémoire lu à l'Académie de médecine). Quant au travail de Constant (Gaz. Méd., année 1836), il ne contient également aucun fait analogue à ceux dont je vais maintenant donner les observations.

---

soit que l'on retrace l'état physique où languissent ces malheureux, soit que l'on pénètre dans l'examen des conséquences morales qui s'y joignent constamment. L'enfant qui vient de naître et qu'une marâtre expose, meurt, ou, recueilli à temps et réchauffé sur un sein d'adoption, il emprunte à la société la vie que lui devait sa mère; mais l'enfant du pauvre, jeté dans l'infime berceau où la misère le garde, ne grandira sous l'aile de la famille que pour désapprendre la famille dans la corruption de l'atelier; il n'est protégé à sa naissance que pour être exploité, avant le temps, par la cupidité des fabricans; emprisonnés dans un air chargé de miasmes ou d'émanations étrangères, liés au mouvement des machines dont ils font pour ainsi dire partie, privés du repos nécessaire même aux adultes, soustraits aux jeux et aux récréations de leur âge, surveillés par une police intéressée et qui mesure les châtimens à son appétit du lucre, mal vêtus, à peine nourris, souvent frustrés du sommeil dont ils ont un plus ample besoin, ces pauvres êtres sont encore travaillés par un autre ordre de maléfices; une mutuelle excitation de vicieux exemples échauffe leur imagination, aiguise prématurément leurs sens; la dépravation la plus effrayante achève de les précipiter vers la caducité avant qu'ils aient atteint la jeunesse. Sans doute, et c'est l'honneur de notre pays, on n'a point vu se commettre en France les atrocités dont l'Angleterre a été témoin; on n'a point vu chez nous des enfans, de sept à huit ans, condamnés à quinze heures de travail, et leurs petites jambes, rompues par la fatigue, enfermées dans des boîtes de fer blanc, afin d'écarter le sommeil par l'effort pénible d'une station obligée; ces infernales inventions ne sortiront jamais du génie français; et pourtant le caractère national, mélange de mansuétude et de noblesse, s'efface de plus en plus dans certaines régions du monde industriel; une véritable barbarie a fait place dans beaucoup de fabriques aux habitudes clémentes qui sont propres à toutes les classes de notre population; l'enfance est merveilleusement torturée pour la réalisation des plus gros bénéfices, but final de toute entreprise manufacturière; cette progression d'abus qui s'impriment en stigmates funestes sur les jeunes générations plébéiennes est attestée par plusieurs rapports officiels; l'excellent ouvrage de M. Villermé contient à cet égard des documens significatifs : il devenait urgent d'y mettre un terme, de circonscrire dans des limites sévères cet exécrable trafic qui vaut bien la traite des nègres, car il s'exerce sur des corps impubères ou adolescens; il s'exerce avec une apparente liberté de transaction et marchande à la faim des parens la substance de leur progéniture.

Si l'Angleterre a perfectionné l'exploitation commerciale de l'enfance, si d'elle émanent les plus navrans gestes et faits en pareille matière, elle peut du moins revendiquer sur nous la priorité des mesures législatives ayant pour objet de restreindre l'emploi des enfans dans les ateliers et fabriques; les premières dispositions que le parlement britannique a promulguées contre ce genre d'abus remontent à l'année 1802; elles n'ont pas suffi pour extirper le mal; elles ont dû être renouvelées, modifiées à plusieurs reprises; l'on compte jusqu'à huit bills portés sur cette matière; mais loin de conclure avec M. Rossi de cette multiplicité d'essais législatifs à leur inutilité ou à leur insuffisance, il faut honorer ceux qui les ont faits et qui ont vaillamment tendu au but; ces tentatives dénotent dans le législateur une noble préoccupation d'intérêts supérieurs à ceux de l'ordre matériel, une sainte susceptibilité de la moralité publique. C'est après trente-huit ans écoulés que la France espère posséder, à l'exemple de sa voisine, d'autre-

OBS. I. — Un petit garçon, âgé de 3 ans, nommé Pianson, atteint d'hydrocéphale chronique, est admis à l'hôpital des Enfans malades, le 30 juin 1838.

Sa mère, d'un tempérament nerveux très prononcé, avait éprouvé pendant sa grossesse beaucoup de souffrances physiques et morales. Après sa naissance, l'enfant fut confié à une nourrice qui ne lui donna qu'un mauvais lait et des soins très grossiers. Sevré à l'âge de quinze mois, il fut placé dans un logement humide, et la misère de ses parens les a empêchés de lui donner les soins et la bonne nourriture que son âge et sa faible constitution rendaient si nécessaires. Les parens ont eu deux autres enfans qui sont morts, l'un à l'âge de cinq semaines, l'autre après quatre ans d'existence, sans avoir présenté d'accidens qui aient pu faire présumer une maladie quelconque du système nerveux, mais ayant toujours eu une constitution faible et chétive. Les parens disent qu'ils sont morts en langueur. Il ne paraît pas d'ailleurs que dans la famille il ait existé aucun individu atteint d'hydrocéphale congénitale ou acquise.

Cet enfant a toujours eu la tête volumineuse, relativement aux autres enfans de son âge; cependant ce n'est que depuis six mois qu'elle a pris des dimensions véritablement anormales. C'est depuis le même temps que la sensibilité cutanée a paru exagérée au point de rendre quelquefois douloureuse une compression légère ou même un simple contact. L'intelligence, qui jusqu'à cette époque avait paru se développer comme à l'ordinaire, a diminué considérablement, et la parole a perdu depuis ce qu'elle avait déjà acquis par un exercice de quelques mois. Il n'y a jamais eu apparence de délire, ni aucun accident convulsif. Il paraît qu'il y a eu un strabisme très prononcé dans le commencement; mais depuis trois mois il a diminué en même temps que diminuait aussi l'exagération de la sensibilité. Le sens de l'ouïe a toujours été intact. Le système musculaire n'a jamais acquis la force nécessaire à la station debout et à la progression, soit que cette faiblesse ait été un des premiers symptômes de la maladie encéphalique, soit, ce qui est plus probable, qu'elle ait été le résultat du rachitisme général dont le malade a été affecté depuis quinze à dix-huit mois. Au commencement, c'est-à-dire il y a six mois, l'enfant a paru éprouver de violens maux de tête pendant une quinzaine de jours. Les parens parlent aussi d'une chute sur la tête; mais elle a été évidemment postérieure de deux ou trois semaines au début des premiers symptômes.

ÉTAT DU MALADE A SON ENTRÉE A L'HÔPITAL. — Nous remarquons une constitution faible et un amaigrissement très prononcé; les os longs sont atteints de rachitisme, leurs extrémités articulaires sont volumineuses; le crâne appelle fortement notre attention par sa conformation anormale; le front est proéminent et fait paraître les yeux très enfoncés dans leurs orbites; les bosses pariétales sont extraordinairement saillantes. On ne sent toutefois ni les fontanelles, ni l'écartement des sutures. La comparaison du volume du crâne avec celui de la face rappelle tout de suite l'idée de l'existence d'une hydrocéphale (V. plus loin les dimensions du crâne prises à l'autopsie). Le poids de la tête paraît si considérable et la faiblesse des muscles telle, que le malade ne peut la soutenir droite: il la laisse tomber en avant ou en arrière, à droite ou à gauche, suivant le sens dans lequel le centre de gravité l'entraîne. La parole n'est point abolie; le malade articule quelques mots; il demande à manger et à boire, répond oui ou non à quelques-unes des questions qu'on lui adresse; au demeurant, son intelligence est peu développée. Il n'accuse aucune douleur; les sens sont intacts, excepté celui du tact général dont la sensibilité paraît encore un peu exagérée. On présume même que là réside la cause des cris et des signes de souffrances que donne le petit malade quand on le change de place dans son lit. Il n'y a pas de paralysie, mais une faiblesse considérable, comme une espèce d'atonie dans tout le système musculaire; le malade est habituellement dans l'immobilité et dans un état d'assoupissement qui rend ses sens étrangers à l'action des corps extérieurs. Rien de particulier ne s'observe aux organes génitaux. Quant aux fonctions de la vie organique, elles s'accomplissent bien, si ce n'est qu'il y a un peu de constipation. Autrefois l'enfant avertissait quand il avait des besoins à satisfaire; maintenant, il laisse aller sous lui les urines et les matières fécales.

Jusqu'au 21 juillet, jour auquel ce malade succombe, il ne survient aucune modification notable dans les symptômes de la maladie de l'encéphale. On remarque seulement que le malade tousse un peu, que la respiration n'est pas bien vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, et que l'amaigrissement continue à augmenter. Bientôt se déclare une ophthalmie purulente très grave qui entraîne en peu de jours la fonte des globes oculaires et leur suppuration prolongée. La fièvre s'allume sous cette influence; la toux augmente un peu. Enfin, le malade, réduit au marasme le plus avancé, expire vingt et un jours après son entrée.

NÉCROPSIE. — Les viscères de l'abdomen ne présentent rien de remarquable, sauf l'accumulation de matières dures dans le gros intestin. Quelques tubercules crus se rencontrent dans les deux poumons. Les ganglions interbronchiques et ceux du médiastin sont le siége de tumeurs tuberculeuses d'un volume très considérable.

TÊTE. — Tous les os du crâne sont ossifiés. Les sutures et les fontanelles sont complètement fermées. L'épaisseur des os est normale. Le crâne présente les dimensions suivantes :

La plus grande circonférence horizontale a 52 centimètres.

Le diamètre antéro-postérieur, mesuré à la hauteur de trois centimètres au-dessus de la racine du nez, et au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure, est de 17 centimètres.

L'écartement des deux bosses pariétales est de 15 centimètres.

La grande cavité de l'arachnoïde est humide, mais sans épanchement. Les circonvolutions sont aplaties, tassées, serrées les unes contre les autres, et tendent à faire hernie à travers l'incision de la dure-mère. En écartant les deux hémisphères, on voit la surface supérieure du corps calleux rendue très convexe par le liquide accumulé dans les ventricules. Ceux-ci étant ouverts, il s'écoule au moins sept à huit onces d'une sérosité pure et transparente. La dilatation des ventricules latéraux et moyen est énorme ; leurs parois sont saines, sans ramollissement, mais parcourues par des rameaux veineux plus dilatés et plus gorgés de sang qu'à l'ordinaire. Les veines de Galien, logées dans la toile choroïdienne, sont volumineuses et pleines de sang. D'ailleurs, la substance propre du cerveau est parfaitement saine et ne contient pas un seul tubercule.

Après l'ablation des hémisphères, on remarque que la tente du cervelet est fortement soulevée par cet organe, et, quand on veut l'en détacher, on reconnaît que le milieu de sa face inférieure adhère au lobe médian. Ce lobe est presque entièrement converti en une masse tuberculeuse, du volume d'un gros œuf de poule, qui refoule les lobes latéraux et adhère si intimement avec leurs lames qu'il est impossible de reconnaître les limites précises du lobe médian. Ce refoulement des lobes latéraux devait, sans aucun doute, produire un certain degré de compression de la totalité du cervelet. D'autre part, la saillie de la tumeur, vers le point correspondant à la base de la faux cérébrale, et le prolongement qui en part en avant et en haut pour atteindre les tubercules quadrijumeaux, déterminaient une compression assez forte, soit du sinus droit, soit de la terminaison des veines de Galien dans ce sinus. Le caillot, contenu dans ce sinus, n'est point organisé, ni adhérent ; mais il est blanchâtre, ferme et solide, et, par conséquent, n'est pas de formation très récente.

La masse tuberculeuse est à l'état de crudité. Elle présente à l'intérieur l'aspect d'un marron cru, d'une couleur jaune terne, tirant sur le verdâtre. A sa circonférence, il n'y a pas de kyste bien distinct, mais seulement une membrane mince, rougeâtre, vasculaire, se continuant avec les feuillets de la pie-mère, qui l'avoisinent.

OBS. II. — Le nommé Perrie Édouard, âgé de cinq ans et demi, est admis à l'Hôpital des Enfans au mois d'avril 1838. Né de parens bien portans, ayant quatre frères en bonne santé, et trois autres morts très jeunes, par des causes ignorées, il a joui d'une santé assez bonne jusqu'à l'âge de quatre ans et demi ; toutefois il n'était pas d'une forte constitution. Il y a un an qu'il fut atteint d'une fièvre éruptive (probablement la rougeole), qui suivit son cours sans offrir rien d'extraordinaire. Seulement, à la suite de cette maladie, la constitution de cet enfant s'affaiblit ; l'embonpoint ne revint pas ; les membres restèrent grêles, et les articulations devinrent volumineuses. Il y a maintenant trois mois et demi que l'enfant commença à se plaindre d'une céphalalgie occipitale de plus en plus intense, qui ne s'accompagna d'abord d'aucun autre accident. Mais, après une quinzaine de jours, il survint du strabisme, qui depuis n'a jamais complètement

---

Manche, une règle législative du travail des enfans dans les établissemens industriels; c'est aviser un peu tard au remède; mais le mal auquel il s'applique, quoiqu'invétéré, peut et doit céder à la cure; l'industrie n'a pas eu d'ailleurs, dans notre pays, des développemens aussi rapides, aussi vastes que sur cette terre britannique où toutes les facultés nationales se résolvent dans une fièvre de puissance extérieure et de gain; nous avons déjà fait la remarque que si notre activité manufacturière n'a pas toujours rivalisé avec celle des Anglais, nous ne les avons pas non plus égalés jusqu'à présent dans l'art de fondre la vie des enfans dans la trame des tissus qu'ils fabriquent.

La loi que la chambre des pairs vient d'élaborer avec une attention particulière, et dont la discussion est sur le point de commencer à la chambre des députés, comptera au nombre des lois les plus utiles, les plus nécessaires, les plus morales, dont le gouvernement ait eu la pensée et l'initiative; tardive néanmoins, car, produite il y a dix ans, et mise en exercice dans le pays, elle aurait déjà réalisé, à l'heure qu'il est, dans l'aspect de la jeunesse industrielle, des changemens qui importent autant à son bonheur qu'à la sécurité du pays. Combien est-il regrettable que la stérile agitation des ambitions parlementaires, jointe à la turbulence des partis, ait fait prévaloir si longtemps les intérêts de politique pure sur les intérêts qui touchent à l'existence des classes les plus nombreuses! On comprend aujourd'hui la prépondérance des questions sociales; on sollicite des réformes sociales, désignant par ces expressions ce qui porte en soi une utilité large et directe pour la foule; or, quoi de plus essentiel à l'avenir des masses ouvrières que le projet de loi sur le travail des enfans? Il n'est lutte de portefeuilles et tournoi d'improvisation qui le vaille; il n'est polémique aussi riche en résultats, aussi gonflée d'espérances que ce bill désiré qui ne se compose pas d'une douzaine d'articles.

Nous avons loué le gouvernement qui l'a présenté, la chambre des pairs qui l'a discuté en toute conscience; maintenant un blâme nous sera permis, sans que l'on nous réplique par le mot de Molière : « Vous êtes orfèvre. » Oui, nous sommes médecins, et nous aurions voulu dans la discussion de ce projet de loi la présence de médecins, l'intervention d'une compétence spéciale que sollicite plus d'un article de cette loi. Quoi! Messieurs les magistrats; quoi! Messieurs les grands propriétaires; quoi ! Messieurs les maîtres forges et manufacturiers, qui siégez au Luxembourg et qui êtes bien aussi un peu orfèvres en cette matière, vous dissertez sur les conditions d'organisation du premier âge, sans vous adresser à la physiologie représentée par un médecin; sur les causes d'insalubrité qui atteignent les enfans, sans vous tourner vers l'hygiène personnifiée dans un médecin ! Les différences de développement physique suivant les zônes climatériques de la France, le rapport de l'âge et des forces physiques avec les différens genres de travaux industriels, les alternatives de repos et de mouvement, la quantité de sommeil nécessaire aux enfans, le mode d'action des influences nuisibles que recèlent les diverses industries, les effets du libertinage précoce, les conditions d'habitation, de vêtement et de nourriture, qui doivent varier suivant la nature des travaux et les conditions extérieures et intérieures des établissemens; toutes ces questions et vingt autres qui seraient un beau sujet de méditation pour un aréopage médical, vous les tenez pour éclaircies, vous vous en décernez la connaissance *à priori*, vous passez outre, sauf à stipuler dans un petit paragraphe, négligemment et facultativement, le concours de l'expérience médicale là où elle apparaît

cessé, et en même temps des accès de convulsions, avec perte presque complète de connaissance, durant environ dix à quinze minutes, revenant le plus ordinairement tous les jours et quelquefois même deux fois par jour. A la même époque, la faiblesse musculaire s'accrut au point de rendre la marche à peu près impossible. L'enfant perdit toute sa gaieté et tomba dans une espèce d'apathie et d'indifférence telle qu'on le voyait demeurer couché sur le dos plusieurs heures de suite sans chercher à changer de position. L'intelligence s'affaiblit aussi : le malade ne repondait plus aux questions que par monosyllabes, et il n'adressait jamais le premier la parole à quelqu'un. A part le strabisme, les sens conservèrent leur intégrité. On n'a jamais remarqué une exagération dans la sensibilité cutanée, ni rien d'anormal vers les organes de la génération. Peu à peu les accidens convulsifs ont diminué et disparu ; mais, d'un autre côté, la tête a notablement augmenté de volume.

Cet enfant admis à l'hôpital des Enfans malades, le 6 avril 1838, y succombe le 14 mai suivant.

Dans cet intervalle, on observa que la céphalalgie occipitale, d'abord très intense, diminua après quelques jours, et disparut ensuite tout à fait pour reparaître seulement dans les quatre derniers jours de la vie. Le strabisme était double, convergent, et presque habituel. Les sens restèrent intacts. Il n'y eut point d'accidens convulsifs ni de paralysie proprement dite, mais le système musculaire jouissait de très peu d'énergie; tous les mouvemens s'exécutaient sans vigueur. La marche était presque impossible. Quand on faisait lever le malade et qu'on lui disait de marcher, ses jambes vacillaient sous le poids du corps et ne pouvaient le soutenir sans l'aide des mains qui cherchaient un point d'appui sur les corps environnans. L'intelligence était peu développée; cependant les réponses étaient justes. Le malade était silencieux, apathique, indifférent pour tout ce qui l'entourait. Il affectait une immobilité telle qu'il fallait lui faire changer de position dans son lit pour prévenir la formation d'escarres au sacrum par suite du cubitus dorsal prolongé. Malgré ces précautions, cet accident survint. La diarrhée se manifesta à plusieurs reprises alternativement avec la constipation. Enfin elle s'établit avec plus d'intensité vers le commencement du mois de mai, un peu de fièvre s'alluma, la céphalalgie occipitale reparut, le marasme fit des progrès rapides, et la mort survint.

La conformation de la tête avait fixé notre attention. En effet, le front était très saillant ; les globes oculaires étaient fortement poussés en avant et en bas, comme si la paroi supérieure de l'orbite eût été deprimée et rapprochée de l'inférieure. Le crâne avait un volume évidemment supérieur à celui qu'il présente à cet âge de la vie. Les bosses pariétales étaient très saillantes; on ne trouvait d'ailleurs ni l'écartement des sutures, ni la persistance des fontanelles. Relativement au crâne, la face offrait un petit volume. En un mot, le facies était hydrocéphalique.

A l'ouverture du cadavre, notre premier soin fut de mesurer le crâne. Nous trouvâmes qu'après l'ablation du cuir chevelu, la circonférence horizontale mesurée au niveau des bosses frontales et occipitales supérieures, en passant un peu au-dessous de la partie la plus saillante des bosses pariétales, avait une longueur de 53 centimètres. Nous constatâmes ensuite les circonstances que voici. Les os du crâne ont une épaisseur ordinaire. La dure-mère est fortement tendue sur le cerveau; à travers son incision, le cerveau fait hernie. Les circonvolutions sont très aplaties et serrées les unes contre les autres; leurs anfractuosités sont effacées. Le corps calleux très convexe par sa face supérieure est profondément sillonné sur la ligne médiane par la faux cérébrale dont le bord tranchant s'oppose au soulèvement du centre ovale. L'ouverture des ventricules latéraux donne issue à 8 onces environ d'une sérosité limpide. Ces cavités sont énormément dilatées, ainsi que le ventricule moyen et même le cinquième qui contient au moins une cuillerée à café de sérosité. Il n'y a d'ailleurs aucune altération de structure dans les parois ventriculaires; seulement les veines qui rampent à leur surface sont volumineuses et pleines de sang. Les veines de Galien sont également dilatées par du sang à demi-coagulé. Les plexus choroïdes ont une couleur rouge foncé.

Les hémisphères cérébraux sont enlevés par la section de leurs pédoncules au-dessus de l'isthme; aussitôt l'on remarque que la tente du cervelet est fortement soulevée dans sa partie moyenne et latérale droite; on l'incise et immédiatement le cervelet fait hernie; cet organe mis largement à découvert nous paraît très volumineux. Cette augmentation de volume porte surtout sur le lobe droit, quoique le lobe gauche soit aussi lui-même plus volumineux que chez la plupart des enfans de cinq à six ans. Elle est due à deux causes; la première est la présence d'une tumeur tuberculeuse, du volume d'un œuf de pigeon à l'état cru, placée dans le centre médullaire du lobe latéral droit et dans le lobe médian. Cette tumeur rend le *vermiformis superior* très saillant, et à son niveau la dure-mère adhère d'une manière très intime avec la méninge viscérale. On constate par la dissection qu'au niveau de cette adhérence la tumeur atteint la superficie de l'organe ayant détruit ou refoulé les lames cérébelleuses. Elle comprimait nécessairement le sinus droit, et comme elle se prolongeait vers les tubercules quadrijumeaux, il est probable qu'elle comprimait aussi à un certain degré les veines de Galien au voisinage de leur embouchure dans le sinus droit, une autre altération explique encore le volume anormal du cervelet; c'est une véritable hypertrophie de son centre médullaire, surtout de la partie qui appartient au lobe droit; car ce noyau, comparé à celui du lobe gauche qui est aussi lui-même un peu hypertrophié, présente un volume presque double malgré la perte qu'il a subie par le voisinage de la tumeur tuberculeuse qui empiète sur sa partie interne; il n'y a d'ailleurs aucune autre altération de structure dans le cervelet, ni dans le cerveau, et on n'y trouve aucun autre tubercule.

Dans les autres organes on ne trouve rien autre d'important à indiquer ici que des tubercules crus dans les poumons et dans les ganglions des bronches et du mediastin et quelques traces d'entérite.

Je ferai remarquer tout de suite que ce cas se rapproche de celui observé par Constant, et que nous avons cité plus haut, en ce que la maladie a paru se développer consécutivement à la rougeole. Robert Whytt a vu aussi l'hydrocéphale chronique commencer chez un enfant pendant la convalescence de la rougeole.

La comparaison de ces deux observations nous fait découvrir d'assez grandes différences dans les symptômes. En effet, si la céphalalgie occipitale a certainement existé dans un cas, son existence n'a été que probable dans l'autre, l'âge trop peu avancé du malade n'ayant pas permis de la constater d'une manière positive. Dans les deux cas, il y a eu du strabisme; mais dans l'un, ce symptôme a été passager, persistant dans l'autre. Chez l'enfant de cinq ans, la sensibilité cutanée n'a pas été notablement altérée; chez celui de trois ans, au contraire, elle a été fortement exagérée dans les premiers temps de la maladie. Chez nos deux malades, il y a eu diminution des facultés de l'intelligence et de la myotilité, et comme une espèce d'engourdissement de toutes les fonctions encéphaliques. Il n'y a eu d'accidens convulsifs généraux que chez le plus âgé de nos deux malades. Chez l'un et l'autre, la tête avait un volume assez considérable. Quoique la réunion des sutures et l'ossification des fontanelles fussent complètes, l'extensibilité du tissu osseux, qui est très prononcée dans un âge si tendre, a permis au crâne d'acquérir des dimensions anormales dans un espace de temps assez court.

Si dans chacune de ces observations, on cherche ensuite à distinguer les symptômes qui appartiennent à la tumeur du cervelet de ceux qui dépendent de l'hydrocéphale, on voit que cette distinction n'est point facile. En effet, à part la céphalalgie occipitale, tous les autres symptômes peuvent aussi bien appartenir à l'hydrocéphale qu'à l'affection du cervelet. Pour ceux qui ont inventé ou admis certaines théories, je devrais dire hypothèses, sur les fonctions du cervelet, l'exagération de la sensibilité cutanée dans un cas, la vacillation de la marche dans l'autre, seraient peut-être des signes caractéristiques de l'affection du cervelet; mais

---

indispensable; en vérité, si nous n'entendions tous les jours des gens du monde discuter et résoudre avec confiance les problèmes les plus ardus de la médecine et de la thérapeutique, nous serions surpris de la façon leste et souveraine dont la chambre des pairs écarte notre compétence inviolable; il s'est passé, en effet, au Luxembourg, ce qui se passe dans les salons; on n'y a pas même éprouvé, sur ces litiges d'hygiène et de physiologie appliquée, la plus legère hésitation. On a beaucoup cité M. Villermé, et personne n'a fait la remarque que la présence de ce médecin sur les bancs de la noble chambre aurait été d'un grand secours pour la discussion; si celle-ci avait appuyé fortement sur plusieurs points essentiels, beaucoup d'autres noms de médecins auraient pu sonner à la tribune avec le même avantage, et ceux qui les portent y auraient été les bien-venus. Mais il est une tribune également accessible au roturier de l'art médical et au pair de France : c'est celle de la publicité; pour y monter, le médecin n'est pas tenu de renoncer à la pratique de son art et d'abjurer ses cliens et son dévoûment. Ce nous est liberté grande de prendre notre bien où nous le trouvons, même à la chambre des pairs; le projet qui vient de sortir de ses mains nous regarde fort, nous et nos confrères, et s'il leur plaît de l'examiner brièvement avec nous, nous en péserons quelque chose dans un prochain article, nous bornant ici à noter les motifs qui en ont entraîné la présentation et les objections radicales qu'il a soulevées.

Quatre ordres de faits ont particulièrement appelé l'attention du gouvernement et des hommes qui s'occupent d'économie publique sur le travail des enfans dans les fabriques : 1° la proportion croissante des crimes et du paupérisme dans les localités industrielles; 2° l'immoralité profonde qui règne parmi les enfans adonnés au travail des fabriques; 3° l'abus des châtimens et des moyens coercitifs usités à leur égard; 4° enfin, la détérioration physique des classes ouvrières et particulièrement de celles qui sont appliquées aux travaux industriels. Ce dernier fait, d'une si haute importance, appartient de plus près à notre appréciation; M. Charles Dupin nous en fournit les élemens dans un mémoire qu'il a lu à la dernière séance de l'Académie des sciences. La dégradation physique de certaines classes de la société peut être vérifiée par les résultats que fournit, dans les différentes localités, l'opération annuelle du recrutement; les données qui émanent de cette source sont aussi précieuses qu'authentiques. Chaque année des conseils de révision examinent, dans un ordre déterminé par le sort, les jeunes gens de chaque canton pour rejeter tous ceux qui ne présentent point les conditions de vigueur et de santé nécessaires au service militaire. Le gouvernement recueille par département les résultats de ces opérations; et c'est sur ces documens officiels que M. Charles Dupin a cherché des résultats comparatifs. Etant mis en parallèle, dix départemens presque exclusivement agricoles et dix départemens presque entièrement industrieux, voici les différences saillantes qui se présentent, et dont la gravité n'a pas besoin de commentaires : pour obtenir 10,000 jeunes gens de 20 ans aptes au service, il faut réformer dans les dix départemens agricoles, 4,029 infirmes, difformes ou débiles; et dans les dix départemens manufacturiers, 9,930 infirmes, difformes ou débiles. Ce terme moyen est de beaucoup débordé dans beaucoup de départemens; ainsi, pour obtenir un contingent de 10,000 hommes, il faut réformer dans les départemens de la Marne, 10,309 hommes; de la Seine-Inférieure, 11,990; de l'Eure, 14,431. Mais dans les départemens industrieux existent beaucoup de cantons agricoles, et qui dimi-

je crois qu'il reste encore trop d'obscurité sur les fonctinus de cet organe ponr qu'on pnisse, avec qnelque certitude, établir le diagnnstic de ses maladies. Dans nos deux nhservatinns, l'ensemhle des symptnmes a été assez caractéristique pour qu'on ait bien recnnnn pendant la vie l'existence de l'hydrncéphale; mais celle des tubercules ne fnt qne présnmée, et lenr siége ne pnt être rigoureusement déterminé. On conçoit cependant la possibilité d'établir, dans des cas semblables, nn diagnostic assez précis, si, d'une part, il existe des signes de diathèse tuberculeuse; si, d'antre part, à une céphalalgie occipitale, se joignent qnelqnes-uns de ces troubles dans les fonctions de l'encéphale qu'nn a regardés avec plus nu moins de raison comme propres anx affections dn cervelet. Pentêtre alors serait-on fondé à admettre qne l'hydrocéphale chroniqne dépend de la compression dn sinus drnit par des tubercnles développés dans le cervelet. Mais ce diagnostic reposera plutôt sur une probabilité que sur une véritahle certitnde.

Quant aux conditions anatomiqnes qui expliquent la formation de l'hydrncéphale, il faut évidemment : 1° que la tumeur tuberculeuse occnpe le lnhe médiau du cervelet; 2° qu'elle fasse à sa surface supérieure nne saillie assez considérahle pour refouler en hant la tente cérébelleuse et comprimer le sinns droit. D'antres conditions favorahles au même résultat ponrraient encore se rencontrer. En effet, il pent arriver qne l'inflammation fasse adhérer la tumenr avec la tente dn cervelet, et qu'en se propageant de prnche en proche jusqne dans l'intérieur du sinus, elle y détermine la formation d'un caillot qui s'oppose au cours du sang que les veines de Galien rapportent des ventricules cérébraux. Il pent arriver aussi que les veines de Galien soient comprimées à lenr sortie dn canal de Bichat. D'aillenrs, il est évident que l'oblitération de ces veines, aussi bien que celle dn sinus droit, ne pent déterminer qu'une espèce d'hydrocéphale, celle qui a son siége dans les ventricules, puisqne les veines qui tirent leur origine des parois de ces cavités fnrment un système à part, qui paraît sans communication avec les autres veines de l'encéphale.

On trnnve, dans les antenrs, nn grand nombre d'nhservations de tumeurs tuberculeuses dn cervelet, sans coïncidence d'hydrocéphale ventricnlaire; mais, dans celles qui sont rapportées avec quelques détails, on voit que la tnmeur siégeait, on dans les lobes latéraux, ou à la face inférieure du cervelet; que si elle siégeait dans le lobe médian, elle ne faisait pnint à sa partie snpérieure une saillie assez considérable pour comprimer le sinus droit. C'est ce qui a eu lieu, entre antres exemples, chez nn enfant dnnt l'histnire a été donnée en 1834 (Gaz. Méd.), par M. Bell, alors interne à l'hôpital des Enfans malades. La tumenr tuberculeuse siégeait dans le lnhe médian du cervelet, et quoiqu'elle eût le volume d'une noix, elle ne faisait ancune saillie à la place de l'éminence *vermiformis superior*. Il n'y avait point d'adhérence entre le cervelet et la dure-mère qui le recnnvre: les ventricules cérébraux n'étaient point dilatés par une quantité anormale de liquide sérenx.

D'antre part, on rencnntre fréquemment l'hydrocéphale chrnnique non congénitale sans coïncidence de tumenr dans le cervelet.

Ces considérations, jointes an silence des auteurs snr ce sujet, me font regarder comme véritahlement rares les denx faits qui se sont offerts à mon observation. Cependant, ces deux cas nnt été recueillis pendant un service d'nne année seulement à l'hôpital des Enfans, et mon ami M. Dugast, qui était mon cnllégue à cette époque, rencontra un cas analogue dans la division des filles, où il était placé. Il est donc prohable que l'attentinn des nbservateurs ayant été une fois appelée sur ce point intéressant, les faits de ce genre ne passeront plus inaperçus, et leur cnnnaissance permettra de faire plus complètement l'histoire de cette variété d'hydrocéphale, dont je n'ai pu tracer qu'une ébauche imparfaite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers de janvier et de février derniers renferment les mémnires et travaux nriginanx suivans : 1° *Clinique interne de Bordeaux;* prnfessenr, M. Cintrac. (Tahlean des maladies ohservées pendant les mois d'nctnbre, novemhre et décembre 1839, par M. N.-P. Nné, aide de clinique interne. 2° *Clinique chirurgicale de l'hôpital St-André de Bordeaux; compte-rendu de* 1839, par M. Chanmet, chirurgien en chef (1[er] fragment). 3° *Aperçu statistique sur les faits de gastrite aiguë, observés pendant l'année* 1839, *dans les salles de clinique de l'hôpital St-André;* leçnns de M. Ciutrac, recueillies par M. H. Cintrac, étudiant en médecine. 4° *Observation de purpura hemorragica ;* par M. E. Pereyra, médecin de l'hôpital St-André. 5° *Observation d'une plaie du poumon ;* par M. Eug. Lafargue, aide d'anatomic.

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Les livraisons d'octobre, novembre et décembre 1839, janvier, février et mars 1840 renferment les travaux originaux suivans : 1° *De l'état fébrile ataxique;* par M. B. C. 2° *Occlusion complète des pupilles à la suite d'iritis* (rieu qui mérite d'être noté). 3° *Observation d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, avec lésion de l'articulation tibio-tarsienne gauche ;* recueillie dans le service de M. Larnche par M. Peyrusse, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Lynn. 4° *Analyse chimique de l'eau de Monrepos, commune de Floriac, près Bordeaux ;* par M. Fauré, pharmaciea-chimiste. 5° *Considérations sur l'urètre, suivies de la description d'un urétromètre et d'une sonde porte-caustique;* par M. J.-J. Cazenave. 6° *De la pondre de guttète mêlée à celle de valériane contre l'épilepsie et les attaques épileptiformes ;* par M. B, C. 7° *Eau médicamenteuse de Monrepos,* observation cnnstatant son ntilité dans diverses affections ; par M, B. Chabrely. 8° *Quelques réflexions sur la méthode opératoire conseillée par M. Dubourg pour guérir le spina-bifida ;* par M. Eug. Bermond. 9° *Du kélotome et de la sonde tranchante employée dans l'opération de la hernie inguinale étranglée ;* par M. Péraire, de Bordeaux. 10° *Du seigle ergoté dans la métrorrhagie ;* par M. B. C. 11° *Deux observations d'empoisonnement par les effluves des marais;* par le même. 11° *Des topiques pulvérulens employés à sec dans les lésions de la peau et des ganglions lymphatiques ;* par M. Chabrely. 13° *Aperçu de philosophie*

---

nuent la proportion fâcheuse qu'engendrent les abus de l'industrie; aussi, lorsqu'on s'arrête aux cantons manufacturiers, on trouve des disproportions beaucoup plus affligeantes. La conclusion que déduit M. Ch. Dupin de ces calculs et d'autres rapprochemens que nous omettons, c'est qu'il existe dans le travail et dans le traitement des enfans et des adolescens jusqu'à l'âge de 20 ans, des causes puissantes qui produisent une extrême détérioration de l'espèce humaine dans nos départemens manufacturiers; une des causes de dégradation et d'affaiblissement la plus puissante consiste dans l'excès du travail imposé aux adolescens et surtout aux enfans. Ce fait ressort avec évidence d'un parallèle qu'établit M. Dupin entre deux départemens de Normandie et deux départemens de l'Alsace; dans ceux-ci, où le travail journalier des enfans et des adolescens ne dépasse guère treize à quatorze heures par jour, on obtient un contingent de 10,000 soldats en réformant 6,822 infirmes et difformes; dans les deux départemens de la Seine-Inférieure et de l'Eure, où le travail des enfans et des adolescens s'élève dans beaucoup de manufactures à quatorze heures, à quinze, et, abus monstrueux! à seize heures par jour, il faut reformer 15,628 hommes.

On fait valoir contre la loi protectrice de l'enfance, les nécessités de la fabrication, les conséquences de l'introduction des forces motrices inanimées dans les travaux des manufactures; pour nous qui devons avoir présent à la pensée l'inviolable intérêt de la conservation, nous ne redirons pas avec un orateur connu : Périsse le monde plutôt qu'un principe; car si le principe ne peut s'accommoder de la conservation générale, mieux vaut qu'il périsse que le monde; en dehors de cette loi d'universelle intégrité, il ne saurait exister de principe. Mais, à coup sûr, périssent les machines dont la vapeur et l'eau sont les moteurs, plutôt que la santé de la population, la vie de milliers d'enfans. Heureusement M. Charles Dupin s'est encore chargé de rassurer, au moyen de la statistique, les fabricans et les économistes, en montrant que l'exportation des produits manufacturés par la Grande-Bretagne s'est accrue considérablement depuis l'institution des mesures conservatrices des forces du jeune âge; nous ne reproduisons pas les détails de cette démonstration mathématique, toute en faveur de la loi proposée, parce qu'ils s'éloignent du cercle de notre appréciation spéciale. Une autre objection foncière contre la loi y rentre pleinement; c'est M. Rossi qui l'a développée à la Chambre des pairs; il repousse la loi telle qu'elle est formulée par la commission, parce qu'elle consacre l'unité des règles et des mesures protectrices pour toute la France; suivant lui et d'autres, les diversités infinies de races et de climats doivent entraîner de telles différences de retardement ou de précocité dans le développement des forces qu'aucune base commune ne peut être fixée pour l'ensemble de nos départemens; l'existence de telles causes ne peut être niée; mais elles n'ont pas l'importance qu'on leur prête; elles se restreignent en des limites si étroites pour les diverses populations et les nuances climatériques de la France, qu'il est permis de n'en point tenir compte. La température de la France est douce; elle diffère peu dans toute l'étendue du pays; elle n'occupe qu'une étroite portion de la zône tempérée; elle ne présente que 10 degrés de latitude et pas plus d'étendue totale en longitude; d'ailleurs le but de prudence et d'humanité est rempli par la fixation des limites qui conviennent aux populations dont le développement est le plus tardif; ces limites conviendront à plus forte raison aux populations un peu précoces.

Dans un prochain article, nous ferons connaître l'économie de la loi, et nous

médicale; par M. Péraire. 14° *Résiné de copahu et purgatifs drastiques, employés séparément ou simultanément dans l'asthme essentiel*; par M. B. C. 15° *Collyre très avantageux dans les cas d'ophthalmies purulentes et blennorrhagiques*; par le même. (Ce collyre est composé de la manière suivante : décoction de mélilot, 375 grammes; chlorure de soude, 8 gouttes.)

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE INFÉRIEURE.

La 68e livraison renferme : 1° *Une observation de dyphtérite chez un adulte*; terminaison par la mort au sixième jour de la maladie; par M. Marie, D. M. 2° *Une note de M. Mareschal sur un cas d'empoisonnement par des caillebotes*. 3° *L'observation d'un empoisonnement par les champignons*; recueillie par M. Cabaret, de St-Malo. 4° *Observation de fièvre intermittente, bronchite, varioloïde, etc.*, par M. Malherbe. 5° *Mutisme produit par le sulfate de quinine*; par M. Ménage. 6° *Note sur les effets pathologiques produits par l'ingestion des crustacés et des mollusques dans l'estomac*; par le même. 7° *Développement tardif des mouvemens chez un enfant né avant terme*; par le docteur Chauvin.

MUTISME PRODUIT PAR LE SULFATE DE QUININE; par le docteur MÉNAGE.

Le fait suivant perd beaucoup de son intérêt, par cela seul qu'il a été observé chez une femme tourmentée par quelques accidens hystériques; cependant, comme une observation analogue aurait été, suivant l'auteur, recueillie par M. Bertin, et publiée dans sa thèse en 1829, nous allons en présenter une analyse rapide.

OBS. — Madame L., âgée de 22 ans, d'une constitution nerveuse, mal réglée, sujette à quelques accidens hystériques, est prise d'une fièvre intermittente qui se traduit par ces mêmes accidens revenant périodiquement. Après les six premiers accès, durant lesquels la malade ne prit qu'un évacuant et des amers, on lui prescrit douze grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses pendant l'intermittence. Les deux premières doses ne produisent aucun effet; mais aussitôt après l'ingestion de la troisième, irritation nerveuse extrême; face vultueuse; yeux saillans; violente céphalalgie; et enfin mutisme complet; impossibilité absolue d'émettre aucun son; l'ouïe et les autres sens intacts. La malade ne pouvait se faire comprendre que par signes; j'essayai, dit l'auteur, de la calmer; je lui prescrivis des antispasmodiques, etc. Cet état, après avoir duré vingt-quatre heures, cessa instantanément, laissant seulement de l'embarras et de l'étourdissement dans la tête. La fièvre ne reparut plus, et la malade fut soumise à l'usage du vin de Séguin.

NOTE SUR DES EFFETS PATHOLOGIQUES PRODUITS PAR L'INGESTION DES CRUSTACÉS ET DES MOLLUSQUES DANS L'ESTOMAC; par le même.

Les accidens que produit l'ingestion de certaines substances alimentaires sur certains individus ont été attribués à la décomposition de ces substances, ou à l'introduction de substances vénéneuses dans leurs préparations; mais pour comprendre combien ces explications sont erronées pour le plus grand nombre des cas, il suffit de se rappeler que les mêmes alimens ne produisent pas d'accidens chez tous ceux qui en ont pris, ni dans une proportion égale à la quantité prise par chaque individu. C'est donc une question encore intacte, pour ainsi dire, et qui réclame de nouveaux faits, et surtout des faits bien observés. Le suivant, recueilli par l'auteur, offre d'autant plus d'intérêt qu'il l'a été sur lui-même.

OBS. — Toutes les fois, jusqu'à l'âge de 20 à 22 ans, qu'il m'est arrivé, dans mes repas, de manger du homard, même en petite quantité, et quelle que fût la partie de l'animal, j'en ai toujours été incommodé, bien que les personnes qui en mangeaient en même temps que moi n'en ressentissent aucun effet. Je n'éprouvais pour cet aliment aucun dégoût; cinq à six heures après le repas, j'étais pris subitement de frissons; nausées; tête embarrassée; figure rouge et gonflée; engorgement des paupières; larmoiement des yeux et lassitude dans les membres. Trois à quatre fois, il m'est arrivé d'avoir du délire pendant quelques heures. Au bout de huit à vingt-quatre heures, une éruption urticaire se développe sur toute la surface du corps, qui devient très rouge, avec vésicule large et proéminente; démangeaison extrême; puis tout rentrait dans l'ordre dans l'espace d'un à deux jours. Depuis l'âge de 22 ans, j'éprouve encore parfois le même accident, quoique à un degré beaucoup moins prononcé, et non toutes les fois qu'il m'arrive de manger de ce crustacé, sans que je puisse me rendre aucun compte du développement de ces accidens dans certains cas, et de leur absence dans d'autres.

J'ai constaté que l'action de la chair de ce crustacé ne se produisait pas par la méthode endermique, en l'appliquant sur la surface du derme dénudé par un vésicatoire.

Quant aux moules et autres mollusques, à l'exception des huîtres, les accidens étaient à peu près les mêmes; cependant elles n'ont jamais développé d'éruption urticaire, leur effet se bornant à une fièvre éruptive, suivie d'un érysipèle siégeant à la face, et principalement sur les ailes du nez. Cet érysipèle, qui durait de sept à huit jours, se terminait toujours par une desquamation de l'épiderme de la partie lésée. Depuis l'âge de 21 à 22 ans, je n'éprouve plus aucun accident de ce genre.

L'auteur termine cette communication en disant qu'il connaît une dame qui, toutes les fois qu'elle fait usage de cresson alénois comme aliment, est atteinte d'un érysipèle à la face; et un jeune homme, d'une conduite très régulière, qui ne peut manger du cresson de fontaine sans éprouver, quelques heures après le repas, une gonorrhée des plus prononcées, avec ténesme, et qui disparaît spontanément au bout de vingt-quatre heures.

DÉVELOPPEMENT TARDIF DES MOUVEMENS CHEZ UN ENFANT NÉ AVANT TERME; par le docteur CHAUVIN.

L'observation suivante, bien qu'elle ne soit pas sans analogue, mérite cependant de fixer l'attention, en raison de sa longue durée et des inductions qu'il est permis d'en tirer.

OBS.—Hupel, primipare, malade depuis le commencement de sa grossesse, mit au monde à sept mois un enfant du sexe masculin qui, quoique bien conformé, était plus petit qu'un enfant à terme; il avait de l'embonpoint, la peau délicate et d'un rouge vif, et les yeux constamment fermés. La fonction respiratoire s'établit facilement, mais la voix et les fonctions digestives et locomotives restèrent dans l'assoupissement le plus complet pendant sept semaines. Durant tout ce temps, il paraissait dormir constamment; tous ses mouvemens consistaient, quand on le démaillottait, à se peletonner les cuisses sur le ventre, les jambes sur les cuis-

---

émettrons sur quelques stipulations qu'elle contient les observations qu'elles suggèrent au point de vue médical.

M. L.

— BAINS D'ENGHIEN. — L'établissement des eaux minérales d'Enghien sera ouvert au public le 15 mai prochain et fermé le premier octobre. L'affluence des baigneurs a été telle, en 1836 et 1837, qu'malgré l'acquisition du vaste hôtel des Quatre-Pavillons, les propriétaires se sont vus dans la nécessité de disposer pour cette année de nouveaux logemens. Les nombreux appareils construits sous la direction de M. le docteur Bouland, joints aux anciens, ont étendu les ressources de la thérapeutique, et dans leur état actuel les bains d'Enghien forment l'établissement le plus complet qui existe en Europe. Les eaux de la nouvelle source, analysées sur la demande du ministre, ont été trouvées parfaitement identiques avec celles des anciennes sources: elles sont les unes et les autres supérieures aux meilleures eaux connues du même genre, en ce qu'elles contiennent une plus grande quantité de principes minéralisateurs; elles sont enfin d'une telle abondance qu'elle peuvent suffire au service le plus actif.

Les principales maladies contre lesquelles les eaux sulfureuses d'Enghien sont employées avec succès sont :

1° Les maladies de la peau;

2° Les affections chroniques des viscères;

3° Les affections glanduleuses, les scrofules, le rachitisme;

4° Les maladies nerveuses, goutteuses et rhumatismales;

5° Enfin, les maladies générales et locales, caractérisées par la débilité.

Les eaux d'Enghien se prennent en boisson, en douches ou à l'état de vapeur.

Il serait superflu de rappeler toutes les ressources que la proximité de ces eaux offre à la capitale. S'il est, en effet, des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que la fatigue et les secousses inévitables d'une longue route peuvent aggraver : telles sont les affections utérines, qui réclament le repos le plus complet, et dans lesquelles des mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. Nous rappellerons, à l'occasion de cet ordre de maladies, les résultats obtenus l'année dernière par l'emploi des eaux d'Enghien, résultats constatés par M. Lisfranc, et qu'il a communiqués à l'Académie royale de médecine.

M. le docteur Rayer, médecin consultant du roi, vient d'être nommé par le ministre inspecteur des eaux d'Enghien, en remplacement de M. le baron Alibert.

Nous adresserons une observation importante : c'est que les eaux d'Enghien ont cet avantage sur celles de Barrèges, qu'elles peuvent être conservées sans aucune altération, et être transportées dans les pays les plus éloignés.

NOTA. Outre le grand nombre d'appartemens commodes et décorés avec goût, le directeur a laissé à la disposition des malades qui voudront venir et vivre en famille aux eaux d'Enghien, beaucoup de logemens qu'ils pourront meubler à leur fantaisie.

ses et les bras sur la poitrine, pour reprendre la position qu'il avait dans le sein de sa mère. Les autres enfans-nouveau-nés opèrent ce mouvement pendant deux ou trois jours seulement, et ils en font d'autres; mais celui-ci le fit pendant sept semaines et ne fit que celui-là. Il ne poussa pas un seul cri; ne but ni ne mangea. Si on lui mettait dans la bouche quelques gouttes de lait, de vin ou autre chose, même de la bouillie, on le retrouvait vingt-quatre heures après dans le même endroit, sans qu'aucun mouvement de succion ni de déglutition lui eût fait subir aucun déplacement. Il n'évacua, pendant tout ce temps, aucune matière stercorale; il n'urina point et ne salit pas du tout les linges sur lesquels il était déposé. En un mot, il paraissait, à la respiration près, vivre de la même manière que pendant qu'il était renfermé dans le sein de sa mère. Il n'augmenta; mais aussi ne diminua pas; sa fraîcheur et son embonpoint restèrent toujours dans le même état.

Au bout de sept semaines, tous les organes sortirent à la fois de cet assoupissement, l'enfant se mit à crier nuit et jour, à boire, à manger et à évacuer par toutes les voies ordinaires; il prenait beaucoup de nourriture, eu égard à sa force; et cependant il dépérit considérablement : il devint jaune, maigre, ridé, et l'on désespéra encore une fois de pouvoir l'élever; cependant, au bout de deux ou trois mois, il prit le dessus, et maintenant qu'il a trois ans, il est fort et bien portant.

L'auteur dit avoir recueilli une observation analogue sur un enfant venu au monde à huit mois, et chez lequel l'état de sommeil ou d'assoupissement persista pendant un mois, comme dans le cas précédent, et qui ent à peine atteint le neuvième mois, qu'une grande révolution s'opéra en lui, et suivit la marche que nous venons de voir chez le sujet de l'observation précédente. Sans nier l'authenticité de ces faits, nous ne pouvons cependant croire que l'enfant qui est resté pendant sept semaines dans un état analogue à celui où sont les animaux hybernans pendant la période de torpeur, n'ait réellement rien perdu de sa fraîcheur ni de son embonpoint. Il dut nécessairement éprouver des pertes par les transpirations cutanée et pulmonaire, comme les animaux hybernans, qui, à la fin de la période d'hybernation, sont dans un état de maigreur très prononcé. Nous concevons encore moins comment, chez l'enfant ainsi séparé de sa mère et privé de tout moyen de nutrition, les organes continueraient à se développer dans le même temps et de la même manière que s'il fût resté dans le ventre de sa mère, recevant d'elle les moyens de nutrition, et n'étant exposé à aucune perte.

IV. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE ET LOIRE.

Le 3e cahier de 1839 renferme : 1° *Des propositions de médecine et de chirurgie*; par M. Benoit. 2° *Observations sur le traitement du pied-bot*. (Ces observations confirment la doctrine de la rétraction musculaire.) 3° *Introduction et séjour de pièces de monnaie de cuivre rouge dans l'estomac*; par M. Charcelay. 4° *Mémoire sur l'emploi du sirop de goudron en médecine*; par M. E. Péraire.

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers publiés depuis le mois d'août 1839 jusqu'au mois de février 1840 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Fragmens de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie*; par M. Florent Cunier. 2° *Note sur un fœtus bicéphale*; par M. Dumont. 3° *Histoire d'un polype fibreux de l'utérus* (efficacité du seigle ergoté; ligature suivie de l'excision; guérison complète); par M. Monteguie. 4° *Observation de rétrécissement du colon transverse* (engorgement de matières stercorales dans le colon ascendant; rupture de cet intestin; mort); par M. Isidore Leclercq ; 5° *Considérations pratiques sur le prolapsus partiel de la muqueuse du vagin*; par M. Martin Schoenfeld. 6° *Considérations thérapeutiques sur la peau, considérée comme organe d'hématose*; par M. E. P. Nouille, D. M. 7° *Du traitement des dartres et de la teigne par la suie de bois*; par M. le docteur E. de Nobèle. 8° *Lettres médicales sur l'Italie*; par M. Guislain. 9° *Note sur une épidémie de dothinentérite*; par M. le docteur Gonzée.

FRAGMENS DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'OPHTHALMOLOGIE; par M. FLORENT CUNIER.

Parmi les faits rassemblés dans ce travail, nous choisirons quelques-uns des plus saillans.

LUXATION DE L'HUMÉRUS EN AVANT DATANT DE SEPT MOIS; RACCOURCISSEMENT; INUTILITÉ DES TRACTIONS VERTICALES; RÉDUCTION PAR LA MÉTHODE DE ROTATION.

OBS. I. — Madame Leroy, âgée de 40 ans, grande, forte et bien musclée, vint me consulter le 15 janvier 1839 pour ce qu'elle appelait un rhumatisme de l'épaule droite. Elle avait fait une chute sur le coude et l'épaule dans les premiers jours de juillet 1837, et le chirurgien auquel elle s'était adressée n'avait reconnu qu'une contusion de l'épaule et lui avait prescrit des fomentations résolutives.

Le coude est porté en dehors et assez fortement en arrière; l'épaule est déformée; le creux de l'aisselle n'est pas rempli; le grand pectoral est soulevé au-dessous de l'apophyse coracoïde par une tumeur que je reconnais être constituée par la tête de l'humérus; la malade ne peut se livrer à aucun mouvement sans déterminer des douleurs violentes dans l'aisselle; les mouvemens que je fais exécuter au membre sont restreints et douloureux; il y a un raccourcissement de plus d'un pouce.

Je reconnus à ces signes une luxation en avant, sous-coracoïdienne de M. Malgaigne.

Je prescrivis : une pommade composée d'axonge, deux onces; extrait de belladone, un demi-gros; en frictions dix fois par jour avec gros comme une noisette de cette pommade. Cataplasmes émolliens sur la partie.

Après huit jours, elle vient me retrouver : deux tentatives de réduction par les tractions verticales restent infructueuses; la dernière est accompagnée de douleurs violentes (moyens ci-dessus continués durant plusieurs jours). J'eus recours à cette époque à la méthode de rotation décrite par M. Malgaigne (BULLET. DE THÉRAP., t. XV, 345). A la première tentative, la luxation était réduite. Le membre avait repris toute sa longueur, et on pouvait conduire le bras dans toutes les directions sans occasioner une douleur trop vive.

Un bandage compressif demeura appliqué pendant vingt jours; fomentations avec l'eau de Goulard.

Le vingt-deuxième jour après la réduction, madame Leroy pouvait se servir de son bras.

Nous comprenons difficilement dans ce fait l'allongement d'un pouce dont parle M. Cunier; et nous aurions désiré qu'il indiquât entre quels points et de quelle manière les mesures avaient été prises; ceci devient fort important et peut servir souvent à expliquer beaucoup de dissidences.

LUXATION DU FÉMUR EN HAUT ET EN ARRIÈRE; RÉDUCTION AU SIXIÈME MOIS.

OBS. II. — Madame Jalhan fit une chute il y a six mois, et ressentit depuis cette époque des douleurs atroces dans la cuisse gauche; examinée par M. Cunier le 6 novembre 1838, elle présentait l'état suivant : la pointe du pied et le genou sont fortement inclinés en dedans; il y a impossibilité de ramener le membre dans sa position normale; les essais font éprouver à la patiente les plus vives douleurs dans la hanche; le membre est raccourci de trois pouces et demi. Le grand trochanter est rapproché de la crête de l'os des îles et forme saillie. Une tumeur dure, arrondie, occupe la fosse iliaque externe; l'aine est fortement plissée et douloureuse.

La malade fut préparée par des onctions sur la cuisse avec une pommade fortement belladonisée, et des bains de vapeur émolliens.

Le 25, on tenta la réduction. La malade fut couchée sur le côté droit, sur un matelas placé à terre; un drap de lit ployé en six fut placé sous le périnée, ramené sur l'aine du côté malade, et les extrémités confiées à un aide doué d'une force prodigieuse. Un autre drap est passé autour de la hanche; les extrémités ramenées du côté sain sont remises à un second aide; le lac destiné à la contre-extension est fixé au-dessous du genou et solidement assujéti. Saisissant les deux extrémités avec deux aides, un autre chirurgien, M. Laurent, se chargea de diriger la tête de l'os. Le membre fut tiré suivant la direction qu'il occupait; les tractions furent douces et peu douloureuses. La tête fémorale subit immédiatement un déplacement; mais il était impossible de la replacer dans la cavité. La malade réclama un moment de repos, et M. Cunier remplaça M. Laurent. Les tractions furent dirigées moins en dedans, c'est-à-dire moins à droite; trois fois la tête de l'os arriva contre le rebord sans pouvoir le franchir. Tout à coup M. Laurent saisissant le membre un peu au-dessus du lac contre-extenseur lui fit subir un mouvement brusque de rotation en dehors; averti de ce mouvement, je dirigeai la tête fémorale qui rentra dans sa cavité avec un bruit qui fut entendu à plus de dix pas par les assistans.

Un appareil compressif amidonné entourant le membre depuis les orteils jusqu'à la hanche fut placé, et la malade resta sur le matelas qui avait été déposé à terre. Une potion calmante lui fut administrée. Tous les symptômes de luxation avaient disparu; le membre avait repris sa direction et sa longueur naturelles. Des accidens nerveux assez graves se manifestèrent le troisième jour, et cédèrent aux antispasmodiques.

Les jours suivans, la malade ressentit dans le trajet du nerf sciatique des douleurs névralgiques intolérables (frictions avec la pommade de veratrine); soulagement rapide.

Les douleurs avaient cessé le surlendemain 26, et ne se sont plus reproduites depuis.

Madame Jalhan appuie parfaitement bien aujourd'hui sur l'extrémité pelvienne gauche; mais elle continue à boiter, et il y a un raccourcissement de trois quarts de pouce, ce qui doit être attribué à la diminution du volume de la tête de l'os et à la rétraction de la cavité articulaire, qui surviennent chez les vieillards dans les cas de non réduction de luxation.

Malgré cette explication que nous n'adoptons pas dans toute sa généralité, la persistance d'un raccourcissement de trois quarts de pouce nous porte à penser que dans ce cas, sans oser l'affirmer, la réduction n'a pas été obtenue. Ceci s'applique bien davantage encore à l'observa-

tion suivante relative à une réduction de luxation du fémur *au dixième mois*. Comme le fait remonte à 1799, que le malade avait 16 ans, que la réduction ne fut point obtenue par un chirurgien, nous attendrons des détails plus précis pour l'enregistrer au titre des luxations anciennes réduites.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LA PEAU, ENVISAGÉE COMME ORGANE D'HÉMATOSE; par M. le docteur NOUILLE.

L'auteur, s'appuyant sur le fait, qui est démontré pour les animaux inférieurs, que les poumons et la peau se suppléent mutuellement pour remplir la grande fonction de l'hématose, et supposant qu'il est également démontré pour l'homme, attribue la phthisie à ce que, chez quelques sujets, la part que prend la peau à cette fonction importante étant trop active, l'équilibre est rompu, et il en résulte un état pathologique. Chez les phthisiques, en effet, la peau trop mince, trop perméable à l'air, dont les capillaires sont très déliés, permet au sang noir qui la traverse de subir un commencement d'hématose, et prend cette couleur rosée si redoutable. Le poumon perd de son activité, se dilate moins; ses vésicules, parcourues par un sang qui n'est point leur stimulant naturel, n'offrant plus la même expansion, il y a stase du sang dans leurs vaisseaux, surtout dans ceux qui, situés au sommet des poumons, sont moins soumis aux grands mouvemens respiratoires. Si cet état persiste, les vésicules, de plus en plus engouées, finissent par s'oblitérer et deviennent de véritables tubercules.

Telle est la manière dont l'auteur explique le développement des tubercules pulmonaires, théorie bien faible, comme on le voit, et reposant sur un fait principal très hypothétique, savoir, la participation de l'organe cutané à l'hématose chez l'homme et sur une foule d'autres hypothèses non moins démontrées. L'auteur groupe encore autour de cette idée quelques observations qui ont été faites dans la phthisie, et que nous allons faire connaître sommairement. Il cite, en premier lieu, l'influence bienfaisante que la variole exerce souvent sur les personnes qui auraient eu à redouter cette maladie, et qui en ont été à l'abri, grâce à cette éruption, tandis que les individus chez lesquels la phthisie pulmonaire fait le plus de ravages ont la peau douce, délicate, rosée, éminemment sensible et jamais dure, rugueuse, etc. Si les pays méridionaux paraissent exercer une influence favorable sur les personnes prédisposées à la phthisie qui y sont envoyées, n'est-ce pas parce que le soleil, plus ardent, rend leur peau moins perméable à l'oxygène de l'air et corrige la délicatesse de leur épiderme? La rareté de la phthisie dans les pays chauds ne dépend-elle pas de l'habitude qu'ont les habitans de quelques-uns de ces pays de s'oindre avec des corps gras?

L'auteur termine sa communication par l'indication de quelques moyens, qui auraient pour résultat de diminuer la susceptibilité et la perméabilité de la peau à l'oxygène, et parmi eux nous regrettons de trouver le conseil de ne pas se hâter de vacciner les enfans qui auraient pu hériter de leurs parens une prédisposition fâcheuse. Cette défiance dans les heureux effets de la vaccine, qui ne compte presque plus aujourd'hui de partisans parmi les médecins, trouverait encore d'assez nombreux échos parmi les gens du monde pour qu'on s'abstienne de la provoquer sans de puissans motifs.

DU TRAITEMENT DES DARTRES ET DE LA TEIGNE PAR LA SUIE DE BOIS; par le docteur de NOBILE.

Les faits consignés dans cette communication viennent à l'appui de l'opinion émise déjà par plusieurs praticiens sur l'utilité de la suie dans le traitement de différentes affections cutanées et de celles surtout qui ont résisté aux moyens le plus ordinairement employés. Nous allons analyser ceux qui nous paraîtront les plus remarquables.

OBS. I. — Un fils de M. . . . , âgé de 9 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, cheveux bruns, avait contracté une teigne faveuse qui avait fait des progrès très rapides, et s'était en fort peu de temps communiquée à trois de ses frères, tous bien portans à cette époque. Chez l'un d'eux, âgé de 11 ans, le favus avait envahi une partie du front; déjà on avait employé la plupart des moyens recommandés contre cette maladie, et l'on allait avoir recours à la calotte lorsqu'on conseilla l'usage de la suie, d'abord en lotions, d'après la formule indiquée par M. Marinus, et après quelques jours, en pommade, après avoir toutefois fait raser les cheveux et fait enlever les croûtes au moyen de cataplasmes émolliens; moins de quatre semaines ont suffi pour guérir les quatre malades; les croûtes du front ont cédé les premières; la chevelure a pris sa croissance avec rapidité, et sur quelques points seulement la rareté des cheveux peut indiquer l'endroit où le mal a existé.

OBS. II. — Un enfant pauvre, âgé de 12 ans, d'une constitution lymphatique, portant une masse de glandes engorgées dont plusieurs avaient déjà suppuré, avait depuis quatre ans une teigne faveuse qui avait envahi successivement toute la tête et produit une alopécie presque complète. Après avoir enlevé les croûtes au moyen de cataplasmes émolliens, on pansa avec de la pommade de suie, et au bout de deux mois, le mal était entièrement dissipé et les ganglions avaient presque complètement disparu.

L'auteur présente à la fin de sa communication quelques considérations qui ne seront pas sans intérêt pour les praticiens auxquels se présenteront de nombreuses occasions de faire l'essai de cette médication.

1° La suie ne peut être employée avec espoir de succès qu'après qu'on a enlevé les croûtes et diminué l'irritation des parties au moyen d'applications émollientes.

2° On doit avoir soin d'enlever, par des lotions légèrement savonneuses, l'enduit gris que la suie laisse à la surface de la peau, soit en pommade, soit en décoction.

3° Chez les enfans, la pommade faite avec parties égales de suie et d'axonge est souvent trop irritante pour les petites plaies que la chute des croûtes a mises à nu. On doit commencer par un quart de suie et trois quarts de graisse.

4° La suie de bois est seule utile; celle qui provient des cheminées où l'on ne brûle que de la houille est sans effet.

VI. MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

TUMEUR FONGUEUSE CONGÉNITALE; GUÉRISON; par M. CROMMELINCK.

OBS. — Madame Deschryver-Demeester, qui avait été en proie durant sa dernière grossesse à une hallucination bizarre, donna le jour à un enfant qui portait à la partie externe et supérieure du bras gauche une tumeur sous-cutanée de la grosseur d'une noisette; la peau dans toute l'étendue de cette tumeur, à laquelle elle était adhérente, était légèrement soulevée et marquée de telle façon qu'elle simulait un *morceau de viande crue*. Cette tumeur fongueuse s'est rapidement accrue jusqu'à l'âge de trois mois, et compromettait alors éminemment la vie de l'enfant.

Plus tard, des vomissemens continuels et une diarrhée abondante se manifestèrent; puis il survint de la fièvre, des convulsions.

Plusieurs médecins consultés décidèrent qu'il y avait nécessité d'enlever la tumeur; mais les uns optaient pour l'extirpation; ceux-là pour la cautérisation; d'autres pour la compression forcée; un dernier voulait provoquer la suppuration en traversant la tumeur par un ou deux sétons. On se décida enfin sur l'avis de M. Crommelinck, et plus tard de M. Kluysken, père, à temporiser pour rétablir la constitution de l'enfant, et plus tard, à faire l'extirpation, si le développement démesuré de la tumeur forçait d'en venir à ce moyen extrême. On supprima l'allaitement, qui était de mauvaise nature; les narcotiques furent suspendus (on en avait fait un usage abusif). L'enfant fut mis à une nourriture légère, composée principalement de laitage et de farineux. Du sirop de quinquina fut ajouté à tous ses alimens et à toutes ses boissons; décoction de racine de colombo (2 gros par livre d'eau); une cuillerée toutes les heures. En moins de trois semaines, l'enfant avait tellement changé à son avantage qu'il y avait à s'y méconnaître. La diarrhée et les vomissemens n'existaient plus, et le sommeil n'avait pas tardé à revenir. La tumeur fongueuse s'était elle-même ressentie de cette heureuse modification, elle avait diminué en circonférence de deux millimètres. Très douloureuse auparavant, elle était devenue insensible à une pression assez forte. C'est alors qu'on essaya la compression de tout le bras gauche, au moyen de bandelettes agglutinatives; cette compression était augmentée journellement; au bout de huit jours, une liqueur sanieuse commença à s'écouler de la tumeur. Il s'y manifesta une espèce de travail inflammatoire qui s'accrut insensiblement. Le quinzième jour, on dut renoncer à la compression, l'inflammation étant devenue trop considérable, une véritable suppuration s'était établie. (Cataplasmes aromatiques arrosés de teinture de myrrhe.) Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a semblé se fondre lentement. (Mêmes moyens à l'intérieur continués.)

Aujourd'hui (25 octobre 1839), la tumeur a totalement disparu, et n'a laissé d'autres traces qu'une cicatrice irrégulière. L'enfant a pris un tel embonpoint qu'on a de la peine à reconnaître en lui cette chétive créature que l'on s'accordait généralement, il y a trois mois, à vouer à une mort certaine.

Il est à regretter que le chirurgien belge ne donne pas, sur la tumeur qu'il a traitée, assez de détails pour qu'on puisse en apprécier la nature. Tout donne à penser qu'il s'agissait d'une tumeur fongueuse sanguine, de nature veineuse plutôt qu'artérielle. L'inflammation développée dans ses cellules par une compression assez forte et prolongée en aura sans doute déterminé l'oblitération, et par suite l'affaissement de la masse totale. Sous ce rapport donc, l'action de la compression ne différait pas de celle de la cautérisation, de l'amputation, etc. Mais l'inflammation adhésive est par ce moyen beaucoup plus difficile à obtenir; d'ailleurs, il n'est pas possible de songer à comprimer indistinctement toutes les tumeurs fongueuses: la compression doit donc conséquemment être d'un emploi beaucoup moins général.

Nous devons signaler, dans cette observation, l'heureux effet d'un trai-

tement général bien continué. Trop souvent les chirurgens se bornent à des moyens locaux plus ou moins mécaniques, sans tenir nul compte de l'état général, des maladies concomittentes, pour ne pas insister sur un exemple de pratique judicieuse où les secours de la médecine viennent en aide à ceux de la chirurgie; sous ce rapport, ce fait ne doit pas être perdu.

OBSERVATION SUR L'EXTRACTION D'UN CALCUL BILIAIRE VOLUMINEUX; GUÉRISON; par M. de MEERSMAN.

Obs. — Madame N., âgée de 73 ans, présentait les indices extérieurs d'nne affection organique du foie. Malgré l'emploi rationnel des moyeos préconisés en pareille occurrence, la maladie fit des progrès. Uue douleur vive se déclara dans l'organe affecté et s'accrut bientôt au point de ne plus laisser de repos à la malade. La fièvre éclata en même temps avec une violeuce qui fit craindre prochainement nne issne fâcheuse. Les sangsues, les cataplasmes émolliens et narcotiques sor la région du foie, et les calmans à l'intérieur furent mis eu usage afin d'entraver la maladie dans sa marche précipitée; mais en vain; le cortége des symptômes alarmans marchait à grands pas en dépit de toutes ces ressources thérapeutiques, lorsque le troisième jour il survint dans la région affectée nne tumeur accompagnée des symptômes ordinaires du phlegmon aigu. Dès lors, la formation d'un abcès ne fut plus douteuse, et bientôt après la fluctuation fit reconnaître la nécessité de l'ouverture à laquelle M. de Meersmann procéda immédiatement. La grande quantité de bile qui se trouvait mêlée au sang et le pus sorti du foyer de l'abcès indiquaient qu'il y avait obstruction du canal cholédoque; en conséquence, il fallait laisser une issue à la bile, qui ne pouvait plus couler par son conduit naturel. A cet effet, il introduisit une mèche dans l'ouverture, la malade fut soulagée par l'évacuation de l'abcès, à tel point qu'elle disait ne plus souffrir du tout. Après quelques jours, et quand les symptômes inflammatoires eurent disparu, M. de Meersmann se mit en devoir de sonder la fistule biliaire. Cette manœuvre lui donna l'assurance qu'il y avait un corps étranger dans le foyer de l'abcès, dont la longueur approximative était de quatre pouces, et le diamètre transversal d'un pouce à peu près. La plaie fut agrandie en proportion du volume du corps étranger, et celui-ci extrait au moyen des tenettes ordinaires. La malade guérit parfaitement en vingt jours, au moyen d'nne position convenable et des cautérisations avec le nitrate d'argeot.

Le calcul extrait (Voyez la planche) a une forme ovalaire allongée, légèrement courbée, ses deux extrémités sont d'inégale grosseur; il est légèrement rugueux à l'extérieur, et d'une couleur brun-noirâtre; il a nne longueur de trois pouces et un ponce d'épaisseur; son poids est de six gros deux scrupules. Scié dans la direction de son plus grand diamètre, il offre un aspect ligneux à couches concentriques ovalaires; cette surface sciée est douce au toucher, d'une couleur jaune; avec l'ongle, on en détache facilement une poudre onctueuse jaunâtre.

L'analyse de ce calcul faite avec beaucoup de soin par M. Vandevelde, pharmacien, a donné sur 100 parties: cholestérine, 80; matière colorante, 19; perte, 1.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'histoire de ce calcul, c'est évidemment son volume considérable. Je ne sache pas que parmi les faits connus jusqu'à ce jour on puisse en trouver un où les pierres biliaires aient présenté de pareilles dimensions.

TUMEUR AU COU DEPUIS TROIS ANS; DIVERS ACCIDENS GRAVES; ASPHYXIE IMMINENTE; BRONCHOTOMIE CRICO-THYROÏDIENNE; GUÉRISON; observation recueillie par M. le docteur BULCKENS.

Obs. — Il s'agit d'un militaire, âgé de 52 ans, qui, après avoir toujours joui d'une bonne santé, s'aperçut il y a trois ans, à la suite d'un léger rhume, qu'une tumeur s'était formée au cou. Peu volumineuse dans le principe et gênant faiblement la respiration, elle avait acquis après quatorze mois le volume d'un œuf de poule. Elle déterminait alors une difficulté insupportable dans la déglutition et dans l'acte respiratoire. Le malade fut obligé de quitter son service et d'entrer à l'hôpital de Charleroi. Sous l'influence de frictions avec un onguent dont il gnore la composition, la tumeur diminua de volume; bientôt il put rejoindre son corps.

Au bout de huit mois survient un crachement de sang; nouvelle gêne dans la respiration; nue marche forcée aggrava ces symptômes, et le 9 novembre 1839 il était dans un état de suffocation imminente. Le malade est assis sur son lit, la tête élevée, la face pâle, bouffie, le cou tuméfié, les traits altérés, exprimant une anxiété extrême. Sentiment de gêne, sans douleur notable au larynx. De chaque côté du cou, sous les cornes de l'os hyoïde, on sent le prolongement d'une tumeur dure, rénittente, indolente, et qui paraît s'étendre derrière le cartilage thyroïde auquel elle adhère latéralement et dont elle suit les mouvemens d'élévation et d'abaissement; le doigt introduit dans l'arrière-gorge ne découvre aucun gonflement. La déglutition est difficile; la respiration laborieuse, l'inspiration pénible et bruyante, la toux saccadée; l'expectoration consiste en quelques crachats écumeux. Le thorax amaigri et symétrique se dilate avec peine et est partout sonore; le bruit respiratoire est remplacé par un souffle bronchique à droite et nne absence complète de tout bruit à gauche; en arrière, on entend un léger râle muqueux; les battemens du cœur sont réguliers, très prononcés; le pouls, peu résistant, offre 80 pulsations; la peau est chaude; rien d'anormal dans les autres fonctions (saignée de dix onces; 8 sangsues à la fosse sus-sternale; bouillon). Mieux marqué sous l'influence de ces moyens. On revient trois jours de suite à de petites saignées. Repos absolu; régime sévère; boissons adoucissantes.

Il survint un calme notable, auquel de temps en temps succédèrent une respiration difficile, un murmure laryngo-trachéal bruyant et de légers étouffemens. Dans cette alternative de calme et de dyspnée, le malade traîna une existence misérable et très précaire, pour la conservation de laquelle l'opération de la bronchotomie parut seule offrir quelque chance de salut. Elle fut proposée pour être pratiquée dans le cas de suffocation imminente. Ce moment ne se fit pas longtemps attendre.

Le 21, menace de suffocation; légère amélioration après une saignée de huit onces.

Le 23, les accidens ont encore plus d'intensité. La déglutition est plus difficile; l'orthopnée extrême; l'inspiration plus bruyante et pénible; la voix presque éteinte, la toux violente et douloureuse; on n'entendit plus de bruit respiratoire; la face pâle et anxieuse était couverte de sueur; la peau moite; le pouls à 116, petit; l'asphyxie était à craindre. Le malade à qui on avait laissé entrevoir une chance de succès par l'opération, demanda avec instance à être opéré, ce qui d'après les conseils de M. Gonzec fut fait dans l'après-midi du 23 par M. Luteus.

L'opération offrit ceci de remarquable qu'elle fut pratiquée en deux temps. Sur les instances du malade qui disait avoir éprouvé du soulagement dès que l'on eut divisé les aponévroses (on était sur le point d'inciser le larynx), et considérant le danger de continuer une opération pendant une hémorragie veineuse difficile à arrêter, on la remit au lendemain. La plaie fut recouverte de charpie. Pendant la nuit il survint un écoulement de sang veineux considérable, qu'une compression légère maîtrisa.

Le lendemain, la membrane crico-thyroïdienne fut ponctionnée avec un histouri, puis incisée latéralement; tout à coup l'air s'en échappa en projetant du sang et du mucus, et bientôt il s'établit par la brusque pénétration de l'air dans la poitrine une sorte de succion de dehors en dedans, tellement forte que tout le sang qui suintait de la solution de continuité fut entraîné dans le canal trachéal. Le malade fut comme asphyxié dans ce moment; il eut quelques mouvemens convulsifs qui firent craindre une mort immédiate; M. Lutens, plongeant alors un bistouri boutonné dans l'ouverture aérienne, incisa une partie du cartilage cricoïde. Il essaya ensuite d'introduire dans la plaie une canule en argent d'un diamètre de deux lignes; mais tous les efforts du chirurgien échouèrent, et force lui fut d'y placer provisoirement une sonde en gomme élastique; à l'instant même la respiration devint calme et libre; le malade exprima par des gestes son soulagement.

La canule de gomme élastique ne put être maintenue que jusqu'à ce que le malade eût pris un instant de repos. Mais, peu de temps après le départ de M. Lutens, la titillation de ce corps étranger, enfoncé profondément dans la trachée-artère, provoqua une toux violente et une expectoration de sang veineux, ce qui détermina MM. Bulckens et Hehrotay à essayer, au moyen d'instrumens mousses, d'écarter les lèvres de l'incision, et à y introduire la canule en argent. Bientôt après cette introduction, le malade, d'agité qu'il était, devint calme, ses traits se ranimèrent, sa figure exprima le contentement, et il fit comprendre par des signes qu'il était soulagé. La respiration se fit presque entièrement par la canule, et, au lieu du cri bruyant qui l'avait accompagnée, on n'entendit plus qu'un bruit modéré, produit par l'air, qui entrait et sortait par l'ouverture artificielle. Des mucosités sanguinolentes, chassées par des expirations brusques, sortirent de la canule, qui ne causa aucune gêne, et qu'on nettoya souvent avec l'écouvillon pour empêcher la concrétion des mucosités. Le malade jouit d'un sommeil paisible, profond, qui se prolongea pendant toute la journée, et son état général fut des plus satisfaisans.

Les jours suivans, amélioration notable. La déglutition est peu gênée, la respiration est toujours facile et régulière. Quand on bouche la canule, un peu d'air passe par les voies naturelles, ce qui ne se fait pas lorsqu'elle est ouverte. A son orifice se produit un léger murmure, que l'on entend à peine quand elle est bien nettoyée. Bientôt les lèvres de la plaie se couvrent de bourgeons charnus et se rapprochent, la bouffissure de la face et du cou a disparu, la figure est allongée, la tumeur, moins appréciable, paraît avoir diminué de volume. Le malade reprend ses forces et ses habitudes, se promène seul, commence à faire usage du bouchon et respire, quand la canule est bouchée, sans le moindre bruit et avec la plus grande facilité; il parle facilement quand la canule est bouchée; mais sa voix est toujours rauque et aphone; la déglutition est plus libre quand la canule est ouverte, et le malade ne sent aucune gêne de sa position.

Parmi les réflexions qui suivent cette observation, nous insisterons plus spécialement, au point de vue opératoire, sur celles relatives à la position à donner au malade pendant l'opération. Lorsque la tête est renversée en arrière, les tégumens et les muscles sont tendus, le tube laryngé est saillant et résistant, et l'incision de chacune de ces parties est facile.

Nous ne sommes point de l'avis de M. Bulckens au sujet de l'opportunité qu'il y avait à suspendre l'opération. Sans doute, lorsqu'un vaisseau artériel d'un certain calibre donne du sang, la première chose à faire est évidemment d'en faire la ligature ou la torsion; mais si l'hémorragie est de nature veineuse, tout le monde sait que le meilleur moyen consiste à faire respirer largement le malade. Ce précepte, si rationnel par lui-même, se trouve maintenant suffisamment justifié par l'expérience.

Quant aux indications de la trachéotomie, elles étaient évidentes; il y

avait *periculum in mora*; c'est un de ces cas où la vie du malade dépend de la fermeté de résolution et des lumières du chirurgien; c'est là surtout que l'art se montre évidemment et promptement salutaire.

VII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

QUELQUES OBSERVATIONS DE PRATIQUE MÉDICALE; par le docteur CROMELINCK.

Parmi les faits rapportés dans cette communication, quelques-uns, qui ont rapport à des obstacles au cours des matières intestinales, nous ont paru assez intéressans pour mériter une courte analyse.

VOLVULUS INTESTINAL; GUÉRISON PAR LE MERCURE MÉTALLIQUE.

OBS. I. — J. Thibaut, tonnelier, âgé de 60 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, paraît n'avoir eu d'autre maladie que quelques coliques nerveuses. Vers le commencement de mars 1836, sans cause connue, il perd subitement l'appétit; la bouche reste amère et pâteuse; il lui survient des nausées, puis des vomissemens de matières bilieuses, de la pesanteur à l'abdomen qui, néanmoins, reste flasque et mou, de la céphalalgie et de la lassitude dans les membres.

6 mars. Depuis trois jours Thibaut n'a pas été à la selle; l'abdomen est insensible à la plus forte pression, et n'offre ni rénitence ni dureté; le pouls est naturel (tartre émétique, 2 grains; décoction d'orge, 4 livres; diète sévère). Vomissemens abondans sans évacuation alvine et sans soulagement.

Le 7, le malade est brisé de fatigue; le pouls reste calme et naturel.

Le 8, les mêmes symptômes persistent avec vomissemens abondans, constipation et insensibilité de l'abdomen. Une forte infusion de séné avec une once de sulfate de magnésie détermine des vomissemens pendant toute la journée, mais sans selles. On prescrit en vain pendant les deux jours suivans des bains, des fomentations, des lavemens émolliens et purgatifs.

Le 11, on remarque des matières fécales dans les vomissemens. Le même traitement est continué sans plus de succès. M. Cromelinck prescrit six onces de mercure métallique que le malade avale devant lui et sans aucun effet pendant quinze jours, durant lesquels les symptômes allèrent constamment en augmentant d'intensité et de violence, mais sans aucun signe de salivation. Cependant la face grippée de Thibaut et son affaiblissement progressif faisaient présager une fin très prochaine, quand Thibaut, après quelques instans de délire, demanda un vase, et évacua une quantité considérable de matières fécales. A partir de ce moment, tous les symptômes graves disparurent, et le malade se rétablit après une longue convalescence.

ILÉUS PAR SUPPRESSION DE LA GOUTTE, GUÉRI PAR LES PURGATIFS JOINTS AUX OPIACÉS A HAUTE DOSE.

OBS. — Dossche, cabaretier, s'adonne à la boisson sans excès, et a la goutte trois fois par an. Les attaques sont légères; mais elles se représentent chaque fois, et déterminent un iléus accompagné des douleurs les plus atroces.

Le 12 février 1836, il rapporte que depuis trois jours il avait ressenti de légères douleurs arthritiques aux pieds, mais qu'elles avaient complètement disparu depuis la veille, et que, depuis cette époque, ses cruels tourmens avaient commencé. Le ventre était souple, sans tumeur et sans douleur à la pression. Absence complète d'évacuations alvines, mais vomissemens non interrompus de matière bilieuse. Une saignée de 16 onces, un bain et des cataplasmes sinapisés aux pieds ne procurent aucun amendement. Durant huit jours, on épuise la liste des drastiques, des antispasmodiques, les bains généraux, les saignées locales, les opiacés, et sans succès, quand, enfin, on a recours à la prescription suivante:

Prenez: Teinture emposée de jalap... 64 grammes.
Laudanum de Sydenham..... 8 grammes.
Esprit de lavande composé.... 32 grammes. m. à prendre dans l'espace de trois heures.

Deux heures après avoir pris la première moitié, le malade ressentit une chaleur générale dans tout le corps, des selles abondantes se déclarèrent, et toutes les douleurs cessèrent inopinément. La goutte reparut, mais très légèrement.

Depuis cette époque, cinq fois Dossche a été pris de la même affection, qui cinq fois a cédé à la même potion.

L'auteur ayant remarqué que, chez ce malade, l'iléus était toujours précédé de légères douleurs arthritiques, il lui recommanda, au début d'une de ces attaques, de garder le repos et d'appliquer immédiatement de forts sinapismes aux pieds, sans interruption, pendant plusieurs jours. L'accès de goutte fut terrible; mais l'iléus ne revint pas, et depuis cette époque Dossche a toujours joui d'une parfaite santé.

L'auteur rapporte une autre observation analogue à la dernière, et où le même traitement fut employé, et avec le même succès; mais toujours après que les moyens plus rationnels avaient été employés en vain.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS UN CAS DE RHUMATISME MUSCULAIRE CHRONIQUE; par le docteur KOYEN.

On sera également surpris, en parcourant l'observation suivante, de la rapidité avec laquelle le traitement employé a amené du soulagement, et de la promptitude avec laquelle le mercure a agi sur les glandes salivaires.

OBS. — Tydes, marchande de poissons, 55 ans, a été obligée, pendant l'hiver de 1836, d'attendre l'arrivée des pêcheurs pendant plus de quatre heures. Le lendemain, raideur générale et douleur gravative dans tout le système musculaire; fièvre et impossibilité de se lever. Traitée par les saignées et les boissons sudorifiques, elle conserva une douleur sciatique extrêmement aiguë, qui résista pendant quinze mois à tous les moyens rationnels et empiriques, à l'exception des embrocations mercurielles. On lui prescrivit donc une demi-once d'onguent mercuriel double pour frictionner les extrémités inférieures, avec recommandation d'épuiser cette dose dans les vingt-quatre heures.

Dès le lendemain, la malade marchait sans béquilles; ses douleurs avaient disparu comme par enchantement; elle avait pu s'habiller elle-même et dormir calme et tranquille pendant la nuit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis l'invasion de la maladie; mais déjà aussi elle offrait tous les prodrômes de la salivation mercurielle, qui, dès le lendemain, existait dans toute son intensité. Pendant trois semaines que dura la salivation, la malade ne ressentit rien de ses douleurs; mais à peine la bouche fut-elle guérie que ces dernières revinrent. Deux gros d'onguent mercuriel double suffirent pour rappeler la salivation et dissiper les douleurs, qui ne reparurent plus.

VIII. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE (1).

Les deux premières livraisons du tome Ier renferment les travaux originaux suivans: 1° *Note pour servir à l'histoire pathologique des corps étrangers introduits par les voies naturelles et sortis à la périphérie du tronc et des membranes*; par S. E. Pétrequin. 2° *Observation d'un calcul vésical énorme; cystotomie épipubienne; mort; autopsie: abcès de l'abdomen. Calcul vésical enchatonné derrière le pubis; taille bilatérale; mort; autopsie*; observations recueillies par M. Canzius. 3° *Observation d'hystérotomie*, recueillie par M. Hœheke. (La malade succomba le cinquième jour à une métropéritonite.) 4° *De la conductibilité des fluides élastiques pour le calorique, de leur pouvoir réchauffant et des applications utiles de ces propriétés*; par F. Nollet, professeur de physique à l'Université de Bruxelles. 5° *Quelques observations de pratique médicale, communiquées à la société de médecine d'Anvers*; par M. C. Crommelinck. 6° *Pleuro-pneumonie intense avec formation de vomique; suivie de guérison*; par J. Haine. 7° *Observation d'un cas de monstruosité*; par J. J. Holfnagels. (Description trop incomplète pour que ce fait puisse servir à l'histoire des monstruosités. C'était un fœtus anencéphale.) 8° *Considérations sur la coïncidence et la connexion des maladies des organes digestifs avec la phthisie pulmonaire*; par R. Wemaer. 9° *Hydropisie ascite, à la suite d'hématémèse, compliquée d'engorgement de la rate, guérie radicalement après dix-sept ponctions*; par M. Jaussens, d'Ostende. 10° *Deux cas de génio-cheiloplastie, ou restauration du menton et de la lèvre*; par M. Demeyer, chirurgien de l'hôpital civil de Bruges. (Ces deux observations que l'auteur a accompagnées de planches viennent s'ajouter aux faits déjà nombreux qui démontrent les ressources de l'autoplastie.) 11° *Fracture compliquée de la jambe, traitée par l'appareil amidonné*, observation recueillie par Verbaeghe. 12° *Observations pratiques sur la sortie prématurée du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement*; par M. Verté, D. M. (L'auteur suit depuis plusieurs années et avec succès la méthode de Croft; il refoule le cordon assez haut pour ne plus avoir à craindre sa rechute.) 13° *Clinique chirurgicale de l'hôpital St-Jean de Bruxelles*; par M. A. Nysterboeven. 14° *Extrait d'un rapport sur la clinique de l'hôpital militaire de Bruxelles pendant les six derniers mois de 1839*; par le docteur Leheau. 15° *Nouvelles considérations sur la propriété vomitive de la narcitine*; par M. Jourdain, D. M. 16° *Recherches microscopiques et expérimentales sur le ramollissement du cerveau*; par Gluge.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA PROPRIÉTÉ VOMITIVE DE LA NARCITINE; par le docteur JOURDAIN.

L'auteur a déjà publié des recherches sur la narcisse des prés dans une autre communication, à laquelle nous allons emprunter la descrip-

(1) Ce journal, publié à Bruxelles, a commencé avec l'année 1840. Les deux premiers cahiers renferment bon nombre d'articles originaux bien choisis.

tion des propriétés de la narcitine, que contient abondamment cette plante dans toutes ses parties et surtout dans le bulbe. Cette substance est blanche, suave, transparente, d'une saveur et d'une odeur faibles, déliquescente, soluble dans l'eau, l'alcool et le vinaigre. Les squammes desséchées de narcisse contiennent presque la moitié de leur poids de *narcitine*. Ce principe est moins abondant dans leurs fleurs. La hampe en contient beaucoup avant le développement de la fleur. Lorsqu'elle commence à se flétrir, elle ne contient plus, ainsi que les feuilles, qu'un peu de gomme, de fibre végétale, etc. Le contraire a lieu pour le bulbe; il est moins riche en matière extractive pendant la végétation. C'est dans ce principe que réside la vertu émétique du narcisse, qui a été employée avec avantage par Lejeune et Loiseleur de Longchamp dans la dysenterie et dans la fièvre; par Dufrenoy dans la coqueluche, l'épilepsie et le tétanos; par Laënnec dans l'asthme.

L'auteur a étudié depuis les autres espèces de narcisse, et a trouvé que la narcitine existe à peu près dans les mêmes proportions dans le narcisse sauvage, le narcisse tazette et le narcisse des poètes. La jonquille est moins visqueuse que les espèces précédentes. Le bulbe desséché du narcisse des prés contient :

Narcitine	37
Gomme	6
Tannin	24
Ligneux	28
Substance saline	»
Huile volatile	»

Les fleurs de narcisse ne contiennent guère que 25 parties de narcitine. L'auteur n'admet pas, avec M. Guibourt, que le bulbe jouisse d'une propriété légèrement purgative. Il a employé cette substance plus de cent fois, et n'a vu son administration suivie de déjection alvine que dans un cas, chez un phthisique. Jamais le vomissement n'a manqué.

M. Jourdain ne s'exagère pas cependant l'importance des résultats qu'il a obtenus, car, tout en regardant la narcitine comme un émétique précieux, qu'on emploiera avec avantage dans un très grand nombre de cas, il ne croit pas pourtant que, dans les maladies graves, telles que le croup, les pneumonies morbilleuses, elle puisse remplacer le tartre stibié. La narcitine provoque le vomissement aussi sûrement que les antimoniaux ; mais son influence sur l'absorption et les sécrétions est bien moins marquée.

IX. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BRUGES.

OBSERVATION D'UN RALENTISSEMENT EXTRAORDINAIRE DES BATTEMENS DU COEUR CHEZ UNE FEMME ENCEINTE; GUÉRISON PAR L'EMPLOI DU QUINQUINA; par M. TSCHACKERT.

L'observation suivante offre un double intérêt sous le point de vue de la rareté du fait dont elle offre un exemple et sous celui du succès de la médication employée, bien que le caractère périodique de la maladie ne fût qu'imparfaitement prononcé.

OBS. — Madame X, âgée de 28 ans, d'une constitution sanguine, eut, dans les premiers temps de son mariage deux avortemens, puis successivement deux grossesses qui à l'aide de la saignée se terminèrent heureusement toutes les deux. Arrivée au troisième mois d'une troisième grossesse, elle se plaignit le 30 septembre 1839 d'un point de côté avec gêne dans la respiration, pour lequel elle fut saignée comme dans les grossesses précédentes et à la même époque. Deux jours après elle part pour un petit voyage; reste absente pendant huit jours, et à son retour elle offre les symptômes suivans : vomissemens continuels qui nécessitent des efforts extrêmes, douleur obtuse dans la cuisse et le bras gauches et dans la partie latérale du col du même côté; douleur de la gorge empêchant la déglutition; langue blanchâtre, pouls légèrement accéléré, peau chaude, constipation (une once d'électuaire lénitif à prendre par cuillerée à café jusqu'à production d'une selle; boisson chaude; diète). Elle prend la moitié de son électuaire qui détermine trois selles sans aucun soulagement.

Le lendemain, une application de sangsues à la partie antérieure du cou procure une notable amélioration qui est complétée par l'administration d'une potion avec esprit de Mendérérus.

Au bout de quelques jours, elle se disposait à reprendre ses occupations habituelles, quand, le 21 octobre, elle fut prise de syncopes dont on eut quelque peine à la retirer, et alors on trouva que son pouls ne battait que vingt fois par minute. On prescrit un grain d'extrait gommeux d'opium distribué en petites doses, et les vomissemens que semblait provoquer la syncope reprennent une nouvelle activité. Sur ces entrefaites un écoulement s'établit par la vulve, puis cesse sans apporter aucune modification à l'état de la malade; les vomissemens seuls ont paru céder à l'influence de la potion de Rivière. Le pouls malgré sa lenteur avait pris un caractère intermittent et battait trente fois par minute. Le musc et le camphre à doses assez élevées ne produisent aucun effet salutaire.

Six jours se passent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation des symptômes, de manière qu'une nuit assez calme était suivie d'une journée orageuse, une journée assez bonne d'une mauvaise nuit, etc.; croyant reconnaître dans cette marche un caractère d'intermittence, on propose l'administration, en lavement, d'une once de quinquina en décoction. Un mieux apparent dans les symptômes engage à continuer le médicament, et au bout de quatre jours tous les symptômes graves avaient disparu, et la malade prenait quelques alimens.

Le 8 octobre, la malade était parfaitement rétablie; elle fut prise d'une perte qui se termina par un avortement, après lequel la malade recouvra la santé la plus parfaite.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 AVRIL.

SUR LES INSECTES QUI PRODUISENT LA SUBSTANCE APPELÉE PAR LES CHINOIS CIRE D'ARBRE.

M. Virey rappelle qu'il a publié, dans le tome x du JOURNAL COMPLÉMENTAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, un mémoire sur la cochenille de la laque, mémoire où se trouvent aussi des détails sur une autre espèce de coccus, qui donne la cire d'arbre des Chinois. L'insecte, dit-il, pour se dérober à ses ennemis, est comme enterré sous l'amas de cire qu'il fait exsuder de l'arbre; la cire sort accompagnée d'une liqueur mielleuse, que les enfans aiment à sucer et dont les fourmis se montrent, en général, très friandes.

Le *coccus ceriferus*, ajoute M. Virey, ne se trouve pas seulement à la Chine, il est aussi dans l'Inde-Orientale. Il a été fort bien décrit et figuré dans une monographie publiée à Madras en 1790, et la cire qu'il produit a été examinée par le chimiste Pearson. Le mémoire de ce dernier a été publié dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, année 1794, pag. 383.

L'auteur de la lettre annonce qu'une cire jaunâtre, transparente, qu'on reçoit de l'île de Madagascar, où elle est connue sous le nom de *lit in bitsic*, provient aussi d'une cochenille, qui l'extrait d'un arbre déjà désigné, mais non décrit, par Flacourt. Au reste, ajoute M. Virey, toutes les laques contiennent une proportion plus ou moins forte de véritable cire.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un associé étranger, en remplacement de M. Blumenbach.

La liste des candidats présentés par la commission nommée à cet effet porte :

En première ligne :

M. Léopold de Buch, à Berlin.

En deuxième ligne, et par ordre alphabétique :

MM. Bessel,	à Kœnigsberg.
Brewster,	à St-Andrew.
Faraday,	à Londres.
Herschell,	à Slough.
Jacobi,	à Kœnigsberg.
Mitscherlich,	à Berlin.
OErstedt,	à Copenhague.

Au premier tour de scrutin, M. Léopold de Buch obtient 38 suffrages, M. Bessel 6, M. Oerstedt 5, M. Brewster 2, M. Mitscherlich 1.

M. Lépopold de Buch, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Une des huit places d'associé étranger reste encore vacante par la mort de M. Olbers. On nomme en conséquence une nouvelle commission pour présenter une liste de candidats. Cette commission se compose du président et de six membres nommés au scrutin ; trois sont pris dans les sections de sciences mathématiques : MM. Arago, Biot, Poinsot, et trois dans les sections des sciences naturelles : MM. Alexandre, Brongniart, de Blainville.

CHALEUR SPÉCIFIQUE.

M. Baudrimont adresse un mémoire ayant pour titre : RECHERCHES SUR L'APPLICATION DE LA CHALEUR SPÉCIFIQUE DES CORPS A LA DÉTERMINATION DE LEUR POIDS DIT ATOMIQUE.

Des faits exposés dans ce mémoire, l'auteur se croit fondé à tirer les conséquences suivantes :

1° La méthode de refroidissement employée pour déterminer la capacité calorique des corps n'est applicable qu'à un certain nombre d'entre eux.

2° La capacité calorique des corps doit être distinguée de la caloricité spécifique, qui n'en est qu'un des élémens.

3° Le volume des corps, leur densité, leur dilatabilité et la cohésion sont des élémens dont il est désirable que l'on puisse tenir compte dans la détermination, soit de la caloricité spécifique, soit de la capacité calorique de ces mêmes corps.

4° Les corps élémentaires ne sont point formés d'atomes immédiatement juxtaposés, mais bien de molécules divisibles.

5° La caloricité spécifique des corps est proportionnelle au nombre des molécules qu'ils contiennent, lorsqu'on les considère sous des poids égaux, ou bien elle est réciproque au poids de ces mêmes molécules.

6° Les molécules des corps subissent des modifications isomériques, soit en changeant d'état, soit en se combinant avec d'autres molécules.

7° Les molécules des corps solides se divisent dans l'acte de la combinaison aussi bien que celles des corps gazeux.

8° Les formules chimiques ne font point connaître le poids réel des molécules des corps, mais elles indiquent seulement des poids qui offrent un rapport simple avec eux.

M. Regnault a fait quelques expériences pour déterminer, par la méthode du refroidissement, leur capacité calorique, ainsi que celle du chrome, du titane et du rodium, et quoique pour ces cinq substances il n'ait pu agir que sur de très petites quantités, il a obtenu des résultats.

MÊME SUJET.

M. Regnault achève la lecture de son mémoire sur la chaleur spécifique des corps simples.

Ce mémoire commence par un exposé historique des travaux qui ont été faits sur ce sujet. L'auteur insiste principalement sur la belle loi découverte par Dulong et Petit sur la chaleur spécifique des corps simples, loi qui est devenue, d'ailleurs, douteuse, en raison des nombreuses anomalies qui se rencontrent dans les recherches mêmes de ces illustres physiciens, quand on remplace des poids atomiques mal déterminés, à l'époque de leur travail, par des poids véritables.

M. Regnault s'attache ensuite à comparer les différens procédés employés pour déterminer la chaleur spécifique, et il conclut d'une série d'expériences directes que la méthode de refroidissement telle qu'elle a été employée jusqu'ici ne peut pas donner de bons résultats, et il annonce que les différences que l'on remarquera entre ses nombres et ceux de Dulong et Petit tiennent aux incertitudes de cette méthode.

L'auteur donne ensuite la description de ses expériences et de l'appareil qu'il a employé, et il réunit dans un même tableau les nombres qu'il a trouvés pour la chaleur spécifique des corps simples. Il divise ce tableau en deux parties, dont la première renferme les substances qu'il a pu obtenir complètement pures, et dont la chaleur spécifique doit être considérée comme exacte, tandis que la seconde renferme les métaux qui n'ont pu être réduits que par le creuset brasqué. Ces métaux sont toujours un peu carburés, et par suite leur chaleur spécifique est un peu trop forte. Au reste, pour voir de combien environ ces chaleurs spécifiques doivent être diminuées pour s'appliquer aux métaux dans l'état de pureté, l'auteur a déterminé la chaleur spécifique du fer à différens états de carburation ; à l'état d'acier, de *fine metal* et de fonte blanche, ainsi que les chaleurs spécifiques du cobalt et du nickel fondus dans le creuset brasqué.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 AVRIL.

DU TRAITEMENT DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU; APPLICATION DE CE PROCÉDÉ A LA CURE DU PROLAPSUS DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN.

M. GIMELLE lit, au nom de MM. Danyan et Blandin, un rapport sur un travail de M. Jobert (de Lambasle) relatif à la cystocèle vaginale et à son traitement par un procédé nouveau. Le bruit des conversations particulières et les préparatifs de scrutin nous ont empêché d'entendre les termes de ce rapport dont les conclusions sont approbatives. Nous nous bornerons à rappeler en peu de mots l'objet de ce travail. Il se compose de trois parties : dans la première, l'auteur expose l'histoire des moyens de traitement employés jusqu'à ce jour contre la cystocèle vaginale; dans la deuxième, il décrit le procédé qu'il a imaginé pour la cure radicale de cette maladie; la troisième partie est consacrée à des considérations étiologiques et anatomo-pathologiques sur la cystocèle.

Le procédé proposé par M. Jobert consiste à circonscrire la tumeur par deux lignes de cautérisation, à l'aide du nitrate d'argent. Cette cautérisation étant répétée jusqu'à ce qu'il s'en suive une double plaie longitudinale d'une étendue égale à celle de la tumeur, l'opérateur, après avoir refoulé la tumeur, ravive par l'instrument tranchant les bords de ces plaies, qu'il rapproche et maintient réunis à l'aide de la suture entortillée. L'auteur rapporte plusieurs histoires de guérison à l'appui de l'efficacité de ce procédé opératoire.

LE RAPPORTEUR propose pour conclusions que l'auteur du mémoire soit remercié et son travail envoyé au comité de publication. (Adopté.)

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

A trois heures et demie, on ouvre le scrutin.

La commission d'élection a présenté à l'Académie une liste de six candidats rangés en trois catégories dans l'ordre suivant :

Première catégorie :	MM. Renault et Delafond.
Deuxième catégorie :	Huzard et Leblanc.
Troisième catégorie :	Rigaud et Rodet.

La feuille de présence porte 115 membres présens. La majorité absolue est de 58.

Au premier tour de scrutin,

	M. Renault obtient..........	44 voix.
	M. Leblanc..........	36 —
	M. Huzard..........	34 —
	M. Delafond..........	1 —
Deuxième tour :	M. Renault..........	51 voix.
	M. Leblanc..........	33 —
	M. Huzard..........	29 —
Troisième tour :	Ballottage entre MM. Renault et Leblanc.	
	M. Renault obtient..........	67 voix.
	M. Leblanc..........	42 —

M. Renault est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du Roi.

INSTRUMENT HÉMOSTATIQUE NOUVEAU; TOURNIQUET A VIS HORISONTALE.

Un médecin étranger lit un travail sur les moyens hémostatiques préventifs, dans lequel il expose rapidement l'histoire des moyens hémostatiques employés depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il soumet à l'examen de l'Académie un instrument de son invention, qu'il propose de substituer au tourniquet de J.-L. Petit, le plus généralement usité, et qu'il désigne, par opposition à ce dernier, sous le nom de tourniquet à vis horisontale.

MM. Amussat et Roux sont priés d'examiner cet instrument, ainsi que le mémoire qui l'accompagne.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour discuter la proposition de M. Cornac, relative au mode d'élection des juges du concours.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

TUMEUR HYDROCÉPHALIQUE INTERNE, SITUÉE A LA PARTIE SUPÉRIEURE DU CRANE, DU DIAMÈTRE DE 3 à 4 POUCES ENVIRON, GUÉRIE PAR UNE INCISION FAITE DANS TOUTE SA LONGUEUR; communiqué par M. le docteur PLAISANT, chirurgien aide-major.

OBS. — Au mois de septembre 1837, la femme Teyssère, de la commune de St-Léger (Saône-et-Loire), présenta à ma consultation une petite fille âgée de 8 ans, bien constituée, d'un tempérament sanguin bien prononcé. Cette enfant portait sur la partie supérieure du crâne, le long de la suture sagittale, mais s'étendant à gauche, dans presque toute l'étendue du bord supérieur du pariétal, une tumeur oblongue de 3 à 4 pouces. On sentait de la fluctuation; la peau était lisse, sans changement de couleur, et ne laissait apercevoir aucune trace de cheveux.

La mère de cette petite fille me dit que depuis son enfance elle avait eu sur la tête un grand nombre de croûtes muqueuses (ou achores); mais que depuis quelque temps l'éruption avait disparu, et qu'enfin cette tumeur, qui était presque imperceptible auparavant, venait d'acquérir depuis peu le volume que je voyais, que depuis quelques jours son enfant était réveillée dans la nuit par des convulsions qui augmentaient de jour en jour, ce qui lui faisait redouter une mort prochaine.

Après avoir examiné cette tumeur, je reconnus la fluctuation; mais la peau était tellement tendue qu'il me fut impossible de reconnaître que l'angle pariétal antérieur et supérieur manquait totalement; la main appliquée à plusieurs reprises sur la partie malade ne me fit apprécier aucune pulsation; la tête, du reste, était bien conformée, et les sutures étaient soudées. De tous ces signes, je conclus que sans doute j'avais affaire à un de ces abcès indolens qui arrivent souvent aux enfans de la campagne, à la suite de ces croûtes muqueuses qui durent fort longtemps, à cause du peu de soin qu'apportent ordinairement les parens aux règles hygiéniques que ces sortes d'affections réclament.

Dans l'erreur de mon diagnostic, j'attribuais les convulsions à une compression que formait le liquide sur la fontanelle fronto-pariétale, et de là sur les méninges. Je supposais pour cela que l'éruption avait retardé l'oblitération de cette fontanelle (ce que j'avais vu quelquefois), et qu'en donnant issue au pus que contenait cet abcès, tout accident devait cesser. Ce fut d'après cette opinion erronée que je promis à la mère d'opérer son enfant le même jour.

Je fixai la tête de la petite malade entre ma poitrine et mon bras gauche pour éviter les mouvemens de la tête, et avec la main droite armée d'un bistouri, je divisai en sciant la tumeur dans toute son étendue; j'éprouvai de la résistance après avoir divisé les tégumens; enfin, la dure-mère, qui faisait hernie, céda, et

une grande quantité de sérosité sanguinolente s'échappa de l'ouverture; puis le cerveau apparut, et l'absence complète de tout l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche. Je tremblais des conséquences qui pouvaient résulter d'une pareille méprise, et je craignais qu'un épanchement sanguin, par suite de la division de petites artérioles, ne vînt encore compliquer l'embarras dans lequel je me trouvais. Cependant, la peau et le péricrâne ayant éprouvé un mouvement de contractilité très sensible, j'eus l'espoir que la réunion des parties molles se ferait promptement, et que le cerveau n'éprouverait pas l'influence de l'action de l'air trop longtemps prolongée. Je mis avec mes doigts les bords de la plaie en contact en m'efforçant autant que possible d'arrêter l'écoulement du sang. J'appliquai de la charpie sur la plaie, quelques compresses, le tout maintenu par un couvre-chef bien fixé, mais sans exercer la moindre compression.

La malade fut placée assise dans son lit; je recommandai quelques boissons délayantes et la diète la plus rigoureuse. La nuit qui suivit l'opération fut plus calme que les précédentes; mais il y eut encore de l'agitation; les convulsions qui reparurent pendant plusieurs jours diminuèrent insensiblement jusqu'au cinquième, où elles cessèrent tout à fait. Il n'y a pas eu la moindre fièvre, et au quatrième jour, lorsque je fus la voir, je la trouvai levée, et la mère me dit que depuis le lendemain même de l'opération on n'avait pu la retenir au lit. Les bords de la plaie étaient parfaitement en rapport, et déjà un suintement adhésif annonçait que la cicatrice ne se ferait pas attendre longtemps. Huit jours après l'opération, la réunion était complète, et l'ossification du pariétal ne dura pas plus de quinze jours; seulement elle formait dans les premiers temps une élévation rugueuse qui ressemblait assez au cal des fractures; cette élévation disparut et les cheveux ne tardèrent pas à couvrir la partie du crâne qui en avait été privée jusqu'alors (1). Je vis cette petite fille avant mon départ de ma résidence, et j'eus beaucoup de peine à reconnaître la trace de l'incision; depuis cette époque, elle n'a pas cessé de bien se porter.

Doit-on considérer cette hydrocéphalie comme étant congéniale ou accidentelle? Je crois qu'elle appartenait à l'une et à l'autre espèce. Sans doute que la conformation régulière de la tête de cette jeune fille, sa fraîcheur et la réunion de tous les caractères d'une bonne constitution, la soudure des symphises doivent faire présumer que la présence du liquide accumulé sur la partie supérieure du lobe gauche du cerveau était due à une cause accidentelle, puisqu'en effet, dès les premiers temps de sa naissance, elle eut sur tout le cuir chevelu une éruption de croûtes muqueuses qui ont insensiblement déterminé sur les méninges une irritation prolongée, à la suite de laquelle s'est manifestée cette collection de sérosité qui ne parut aussi remarquable qu'après la brusque disparition de ces achores.

Mais la quantité du liquide et le défaut d'ossification dans une grande étendue de l'os pariétal doit nécessairement faire présumer qu'il y avait un commencement d'hydrocéphalie congéniale.

Enfin, que l'hydrocéphalie tienne de l'une ou de l'autre cause, ou des deux à la fois, il n'en résulte pas moins un fait très important pour la pratique, et remarquable sous le point de vue physiologique. Sous le rapport pratique, il y a peu de faits de ce genre, ou au moins dont les suites aient eu un résultat aussi avantageux; car les auteurs sont généralement d'accord sur ce point: que toute opération tentée pour évacuer la sérosité que contient le cerveau était suivie d'une mort plus ou moins prochaine. Je rapporterai plus bas un exemple qui prouve la possibilité du contraire. Chez cette jeune fille, non seulement il y a eu évacuation du liquide épanché; mais une longue incision qui permettait de voir le cerveau à nu, dans une grande étendue, sans qu'il en fût résulté le moindre accident, puisque le lendemain de l'opération et les jours suivans, les parens qui ne connaissaient pas le danger de la position de leur enfant ne purent la retenir au lit, et qu'elle courut continuellement.

J'ai dit que par erreur de diagnostic, j'avais ouvert la tumeur avec le bistouri, au lieu d'avoir employé le troisquart. Sans doute que si j'eusse été fixé sur la nature de la maladie, j'aurais été fort embarrassé, puisque j'avais contre moi la crainte d'une suite funeste, et pour moi des accidens qui augmentaient tous les jours, et qui tenaient évidemment à une cause appréciable. Dans tous les cas, n'ayant point à balancer entre la certitude de la mort et l'espoir d'une guérison, j'aurais opté pour une opération, et je l'aurais pratiquée avec le troisquart, à cause de sa plus grande innocuité. Les effets eussent-ils été les mêmes que ceux produits par une longue incision? C'est ce qui, peut-être, pourrait se résoudre négativement; car on ne peut pas nier que le liquide s'échappant par une plus grande issue, offre moins de chances de se renouveler, par cela qu'il est évacué tout entier.

Ici, c'est une opinion que j'émets sans prétendre vouloir la donner comme une règle fixe de pratique. Je puis l'émettre, d'autant plus que le succès de l'opération a eu lieu, quoiqu'un épanchement sanguin aurait pu se produire par la division de petites artérioles. L'action de l'air sur le cerveau est, à mon avis, une chose secondaire, et ne détermine pas des accidens aussi prompts que l'on a bien voulu le dire. Je me rappellerai toujours un gendarme qui, à Puerto-Sta-Maria (Espagne), en 1823, eut le crâne divisé et le cerveau également, par un coup de latte, sans éprouver le moindre dérangement dans ses facultés, jusqu'à ce que la suppuration finît par mettre un terme à son existence. Pendant six semaines un pansait le malheureux tous les jours, et l'hiatus des os du crâne, de la largeur d'un travers de doigt, donnait assez d'accès à l'air, pour que la substance corticale pût être influencée par son action. La suppuration a été fort longue à s'établir assez abondamment pour amener la mort et quand je le vis pour la première fois, jouissant de toutes ses facultés, il y avait vingt jours qu'il était dans cet état. Je n'ai rapporté ce fait que par analogie, sous le rapport de l'action de l'air sur le cerveau.

A la suite de l'incision pratiquée au cuir chevelu et par le défaut d'ossification d'une partie du pariétal, il était facile d'apercevoir le lobe gauche du cerveau; je devais d'autant plus être curieux de l'examiner, que c'était sans doute vers la partie qui s'offrait à la vue que je devais trouver les causes des convulsions dont la malade avait été atteinte depuis quelque temps et seulement pendant la nuit. La partie de l'arachnoïde correspondante à l'ouverture était légèrement injectée; mais une dépression sensible, imprimée à la substance cérébrale et ayant la forme ovale que présentait la tumeur extérieurement, s'étendait depuis la faux du cerveau et à gauche formant vers le centre un petit enfoncement de trois lignes environ. Ce n'est sans doute qu'à cette compression mécanique qu'était dû cet enfoncement, et à celui-ci les convulsions. Elles ne paraissaient que la nuit, au moment où l'enfant était profondément endormi; je n'ai pu les observer; il m'est impossible de les décrire. Pendant le jour, la malade était continuellement en mouvement; le liquide alors se répandait sur toute la surface du lobe gauche et faisait éprouver au cerveau une compression moindre; c'est sans doute à cela qu'il faut attribuer l'absence de tout mouvement convulsif pendant la journée, à moins de les faire dépendre des causes de l'intermittence. Mais comme la quantité du liquide placé entre l'arachnoïde et la dure-mère augmentait d'une manière effrayante depuis peu, il est probable que si je ne l'eusse pas évacué sur le champ, les convulsions en peu de jours seraient devenues continues et que la malade aurait péri dans une de ces attaques.

On a admis comme une chose jugée l'impossibilité de guérir une hydrocéphalie congéniale; les auteurs sont d'accord sur ce point: que toute tentative faite pour évacuer l'eau contenue dans la boîte osseuse qui contient le cerveau était téméraire et promptement suivie de mort. Dupuytren aurait pratiqué la ponction sur trois individus sans avoir réussi (Dict. de méd.). M. Levavasseur, de Carcassonne, m'a autorisé à publier une observation de ponction du cerveau, pratiquée par lui en 1824, et qui a eu tout le succès désirable. Cette observation ayant de l'analogie avec celle que j'ai citée, je vais laisser narrer M. le docteur Levavasseur.

Obs. — En 1824, M. Planès, chapelier à Carcassonne, me présenta une petite fille, âgée de trois ans, ayant une tête tellement volumineuse qu'elle tombait en avant sur la poitrine, sans que cette enfant pût la maintenir dans sa rectitude. La face annonçait l'idiotisme le plus complet, les os du crâne étaient distendus par une grande quantité de liquide; enfin tout annonçait chez cette petite fille une hydrocéphalie congéniale, qui avait augmenté considérablement depuis sa naissance.

Les parens désolés de voir leur enfant dans cet état et l'ayant déjà fait examiner par des médecins de Montpellier réclamèrent mes soins et me laissèrent libre d'en agir à mon gré. Ne voyant aucun moyen de guérison autre que la ponction, je la pratiquai dans l'intervalle qui séparait les pariétaux de l'occipital; puis la compression pour maintenir le cerveau qui faisait hernie. Il s'écoula une très grande quantité de sérosité limpide pendant deux fois que la ponction fut pratiquée. Le bandage compressif fut continué, et après deux ans de traitement à Carcassonne par ce dernier moyen, la malade se trouvait aussi bien que possible. Elle alla ensuite à Toulouse en 1826; j'ignore si elle a été soumise à quelque traitement, mais elle revint à Carcassonne en 1830, six ans après l'opération. Elle conservait la tête un peu plus volumineuse que dans l'état habituel, mais se portait très bien. L'idiotisme avait disparu, seulement ses idées étaient un peu paresseuses.

Je conclus donc de l'observation qui m'est particulière et de celle que j'ai été autorisé à publier à cause de l'analogie qui existe entre elles, que l'hydrocéphalie dans bien des circonstances ne doit pas être abandonnée à elle-même, et que des moyens thérapeutiques qui ont été regardés jusqu'à présent comme inutiles et même téméraires peuvent amener une amélioration sensible dans les facultés intellectuelles, et enlever à la mort des sujets qui y sont voués lorsque la maladie est confiée aux soins de la nature.

(1) L'ossification fut tellement rapide, et les cheveux parurent si vite sur la partie du cuir chevelu qui en avait été privée jusqu'alors, que cela paraîtra exagéré. Pour moi qui l'ai vu, j'en ai été moi-même étonné.

OBSERVATION DE FRACTURE DU CRÂNE, AVEC ENFONCEMENT DES OS, ET HERNIE DU CERVEAU; recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. BLANDIN, par M. NIVET, interne des hôpitaux.

Le 22 août 1838, le nommé Frémont, âgé de 6 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, au n° 6 de la salle Ste-Agnès. Cet enfant, qui est d'une bonne constitution, a été renversé dans la rue de Lancry, le 22 août, par un cheval, qui lui a mis le pied sur la tête. Aussitôt après l'accident, il a été transporté à l'Hôtel-Dieu, où l'élève de garde lui a prescrit 20 sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux jambes et un lavement purgatif. Frémont était alors dans un état de stupeur; une petite quantité de sang s'échappait de l'oreille droite; une plaie transversale, par laquelle sortaient des fragmens de pulpe cérébrale, existait à huit ou dix lignes au-dessus du conduit auditif.

A la visite du 23, cet enfant est dans un état de stupeur, dont on le tire facilement en lui adressant des questions. Les réponses paraissent justes; la peau est fraîche et le pouls naturel. Les extrémités supérieures et inférieures ne présentent aucune altération de la sensibilité ou de la myotilité; on ne peut découvrir aucun signe de contracture ou de paralysie. La tête est douloureuse, particulièrement dans la région temporale du côté droit; la paupière correspondante est un peu ecchymosée, et l'on nous avertit, en outre, que des vomissemens ont eu lieu pendant la nuit. A droite, et un peu au-dessus du bord supérieur du temporal, on constate l'existence d'une fracture, avec enfoncement de la portion postérieure et inférieure du pariétal droit; une plaie de 8 à 10 lignes correspond à cette fracture et donne issue à des caillots sanguins et à des fragmens mous, blanc-grisâtres, que M. Blandin et les élèves présens reconnaissent pour de la matière cérébrale. La vue est conservée, les pupilles égales, le ventre n'est pas douloureux, mais le lavement administré la veille n'a produit aucun effet.

On ordonne 20 sangsues aux apophyses mastoïdes, qui seront appliquées deux à deux dans le courant de la journée. On ajoute à cette prescription un lavement avec deux onces d'huile de ricin, des sinapismes aux jambes, et des compresses, trempées dans de l'eau froide sur le front.

Le lendemain, la stupeur a un peu diminué; deux garderobes ont été évacuées; les pupilles sont égales, mais un peu dilatées; on n'observe aucune trace de contracture ou de paralysie.

On continue les applications froides et l'on met dix nouvelles sangsues derrière les oreilles.

Le 25 et le 26, ce jeune enfant offre à peu près les mêmes symptômes.

Le 27, l'état de stupeur est plus prononcé; cependant Frémont répond exactement aux questions qui lui sont adressées. Le pouls est un peu plus fréquent que dans l'état normal et la peau un peu chaude.

Des vésicatoires sont appliqués à la partie interne des cuisses.

Le 28, le petit malade paraît un peu moins affaissé.

Le 29, on cherche à provoquer les garderobes en donnant un lavement huileux.

Le 30, le pouls est devenu fréquent, la peau est chaude. Frémont a été un peu agité pendant la nuit, mais à l'heure de la visite, il est pâle et abattu. (Sangsues, lavement huileux.)

Le 1er septembre, on s'aperçoit que la peau qui avoisine la plaie est décollée et soulevée, surtout en arrière, par une assez grande quantité de liquide. M. Blandin agrandit un peu l'incision près de l'angle postérieur de la plaie, à l'aide du bistouri droit et de la sonde cannelée. Cette petite opération donne issue à une assez grande quantité de pus séreux et grisâtre, mêlé de fragmens de pulpe cérébrale, qui ont une couleur blanc-grisâtre. Le doigt, introduit dans la plaie, fait reconnaître une fracture du crâne avec enfoncement. La sensibilité et la myotilité sont parfaitement conservées dans les quatre membres et la face. On n'observe point de contracture; les yeux sont bien sensibles à la lumière, l'ouïe fonctionne bien; l'intelligence du petit malade est intacte; on n'observe, enfin, aucune altération des fonctions organiques qui sont sous la dépendance du cerveau. Cependant Frémont a le col raide, la tête un peu tournée à gauche; mais ces symptômes, qui sont le résultat d'une légère contraction spasmodique des muscles de la partie postérieure et latérale du col des deux côtés, n'existaient pas les jours précédens.

Le 2, des vomissemens et un érysipèle se manifestent; la peau du front et de la tempe droite est épaissie et plus rouge que celle qui couvre les parties voisines (lavement purgatif).

Le 3, les voisins de cet enfant nous assurent qu'il a eu du délire, de l'agitation pendant une partie de la nuit. A l'heure de la visite le pouls est très fréquent et peu développé, la peau chaude, les vomissemens se sont renouvelés, l'érysipèle a fait des progrès, les parties malades sont douloureuses, et l'enfant pousse des cris quand on les touche.

Pendant le pansement de ses vésicatoires, il urine involontairement.

Le 7, l'érysipèle a disparu, le délire est continuel, le malade, agité par momens, retombe ensuite dans un état de stupeur.

Le 8, l'agitation a fait place au coma, le pouls est très fréquent, les urines et les garderobes involontaires, la sensibilité et la myotilité sont un peu affaiblies, mais non pas complètement abolies.

Il est mort le 11 septembre 1838 dans la journée.

L'AUTOPSIE a été faite le lendemain à neuf heures.

L'intestin grêle est pâle, et la muqueuse de l'iléum offre dans quelques endroits plusieurs plaques blanches, piquetées de noir.

Les poumons sont fortement engoués en arrière, mais ne présentent, du reste, aucune autre altération notable.

La peau qui avoisine l'oreille gauche présente quelques ecchymoses. Les tégumens du côté droit de la tête sont infiltrés de sang; les parties qui entourent la plaie sont soulevées par une grande quantité de pus grisâtre qui s'enfonce profondément au-dessous de l'aponévrose temporale. Cette lame fibreuse est largement déchirée; le muscle qu'elle protége est détaché du crâne, ses fibres sont baignées de pus; au niveau de la plaie ses fibres et celles de l'aponévrose sont détruites, et dans cet endroit on remarque une tumeur qui soulève un peu les tégumens, mais qui est en grande partie logée dans l'enfoncement qui a été le résultat de la fracture.

Cette tumeur, qui offre le volume d'un œuf de pigeon, est molle, grisâtre, inégale, s'enfonce dans le crâne par l'ouverture étroite que laissent entre eux les fragmens de l'os pariétal. Elle paraît être formée par le cerveau.

La moitié postérieure du pariétal droit est dénudée de son périoste. Le quart postérieur de cet os et une très petite portion du bord correspondant sont fracturés. L'excavation, qui est le résultat de l'enfoncement des fragmens, est placée à 5 lignes au-dessus du bord supérieur de l'écaille du temporal; elle est circonscrite en avant, en bas et en haut par la portion du pariétal qui est malade; en arrière par l'occipital.

Cette excavation est ovalaire et pourrait contenir la moitié d'un œuf de poule; son grand diamètre est de 2 pouces et demi; il est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; son diamètre antéro-postérieur est de 1 pouce 9 lignes.

Les fragmens qui forment les parois de cette excavation sont au nombre de six; on remarque à leur centre une fente longue de 2 pouces, large de 3 lignes, au niveau de laquelle la dure-mère est coupée net. C'est par cette ouverture que le cerveau s'est échappé. Dans les autres points la dure-mère adhère aux fragmens et aux os et les tient rapprochés.

Après avoir enlevé la moitié gauche de la voûte du crâne, on trouve la pie-mère infiltrée d'une grande quantité de sérosité purulente. Cette infiltration s'étend même aux portions de cette membrane qui s'enfoncent dans les anfractuosités.

La substance grise du cerveau est un peu molle, mais n'est pas adhérente à la pie-mère. La substance blanche est saine, excepté cependant au milieu de la hernie. Il a été impossible de s'assurer s'il existait de la sérosité dans le ventricule gauche, mais il a été reconnu que le droit contenait une cuillerée ou deux de sérosité purulente.

Il existe réellement une hernie de la moitié externe du lobe postérieur droit du cerveau, la pulpe nerveuse a pour ainsi dire été exprimée à travers l'ouverture étroite qui occupe le centre des parties fracturées; les membranes sont déchirées; le cerveau ramolli et pénétré de pus au niveau de la hernie; toute la portion de la paroi du ventricule latéral qui correspond aux parties déplacées est jaune et ramollie.

La voûte à trois piliers est un peu molle.

Le bulbe et la protubérance ne paraissent pas malades (1).

Si l'on consulte les travaux les plus récens publiés sur la contusion du cerveau, on apprend qu'il existe plusieurs degrés de cette affection, qui peuvent être annoncés par la marche des symptômes : « que les signes pathognomoniques de cette lésion sont une contracture plus ou moins forte dans les membres, une agitation continuelle et dans tous les sens; la perte de connaissance sans respiration stertoreuse; que, dans les cas les plus légers, le resserrement d'une pupille, la contracture d'une paupière, le mouvement spasmodique des lèvres, ou seulement d'un muscle, la difficulté d'exprimer certains mots; une douleur vive dans les plaies de la tête à la suite d'une chute, sont les seuls signes de la contusion du cerveau (2). »

Une portion assez considérable du cerveau sortie du crâne par une ouverture étroite, des fragmens de substance cérébrale reconnus au milieu des liquides qui s'échappaient par la plaie, ayant fait reconnaître dès le début de la maladie de Frémont une contusion du cerveau, les symptômes qu'il présenta furent étudiés avec soin.

Il était évident qu'il y avait chez cet enfant une contusion violente du lobe postérieur du côté droit, et cependant il n'offrit point les symptômes pathognomonique de la contusion violente. Il n'y avait pas de contracture plus ou moins forte dans les membres; on n'a pas vu dans les premiers jours l'agitation continuelle, et dans tous les sens. La perte de connaissance a été passagère, comme cela a lieu dans la commotion.

Voulons-nous chercher, dans le cas qui nous occupe, les symptômes de la contusion légère; nous reconnaissons que le resserrement d'une pupille, la contracture d'une paupière, le mouvement spasmodique des lèvres, la contracture d'un muscle, la difficulté d'exprimer certains mots, ont manqué. Il nous reste la douleur locale, que l'on rencontre aussi

(1) La moitié droite de la voûte du crâne a été déposée dans le musée Dupuytren.

(2) Boinet, DES SIGNES IMMÉDIATS DE LA CONTUSION DU CERVEAU (ARCH. DE M., t. II, p. 87, 1837.)

dans les plaies simples de la tête et la raideur ou la contraction tétanique légère des muscles de la partie postérieure du col. Mais cette raideur n'existait pas pendant les premiers jours, et lorsqu'elle s'est montrée, elle occupait les deux côtés, tandis que la lésion cérébrale avait exclusivement son siége à droite. Si Frémont n'avait point offert d'autre altération que celle des muscles du col, je crois qu'on aurait risqué beaucoup de se tromper; car ces lésions peuvent se manifester sans qu'il y ait contusion du cerveau, dans les maladies du bulbe rachidien et de la moelle, par exemple.

Arrivons maintenant à d'autres considérations : le crâne du jeune Frémont était déprimé au niveau de la fracture. La légère convexité de la portion écailleuse du temporal était remplacée par un enfoncement qui faisait dans le crâne un relief égal à la moitié d'un œuf de poule. Le cerveau devait être comprimé, et cependant on n'a point observé de paralysie.

Du côté opposé à la lésion cérébrale, M. Blandin a donné une explication assez plausible de cette circonstance : il a fait remarquer, en effet, que les portions du cerveau qui s'étaient échappées par l'ouverture de la fracture avaient désempli la boîte osseuse du crâne et empêché la compression. Cependant, si l'on se rappelle que pendant les premiers jours de sa maladie, Frémont n'a offert aucun trouble de l'intelligence, aucun désordre de la sensibilité et de la myotilité, aucun trouble des fonctions qui sont sous la dépendance du cerveau, on est porté à se demander à quoi sert la partie postérieure et externe du lobe postérieur de cet organe.

Enfin, les symptômes qui ont existé pendant les derniers temps, le délire, l'agitation, les vomissemens, sont évidemment l'effet de l'érysipèle et de la méningite générale, qui a été trouvée à l'autopsie.

Ce fait, en dernière analyse, est un de ceux qui sont un problème pour les physiologistes, et qui doivent rendre les praticiens très réservés dans le diagnostic et le pronostic des maladies traumatiques du cerveau.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANS; par M. RICHARD (de Nancy), professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, etc. — 1 vol. in-8. Paris, chez Germer et J.-B. Baillière. Lyon, chez Savy jeune.

L'étude des maladies de l'enfance est environnée de telles difficultés; c'est avec tant de peine qu'on arrive à un diagnostic précis et à une bonne thérapeutique, qu'on ne saurait recueillir avec trop de soin le petit nombre d'élémens qu'il nous est donné de rassembler, afin de jeter quelques lumières sur des questions si obscures. A ces titres donc, la plupart des ouvrages sur les maladies des enfans, et ceux plus spécialement qui ont été publiés de nos jours, méritent toute l'attention des praticiens. Sommes-nous arrivés à une période réellement scientifique; la pathologie de l'enfance a-t-elle ressenti d'une manière complète l'action des découvertes modernes? Nous ne voudrions pas l'établir sans restriction. Cependant, il est juste de rappeler ici des travaux récemment publiés par un certain nombre d'observateurs exacts et consciencieux, de citer avec éloges le travail de M. Becquerel sur la méningite, etc., et les premières pages de MM. Rilliet et Barthez, qui nous font désirer la continuation d'un traité si bien commencé; les recherches de M. Valleix, et spécialement ses observations sur le cœphalœmatôme; les excellens mémoires de M. Turpin sur la fièvre typhoïde des enfans, etc., toutes recherches spéciales, déjà préparées d'ailleurs par le grand traité de Billard. Sans remonter plus haut, car nous n'avons pas l'intention de tracer l'histoire bibliographique des maladies de l'enfance, nous reprocherons à ce dernier de ne pas tenir suffisamment compte des conditions physiologiques spéciales à l'enfance; il néglige la considération de l'individu, la circonstance capitale des diverses phases de développemens par lesquels passe un organisme imparfait, qui va se perfectionnant et acquérant toujours. C'est sous ce dernier point de vue que M. Richard s'est proposé surtout d'envisager les maladies de l'enfance. Partant d'un point de vue physiologique, le plus général possible, saisissant l'embryon au moment de sa formation, il étudie l'influence si puissante de l'hérédité, l'action non moins énergique de l'organisme maternel, pendant toute la période dans laquelle celui-ci fournit au fœtus, et les matériaux de sa nutrition, et la base sur laquelle il se développe. Les lois de formation du jeune être, si bien formulée de nos jours par les écoles française et allemande, trouvent dans cette étude une foule d'applications; la perturbation, ou la suspension de leur action, donne lieu à des arrêts, ou à des vices de développement. Et suivant que telle ou telle cause pathologique vient à agir au moment où s'accomplit certaine période de formation, telle ou telle altération sera produite alors, revêtant une forme spéciale, indépendante en quelque sorte de la cause éloignée ou prochaine; mais liée à la circonstance organique dans laquelle le jeune être aura été saisi.

Ainsi donc, des différences notables se présenteront dans les maladies de l'enfance, non seulement parce que ces maladies appartiendront à des classes distinctes du cadre nosologique; mais parce qu'elles auront envahi un organisme dont les actes ne ressemblent pas à ce qu'ils seront plus tard, et ne sont plus déjà ce qu'ils étaient auparavant.

Donc aussi le mode de manifestation de ces maladies ne sera plus le même; donc leur traitement présentera des considérations toutes spéciales.

Cette vue générale nous semble dominer l'œuvre de M. Richard; il embrasse avec elle, et successivement, toutes les maladies de l'enfance, depuis la naissance jusqu'à l'époque de la puberté. Les maladies de l'œuf ne sont point renfermées dans ce cadre, qui deviendrait trop vaste; cependant, les arrêts de développement, les vices de conformation, les occlusions, les adhérences y rentrent implicitement. Nous avons à signaler une omission, celle du cœphalœmatôme; l'auteur parle bien des tumeurs sanguines des nouveau-nés, mais il passe rapidement sur ce sujet; cette histoire méritait sans doute de plus longs détails. Nous avons maintenant derrière nous les travaux publiés sur ce sujet en Allemagne, et dont M. Digué nous a fourni les principales données, et les recherches intéressantes de M. Valleix que nous rappelions tout à l'heure.

Nous ne pouvons partager l'opinion de M. Richard sur l'étiologie d'une classe importante de maladies des enfans : je veux dire les difformités congéniales, et en particulier les *luxations du fémur* et le *pied-bot*. M. Richard étudie séparément ces deux difformités, les considérant comme le résultat de causes tout à fait différentes. Il attribue les luxations congéniales à un arrêt de développement, et il cherche à établir que l'épithète de *congéniale* ne leur convient pas exactement, attendu qu'elles peuvent survenir non seulement à toutes les époques de la vie fœtale, mais se montrer à une distance plus ou moins éloignée de la naissance. La doctrine de l'arrêt de développement, renouvelée par M. Richard, ne repose sur aucune preuve directe; et les faits de luxations postérieures à la naissance ne sont que le résultat d'une méprise. Depuis que M. Jules Guérin a démontré que toutes les difformités congéniales sont des manifestations différentes d'une seule et même cause, de la *rétraction musculaire convulsive* et de *l'arrêt de développement consécutif des muscles rétractés*, on a la clef de tous les faits de ce genre : et les luxations postérieures à la naissance, dont veut parler M. Richard, ne sont que des résultats consécutifs de la cause signalée par M. J. Guérin : ce sont des luxations congéniales d'abord incomplètes, et qui s'effectuent graduellement sous l'influence d'une inégalité de développement entre les muscles pelvi-fémoraux, et les portions du squelette auxquelles ils s'insèrent.

Relativement au pied-bot; M. Richard, admettant les anciennes théories, ou plutôt se bornant à l'examen pur et simple des désordres anatomiques, sans remonter à leur élément producteur, n'a pas tenu compte non plus de la rétraction musculaire, qui joue un rôle si manifeste dans la production du pied-bot. Du reste, il faut bien en convenir, quoique antérieures à l'ouvrage de M. Richard, les idées de M. Jules Guérin ne se trouvaient pas, au commencement de 1839, aussi généralement connues et adoptées que maintenant; désormais elles feront partie du domaine de la science, l'observation et l'expérimentation clinique les ont en quelque sorte vulgarisées.

Si nous entrons maintenant dans les détails du TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS, nous aurons d'excellentes données pratiques à signaler, de bonnes observations à rappeler. L'auteur a beaucoup vu. Toute parole qui s'appuie sur une longue expérience doit avoir du poids : à ce titre, les descriptions et les formules générales de M. Richard offrent pleine garantie. Il serait bon de le suivre dans la description des individualités morbides; mais il nous serait difficile de raccourcir sans préjudice un travail déjà substantiel, plein de concision et souvent même présenté sous forme aphoristique.

Parmi les faits originaux, et propres à l'auteur, nous avons trouvé une heureuse modification pour l'opération du filet chez les nouveau-nés,

opération qui consiste à se passer de la soude-canule, à couper plus près du plancher buccal qu'on ne le fait généralement : M. Richard introduit le doigt indicateur de la main gauche dans la bouche, comme s'il voulait accrocher la mâchoire inférieure avec la première phalange; de cette manière, il tient la bouche ouverte, la langue soulevée et le frein tendu. De la main droite, armée d'une paire de ciseaux courbes sur le plat, il coupe le frein sur la face postérieure du rebord alvéolaire; la langue est alors détachée et libre, souvent sans qu'une seule goutte de sang s'échappe de la section.

M. Richard rapporte deux cas intéressans d'occlusion intestinale, siégeant, chez un enfant, à la fin de l'S iliaque du colon, chez l'autre, dans l'intestin iléum; le premier, opéré par le procédé de Littre, vécut dix-sept jours; le second vécut treize jours. Mais l'opérateur dut s'arrêter après avoir incisé l'intestin, car il ne trouva ni le colon ni le cœcum distendus; l'occlusion existait beaucoup au-dessus. Plus loin, M. Richard donne, avec quelques détails, une observation curieuse d'hydropisie ascite chez le fœtus (pag. 79). La tête était séparée du tronc, lorsque M. Richard fut appelé. Cherchant presque au hasard à introduire un doigt à travers la surface de la détroncation jusque sur la paroi diaphragmatique de la poitrine, il pénétra plus facilement dans l'abdomen à travers les fibres musculaires qu'il n'aurait pu le faire à travers la peau. A peine le sac péritonéal fut-il déchiré qu'une énorme quantité d'eau s'échappa, à la grande surprise des assistans; et quand toute la masse aqueuse fut écoulée, il amena au-dehors, avec une grande facilité, un fœtus très petit, dont l'abdomen, extrêmement dilaté, pouvait contenir plusieurs pintes de liquide. On chercha vainement à connaître quelle pouvait être la cause de cette accumulation séreuse. Le foie parut flasque et comme ramolli, sans qu'il y eût un changement dans sa couleur ordinaire. Le péritoine n'offrait aucune trace d'altération. La femme qui mit au monde ce fœtus hydropique était très jeune; elle avait éprouvé plusieurs émotions vives pendant sa grossesse, vivait mal, dans un état voisin de la pauvreté; elle avait continué à travailler pendant sa grossesse sur le métier à tisser des ouvriers en soie.

Depuis cette époque, M. Richard fut consulté pour une jeune dame qui avait été chlorotique avant son mariage. L'enfant était hydropique. M. Richard ne dit pas explicitement si l'enfant était peu développé; toutefois il ajoute, ce qui le donnerait à penser, en terminant l'observation : l'état chlorotique de la mère avant son mariage nous paraît surtout avoir influé sur l'imperfection du produit de cette première grossesse.

Si nous rapprochons de ces deux faits l'observation rapportée à l'article *Faiblesse radicale*, où la mère avait été chlorotique avant son mariage, et qui fit pendant sa grossesse une chute pour laquelle on crut devoir lui pratiquer une saignée de bras, nous trouverons la confirmation évidente d'une théorie que nous exposions en 1838, d'après M. Moreau, sur l'influence du régime et de la saignée sur le développement du fœtus (ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., janv. 1838). Cette théorie que M. Richard repousse, établissant, au contraire, en principe (p. 93) que la saignée répétée favorise le développement du fœtus, nous semble ici même confirmée de point en point; nous ne croyons donc pas devoir modifier les conclusions que nous faisions à cette époque. Les faits de M. Richard viennent lui fournir un nouvel appui.

Les corollaires suivans donnent une idée générale et vraie de l'inflammation chez les enfans :

Chez l'enfant, la modification imprimée aux tissus par l'inflammation est le ramollissement. C'est un pas rétrograde vers leur état primordial. Cette modification s'établit promptement et avec une grande facilité chez les jeunes sujets; chez les sujets plus avancés en âge, il faut un temps plus long, une intensité inflammatoire plus vive, une plus grande douleur pour arriver aux mêmes résultats.

L'inflammation des organes renfermés dans les cavités viscérales, le cerveau, les poumons, les diverses parties et annexes de l'appareil digestif, est plus certainement dangereuse pour l'enfant que pour l'adulte.

Les phlegmons passent presque toujours à la suppuration chez les enfans; la résolution de l'inflammation y est rare.

Chez les jeunes sujets l'inflammation adhésive est plus prompte. Cette circonstance tient à ce que le travail préparatoire des adhérences est le ramollissement des surfaces en contact; c'est la seule circonstance où l'inflammation soit plus heureuse chez l'enfant que chez l'adulte.

Quoique la terminaison par résolution soit rare chez l'enfant, on la remarque cependant dans le tissu cutané qui par sa position comme limite extrême entre les corps extérieurs et l'organisation, jouit d'un développement plus précoce que les autres parties.

Nous signalerons encore l'histoire des phénomènes pathologiques de la dentition; des fièvres éruptives dans l'enfance; de la gastro-entérite, de l'hépatite, mais surtout de la syphilis chez les nouveau-nés; ce dernier chapitre renferme des recherches toutes nouvelles, sur lesquelles il nous paraît nécessaire de revenir dans un article spécial. Des observations intéressantes sur la possibilité de remédier sans opération grave aux difformités produites par une vicieuse consolidation des fractures, et sur les corps étrangers introduits dans les différentes cavités, terminent, comme une sorte d'appendice chirurgical, un ouvrage bien pensé, bien écrit, appelé, ce nous semble, à éclairer la pathogénie et la thérapeutique des maladies de l'enfance.

A. B.

VARIÉTÉS.

M. BECQUEREL, membre de l'institut, professeur au muséum d'histoire naturelle, commencera son cours de physique appliquée à l'histoire naturelle, dans le grand amphithéâtre du muséum, le lundi, 27 avril, à midi précis, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure. Il traitera cette année : 1° de la décomposition et de la recomposition des corps au moyen de l'électricité de la lumière et d'autres agens physiques; de la formation des composés analogues à ceux que l'on trouve dans les filons; 2° des contractions produites dans les corps vivans ou morts, au moyen des agens physiques ou chimiques; 3° de la capillarité et de l'endosmose, appliquées aux phénomènes naturels.

— M. FLOURENS a commencé son cours de PHYSIOLOGIE COMPARÉE au Muséum d'histoire naturelle, le 14 de ce mois.

Les leçons ont lieu les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures.

Le professeur traite, cette année, des lois particulières de l'action nerveuse.

— Nous sommes heureux de pouvoir démentir les bruits qui se sont répandus sur le prétendu tarissement ou refroidissement des sources thermales de Bourbonne-les-Bains. Le médecin inspecteur des eaux, M. le docteur Lemolt, nous informe qu'aucun changement ne s'est fait remarquer ni dans leurs produits ni dans leur température. Jamais ces thermes, qui appartiennent à l'état et qui viennent de recevoir de bien importantes améliorations, n'ont joui de plus de prospérité et n'ont été l'objet de plus de sollicitude de la part du gouvernement.

— FORMULAIRE GÉNÉRAL, OU GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN, DU CHIRURGIEN ET DU PHARMACIEN, contenant : 1° mémorial thérapeutique médico-chirurgical; 2° classification méthodique des agens thérapeutiques d'après leur mode d'action; 3° notions posologiques; 4° formes et modes d'administration des médicamens; 5° art de formuler; 6° formulaire raisonné, ou choix de formules empruntées à la pratique des médecins et des chirurgiens français et étrangers; avec les poids métriques en regard des poids anciens; par le docteur COTTEREAU, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, expert chimiste près de la cour royale de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. 1 vol. in-32 grand raisin, de près de 500 pages. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'École-de-Médecine.

— MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — GANGRÈNE TRAUMATIQUE, mémoire et observations cliniques sur une de ses causes les plus fréquentes dans les animaux domestiques; par M. RENAULT, directeur de l'École d'Alfort, professeur de clinique et de médecine opératoire. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c., et 3 fr. franc de port.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, etc.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 18. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 2 MAI 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. De l'anatomie descriptive et chirurgicale des aponévroses et des membranes synoviales du pied, de leur application à la thérapeutique et à la médecine opératoire. — Expériences toxicologiques sur une substance inconnue. — II. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Quelques mots sur l'hydrocèle et particulièrement sur son traitement. — Observation sur une colique métallique, ayant pour cause probable le maniement journalier d'argent monnayé; efficacité remarquable des lavemens de tabac.—Hémorragie par insertion anormale du placenta; accouchement provoqué par le seigle ergoté; phlegmasia alba dolens.—Remarques ophthalmologiques.—III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie de médecine: séance du 28 avril. — IV. BIBLIOGRAPHIE. Traité sur les maladies puerpérales, suivi de recherches sur l'auscultation des femmes enceintes. — Essai sur les maladies les plus importantes des femmes. — V. VARIÉTÉS. — VI. FEUILLETON. Esquisses, n° 2.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

DE L'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET CHIRURGICALE DES APONÉVROSES ET DES MEMBRANES SYNOVIALES DU PIED, DE LEUR APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE ET A LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, interne de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique, etc.

Tous les anatomistes ont vu dans la plupart des parties qui entrent dans la structure du pied, les plus grandes analogies avec les parties correspondantes de la main, et des comparaisons extrêmement ingénieuses entre ces deux organes ont été faites par Vicq-d'Azyr, MM. Gerdy, Blainville, Blandin, etc. Parmi tant de similitudes, il existe cependant des différences, et je crois que la plupart affectent les aponévroses et les membranes synoviales. Cependant, elles ne sont pas assez grandes pour qu'on ne puisse les comparer et se servir de l'étude des unes pour parvenir plus sûrement à la connaissance des autres. Comme dans un précédent travail (GAZ. MÉD., 1839), j'ai décrit les premières; comme les démonstrations que j'en ai faites sur mes pièces, soit à la Société anatomique, soit ailleurs, ont paru satisfaire par leur exactitude M. le professeur Cruveilhier, président de cette société, les membres qui s'y trouvaient et d'autres chirurgiens qui ont eu connaissance de mon travail, je crois devoir, comme je l'avais annoncé, faire connaître la disposition du pied sous ce rapport, disposition que, du reste, je n'ai trouvée décrite nulle part.

Mon ami M. le docteur Lacroix, prosecteur de la Faculté de médecine, avait eu le pied à préparer pour un concours, et, comme je l'avais fait pour la main, il s'est attaché surtout à bien montrer la disposition des aponévroses de cet organe, sans étudier toutefois les membranes synoviales. Dans l'exposé qu'il a fait de ses recherches à la Société anatomique, j'ai eu la satisfaction de voir que, sauf quelques très légères modifications que je ferai connaître, il était arrivé au même résultat que moi; que surtout il avait vu l'aponévrose plantaire se terminer comme je l'avais décrit il y a un an pour la main, et comme depuis cette époque je l'avais vérifié un grand nombre de fois pour le pied.

APONÉVROSES DU PIED.

Au pied, comme à la main, on rencontre des aponévroses sur la face dorsale et sur la face plantaire; la disposition et l'importance ne sont pas les mêmes dans l'une et l'autre de ces régions; aussi méritent-elles une description isolée.

APONÉVROSES DORSALES DU PIED.

Tous les anatomistes qui se sont le plus occupés de la description des aponévroses n'ont décrit à la face dorsale du pied qu'une seule lame fi-

---

Feuilleton.

ESQUISSES.

N° II.

Hæ nugæ seria ducunt. (HORAT.)

Détracteurs de la médecine, avouez du moins que les injures de Pline et de Pétrarque, les saillies gasconnes de Montaigne, la verve comique de Molière, l'indignation chagrine de Rousseau, la causticité aristophanique de Beaumarchais, n'ont rien produit contre cette science. Elle a toujours un rang élevé parmi les connaissances humaines. Où trouver une preuve plus évidente que la médecine est une nécessité sociale, un besoin de l'humanité? Indépendamment de ses moyens physiques, plus ou moins fondés sur l'expérience, elle agit sur le moral à un degré incalculable. La *crainte* et l'*espérance*, ce sont là deux anses du cœur humain, à l'aide desquelles on le saisit, on le remue, on le secoue, on le calme, quand on a du savoir, de la pénétration et du tact; mais il faut, dit-on, dans la médecine, mettre un siècle à s'emparer d'une vérité; eh! qu'importe? si l'humanité doit en jouir des milliers de siècles. Dans quel but maintenant jeter l'anathème à la science?

Le savoir dire, le savoir faire, les formes agréables, l'usage du monde, un certain je ne sais quoi qui plaît et séduit, réussissent à certains médecins. Mais il ne faut pas y regarder de trop près, ni souffler sur cette mousse, le prestige s'évanouirait aussitôt. Ces qualités sont au mérite superficiel, ce que la broderie est aux étoffes dont le fond n'est pas riche.

Une ignorance éclairée; ces mots semblent contradictoires, ils expriment pourtant une vérité. Il n'est donné qu'à très peu de personnes d'atteindre ce haut degré de lumière philosophique. Que de travaux, de veilles et de méditations, combien il faut de jugement et de sagacité pour savoir que l'on sait peu, pour estimer à leur valeur les acquis de la science, pour arriver enfin aux extrêmes limites sur lesquelles est écrit: *inconnu*. Montaigne distingue avec raison « l'ignorance abécédaire et l'ignorance doctorale »; mais celle-ci, bien conçue, exige un travail de toute la vie.

Si j'obtiens jamais une grande réputation, une immense clientèle, une belle fortune, je déclare que j'aiderai les confrères moins heureux que moi; que je déverse

breuse se continuant en haut avec la terminaison des aponévroses jambières, sur les parties latérales, avec les os du pied, et en avant se confondant avec les enveloppes fibreuses des orteils. Je n'ai rien de plus à en dire. M. le professeur Gerdy a signalé une seconde lame qui recouvre la face dorsale des muscles inter-osseux, lame forte et résistante qui se comporte très exactement au pied comme à la main, et sur laquelle je n'insisterai pas plus longuement. M. Lacroix en a décrit une troisième qu'on ne peut révoquer en doute; elle recouvre la face dorsale du muscle pédieux; c'est la plus mince des trois, et s'insérant en arrière des attaches de ce muscle, elle enveloppe ses tendons en avant, en se perdant peu à peu dans le tissu cellulaire des orteils.

De cette disposition, il résulte que les tendons des extenseurs des orteils sont compris entre la lame aponévrotique superficielle, et l'enveloppe du muscle pédieux, et que ce muscle est à son tour protégé par le feuillet qui lui est propre, et celui qui appartient à la face dorsale des inter-osseux : on voit que de cette manière il rentre dans la règle générale de M. Gerdy que chaque muscle a une enveloppe particulière.

APONÉVROSES PLANTAIRES DU PIED.

Lorsque M. Gerdy a dit que l'aponévrose plantaire se divise en une gaîne interne, une moyenne et une externe, que la première renferme les muscles abducteurs et court fléchisseur des gros orteils, l'artère plantaire interne et une partie du nerf correspondant; que la moyenne contient dans sa cavité le court fléchisseur, et que la troisième, enfin, contient les muscles du cinquième orteil; que les muscles inter-osseux ont une enveloppe propre, et que l'aponévrose plantaire moyenne se dédouble pour recouvrir l'accessoire du long fléchisseur; quand, dis-je, tous ces détails ont été bien indiqués, il ne reste que fort peu de chose à ajouter, si ce n'est pour la terminaison digitale de cette aponévrose, qui, de même que celle de la main, n'avait pas été décrite d'une manière exacte avant moi.

M. Lacroix a vu à la face plantaire, comme à la face dorsale du pied, trois lames aponévrotiques superposées les unes aux autres, et je crois que, dans ses recherches, il n'a fait que confirmer la disposition qu'avait déjà indiquée M. Gerdy. En effet, l'aponévrose moyenne de M. Lacroix, qui recouvre la face inférieure du muscle accessoire du long fléchisseur des orteils, n'est rien autre chose, selon moi, que la partie dédoublée du feuillet moyen de l'aponévrose plantaire de M. Gerdy, qui se trouve avoir les mêmes insertions et les mêmes rapports. Quant à la plus supérieure, qui ne commence plus en arrière au calcanéum, comme les deux précédentes, mais bien sur l'enveloppe fibreuse du tendon du muscle long péronier latéral, elle constitue le feuillet inférieur des muscles inter-osseux, feuillet et ses diverses cloisons que le professeur a très bien fait connaître.

De tout ce que je viens de dire, il résulte que l'aponévrose plantaire proprement dite se divise en trois lames secondaires dont la plus forte et la plus résistante est la médiane. Les deux latérales qui sont destinées à recouvrir les muscles du premier et du cinquième orteils sont séparées de la précédente et des muscles qu'elle enveloppe, par des cloisons fibreuses dirigées vers les os du pied, sur lesquels elles vont adhérer, cloisons qui ne sont que des prolongemens de l'aponévrose plantaire, et qui donnent insertion en dedans et en dehors à une partie des fibres des muscles qui ont des connexions avec elles.

Quant aux lames moyennes et supérieures, celle de l'accessoire se continue avec le feuillet moyen de l'aponévrose plantaire, et celle des inter-osseux vient se terminer en avant sur la tête des métatarsiens et l'extrémité supérieure des premières phalanges.

La cloison qui sépare le feuillet moyen du feuillet interne de l'aponévrose plantaire, parvenue au niveau de la première articulation métatarso-cunéenne, devient beaucoup plus forte et plus résistante, et elle adhère très solidement à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, au premier cunéiforme et à la cloison fibreuse du tendon du muscle long péronier latéral qui vient se terminer dans ce point. A ce niveau, elle forme une arcade véritable qui embrasse et qui maintient très solidement en place le tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil au moment où ce muscle, de médian qu'il était à la partie postérieure de la plante du pied, devient oblique en dedans pour aller gagner le doigt auquel il est destiné. Sans cette circonstance, pendant sa contraction, la courbe qu'il décrit se serait effacée, et en se rapprochant de la ligne droite, il n'aurait pas manqué de comprimer douloureusement les fibres de l'adducteur et du court fléchisseur, au milieu desquelles il est placé. Du reste, j'insiste sur cette arcade, parce qu'elle est importante, comme je l'indiquerai plus tard, pour bien comprendre la disposition de la membrane synoviale qui enveloppe ce tendon.

Le feuillet moyen de l'aponévrose plantaire, et qui en constitue la partie la plus forte et la plus étendue, est le seul sur la terminaison antérieure duquel je doive maintenant insister.

Comme l'aponévrose de la main, celle du pied, à mesure qu'elle gagne la base des doigts, va en s'élargissant de plus en plus et prend une forme tout à fait triangulaire; elle constitue bientôt des faisceaux tout à fait isolés qui sont plus nombreux qu'à la main; car, à cette dernière, le pouce n'en reçoit pas, tandis que le gros orteil est, sous ce rapport, conformé comme celui qui l'avoisine. Elle se divise donc en cinq faisceaux très forts qui vont se porter à la base de chaque orteil.

Entre ceux-ci, il s'en rencontre quatre autres plus minces, plus superficiels, dont les fibres ne sont pour ainsi dire pas agglomérées entre elles, et qui se dirigent au niveau des espaces inter-métatarsiens. Ils sont les analogues des trois que j'ai décrits à la main; car, entre le pouce et l'indicateur, il n'en existe pas; ils vont adhérer sur la face interne du derme, sur ces bourrelets graisseux à la base des doigts et dans leur intervalle.

Les faisceaux digitaux proprement dits ne se bifurquent pas au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne pour laisser passer les tendons des fléchisseurs, comme tous les auteurs l'ont répété pour le pied et pour la main; ils ont au pied la même disposition que j'ai signalée à la main; c'est-à-dire que des fibres plus nombreuses se portent de chaque côté du tendon, et dont les unes se fixent sur le ligament métatarsien inférieur; les autres sur la tête même de ces os ou des phalanges; d'autres enfin se continuent avec les gaînes fibreuses des orteils; mais il en est qui existent constamment, qui suivent la direction primitive de l'aponévrose et qui vont concourir à la formation de cette même enveloppe fibreuse des tendons fléchisseurs des orteils; elles leur forment une enveloppe complète, de manière à les isoler de la peau et à les tenir renfermés dans une gaîne fibreuse. Sans cette disposition, ces tendons, dans la flexion des doigts, représenteraient la corde d'un arc de cercle, et alors ils appuieraient directement sur la peau, la refouleraient en dehors d'une manière douloureuse; ils produiraient normalement ce que détermine dans son

---

rai sur eux le trop plein de mes occupations lucratives; que j'aurai un grand état de maison pour faire honneur à la profession; que j'aiderai les jeunes gens de ma bourse et de mes conseils; qu'imitant La Peyronie et son ami Houstet, je donnerai trente mille francs à un jeune homme pauvre et distingué, à condition que, devenu riche, il les remettra à un autre, dans les mêmes conditions, et ainsi de suite, jusqu'à la cinquième ou dixième génération. Voilà ce que je veux faire quand j'aurai une grande réputation, une immense clientèle et une belle fortune. Ainsi soit-il!

La *saignée* est très efficace dans la pneumonie, c'est bien; le *tartre stibié* à hautes doses guérit sans nul doute cette inflammation, à merveille; l'*opium* compte aussi de beaux succès, on ne peut mieux; le *musc* a réussi dans nombre de cas, c'est admirable. Mais dites-nous donc avec une rigoureuse précision quand il faut ou saigner, ou donner l'émétique, ou l'opium, ou le musc. Il en est de même de toutes les affections pathologiques. Verrons-nous le temps où il ne sera plus permis d'hésiter, de prononcer sur de vagues indices, de martingaler sur des conjectures? Quand la règle des indications en sera à ce point, la médecine sera véritablement grande et puissante. Adorateurs de la science, courez dès-lors au temple, offrir cent coqs à Esculape.

Pourquoi l'acharnement de ce médecin contre son confrère, pourquoi le blâme-t-il en tout, sur tout, à propos de tout? Le voici : il s'est occupé du même sujet et il y a moins réussi. Ne voyez-vous pas la chenille dépréciant le travail du ver à soie, car la chenille file aussi.

L'envie médicale a sa réputation faite depuis longtemps, et il faut être juste, c'est une réputation méritée. Mais la loi est immuable, on est mordu par la passion qu'on a nourrie. Si l'envieux fait souffrir, il souffre également; un peu de louange, un petit succès, un léger bruit de la renommée, en voilà assez pour irriter son mal, pour augmenter son supplice, pour agacer le serpent qu'il a dans le sein. O mes amis! gardons-nous de l'envie médicale; évitons jusqu'à sa bave, jusqu'à son contact; c'est un cas de pathologie cancéreuse qu'il ne faut même étudier qu'avec crainte et réserve.

Le mot FIN est, après bien du travail, placé au bas de votre ouvrage; vous n'avez négligé ni soins, ni veilles pour le rendre bon et utile; il est savant et profond, bien fait et bien écrit. Pensez-vous être au bout de vos travaux? Il faut l'imprimer, et là bien des tracas, bien des difficultés vous attendent. Après l'impression vient la publication, autre source d'ennuis, d'embarras et de mécomptes. Enfin, le livre est terminé, il est publié, annoncé, etc., que lui manque-t-il donc? Une chose extrêmement rare à notre époque..... des lecteurs.

état pathologique la rétraction de l'aponévrose palmaire. Au point dont je parle, les fibres aponévrotiques sont plus minces, moins nombreuses, afin de ne gêner en rien les mouvemens de flexion et d'extension, mais elles n'en existent pas moins pour maintenir le tendon dans la place qu'il doit occuper. Du reste, M. le docteur Lacroix, comme je l'avais montré pour la main, a parfaitement reconnu cette disposition au pied.

Outre les faisceaux que je viens de signaler, il existe encore dans leur intervalle et à l'union des phalanges et des métatarsiens des espèces de cerceaux fibreux dirigés dans le sens transversal, placés plus profondément que les faisceaux cutanés, s'étendant d'un faisceau digital à l'autre, et formant des ouvertures destinées à livrer passage aux muscles lombricaux, aux nerfs et aux vaisseaux inter-osseux. Ils constituent en grande partie le ligament métatarsien inférieur et s'insèrent sur les parties latérales du métatarsien et des phalanges. Un grand nombre de leurs fibres s'entrecroisent avec les fibres longitudinales du faisceau digital, concourent de la sorte à la formation des enveloppes ligamenteuses des tendons des muscles fléchisseurs des orteils. On voit qu'ils ont absolument la même disposition qu'à la main, où il existe un cerceau de moins; car l'espace compris entre le pouce et l'indicateur en est dépourvu.

Telles sont les particularités que j'avais à faire connaître sur la disposition des aponévroses du pied. Si je n'en donne pas ici une description plus complète, c'est que je ne ferais que répéter celles qu'on trouve dans tous les traités d'anatomie; je n'ai insisté que sur des points qu'on n'avait pas décrits jusque-là avec assez d'exactitude.

DES MEMBRANES SYNOVIALES DES TENDONS DES MUSCLES DU PIED.

Tous les tendons qui, de la jambe, vont s'insérer au pied, sont enveloppés de membranes synoviales dont l'étude est importante, tant sous le rapport anatomico-physiologique, que par les applications qu'on en peut faire à la pathologie et à la médecine opératoire. Comme ces tendons, les membranes séreuses se rencontrent aux faces dorsale et plantaire du pied; il en est même, comme je l'indiquerai, qui occupent ses régions latérales.

SYNOVIALES DORSALES DU PIED.

Chacun des trois tendons qui passent sous le ligament annulaire du tarse est enveloppé à son niveau par une bande muqueuse constamment humide, et qui doit par là faciliter son glissement. Toutes forment un cul-de-sac au-dessus et au-dessous de ce ligament, et sont complètement isolées les unes des autres. Le tendon du péronier antérieur, lorsqu'il existe, reçoit une expansion de celle de l'extenseur commun, qui est la plus considérable des trois; puis vient celle du jambier antérieur qui remonte le plus du côté de la jambe, tandis que celle du tendon de l'extenseur propre du gros orteil, qui est la plus petite, s'étend le plus bas sur la face dorsale du pied.

Il est inutile que je répète ici le procédé que j'ai mis en usage pour en faciliter l'étude. Pour le pied comme pour la main je me suis servi de l'insufflation qui est le moyen de beaucoup le plus sûr et le plus facile.

SYNOVIALES LATÉRALES DU PIED.

Tous les tendons qui occupent les régions latérales du pied ne s'y terminent pas; aussi n'existe-t-il que les séreuses des tendons des muscles court péronier latéral et jambier postérieur qui ne soient pas plus étendues. Celles du fléchisseur commun et du fléchisseur propre y commencent par se continuer sous la plante du pied comme je l'indiquerai plus tard.

Le tendon du long péronier latéral est enveloppé par deux bourses parfaitement indépendantes l'une de l'autre; la première occupe la partie verticale et s'arrête sur le côté externe du calcanéum; tandis que la seconde commence au niveau du point où ce tendon se réfléchit sur cet os pour se porter horizontalement sous la plante du pied; de là elle l'accompagne jusqu'à son insertion à l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Celle-ci, comme on le voit, fait partie de celles de la face plantaire, et un peu plus tard je reviendrai sur ses connexions, car je la considère comme une des plus importantes.

MEMBRANES SYNOVIALES DE LA FACE PLANTAIRE DU PIED.

La voûte calcanéenne qui peut être considérée comme l'analogue de la voûte formée à la main par la face antérieure du carpe et son ligament antérieur, ne livre passage qu'au tendon non encore divisé du muscle long fléchisseur commun des orteils et à celui du long fléchisseur propre du gros orteil. Là, comme à la main, doit se trouver une membrane synoviale; mais elle est tellement différente dans la manière dont elle se comporte autour de ces tendons, qu'elle ne paraît pas représenter celle de la main dans la même région, bien que cependant elle soit son analogue.

J'ai montré en effet qu'une seule enveloppe était commune à tous les tendons des muscles fléchisseurs de la main et des doigts, et qu'en l'insufflant sous le ligament annulaire, on trouvait qu'il y avait une communication constante entre celle-ci et la gaine des tendons du pouce et du petit doigt. Qu'en insufflant par l'extrémité de l'un ou de l'autre de ces doigts on remplissait celle du carpe, tandis que celles des trois doigts du milieu, non seulement ne communiquaient pas entre elles, mais ne s'étendaient qu'à quelques lignes, au-dessus de l'articulation méta-carpo-phalangienne sans jamais aller jusqu'à celle du carpe.

Au pied, nous ne trouverons rien de semblable, et les conséquences que nous en tirerons plus tard différeront autant que la disposition anatomique que nous allons signaler.

Deux membranes bien isolées l'une de l'autre peuvent être étudiées séparément.

A partir du point où le tendon du muscle long fléchisseur commun des orteils s'engage dans la coulisse fibreuse qui lui est propre jusqu'au moment où, à la plante du pied, le muscle accessoire vient adhérer à lui, il est enveloppé par une synoviale propre, isolée, peu étendue, et n'ayant aucune communication avec aucune autre, si ce n'est dans quelques cas avec celle du jambier postérieur. On ne peut la considérer comme représentant celle qui occupe la face antérieure du carpe.

La seconde qui se rencontre au pied et qu'on ne trouve pas isolée à la main appartient au tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil; et elle peut, mieux que la précédente, représenter celle du membre supérieur; comme elle, en effet, elle forme une vaste poche à la partie inférieure de la jambe; poche qui se trouve interposée entre la face postérieure des muscles profonds et la face antérieure du tendon d'Achille

---

Le vrai philosophe ne traite point avec mépris la connaissance matérielle du corps humain; il y reconnaît ce système de relation ou de lois où chaque organe a sa raison, sa place et ses fonctions; il y admire vivante, en action et à l'œuvre, cette providence infinie qui embrasse tout dans les plans de sa suprême sagesse; il étudie surtout cet élément essentiel de haute instruction, le cerveau et le crâne d'une tête humaine.

Il est absurde et ridicule de se voir effacé, dépassé, par des ignorans et des sots; il est honteux et infâme d'être habile à la manière de certaines gens.

L'enthousiasme ne vaut rien en médecine; on n'y admet que la raison, la logique et le fait, notamment dans le style. Cependant pour écrire il faut de la chaleur, de la lumière, de la vie, un certain feu de conviction raisonnée qui aide et relève la pensée dans les sujets graves. Peu de gens comprennent cette vérité; l'un affecte une sorte de sévérité pédantesque et gourmée; l'autre est insignifiant, il écrit d'abord ses phrases pour y mettre ensuite des idées, s'il le peut; celui-ci est lourd, diffus, il cite toujours sans choix ni discernement; celui-là court sans cesse, et dans sa phraséologie redondante, il perd constamment de vue son objet; il en est qui sont obscurs, fatigans, idées et mots sont mal enchevêtrés; on en voit qui écrivent bien, grammaticalement parlant, la phrase coule, mais froide, pâle, incolore, c'est *une boisson sans saveur, dans un vase sans ciselure*, comme dit un ancien, ou plutôt, selon mademoiselle de Gournay, c'est un bouillon d'eau claire, sans impureté, mais sans substance. Combien il est difficile d'atteindre ce point de perfection où sans la pompe emphatique d'un rhéteur, ni la trivialité verbeuse d'un ignorant, le lecteur peut dire : voilà une œuvre tout à la fois savante et habilement élaborée!

Vous dites : le style médical veut une grande sobriété d'ornemens.— Je le crois comme vous.—L'imagination, l'esprit, la vivacité ne lui servent en aucune manière. —Rien de plus vrai; mais qu'exige-t-il pour être convenable ?—Vous répliquez: trois choses fort simples, la *correction*, la *méthode* et la *clarté*.— Quoi donc! pensez vous que ces trois perles soient faciles à découvrir, à mettre en relief? Ces qualités exigent du savoir, du bon sens, du jugement, du goût, de la logique; or comptez maintenant ceux qui savent écrire. Tout homme tenant la plume comme il la faut tenir doit absolument les posséder, car dans le grand œuvre de la procréation intellectuelle, elles sont les conditions de la vitalité. La méthode est la preuve de la force de l'intelligence, comme la clarté du style est la mesure de la justesse des idées. Ajoutez ensuite un certain je ne sais quoi de piquant, de hardi, sans lequel, dit Montaigne, on ne réussit point à enfoncer profondément la signification des mots.

Il y a des auteurs dont l'expression forte, condensée, profonde, serre de si près la pensée qu'on la confond parfois avec l'obscurité. L'auteur des *nouveaux élémens de la science de l'homme* en est un exemple. Un médecin s'en plaignit à ce grand homme, et lui dit : votre livre est trop difficile à comprendre. Patience,

dont, sans doute, elle facilite les glissemens sur les précédens; elle s'étend de là sans être interrompue jusqu'à un demi-pouce environ de l'endroit où le tendon de ce muscle va s'engager sous l'arcade fibreuse dont j'ai parlé plus haut et s'y terminer complètement par un cul-de-sac. Elle diffère de celle du pouce, en ce sens qu'elle ne va pas jusqu'à l'insertion du tendon fléchisseur, tandis qu'à la main on l'insuffle en totalité, en commençant par l'extrémité du doigt; si l'on ne peut obtenir au pied le même résultat, c'est que pour le gros orteil elle se comporte comme celle des doigts du milieu de la main : elle ne dépasse que de quelques lignes l'articulation métatarso-phalangienne du pouce, comme le fait celle de tous les autres orteils. Enfin sous l'arcade fibreuse dont j'ai parlé il existe une dernière petite enveloppe limitée autour d'elle, et qui n'a aucune communication avec celle qui est supérieure et postérieure, ni avec celle qui se prolonge jusqu'à l'extrémité de l'orteil.

Les quatre tendons du fléchisseur commun sont enveloppés par une synoviale qui se comporte très exactement autour d'eux, comme le fait celle de la main : elle dépasse un peu en arrière les articulations métatarso-phalangiennes. Celle du petit orteil ne diffère en rien de celle des quatre autres.

Ainsi la disposition des synoviales des doigts du pied diffère de celle de la main, en ce que le premier et le cinquième de celle-ci en ont une qui est commune avec celle des tendons situés sur la face antérieure du carpe, tandis que dans celui-là elle est la même pour tous les orteils. Ce n'est pas seulement une différence importante sous le rapport de l'anatomie, elle l'est aussi sous celui de la médecine opératoire.

Enfin, la dernière qu'on rencontre à la face plantaire du pied, et qui n'est pas la moins digne d'intérêt, est celle qui enveloppe la portion réfléchie du muscle long péronier latéral; elle tapisse la face supérieure de la gaine fibreuse qui protége ce tendon, et elle se trouve en contact immédiat avec la face inférieure de celles qui lubréfient les articulations tarso-métatarsiennes; articulations qui, comme on le sait, communiquent avec celles du tarse, surtout entre le premier et le second cunéiforme.

Quelles sont les conséquences rigoureuses qu'on peut tirer de l'étude exacte des diverses enveloppes que je viens successivement de passer en revue : c'est ce qu'il s'agit maintenant d'examiner.

APPLICATION DE CES NOTIONS ANATOMIQUES A LA PATHOLOGIE ET A LA MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Lorsque Dupuytren établit le diagnostic différentiel de la rétraction permanente des doigts, il termine en disant que lorsque l'occasion s'en présentera, il parlera de celle des orteils qui est due à la même cause, la crispation de l'aponévrose plantaire. Dans son anatomie topographique, M. Blandin annonce cette rétraction de l'aponévrose comme pouvant survenir, mais il n'en cite aucun exemple; je ne veux pas dire que parce qu'on ne l'a vue que très rarement, si tant est qu'on l'ait observée, elle ne puisse pas survenir; bien loin de là; car comme au pied se rencontre très exactement la même disposition anatomique qu'à la main; nous devons conclure *à priori* que ces parties doivent être et sont en effet sujettes aux mêmes affections.

Comme la cause la plus fréquente de la rétraction de l'aponévrose palmaire, Dupuytren cite la flexion presque permanente des doigts que nécessitent certaines professions. Comme cette cause n'existe pour les orteils que dans des conditions tout à fait anormales; comme ils sont dans une extension continuelle par la pression sur le sol, ils doivent être beaucoup moins exposés aux conséquences qui résultent d'une position différente; delà la très grande rareté de la rétraction de l'aponévrose plantaire.

On comprend du reste que si elle apparaissait, elle devrait déterminer les mêmes phénomènes, et nécessiter très rigoureusement le même traitement et le même procédé opératoire que celui que j'ai décrit pour la main et à la description duquel je renvoie.

Les bourses muqueuses du pied, comme celles de la main, sont sujettes à plusieurs affections dont la gravité varie en raison de l'étendue de la membrane synoviale et en raison du rapport qu'elle affecte avec les parties voisines.

Celles de la face dorsale du pied sont assez étendues, parce que quelquefois elles produisent des accidens graves. Elles sont en effet, par la disposition du ligament annulaire antérieur du tarse, susceptibles dans leurs inflammations de subir une espèce d'étranglement, et si par suite de leur distension de pus par exemple, elles se rompent par leur extrémité supérieure, il peut y avoir alors infiltration profonde entre les muscles antérieurs de la jambe et des abcès consécutifs étendus.

Les kystes séreux n'y sont pas rares et je n'ajouterai rien à l'histoire qui en est donnée dans les traités de chirurgie. Dans quelques cas, la sérosité est remplacée par du pus ou mélangée avec lui et les symptômes dépendant d'une inflammation plus intense annoncent aussi plus de gravité.

OBS. I. — Le nommé Deschamps, journalier, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, entra le 14 février 1838 à l'hôpital des cliniques et fut couché au n° 1 de la salle des hommes. Le malade avait l'habitude de porter des sabots, et il se fit il y a quelques jours une légère excoriation de la peau au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du côté gauche. Il survint un peu de rougeur, du gonflement et une douleur très vive, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il fut pris en même temps de frissons irréguliers qui se reproduisirent deux ou trois fois; il eut quelques engorgemens dans le pli de l'aîne correspondante, et ne pouvant continuer son travail, cet homme entra à l'hôpital où M. le professeur Jules Cloquet constata une tumeur bilobée s'étendant au-dessous du ligament annulaire antérieur du tarse, occupant le trajet du tendon du jambier antérieur.

Cette tumeur est fluctuante, et l'on sent le liquide d'une des extrémités à l'autre. La peau à ce niveau est rouge; la pression y augmente les douleurs. Les symptômes généraux qu'a éprouvés le malade sont les mêmes.

Le professeur fait une incision dans le point le plus déclive de la tumeur, et il s'écoule du pus phlegmoneux mélangé à un liquide transparent, filant et ressemblant presque à du blanc d'œuf.

Il ne survint aucun accident, et le malade fut guéri au bout de quelques jours; on fit exécuter de très légers mouvemens d'extension et de flexion du pied, et le glissemens du tendon du muscle jambier antérieur ne se trouvaient nullement gênés, lorsque le malade quitta l'hôpital, le 21 février, sept jours après son arrivée.

Les symptômes qu'a présentés ce malade, la position et les caractères de la tumeur, la nature du liquide qui se trouvait mélangé à la matière puriforme, ne laissent aucune espèce de doute sur le siége du mal. L'abcès se trouvait bien contenu dans la membrane synoviale qui enveloppe le tendon du muscle jambier antérieur, et par la suite il aurait pu déterminer des accidens graves, si l'on ne s'était hâté d'avacuer le pus qu'il contenait.

---

lui répondit Barthez, j'en prépare une édition qui sera si claire que tous les ânes pourront y boire.

J'en suis fâché pour le siècle, pour le talent, pour la profession, mais qui veut réussir doit s'accoutumer à croire que le mérite, les nobles pensées, la dignité du caractère, sont très souvent des superfluités dangereuses et même un obstacle au succès. Les hauts et puissans valets de la fortune savent fort bien qu'un pareil bagage embarrasse sur le sentier qui conduit à la richesse, à la renommée, et leur conduite prouve qu'ils sont conséquens à leur principe.

On compte dans le corps humain près de dix mille organes; chacun d'eux offre une multitude de parties, divisibles elles-mêmes jusqu'à l'atome soumis aux affinités moléculaires. Puis partant de ce point, remontant d'harmonies en harmonies, de sphères en sphères organiques, on arrive à l'ensemble, à un tout, à l'unité sensitive et morale, au moi. Voilà l'homme. Mais en quoi consiste l'activité plastique vitale? Quel est le lien secret, l'élément primordial, omnigénérateur de cette étonnante variété d'actions? Il s'en faut qu'on ait dégagé l'inconnue d'un pareil problème. Toutes les parties du corps ont de *la vie*, mais non point *une vie*, et cependant elles convergent par un admirable accord vers l'unité; toutes les facultés aboutissent et vont se perdre dans la faculté abstraite, hyper-organique de la personnalité. Par quelles voies la nature opère-t-elle ce grand phénomène? La triple écaille de l'ignorance couvre encore nos faibles yeux. Que de problèmes à résoudre! que de voiles à soulever! que de profondeurs à sonder! Comprenez dès lors la magnificence des paroles de Stenon : *Pulchra sunt quæ videntur, pulchriora quæ sciuntur, sed longè pulcherrima quæ ignorantur.*

Il y a la critique amère, caustique, et l'éloge bas et plat; il y a la critique prostituée et l'éloge banal; il y a la critique vénale et l'éloge-marchandise. Mettez-les dans la balance, même poids, même valeur, même nature, ajoutez même origine, un esprit étroit et une âme commune.

Les dieux s'en vont, s'écrie-t-on de toutes parts; gardons-nous de le croire, les dieux sont immortels. La raison, le bon sens, la vertu, la vérité, resteront à jamais parmi les hommes, pour les éclairer, pour les guider, pour les consoler.

Je lis dans un de nos maîtres : *Morbus est conamen naturæ quæ materiæ morbificæ exterminationem in ægri salutem molitur.* Autrement dit : la maladie est un effort de la vie pour écarter la mort. J'en demande pardon à la grande ombre de Sydenham, mais beaucoup de faits militent contre ce principe. La réaction inflammatoire, qui brise et altère les tissus, les dégénérescences, les ramollissemens de ces tissus, les anévrismes au cœur, qui augmentent à chaque battement, la formation des tubercules pulmonaires, les calculs dans la vessie, etc.,

La conduite qu'a tenue ici M. Jules Cloquet doit être constamment imitée dans des cas analogues; si lorsqu'il existe une simple accumulation de sérosité, on redoute l'inflammation consécutive du kyste comme elle survient souvent au poignet, on ne doit pas avoir la même crainte lorsque ce kyste renferme du pus, car alors l'évacuation de ce dernier, loin de développer une nouvelle inflammation, est le meilleur anti-phlogistique qu'on puisse mettre en usage pour combattre celle qui existait primitivement.

J'ai indiqué les rapports qu'avait à sa partie supérieure la membrane synoviale qui enveloppe le tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil. Si dans la section qu'on fait du tendon d'Achille on n'avait pas la précaution de glisser l'instrument le plus près possible de la face antérieure du tendon, ne serait-on pas exposé à la léser? Je signale cette particularité de la membrane et du tendon, et je ne pense pas que la section pût toujours avoir lieu sans danger.

Ce que j'ai dit de l'amputation des trois doigts du milieu de la main doit très exactement s'appliquer à tous les orteils, car je n'établirai plus pour eux les mêmes restrictions que j'avais faites à l'occasion du pouce et du petit doit: comme chez eux leur système synovial est le même, il ne doit rien exister de particulier pour chacun.

Je dois seulement à cette occasion signaler un fait dont m'a fait part M. Maisonneuve: il a remarqué que la résection de la tête des métacarpiens, les trois du milieu bien entendu, était moins grave que l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne; et à part la plus grande difficulté de l'opération, il en est de même pour les parties correspondantes des cinq métatarsiens. Lorsque M. Maisonneuve a vu sur mes pièces que le cul-de-sac qui terminait l'enveloppe séreuse des tendons fléchisseurs du côté de leur origine se prolongeait un peu au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne, il a pu sur le champ se rendre compte du fait qu'il avait observé, et se déterminer de plus en plus dans sa pratique et dans ses cours de médecine opératoire, à préférer la résection que l'observation lui avait déjà fait adopter.

C'est qu'en effet dans la désarticulation il reste une partie de cette séreuse qui s'enflamme et occasionne les accidens qu'a vu se développer M. Maisonneuve; tandis que lorsqu'on emporte la tête du méta-tarsien ou du métacarpien, la membrane séreuse est enlevée tout entière, et avec elle les complications graves qu'elle détermine souvent.

Si j'ai insisté sur la disposition de la membrane du tendon du muscle long péronier latéral, si j'ai indiqué les connexions qu'elle avait avec celles qui environnent les articulations tarsiennes et métatarsiennes, c'est qu'elle peut, dans quelques cas, donner lieu aux accidens les plus graves.

Si, par une cause quelconque, elle contient du pus dans sa cavité, celui-ci, loin de pouvoir se faire jour au-dehors par l'obstacle que lui oppose l'enveloppe fibreuse, détruira promptement la faible barrière qui le sépare des articulations tarsiennes et métatarsiennes, et en s'y répandant, sa présence y déterminera des accidens qui pourront être mortels, comme l'observation suivante en offre un exemple.

DÉSARTICULATION DU PREMIER MÉTATARSIEN; FUSÉE PURULENTE DANS LA COULISSE DU LONG PÉRONIER LATÉRAL; SUPPURATIONS DANS LES ARTICULATIONS TARSIENNES ET MÉTATARSIENNES; MORT.

Le nommé M. entra, le 15 janvier 1838, à l'hôpital des cliniques, fut couché au n° 11 de la salle des hommes. Il y a deux ans que ce malade, qui est d'une bonne constitution et d'une santé parfaite, fit une entorse du pied droit; elle laissa à sa suite des douleurs vives qui très peu de temps après furent augmentées par un violent coup qu'il se donna sur le premier métatarsien droit contre l'angle d'une commode. La tuméfaction augmenta, et depuis cette époque elle n'a jamais cessé d'une manière complète. Il y a sept ou huit ans environ qu'entre le premier et le deuxième métatarsien, il se forma une petite collection purulente qui s'ouvrit spontanément, et de laquelle il s'écoula une assez faible quantité de sérosité purulente; l'ouverture est toujours restée fistuleuse; mais les mouvemens du pied qui augmenta de volume devinrent de plus en plus gênés et douloureux: il se manifesta de la rougeur, et le malade fut obligé de garder le lit.

Quelques applications de sangsues, des cataplasmes calmèrent ces accidens inflammatoires, et le pied put un peu se mouvoir, malgré la persistance du trajet fistuleux.

A son arrivée à l'hôpital le pied droit est beaucoup plus volumineux que le gauche sur tout le trajet du premier métatarsien: les mouvemens de cet os avec le premier cunéiforme sont augmentés, et un stylet introduit dans ce trajet fistuleux annonce une carie étendue de ce premier os du métatarse. Toutes les autres parties du pied paraissent saines.

Le 19, M. le professeur Jules Cloquet fait la désarticulation du premier métatarsien par la méthode ovalaire, qu'il rend plus prompte et plus facile en prolongeant en arrière son incision jusque sur la moitié interne du premier cunéiforme; elle est promptement faite; la réunion des lèvres de la plaie se fait d'une manière très facile et très exacte. Le malade a supporté l'opération avec un très grand courage et sans proférer un seul cri.

Le 8 février, la plaie était presque cicatrisée; il ne restait sous la plante du pied qu'un léger foyer qu'on vidait par la pression. Ce jour-là, le malade éprouva du frisson, de la céphalalgie; il eut quelques nausées, et la face dorsale du pied devint rouge, œdématiée et douloureuse. On panse à plat, sans exercer la moindre compression.

Le lendemain, une petite collection purulente s'était formée sur le trajet du tendon de l'extenseur commun une incision y fut pratiquée, et il s'écoula peu de pus. De la tuméfaction se manifesta autour de la malléole externe; et le malade fut pris en même temps de délire; le pouls devint petit, serré, intermittent; les frissons continuent; la faiblesse était extrême.

On prescrivit de la limonade vineuse, une potion avec 12 grammes de sulfate de quinine. La plaie fut pansée avec du vin aromatique.

Le 10, le pouls s'est un peu relevé sur le soir, en conservant toujours le même caractère intermittent. Ce matin la chaleur a diminué; il y a une sueur froide presque visqueuse; le pouls est à peine sensible; le délire persiste, ainsi que les symptômes; pas de selles.

La plaie du pied est toujours dans le même état. Le gonflement autour de la malléole externe a augmenté; il n'y a pas de rougeur à la partie inférieure de la jambe; pas de traînées rouges; pas de gonflement des ganglions lymphatiques.

On pratique une incision au côté externe du pied, dont on recouvre la face dorsale d'un large vésicatoire; on en met un autre à chaque cuisse. Toutes les deux heures le malade prend une pilule avec sulfate de quinine, 11 gr.; extrait de quinquina, 5 gr.; lavement avec 2 onces d'infusion de feuille de séné; limonade vineuse.

Bien que le pouls se soit relevé le 11, les autres symptômes vont en augmentant, et à onze heures du soir, le malade meurt sans rien présenter de particulier.

AUTOPSIE FAITE 30 HEURES APRÈS LA MORT. — Le cerveau et ses enveloppes avaient leur coloration et leur consistance normale; les ventricules ne contenaient que très peu de sérosité transparente.

Les organes contenus dans les cavités du thorax et de l'abdomen, examinés avec tout le soin possible, n'ont rien offert qui méritât une description particulière. Tout le système veineux du membre abdominal correspondant à l'opération n'a présenté aucune altération appréciable; mais il n'en a pas été ainsi du pied qui avait été opéré.

Disséqué avec très grande précaution. on a constaté les lésions suivantes:

Le tendon du muscle long péronier latéral est complètement détruit jusqu'au

etc., etc., sont-ils *in ægri salutem?* A nos yeux, la nature médicatrice erre et se trompe; si c'est une nature providente, elle oublie son rôle et ses fonctions, car elle manque souvent le but par une action ou impuissante ou hors de mesure; et cependant on ne peut toujours nier son intervention et sa prévoyance. La dépendance tutélaire de chaque partie de l'organisme en amène aussi la tendance conservatrice. D'où proviennent ces fatales différences? Sans doute d'une loi occulte que nous ne pouvons saisir; il y a là des *fins* qui nous échappent et que découvriront peut-être les générations reculées que Dieu tient en réserve dans la profondeur des temps.

Le philosophe Ariston, de l'île de Chio, ne reconnaissait en substance qu'une seule vertu, la SANTÉ. Toutes les autres vertus n'étaient, selon lui, que des modifications de cette qualité essentielle et primitive, physique et morale. Il y a dans cette idée une grande profondeur, car santé veut dire HARMONIE.

On trouve des gens qui ont une masse de preuves, de raisons, d'argumens pour vous prouver que l'esprit ne peut se rencontrer avec le bon sens, ce qui est très vrai..... de leur esprit.

Prenez garde, redoublez de prudence et de circonspection, ici les paroles se pèsent, les phrases se calculent, le silence même s'interprète et se comprend. Le *genus irritabile* n'est plus chez les poètes et les artistes, on le trouve chez les médecins. Rien de plus chatouilleux, de plus délicat, de plus galvanique que leur amour-propre: de là des haines, des rancunes sans fin, un dénigrement secret et perpétuel. Il faut ménager la vérité à ces irritables vanités, comme on ménage les rayons du soleil à des yeux délicats. Ainsi que l'encens fume toujours, et qu'il fume sans le plus petit mélange de ciguë et d'absynthe. Très chers confrères, je vous le dis, en vérité, soyez bons, soyez indulgens, supportez-vous les uns les autres. Le public, peu bienveillant envers la médecine et les médecins, s'en moque bien autrement pendant leurs querelles, dont les charlatans profitent seuls. Rappelez-vous que vous êtes les apôtres de l'humanité; soyez aussi les sages du temps, en supposant qu'il y ait encore des sages.

L'intelligence, qui a douze sens, doit regarder l'homme, qui n'en a que cinq, comme nous regardons l'animalcole, qui n'en a qu'un; vérité peu faite pour enorgueillir le vermisseau qui s'intitule le roi de la nature.

« J'étais dogmatique à vingt ans, observateur à trente, à quarante je fus empirique, je n'ai plus de système à cinquante. » Bordeu a raison, tôt ou tard on arrive dans la science, comme dans la vie, à cette sagesse qui ressemble au désenchantement. Toutefois, qu'on ne croie pas qu'il soit donné à tous de s'élever dans la pratique à ce haut point de philosophie médicale. Un grand sens, beaucoup de

côté externe du pied, là où cesse la membrane synoviale qui l'enveloppe. La coulisse fibreuse dans laquelle il est renfermé, et qui correspondait au point le plus déclive de la plaie qui est presque cicatrisée partout, excepté à ce niveau, est remplie de pus. Ce pus a détruit les séreuses qui séparent les articulations tarsiennes et métatarsiennes, et s'est répandu dans toutes ces articulations. L'abcès qui s'était formé sur le dos du pied communiquait avec l'articulation du premier et du second cunéiforme. L'articulation calcanéo-cuboïdienne ouverte inférieurement contenait du pus, et la plus grande tuméfaction du côté externe du pied correspondait à ce niveau.

Il n'est pas douteux que chez ce malade le point de départ de tous les accidens n'ait été le passage du pus dans la gaîne du tendon du long péronier latéral et son inflammation consécutive; l'étranglement occasioné par la résistance de son enveloppe fibreuse et l'infiltration puriforme dans les articulations du pied, infiltration qui est d'autant plus facile qu'elle est favorisée par la position du pied, qui repose sur le talon, et par la section du tendon du muscle long péronier latéral, qui s'insère sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

L'amputation de cet os dans sa continuité ou dans son articulation métatarso-cunéenne n'est pas chose indifférente, non seulement pour la progression, mais par les accidens qui peuvent survenir après l'opération elle-même.

L'amputation dans la continuité, toutes les fois bien entendu que le mal permettra de choisir entre les deux méthodes, en laissant la partie postérieure de l'os, rendra le bord interne du pied plus saillant à son niveau, et favorisera la progression, car on sait qu'une des principales objections qu'on faisait contre cette opération, c'est qu'elle privait le pied de son principal point d'appui en dedans, et favorisait ainsi la rotation du même côté. Cet avantage dédommage de la longueur et de la plus grande difficulté de l'opération.

On a regardé, dans ces derniers temps, et avec beaucoup de raison, je crois, les désarticulations moins graves que les amputations dans la continuité. Ce n'est pas ici le lieu de combattre ou d'appuyer cette opinion d'une manière générale. Je me bornerai à en faire l'application au cas qui nous occupe, et qui devient exceptionnel; car je considère la désarticulation du premier métatarsien comme beaucoup plus grave que son amputation dans la continuité. En effet, quand on désarticule, on coupe de toute nécessité le tendon du long péronier latéral, on ouvre la membrane séreuse qui l'enveloppe, on favorise de la sorte son inflammation par l'entrée du pus et le développement de tous les accidens qui sont survenus chez le malade dont j'ai rapporté l'histoire.

Rien de semblable ne s'observe quand on ampute dans la continuité, car alors le tendon n'est pas coupé, sa membrane n'est pas ouverte, et le muscle pouvant continuer ses usages, les mouvemens d'abduction du pied se font comme dans l'état ordinaire.

En résumé, quand on désarticule, l'opération est plus facile, moins longue, moins douloureuse, mais elle expose à des suites beaucoup plus graves: les mouvemens du pied en-dehors sont moins faciles, et par cela même que le pied a un point d'appui moins saillant en dedans il est plus exposé à se dévier de ce côté.

Tous les inconvéniens que je signale sont remplacés par des conditions beaucoup plus favorables, et qui sont de beaucoup plus avantageuses que les difficultés légères qu'offre de plus l'amputation dans la continuité. M. Blandin, dont je puis citer ici l'autorité, a pleinement adopté ma manière de voir à cet égard, et, depuis l'été dernier, où je lui ai fait part de ces réflexions, dans deux cas qui se sont offerts à lui, il a préféré l'amputation dans la continuité à la désarticulation qu'il adoptait avant cette époque. Les succès qu'il a obtenus ne peuvent que l'engager à continuer.

Heureux si, par les applications de l'anatomie, je puis le premier faire abandonner une opération en signalant ses dangers, et la faire remplacer par une autre, qui réunit de plus grands avantages et aucun des inconvéniens de la première.

TOXICOLOGIE.

EXPÉRIENCES TOXICOLOGIQUES SUR UNE SUBSTANCE INCONNUE; par M. le docteur BRIÈRE DE BOISMONT.

Il y a environ deux ans, je publiai, dans un numéro du JOURNAL DES DÉBATS, quelques détails sur la composition du hashilt, d'un usage si général en Orient, et qui avait produit chez trois jeunes négocians de Marseille des effets fort remarquables.

Ce fait, qui avait alors excité la curiosité, était oublié comme tant d'autres, lorsque je reçus avant hier de M. A. de G., connu par sa traduction de Pline dans la belle édition des classiques latins de M. Panckoucke, l'invitation d'assister à des expériences produites par l'ingestion d'une substance qui déterminait, disait-on, tous les phénomènes qu'on avait observés chez les adeptes du vieux de la Montagne.

Lorsque j'arrivai, la réunion se composait d'environ trente personnes, parmi lesquelles je citerai MM. Esquirol, Ferrus, Cottereau, Bussy, professeur à l'école de pharmacie; les autres étaient des hommes de lettres, des savans, des artistes. Il y avait là par conséquent tous les élémens d'une bonne observation, et la certitude que l'expérience serait réelle.

OBS.—Trois personnes avaient pris la liqueur à onze heures, MM. A. K., romancier célèbre, d'une organisation très forte; D., avocat, un des meilleurs élèves de l'Université; et B., peintre et musicien. Deux heures s'étaient écoulées et aucun effet sensible ne s'était encore manifesté. Une nouvelle dose fut administrée. Une demi-heure après, voici les phénomènes que nous observâmes sur deux de ces messieurs: M. A. K. a résisté à l'action de la substance, et n'a, de son aveu, éprouvé qu'un léger serrement de tête et d'épigastre; peut-être aussi le second repas qu'il a fait, car les trois expérimentés avaient déjà déjeûné, a-t-il entièrement neutralisé la substance.

On avait negligé de constater l'état du pouls au début de l'expérience; son accélération plus tard et l'état de la pupille ont suffisamment démontré les effets de la substance.

M. B., le premier chez lequel les effets du médicament se firent sentir, éprouva de l'aridité à la gorge et des tiraillemens dans les jambes; le pouls battait 96 pulsations par minute; la figure était injectée. Bientôt M. B. fermait sans cesse les yeux pour mieux se recueillir; ses idées lui semblaient se développer avec une extrême rapidité. Un moment il offrit le singulier phénomène de l'homme double, qu'on avait déjà constaté chez d'autres expérimentés; il entendait, disait-il, la musique d'un côté et les conversations de l'autre; mais ce fait ne persista point. La musique, qui était faite par M. C., premier prix du Conservatoire, n'a point paru agir d'une manière appréciable sur les expérimentés. Les pupilles étaient alors très dilatées. Interrogé par les assistans sur ce qu'il éprouvait, M. B. disait

---

savoir, une raison supérieure, le rare talent de démêler la vérité de la vraisemblance, il n'en faut pas moins pour faire une juste appréciation des théories, des principes et de leur application. Quiconque n'est pas doué de ces qualités reste condamné, comme la foule, à suivre un drapeau, à le suivre en aveugle, ou bien à tomber ou dans un scepticisme peu raisonné, ou dans un empirisme routinier, de bas aloi, mais qu'on affuble d'un masque qui s'appelle EXPÉRIENCE.

Écrivez comme vous l'entendez, dites ce que vous voudrez du style médical, faites un ouvrage où il y ait des faits, rien que des faits (style à la mode), moquez-vous de la rhétorique et des faiseurs de phrases. Cependant rappelez-vous deux choses, la première, que, même en médecine, le style est le coin immortel auquel se marquent les belles et les bonnes idées; la seconde, qu'un livre qui ennuie est un livre qui a cessé de vivre.

R. P.

— M. SÉGALAS commencera son cours public sur les *maladies des organes génito-urinaires*, le vendredi 8 mai, à onze heures du matin, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'école pratique, et l'y continuera les lundis et vendredis suivans, à la même heure.

— M. CAZENAVE a commencé *mardi* (28 avril), à onze heures, à l'école pratique, amphithéâtre n° 3, un cours public sur les maladies de la peau, qui sera continué les *mardi*, *jeudi* et *samedi* de chaque semaine à la même heure.

— NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENS, par J. P. MAYGRIER, membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchement, 2e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée, de 1° la description anatomique et obstétricale du bassin des parties sexuelles et de leurs anomalies; 2° l'histoire de la menstruation, de la reproduction et du développement du fœtus; 3° l'histoire de la grossesse; 4° le mécanisme de l'accouchement naturel; 5° la description des différens modes opératoires pour la terminaison des accouchemens difficiles; 6° l'indication des soins à donner à la mère et à l'enfant, par Halmagrand, docteur en médecine, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans. Cet ouvrage se composera de 20 liv., ou 81 planches in-folio, gravées en taille-douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume de texte. Il paraît par livraison de 4 planches et de 2 feuilles de texte. Prix de chaque livraison: 2 francs.

Les huit premières sont en vente; l'ouvrage sera terminé fin mai 1840.

A Paris, chez Béchet jeune, et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

qu'il avait des sensations voluptueuses. Il devenait très gai, par suite de son bien-être et de l'activité qui le travaillait. Il aurait voulu être seul dans un endroit sombre; il avait une répugnance invincible à parler, à faire quelque chose; toutes les figures lui paraissaient ridicules.

Jusqu'alors M. B. s'était entretenu avec les autres personnes; il allait, se promenait, riait quelquefois aux éclats; mais ses actions étaient tout au plus celles d'un homme fortement excité par une liqueur; tout à coup il se précipite sur un canapé, ne veut plus répondre, supplie qu'on le laisse tranquille; il ne veut point être troublé dans les sensations délicieuses qu'il éprouve; il a des mouvemens spasmodiques des membres, du diaphragme; il soupire, gémit, pleure et rit tour à tour. Le pouls bat 120 fois par minute; la figure est fortement colorée. Un sentiment d'inquiétude se manifeste parmi les assistans; mais il est promptement dissipé, en entendant M. B. répéter à différentes reprises qu'il est très heureux, qu'il n'éprouve aucune souffrance. M. le docteur Cotterean suit avec le plus grand soin le développement des symptômes; il paraît constant que M. B. n'a que des sensations agréables qu'il rapporte à l'hypogastre. Tous les phénomènes qu'il présente sont ceux de l'extase; ses traits annoncent le plus grand bonheur; il ne peut trouver de termes pour exprimer ce qu'il sent; il ne voudrait pas sortir de cet état, il est si heureux! « Que je remercie celui qui m'a fait prendre ce délicieux breuvage. » « Confiez-moi ce que vous éprouvez, lui demande un des assistans. » « Je ne puis le rendre. » L'influence du tempérament de M. B. se fait remarquer dans cette expérience; il est surtout porté à la sensibilité. Mais, en lui parlant de choses gaies, en lui montrant des images riantes et agréables, ses idées se mettent aussitôt en harmonie avec ces objets, il rit aux éclats et montre une grande gaîté. Il est évident que, dans ce cas, l'expérimenté subit l'influence de la personne qui lui parle, et que celle-ci pourrait lui imprimer la direction qu'elle voudrait. M. B. a acquis dans cette expérience une acuité d'oreille excessivement remarquable; il entend très distinctement ce qu'on dit loin de lui et à voix basse. Au milieu de son extase, il n'a perdu ni le sentiment des personnes, ni celui des choses: il répond juste à toutes les questions qu'on lui adresse, connaît ceux qui l'environnent; mais on voit que c'est avec peine qu'il parle; il serait bien plus heureux qu'on l'abandonnât à son extase. A quatre heures et demie, le pouls est à 90 pulsations; les rêveries extatiques continuent; il n'a plus de corps, son esprit est tout à fait libre, et cependant il a des sensations délicieuses. M. A. de G. dit qu'il va lui faire prendre un antidote pour le ramener à son état naturel; suivant lui, ce sentiment de bien-être durera un jour ou deux. Toutes les personnes que j'ai interrogées, et qui ont été soumises à l'expérience, m'ont assuré qu'elles n'avaient eu les jours suivans aucun malaise; et que ce sentiment de bien-être s'était prolongé pendant deux à trois jours.

M. D...., le second expérimenté, est arrivé avec la conviction que la substance ne produira aucun effet sur lui et avec la ferme volonté de résister à son action. Pendant deux heures et demie, aucun symptôme n'a lieu. La physionomie de M. D.... est fort grave. Il est d'un caractère sérieux, rit rarement, et se livre habituellement à des études métaphysiques.

Vers les deux heures, son pouls s'accélère (100 pulsations); il a des battemens de cœur fréquens. Plusieurs personnes ont éprouvé des palpitations. M. D...., jusqu'alors fort calme et qui causait de sujets fort différens avec les personnes de la réunion, s'écrie qu'il est dans le délire; il se met à chanter, prend son crayon, et cherche à rendre les sensations qu'il éprouve; voici quelques fragmens de ses notes: *C'est drôle; mes sensations sont très vives; et ce qui m'a décidé à prendre cet excellent breuvage, c'est que je puis sans crainte être utile; je suis singulier. Les voilà qui rient de moi, je renonce à écrire.* Il jette son papier. Le délire éclate. Les traits de M. D.... sont devenus très mobiles; il a un rire sardonique, l'expression de l'œil est animée, la figure est colorée, le pouls bat 120, la pupille est dilatée. Comme le précédent, il a l'air excessivement content: il rit, chante, gesticule, parle avec une volubilité extrême. Les idées se suivent avec rapidité, c'est le désordre du maniaque gai. Mais au milieu de cette abondance, de cette mobilité, de cette inconstance d'idées, on voit cependant dominer celles qui font la base de ses études. Ces sujets sérieux sont entremêlés de plaisanteries, de bons mots, de calembourgs. La langue est sèche; il crachotte souvent; les extrémités inférieures sont agitées de mouvemens convulsifs légers. L'expérimenté en fait lui-même la remarque, et dit: voilà une folie bien singulière. Comme MM. A. K.... et B...., il a une finesse extrême de l'ouïe et de la vue. Il confond le temps et l'espace, mais reconnaît toutes les personnes présentes et répond très juste par momens aux questions qu'on lui adresse. Il tire sa montre et dit, avec le plus grand calme: il est telle heure. Il a une multitude d'idées qui se pressent dans sa tête; il ne trouve pas de termes pour les exprimer. Je voudrais, dit-il, que vous m'ôtassiez une oreille et un œil pour me donner une langue de plus, afin de vous exprimer ce que je sens.

Le pouls descend, il est plus mou et ne bat que 90 fois par minute. Le délire continue; on lui donne de l'eau; il s'écrie: cela fera venir des grenouilles qui avaleront la liqueur. Les phrases se succèdent incohérentes avec une mobilité et une volubilité inconcevables.

La forme du délire de M. D. change; il s'asseoit dans un coin, ferme les yeux, et se parle à lui-même: il a l'air d'un inspiré. Nous l'entourons, il parle de sciences, donne des définitions; puis comme un homme qui prélude et s'essaie, il prononce quelques mots entrecoupés et récite tout à coup une vingtaine de vers fort harmonieux. La conviction où nous sommes que ces vers sont connus nous empêche de les recueillir; mais bientôt nous lui demandons si Victor Hugo n'en est pas l'auteur, il répond que non; ils sont donc de vous, il fait un signe d'assentiment. Sa physionomie exprime la gaîté, la satisfaction; la peau a pris une teinte très pâle, le pouls a 100 pulsations, les yeux sont fermés; il les ouvre sur la demande de son frère, la pupille est moins dilatée.

Il abandonne l'improvisation pour parler des pays étrangers. On nous avait affirmé que les expérimentés voyaient se développer le phénomène de seconde vue. M. D. décrit parfaitement comme présentes les contrées et les villes qu'il a visitées; il se rappelle les particularités qu'il a observées dans ses voyages; ainsi il nous dit qu'il voit élever les pierres du panthéon de Naples, et nous peint d'une manière fort poétique les sites et les campagnes qui ont frappé son attention; mais, malgré toutes nos questions, il ne peut nous faire la description des endroits qu'il ne connaît pas. Il aperçoit des objets qui n'existent pas. Son frère lui demande s'il voit dans son cerveau; non, il est vide; puis il ajoute: comment veux-tu que je voie dans ton cerveau, il y a des voiles, des objets entre lui et moi. Il se lève ensuite en disant: tout cela est un rêve, cet état d'aberration a donné une impulsion plus vive à mes idées, mais n'a rien ajouté aux connaissances que j'avais. Le délire, qui pendant quelque temps avait lieu sur une série d'idées, redevient général. M. D. chante, rit, parle avec une grande vivacité; il n'a aucune souffrance; il se dit bien heureux. Cet état continuait à quatre heures et demie, lorsque je l'ai laissé; le pouls donnait 90 pulsations; la sputation continuait; M. D. avait souvent besoin de boire. Chez M. D., l'interlocuteur pouvait également le faire parler et agir comme il le voulait.

Il serait impossible de nier que les substances prises ont déterminé chez deux des personnes qui se sont soumises à l'expérience des phénomènes fort curieux, qui se sont résumés chez l'une d'elles en un délire extatique, et chez l'autre en une véritable manie. Aucun symptôme de douleur ne s'est manifesté pendant l'expérience; ces personnes paraissaient, au contraire, parfaitement heureuses, et elles n'ont cessé de faire une peinture délicieuse des sensations qu'elles éprouvaient. Mais en voyant leur état d'excitation, tout le monde a été d'avis que ces expériences ne sauraient être renouvelées sans inconvénient sur le même sujet, et que de pareils symptômes devaient nécessairement produire une sur-excitation morbide ou un affaissement du système nerveux. L'influence que les individus qui entourent l'expérimenté peuvent avoir sur lui ne mérite-t-elle pas une grande attention? Si, comme les phénomènes observés semblent l'annoncer, cette substance qu'on n'a pas voulu faire connaître, a la plus grande analogie avec celle que le vieux de La Montagne donnait à ses fanatiques, ne doit-on pas craindre qu'elle ne produise des résultats fâcheux. On sait d'ailleurs à quelle condition misérable sont réduits en Orient les malheureux qui fument l'opium. L'usage du hashilt, boisson enivrante obtenue par la distillation des pistils du chanvre paraît avoir déterminé des effets non moins graves. La perte momentanée de la raison, quoique librement consentie, n'est-elle pas d'ailleurs un spectacle douloureux? En tout état de cause, la composition du breuvage de M. A. de G. doit être soumise à l'Académie de médecine, et nulle expérience ne doit être permise sur les malades, avant que les élémens de cette drogue ne soient parfaitement connus. N'oublions pas que Madden et Desgenettes virent à l'hôpital du Caire plusieurs aliénés qui n'avaient perdu la raison que par l'usage du hashilt.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR L'HYDROCÈLE ET PARTICULIÈREMENT SUR SON TRAITEMENT; par ADRIEN SICARD, D. M., ex-chef de clinique externe près la Faculté de médecine de Montpellier, médecin adjoint des dispensaires de la société de bienfaisance de Marseille, etc.

La maladie qui va nous occuper est beaucoup plus commune qu'on ne le pense; c'est pourquoi l'on a essayé une foule de médications destinées à obtenir une guérison radicale de cette incommodité. Nous passerons sous silence tous les moyens employés par les praticiens, cela nous mènerait trop loin, et du reste nous serions conduit à conclure de cette énumération, que sauf des cas exceptionnels, les injections ont un grand avantage sur les autres procédés; aussi sont-elles généralement adoptées.

Nous croyons que l'on n'a pas assez insisté sur le traitement médical de cette maladie; il est prouvé en effet que dans le commencement de sa formation on peut obtenir la résolution de l'hydrocèle, soit par l'emploi de remèdes internes, soit par des applications locales. Il est donc rationnel de penser que l'on doit toujours employer ces moyens avant d'avoir recours à ceux que nous présente la chirurgie (1). Laissant de côté ces quelques généralités, nous allons nous occuper de plusieurs cas d'hydrocèle invétérés qui ont été radicalement guéris par deux modes d'injections pour lesquelles les praticiens sont encore partagés.

(1) Nous ne saurions assez répéter que la chirurgie proprement dite n'est qu'un moyen thérapeutique, aussi ne doit-on l'employer que dans les cas où les traitemens médicaux ne nous présentent aucune ressource.

HYDROCÈLE; OPÉRATION; INJECTION AVEC LE VIN; GUÉRISON.

OBS. — Lebon (Jean-Baptiste), âgé de 25 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est artilleur au 13e d'artillerie; il est natif d'Avêne-le-Sec (Nord).

Quatre ans environ se sont écoulés, depuis que notre malade s'est froissé le testicule en montant à cheval. Peu de jours après cet accident, il survint un gonflement du scrotum, auquel Lebon ne fit pas attention; mais les bourses ayant augmenté de volume et cet artilleur ne pouvant plus monter à cheval sans de grandes douleurs, il se décide à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Montpellier le 20 août 1838; il a été couché au n. 28 de la salle Saint-Côme.

Au premier aspect, on remarquait au côté gauche du scrotum une tumeur énorme dont la forme ne peut être mieux comparée qu'à celle d'un concombre; une dureté très forte et des bosselures y étaient ressenties quand on la pressait entre les mains. En appliquant le stéthoscope, il fut aisé d'apercevoir une transparence parfaite; le testicule se trouvait au centre de la tumeur; il était donc bien évident que l'on avait affaire à une hydrocèle. Le diagnostic étant établi, l'opération fut décidée pour le 28 courant. Ce jour étant arrivé, le malade est placé sur le lit en face de l'opérateur; celui-ci plongea le trois-quart vers la partie inférieure du scrotum; il s'écoula environ 18 à 20 onces d'un liquide verdâtre.

Toute l'eau ayant été évacuée, on fait trois injections dans la tunique vaginale avec du vin chaud; le malade ressentit de très fortes douleurs qui remontaient jusque dans les reins; il eut aussi quelques nausées. L'opération terminée, Lebon est couché dans son lit; on soutient le scrotum au moyen d'un coussin placé entre les cuisses, et l'on y applique des linges trempés dans le vin chaud.

29. Le malade a souffert hier pendant toute la journée; il n'a pu reposer de toute la nuit. Le matin, à la visite, il est un peu mieux; la réaction est modérée.

30. Il y a un peu de chaleur sur le scrotum; le liquide épanché commence à être rénitent. (Deux bouillons.)

31. On continue les applications avec le vin chaud; il y a plus d'engorgement, et en même temps plus de rénitence.

Prescription *ut supra*.

1er septembre. Rien de nouveau, si ce n'est qu'on suspend les applications locales. (Quatre bouillons.)

3. M. Serre ordonne un laxatif et fait appliquer sur le scrotum des compresses avec l'eau végéto-minérale.

Le laxatif qui a été administré hier a produit son effet : la tumeur a diminué de volume.

6. On purge de nouveau le malade, et on suspend les applications locales. (Deux soupes.)

7. Il y avait de la diminution; on donne le demi-quart pour aliment.

28. Nouveau laxatif.

Notre malade sort enfin tout à fait guéri dans les premiers jours d'octobre.

Pendant longtemps, on a accordé à Monro l'honneur d'avoir découvert le traitement de l'hydrocèle par l'injection; c'est à tort, et il est démontré que Lambert (1), chirurgien de Marseille, a été le premier à la mettre en usage; cependant pour être juste envers Monro, nous devons dire que ce praticien a substitué le vin à la dissolution du sublimé corrosif dont se servait Lambert. Ce procédé a joui pendant longtemps d'une réputation méritée; mais l'on a sans doute remarqué qu'il oblige à pousser plusieurs injections, à chacune desquelles le malade ressent de très vives douleurs; quelquefois même des nausées et des vomituritions ensont la conséquence.

L'opération terminée, le malade est obligé d'appliquer pendant plusieurs jours des compresses trempées dans le vin chaud; enfin pour tout dire en un mot, il souffre fort longtemps, et se trouve dans l'impossibilité de se lever pendant une grande partie de la durée du traitement. Voyons donc si nous ne trouverions pas une substance qui, employée en injection, ne produisit pas autant de douleur et procurât cependant une guérison aussi solide.

Le lecteur a déjà deviné que nous voulons parler de la teinture d'iode; en effet, cette solution que M. Martin (2), chirurgien de Calcutta, emploie depuis huit ans, et qui a été récemment introduite en France par M. Velpeau, est de beaucoup préférable au vin.

Déjà dans une brochure (3) que nous avons publiée l'an passé, nous nous étions déclaré le partisan de cette méthode; maintenant que de nouveaux faits sont venus nous en démontrer toute l'utilité, nous croyons pouvoir affirmer que ce procédé remplacera avantageusement le vin, dans les cas où ce dernier pouvait être employé et aura la préférence sur lui dans ceux où l'on osait le faire, à cause de l'infiltration du liquide qui produisait nécessairement la gangrène. L'observation qui va suivre, quoique peu concluante, nous servira cependant de texte à quelques réflexions.

(1) Voyez les Commentaires ou œuvres chirurgicales d'Antoine Lambert, maître chirurgien à Marseille. 1 vol. in-4°, 3e édition. Marseille 1677.

(2) Voyez, dans la GAZETTE MÉDICALE, un article du docteur Ch. Dujat, intitulé : *Considérations sur l'hydrocèle au Bengale et sur le traitement de cette maladie par les injections iodées, selon le procédé de M. J. R. Martin, chirurgien de l'hôpital des natifs à Calcutta.*

(3) MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU COTON EN CHIRURGIE, suivi de quelques considérations sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale de l'hydrocèle. In-8. Montpellier, 1838.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE GUÉRI PAR LA CAUTÉRISATION; HYDROCÈLE; OPÉRATION PAR LES INJECTIONS IODÉES; GUÉRISON.

OBS. II. — Le 17 juillet 1838, il est entré à l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi de Montpellier, le nommé Jean B., d'une forte constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Ce malade est âgé de 64 ans; il habite Olargue.

C'est peu à peu et à la suite d'un rétrécissement dont ce malade est atteint depuis longtemps, que l'hydrocèle est survenue. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, notre malade se plaignait d'une forte douleur à la courbure du canal; les urines ne sortaient que difficilement. M. Serre qui était de service ayant voulu le sonder ne put y parvenir, ce n'est qu'avec peine qu'il fit pénétrer une bougie du plus petit calibre. Peu à peu le canal se distendit à tel point qu'on put cautériser le rétrécissement vers la fin du mois; depuis lors ce malade rendit les urines avec plus de liberté. Restait l'hydrocèle dont la production était évidemment due au rétrécissement.

Le 28 août fut fixé pour l'opération.

La ponction donna issue à une verrée environ d'un liquide rougeâtre; dès que l'eau qui était contenue dans la tunique vaginale eut été évacuée, on fit une injection avec quatre onces d'eau distillée et quatre gros de teinture d'iode; le tout à froid. L'opérateur a fait séjourner le liquide dans le scrotum pendant cinq minutes; il avait soin de le malaxer, afin que tous les points de la tunique vaginale fussent en rapport avec l'injection. Notre malade a été mis ensuite dans son lit; on lui a soutenu les bourses au moyen d'un coussin placé entre les cuisses; aucune application n'a été faite; nous le voyons dans la journée, il ne souffre pas.

Le lendemain, Jean avait reposé pendant toute la nuit; on lui permet une soupe et un bouillon.

30. Le liquide épanché dans le liquide vaginal est peu consistant; l'inflammation est très modérée.

31. M. Serre, voyant que la réaction était assez faible et que le liquide épanché ne prenait pas de consistance, ordonne des applications sur le scrotum avec des compresses trempées dans une dissolution de deux gros de sel ammoniac sur trois onces d'eau distillée.

1er septembre. Nous présumons qu'il y a encore un peu d'eau dans la tunique vaginale; car le liquide épanché est très transparent; on continue les applications locales. (Demi-quart pour aliment.)

5. Après s'être bien assuré, soit par le taxis, soit au moyen du stéthoscope, qu'il y avait de l'eau, M. Serre fait avec la lancette une ponction qui donne issue à environ une cuillerée de ce liquide.

B. sort le 8; les parties sont revenues à leur état normal.

Le malade avait promis en sortant de nous faire savoir dans quelque temps si l'hydrocèle s'était reproduite; comme depuis cette époque nous n'avons pas eu de ses nouvelles, tout porte à croire qu'il a été radicalement guéri.

Si nous comparons cette dernière observation à la précédente, l'avantage est sans contredit en faveur de la seconde. En effet, les douleurs qu'a éprouvées ce malade au moment de l'opération ont été tout à fait nulles; quant aux suites, elles sont aussi bien différentes. Celui chez lequel on a employé les injections iodées n'a pas souffert dans la journée; il a bien reposé pendant la nuit; tandis que chez l'autre les douleurs, qui étaient très fortes après l'opération, ont continué pendant toute la nuit et l'ont empêché de dormir.

Il a fallu au malade chez lequel on a injecté du vin, un mois et quelques jours pour que la guérison fût complète; chez le second, au contraire, qui a été opéré en même temps, douze jours ont suffi; il est vrai qu'il s'est reproduit un peu de liquide: mais nous avons vu beaucoup d'autres opérés chez lesquels on avait injecté du vin et qui ont été dans la même position.

Qu'on fasse aussi attention qu'à l'âge de ce malade les tissus ont perdu la plus grande partie de leur contractilité; l'artilleur, au contraire, était dans toute la vigueur de la jeunesse; cela explique pourquoi la réaction a été faible chez le premier. Du reste, le silence qu'il a gardé prouve assez que l'hydrocèle ne s'est pas reproduite.

Ce n'est pas, nous l'avons déjà dit, d'après ce seul cas que nous raisonnons; j'en ai observé plusieurs dans la pratique particulière du professeur Serre (1). Je me rappelle entre autres un malade qui lui fut amené de Lafarre; il s'agissait d'une tumeur du scrotum qu'on avait présumée devoir être une hydrocèle; ce qui avait fait hésiter le médecin sur le traitement applicable dans ce cas, c'était non seulement le défaut de transparence, mais encore la dureté de la tumeur.

Dès que M. Serre eut palpé la partie affectée, il reconnut une hydrocèle; mais il n'y avait qu'un seul point situé à la partie supérieure de la tumeur dans lequel on pouvait sentir un peu de fluctuation. Quel était le procédé à suivre dans un cas pareil? Assurément on ne pouvait ponc-

(1) Qu'il me soit permis de lui exprimer ici toute la reconnaissance dont je lui suis redevable pour les bontés dont il m'a toujours comblé, et les moyens d'instruction qu'il s'est fait un plaisir de me procurer, lorsque je faisais mes études médicales.

tionner vers la partie inférieure, puisque le défaut de transparence et la dureté de la tumeur empêchaient de savoir la position qu'occupait le testicule, et qu'on s'exposait ainsi à léser cet organe.

Après y avoir mûrement réfléchi, il fut décidé que la ponction serait faite dans le point qui faisait percevoir au doigt explorateur le lien d'élection; il fallait encore savoir quel serait le procédé que l'on mettrait en usage : si l'on avait injecté du vin, on se serait exposé à une infiltration qui aurait nécessairement produit la gangrène; c'est pourquoi on se résolut à employer les injections iodées.

L'opération a été pratiquée ainsi qu'on l'avait décidé; la ponction faite, il s'écoula une très grande quantité d'eau sanguinolente; l'injection fut poussée comme à l'ordinaire, et le malade partit de Montpellier trois semaines après parfaitement guéri. Chez lui aussi la réaction a été très modérée; mais il n'y a pas eu reproduction de la maladie; c'est aussi ce que l'on a remarqué chez presque tous les malades.

Les laxatifs ont une propriété toute particulière pour hâter la résorption; c'est pourquoi nous ne saurions trop recommander leur usage dans les cas d'hydrocèle.

J'ai dit l'an passé que je ne savais pas si la liqueur iodée étant absorbable n'exposait pas aux inflammations gangréneuses comme le vin; c'était une assertion avancée par M. Velpeau; maintenant je puis affirmer que dans les cas où il y a infiltration de la matière dans le tissu cellulaire du scrotum, le malade ne court aucun risque; en effet, un cas de ce genre s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, dans le service du professeur Lallemand. L'opération avait été faite comme à l'ordinaire; mais il s'infiltra une partie de la liqueur dans le tissu cellulaire du scrotum; et toute l'injection est restée dans la tunique vaginale. Il n'est survenu aucun accident, le malade a été guéri tout comme à l'ordinaire.

Nous pouvons donc conclure que, dans tous les cas, l'injection iodée a sur l'injection vineuse l'avantage de ne pas procurer autant de douleurs, et de n'exposer le malade à aucun des accidens inflammatoires qui sont quelquefois la conséquence de ce dernier procédé.

OBSERVATION SUR UNE COLIQUE MÉTALLIQUE, AYANT POUR CAUSE PROBABLE LE MANIEMENT JOURNALIER D'ARGENT MONNAYÉ; EFFICACITÉ REMARQUABLE DES LAVEMENS DE TABAC.

Parmi toutes les causes qui peuvent produire la colique métallique, il n'est fait mention, dans aucun auteur, de la colique produite par l'argent. L'existence de cette dernière espèce ne me paraît pas douteuse; le fait suivant en est une preuve évidente :

OBS. — Le nommé P., âgé de 22 ans, garçon de banque, d'une carnation blême, d'une petite stature, d'un tempérament bilieux, d'un embonpoint médiocre, me fit appeler le 9 octobre 1838, pour de fortes coliques, qu'il avait depuis plusieurs jours. Ce jeune homme habite Paris depuis quatre ans, et a été employé la première année dans une minerie, à extraire l'or, l'argent et le cuivre des vieux écus de six livres; les trois autres années, il les a passées chez un changeur, où, pendant toute la journée, il remuait des pièces d'or et d'argent. Pendant ces quatre années, P. n'a jamais eu à se plaindre de coliques. Depuis six mois il est garçon de recette à la banque, où il touche beaucoup de pièces de cinq francs. Depuis un mois seulement, il a commencé à éprouver un peu de malaise, dont il ne connaît pas la cause. Il a perdu l'appétit et éprouve de temps en temps des maux de tête et des coliques passagères. Il a continué à travailler. Il y a quinze jours environ, vers le 22 septembre, les coliques devinrent plus fortes et le forcèrent, cinq jours après, à se mettre au lit, où il resta pendant trois jours. A partir de ce moment, les selles se supprimèrent. Il prit pour traitement quelques tasses de tisane de mauve, et des flanelles chaudes lui furent appliquées sur le ventre. Se trouvant un peu mieux, il retourna à ses occupations, qu'il abandonna deux jours après à cause de ses coliques et d'un violent mal de tête, dont la ténacité et l'augmentation progressive lui firent réclamer un médecin. Une saignée de seize onces l'ayant soulagé un peu, il reprit encore ses travaux, souffrant des coliques assez vives. Le lendemain de sa saignée, le 6 octobre, il se rendit à une noce, y passa la journée et la nuit, mangea peu, dansa cinq ou six danses, et rentra se coucher à sept heures du matin, dormit bien jusqu'à trois heures de l'après-midi, puis sortit pour aller se promener. Dans le courant de la soirée, il fut pris de coliques qui durèrent toute la nuit, sans l'empêcher, le lundi matin, d'aller à la banque, où il ne resta que quelques heures, tant ses coliques devinrent aiguës et intolérables; il se coucha, et son mal ayant diminué un peu pendant la nuit, il retourna encore travailler; c'était le mardi 9 octobre. Cette fois, les coliques devinrent si vives qu'il partit pour aller consulter un médecin, qui fit appliquer douze sangsues au siége, ordonna un grand bain et de la mauve pour tisane. Cette médication ne fit point céder le mal, dont l'intensité augmentait de plus en plus. Il était neuf heures du soir quand je vis le malade; il était dans l'état suivant : il avait des coliques atroces, qui, disait-il, lui tordaient les intestins; il se roulait dans son lit sans prendre un instant de repos; il se plaignait à la fois du ventre, des bras et des jambes, qui étaient rétractés et le siége de crampes très douloureuses; l'acuité du mal était telle qu'il pouvait à peine répondre à mes questions; joignez à cela qu'il était pris de hoquet, d'envies de vomir et de vomissemens plus souvent que toutes les minutes. La matière qu'il vomissait était verdâtre, porracée, filante et en petite quantité. Depuis sept ou huit jours, les selles étaient supprimées; l'écoulement des urines avait lieu. Point de céphalalgie, point de fièvre; le pouls était lent, mou et plein, la peau était aride et sèche, le ventre était dur, tendu, douloureux à une pression légère, il en supportait mieux une plus forte. En pressant sur le ventre, on sentait bien la dureté des muscles, qui étaient tellement rétractés qu'ils faisaient relief et se dessinaient sous les tégumens. Dans aucun point, le ventre examiné et palpé avec soin ne laisse découvrir de tumeur. Le malade n'a jamais eu de hernie et n'a fait aucun effort qui puisse faire supposer cette affection; rien n'indique qu'il puisse avoir eu un iléus ou un étranglement interne; sa face est grippée, crispée; le facies offre une teinte jaunâtre assez prononcée; les yeux sont enfoncés, cernés; la langue, revenue sur elle-même, est sale, jaunâtre à son centre; rien du côté de la respiration; l'intelligence est intacte. A tous ces symptômes, je crus reconnaître une colique métallique, quoique je ne visse pas, en interrogeant minutieusement mon malade, la cause qui d'ordinaire produit ce genre d'affection.

Je prescrivis les traitemens suivans pendant quatre jours, sans obtenir la moindre amélioration :

Le 9, au soir, limonade sulfurique (eau ordinaire, 2 livres, acide sulfurique, un demi-dragme), édulcorée convenablement; lavement purgatif, cataplasmes avec trente gouttes de laudanum sur le ventre.

Le 10, au matin, eau de Sedlitz à 16 gros, une bouteille; décoction de cosse pour boisson, deux grains d'extrait gommeux d'opium, en 8 pilules, à prendre d'heure en heure; catapl. *ut suprà*.

Le soir, huile de croton, trois gouttes, dans une demi-once de sirop simple; lavement purgatif; même boisson; catapl.

Le 11, pour boisson, infusion de séné (eau, 2 livres; séné, 6 dragmes; émétique, 2 grains); vingt sangsues sur le ventre; bain très chaud; lavemens purgatifs; catapl. laudanisé. Les sangsues ont beaucoup saigné.

Le 12, au matin, limonade sulfurique (eau, 2 livres, acide sulfurique, 2 scrupules); lavement purgatif; catapl.; huit pilules : jalap, coloquinte, de chacun 16 grains; à prendre toutes les demi-heures.

Le soir, continuation de la même tisane; catapl. laudanisés; lavement avec infusion de feuilles de tabac (eau, 6 onces; feuilles de tabac, 2 dragmes).

Jusque-là il n'y a pas eu de soulagement. Tous les symptômes que j'ai notés à ma première visite existent encore et sont même plus prononcés. Le malade n'a pas été une seule fois à la garderobe. Les vomissemens continuent; aucune des boissons ou tisanes n'a pu passer, il les vomit toutes presqu'aussi vite qu'il les avale. Les lavemens qu'il a pris n'ont pas été rendus. Il urine bien. Le facies du malade offre quelque chose de singulier; il est empreint d'un profond désespoir; les cris que le mal lui arrache sont continus ainsi que les mouvemens auxquels il se livre; il est épuisé de fatigue depuis quatre jours qu'il est dans cet état; il demande à mourir; il n'a pas dormi depuis cinq à six jours; en un mot, je trouve P. beaucoup plus malade.

Le lavement de tabac a produit un effet admirable et inattendu.

Quelques instans après l'avoir pris, les coliques et les douleurs des jambes se sont apaisées comme par enchantement; peu à peu il a éprouvé une espèce de stupeur, d'engourdissement, qui lui ont procuré un bien-être qu'il appréciait d'autant mieux que depuis cinq jours il n'avait cessé de souffrir horriblement : il avait même rendu son lavement avec quelques fragmens de matière fécale. Ce calme produit par le tabac n'a duré qu'une partie de la nuit, et le lendemain matin, je le trouvai encore avec de vives coliques et tous les symptômes de sa maladie; mais il y avait une amélioration marquée; il n'avait point eu de vomissemens, ni envies de vomir pendant les heures de calme qu'il avait éprouvé; ces accidens étaient devenus moins fréquens. D'ailleurs, il ne voulait plus boire, et me demandait avec instance de lui faire donner un lavement au tabac.

Orge miellée, deux lavemens simples; cataplasmes laudanisés; bain d'une heure. A la sortie du bain, P. fut trouvé un peu mieux, mais pour quelques instans seulement; car, deux heures après les coliques existent presque aussi vivement que les jours précédens; les crampes et les vomissemens ont reparu avec assez de force; le soir, lavement avec infusion de tabac (avec 2 onces; feuilles de tabac, moitié d'1 dragme). Même prescription que ce matin. Ce lavement procure encore au malade le bien-être qu'il en attendait, apaise les coliques et les crampes, et est rendu avec un peu de matières fécales. Une fois l'effet du tabac épuisé, les coliques revinrent, mais de plus en plus supportables.

Le 14, les douleurs, quoique très vives encore, ont cependant bien diminué; le ventre, très douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique, est beaucoup moins dur et moins tendu. La peau offre au toucher une légère moiteur; le pouls est moins plein, moins lent et moins mou, 80 pulsations; la figure est moins crispée; les yeux sont toujours cernés. La langue est toujours épaisse, comme ramassée sur elle-même, sale, jaunâtre au centre, sans rougeur sur les bords; le malade éprouve des envies de vomir, et quelquefois des vomissemens, mais seulement quand il boit. Entre les deux épaules, au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales, il accuse une vive douleur qui l'empêche de pouvoir rester couché un seul instant sur le dos; depuis hier soir, il a rendu par l'anus une grande quantité de vents. (15 sangsues à l'épigastre; bain; cataplasmes laudanisés; lavement laxatif (4 dragmes de séné); boisson tamarinée.) Le soir, quand je vis le malade sur les six heures, je le trouvai avec des coliques plus vives que le matin, souffrant beaucoup plus et réclamant avec instance un lavement au tabac, qu'il eût pris plus tôt si le pharmacien eût voulu donner des feuilles de tabac sans ordonnance. Je prescrivis cette infusion de tabac en lavement (1 once), et il en éprouva aussitôt un calme et un bien-être comme il n'en avait point eu encore, et il sommeilla même pendant une heure; ce lavement n'est point rendu et ne produit point de selles.

Le 15, les coliques ont reparu sur les deux heures du matin, mais avec un caractère moins grave et s'affaiblissant de plus en plus; elles sont moins fréquentes

et viennent seulement par tranchées, sans avoir une longue durée; il n'éprouve plus ni vomissemens, ni envies de vomir; le ventre est toujours douloureux à la pression; toujours absence de selles. Pour la première fois, le malade se plaint d'uriner avec difficulté. La langue est toujours dans le même état; le malade croit qu'il mangerait bien, il se sent très faible. Point de céphalalgie; respiration normale; moiteur de la peau; pouls mou égal, 80 pulsations. La douleur si vive qui existait entre les deux épaules est bien diminuée; les traits sont moins altérés. (Trois bouillons (demi-poulet, demi-livre de veau dans deux livres d'eau); deux lavemens simples; cataplasmes laudanisés.) Le bouillon n'a pu passer, il a été vomi; les coliques sont devenues un peu plus vives sur le soir, et plus fréquentes crampes. (Quelques lavemens (tabac, moitié de dragme; eau, 4 onces); cataplasmes.)

Le 16, le calme a encore eu lieu; il a même dormi quelques heures dans la nuit; il a rendu le lavement tout seul; point de selles, malgré plusieurs lavemens de mauves Le matin, sur les quatre heures, réapparition des coliques et de quelques crampes dans les jambes; état général à peu près le même; affaiblissement plus considérable; découragement. Point de cephalalgie; pouls et respiration naturels.

Prescription : Huit pilules composées de jalap, de coloquinte, 10 grains; huile de croton, 4 gouttes; à prendre deux d'abord, les six dernières de demi-heure en demi-heure; à cinq heures du soir, elles n'ont produit aucun effet. Ventre douloureux (frictions avec onguent napolitain, 2 dragmes); lavement simple; cataplasmes; limonade sulfurique (eau, 2 livres; acide sulfurique, 2 scrupules); les coliques continuent. Dans la nuit, on donne le lavement suivant en deux fois : vin rouge, 10 onces; huile de noix, 4 onces; thériaque, 1 dragme; opium, 2 gr. Il provoque une selle copieuse, puante. C'est la première depuis le commencement de la maladie. Insomnie toute la nuit; cependant les coliques ont bien diminué.

Le 17, le malade est assoupi; les coliques presque nulles; seulement la pression du ventre les réveille; état général beaucoup meilleur. (Pour boisson, eau de gomme; 6 gros de séné en lavement; cataplasmes sur le ventre et frictions avec l'onguent napolitain. Le soir, à huit heures, il se trouve assez bien; il a pris dans sa journée deux bouillons de poulet et les a bien supportés; il éprouve le besoin de manger; son assoupissement du matin a disparu, de même que les coliques. Une selle copieuse et puante est provoquée par un lavement laxatif. (Huile de ricin, 2 onces.)

Le 18, nuit agitée; insomnie; le facies est moins altéré; le ventre moins douloureux à la pression, plus souple, point de coliques, pouls plein, large et développé; il y a de la fièvre, de la chaleur à la peau; teint jaunâtre; couleur ictérique des conjonctives assez prononcée; la langue, toujours épaisse, est moins sale; la douleur du dos a disparu; il n'éprouve qu'une grande faiblesse. (Bouillon aux herbes; lavemens simples; cataplasmes sur le ventre; plusieurs bouillons dans la journée.) Le malade demande à manger.

Le 19, le mieux se soutient; on cesse les cataplasmes, mais on continue deux lavemens. (Deux bouillons; trois potages.) Il a eu une selle peu abondante.

Le 20, la nuit a été agitée, il a mal dormi; il accuse quelques douleurs dans la poitrine, qui sont augmentées dans les mouvemens pour respirer. L'examen n'y fait reconnaître aucune lésion. Son appétit se prononce de plus en plus; on lui accorde à manger; les jours suivans il va de mieux en mieux; les selles se rétablissent et les forces reviennent assez promptement; d'ailleurs le malade mange assez copieusement; au bout de dix jours, le 1er du mois de novembre, il reprend ses travaux, quoique prévenu des accidens qui peuvent encore survenir. En effet, onze jours après, il vint me consulter pour la colique qui venait de le reprendre Cette nouvelle récidive fut peut-être moins intense que la première maladie; mais sa durée fut plus longue et ses suites plus graves. Le malade devint paralysé des membres supérieurs et inférieurs au point de ne pouvoir s'en servir en aucune façon. Cette paralysie, traitée par les préparations de noix vomique, a cédé peu à peu, et aujourd'hui, 1er avril, le malade, quoique beaucoup mieux, n'est pas encore entièrement guéri; cependant il marche et peut se servir de ses bras; mais, comme dit le malade, ils manquent de force. La sensibilité n'a jamais été altérée.

Je n'ai rapporté cette observation que pour donner un exemple de colique métallique produite peut-être par des émanations d'argent, et ensuite pour fixer l'attention des praticiens sur l'efficacité des lavemens de tabac, comme moyen de calmer les douleurs et les coliques. On trouvera peut-être un peu longs les détails que j'ai donnés sur la marche de cette maladie; mais vu la nouveauté du fait, je ne pouvais me dispenser de dire tout ce qu'il avait offert de particulier, afin de montrer sa valeur réelle. Deux choses surtout doivent être remarquées : d'abord, la cause de la maladie; ensuite les bons effets qu'ont procurés les lavemens de tabac. Chez ce malade, l'invasion de la maladie, sa marche, ses symptômes, tout, sa cause exceptée, indiquait une colique de plomb ou de cuivre. On pouvait faire soupçonner, *à priori*, un étranglement interne, ou une invagination intestinale. Comme je ne voyais point de signes caractéristiques de ces deux premières affections, je dus rapporter la cause des symptômes que présentait ce malade à ses occupations habituelles. Je m'informai avec soin de ses antécédens, je m'attachai à connaître s'il n'avait point travaillé depuis quelque temps le plomb et le cuivre, ou leurs divers composés; s'il n'avait point fait de peintures ou habité des appartemens fraîchement décorés; s'il avait fait des excès à la noce où il était allé quelques jours auparavant; si d'autres personnes de la noce avaient éprouvé de pareils accidens; s'il n'avait pas bu ou mangé dans des vases de plomb ou d'étain, etc. Sa réponse fut négative sur tous ces points; je crus dès-lors ne pas me tromper en voyant dans tous les symptômes que présentait P. ceux d'une colique métallique très grave; mais d'une colique ayant pour cause des émanations d'argent, au lieu d'émanations de cuivre ou de plomb; d'ailleurs, d'après quelques renseignemens que j'ai pris, je puis dire que les coliques produites par le contact et le maniement de l'argent sont plus communes qu'on ne le croit habituellement. Plusieurs changeurs que j'ai consultés à ce sujet m'ont dit en effet qu'ils avaient assez fréquemment des coliques très vives, qui quelquefois duraient plusieurs jours, puis disparaissaient d'elles-mêmes, soit en continuant leur besogne, soit après quelques jours de repos. Jamais ils n'ont été obligés d'avoir recours à un médecin; ignorant tout à fait la cause de ces coliques, ils se croyaient, comme on le dit vulgairement, sujets à la colique. Un employé de la Banque m'en a dit autant. Une dame m'assurait encore, il y a quelques jours, que depuis neuf ou dix ans qu'ils étaient changeurs, son mari, ses fils et ses filles, tous ceux enfin dans sa maison qui s'occupaient du change, avaient depuis cette époque une santé bien moins bonne qu'auparavant; que son fils aîné, qui passait tout son temps dans une affinerie qu'il surveillait, était plus souvent malade que les autres, et surtout plus sujet à la colique, dont ils se plaignaient tous de temps en temps. Elle attribuait d'ailleurs le mauvais état de santé de toute sa famille à la poussière qui se dégage de l'argent quand on le remue, et surtout des piastres. On peut donc supposer, d'après ces renseignemens, que les accidens produits par le contact de l'argent sont de beaucoup plus fréquens qu'on ne le pense. M. le docteur Miquel m'a dit avoir traité un bijoutier chez lequel le contact de l'argent avait amené une colique métallique.

Maintenant, pour en revenir au cas que j'ai eu l'occasion d'observer, quel traitement devais-je lui opposer? Existe-t-il un traitement spécial? Je n'en connais aucun, et cela pour de bonnes raisons, n'ayant jamais entendu parler de coliques d'argent, ni rien lu dans les livres qui en fît la plus petite mention. Dans mon ignorance d'un traitement approprié, et bien convaincu, d'après un examen attentif du ventre, par l'état du pouls, la nature des vomissemens, l'absence des douleurs dans un point du ventre plutôt que dans un autre, qu'il n'existait ni étranglement ni invagination, je prescrivis le traitement dit de la colique des peintres, mais j'avoue qu'en agissant ainsi je craignais de faire mal. D'un autre côté, pour ordonner cette médication, je m'étais appuyé sur ce que les traitemens, même les plus opposés, sont employés dans les coliques saturnines; sur ce que le traitement est le même, que la colique soit de plomb ou de cuivre, quoiqu'en apparence les causes paraissent différentes ; enfin sur l'identité des symptômes qui sont absolument les mêmes dans ces coliques métalliques, quelle que soit leur cause. Je réfléchis encore que le traitement pourrait convenir dans ce cas, puisque l'alliage qui sert à la fabrication des pièces de cinq francs est composé d'argent, de cuivre, de plomb ou d'étain. En rentrant chez moi, je consultai mes livres, qui ne m'apprirent rien relativement à la colique d'argent; en conséquence, je continuai à suivre le traitement que j'avais commencé, mais avec un résultat peu satisfaisant. Mon inquiétude augmentait en proportion de la maladie. Au cinquième jour, je n'avais pas obtenu la plus légère amélioration; au contraire, mon malade souffrait bien davantage; tous les symptômes étaient à leur *summum* d'intensité; les coliques persistaient avec une acuité peu commune; les vomissemens avaient redoublé, ainsi que les crampes; le malade, épuisé, consumé par les souffrances qui le torturaient depuis cinq ou six jours, croyait à une fin prochaine; de mon côté, je n'étais guère rassuré non plus et je craignais une terminaison fatale. Pour comble de malheur, je ne savais qu'opposer à un état si grave ; j'avais épuisé la liste des moyens qu'on donne en pareil cas, les purgatifs, les opiacés, les antiphlogistiques, la limonade sulfurique, etc. J'avais tout essayé et tout était resté inutile. Dans le but de calmer les douleurs, j'avais usé une quantité considérable d'opium, soit en pilules, soit en lavemens, soit sur les cataplasmes (au moins trois gros par vingt-quatre heures, et cela pendant quatre jours) ; il n'en était pas résulté le plus léger soulagement; d'ailleurs, je ne pouvais plus rien administrer par la bouche; les boissons, les tisanes, tout ce qui était liquide, en un mot, était rejeté à l'instant par le vomissement, rien ne pouvait rester dans l'estomac; le malade, de son côté, se souciait peu et refusait d'avaler seulement une cuillerée, tant il redoutait les efforts qu'il faisait en vomissant, efforts qui étaient toujours très pénibles et très douloureux. Sa position était affreuse à voir : se rouler sur son lit, prendre toutes les positions imaginables, porter continuellement les mains de son ventre à ses jambes, de celles-ci à son ventre ou ailleurs, suivant que la douleur était plus vive dans un point ou dans un autre, pousser des cris perçans arrachés par l'acuité du mal, avoir une insomnie continuelle, demander avec instance un peu de soulagement, tel était son état depuis le commencement de la maladie. Mon embarras, je l'avoue, ne pouvait être plus grand; je ne savais qu'ordonner; je ne songeais, pour le moment, qu'à calmer

ses coliques et ses douleurs; mais quel médicament lui donner? Des doses énormes de laudanum étaient tentées sans efficacité. En désespoir de cause, il me vint à l'idée de lui faire donner un lavement de tabac, espérant l'engourdir par ce remède et lui procurer de la sorte quelques instans de calme. Ce moyen réussit au-delà de mes espérances, procura à mon pauvre malade un état d'engourdissement, de prolapsus, de calme si agréable et si doux pour lui qu'il n'aurait pas voulu en sortir. J'étais si bien et si heureux! me disait-il. Les coliques reparurent aussitôt que l'effet du tabac fut épuisé; aussi le malade demanda-t-il aussitôt à prendre un nouveau lavement de tabac, et ce moyen, comme nous l'avons vu dans le courant de l'observation, produisit toujours un bien extrême. Un autre avantage de ce remède, dans cette circonstance, c'est qu'il favorisa en même temps la sortie de quelques fèces, ce que je n'avais pu obtenir avec les laxatifs purgatifs de toute espèce que j'avais employés pendant plusieurs jours. Sous tous les rapports, l'emploi du tabac en lavement mérite certainement de fixer l'attention, et peut être employé comme un calmant très puissant dans les cas de coliques, crampes, ou autres douleurs continuelles et intolérables; s'il ne sert pas à guérir la colique métallique, il empêchera au moins le malade de souffrir ces coliques atroces, qui sont tout ce qu'il redoute le plus, et ce qu'il y a de plus cruel, en effet.

Je ferai, enfin, une dernière remarque sur la cessation des vomissemens peu de temps après le lavement et sur leur réapparition, dès que ce médicament avait cessé d'agir. Ne pourrait-on pas trouver l'explication de ces phénomènes dans l'état de contraction ou de relâchement du diaphragme et peut-être aussi des muscles abdominaux? Ainsi, chez notre malade, les vomissemens auraient cessé parce que le diaphragme, comme muscle, avait éprouvé cette espèce de prolapsus, de relâchement dans lequel se trouva momentanément tout le système musculaire. Aussitôt que les coliques et les crampes reparurent, les vomissemens reparurent aussi. Le diaphragme avait donc cessé de se contracter, d'avoir des crampes, si je puis m'exprimer ainsi, et, par conséquent, d'étreindre, en revenant sur lui-même, la portion pylorique de l'estomac, à laquelle il livre passage. Ce resserrement, cette constriction de l'orifice diaphragmatique, non seulement provoque les vomissemens, mais s'oppose encore, en resserrant le pylore, au passage dans l'intestin des médicamens ingérés dans l'estomac. Que cette application hasardée soit vraie ou fausse, il n'en reste pas moins démontré qu'on devra profiter du moment de calme où se trouvent l'estomac et le malade pour lui administrer des médicamens qui ne seront pas rejetés aussitôt leur arrivée dans l'estomac, et pourront procurer un soulagement qu'il est quelquefois si difficile d'obtenir.

HÉMORRAGIE PAR INSERTION ANORMALE DU PLACENTA, ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ PAR LE SEIGLE ERGOTÉ; PHLEGMASIA ALBA DOLENS; observation communiquée par M. MOREAU, D. M. P., chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin à Bône (Afrique).

OBS. — Madame D., âgée de 34 ans, d'une constitution forte et vigoureuse, d'une bonne conformation, n'ayant jamais été malade, se maria en 1831. Elle eut une fausse couche quatre mois après son mariage, une seconde fausse couche six mois après la première, attribuées toutes deux à une grande frayeur. Elle eut ensuite trois enfans venus à terme et bien portans.

Lorsque Madame D. me fit appeler, vers la fin de septembre 1839, elle était enceinte pour la sixième fois et croyait pouvoir faire remonter sa grossesse au 25 ou 30 mars. Il s'était manifesté un léger écoulement blanc d'abord, qui prit ensuite une couleur rougeâtre; le pouls était plein, développé, la malade se plaignait de douleurs de tête, d'inappétence et d'insomnie. Une saignée fut pratiquée, le calme se rétablit et l'écoulement sanguin fut supprimé.

Le 15 octobre, je fus consulté de nouveau, pour quelques gouttes de sang qui avaient taché le linge. Le repos seul fut prescrit. L'écoulement sanguin cessa encore pour reparaître plus abondant et à des intervalles plus rapprochés jusqu'au 2 décembre où il devint continu.

Le 4, le sang avait sali plusieurs serviettes. Je prescrivis le repos absolu, les boissons froides et acidules, et une potion astringente avec le sulfate d'alumine. L'hémorragie continue, mais elle paraît moins abondante.

Le 6 et le 7, la malade a perdu beaucoup de sang; de gros caillots sortent de temps en temps par l'ouverture du vagin; le pouls, très petit et intermittent, bat de 130 à 140; les forces ont beaucoup diminué.

Le toucher pratiqué, le 7, me fit reconnaître que le col utérin est mou et fort épais, que sa dilatation est à peine de la largeur d'une pièce de dix sous; le doigt introduit dans le vagin traverse des caillots peu résistans qui le remplissent et rencontre, à l'orifice de l'utérus, une substance mollasse, mais plus résistante que les caillots et dont l'épaisseur m'empêche de reconnaître la partie que présente le fœtus. Dès ce moment, je n'eus aucun doute sur la cause de la métrorrhagie qui provenait évidemment d'une insertion du placenta, centre pour centre, sur l'orifice du col ou à peu près.

Prescription : Repos, boissons froides et acidules, potion astingente.

Dans la nuit du 7 au 8, l'hémorragie avait été plus abondante encore que les jours précédens; le sang avait traversé le lit et formait une mare dans la chambre. Le pouls est presque imperceptible, ce n'est plus qu'un léger frémissement de l'artère, qui cesse même par momens. La malade a éprouvé des douleurs intermittentes dans les reins et le bas-ventre qui semblent indiquer un commencement de travail; toutefois le col de l'utérus ne paraît pas plus dilaté que la veille et les douleurs ont cessé entièrement. Elle est extrêmement affaiblie, le moindre mouvement lui fait éprouver des lipothymies; à peine si elle peut répondre aux questions qu'on lui adresse, tant la faiblesse est grande.

Dans une circonstance aussi grave, je m'empressai d'appeler M. le docteur Lacger, chirurgien-major des chasseurs; il reconnut comme moi que la métrorrhagie provenait de l'implantation du placenta sur le col utérin, que le travail s'il avait marché était bien peu avancé, qu'un accouchement forcé devenait dès lors fort difficile et offrait peu de chances favorables, et qu'enfin le tamponnement était le moyen le plus rationnel qui nous restait pour empêcher la mort de la femme.

En conséquence, nous procédâmes à cette opération en remplissant le vagin de bourdonnets de charpie enduits de cérat, soutenus par quelques compresses et un bandage en T.

Il était deux heures après-midi. Vers cinq heures, quelques légères douleurs reparurent, le sang n'avait pas traversé le tampon, les forces de la malade furent un peu ranimées par quelques cuillerées de bouillon et de vin de Malaga qu'on lui fit prendre de temps en temps.

A huit heures, les douleurs ayant cessé, je me décidai à provoquer les contractions de l'utérus par l'administration du seigle ergoté. Un gros de cette substance en poudre étendu dans environ cinq onces d'eau sucrée fut donné par cuillerées de demi-heure en demi-heure; la troisième cuillerée provoqua un vomissement violent, qui eut pour résultat l'expulsion en masse du tampon, qui n'était plus soutenu par le bandage en T que j'avais enlevé. J'explorai aussitôt l'utérus et je reconnus que la dilatation du col avait atteint la largeur d'une pièce de trente sous. J'introduisis le doigt entre l'organe et le placenta que je trouvai détaché en partie et que je détachai dans tout le pourtour, aussi loin que je pus atteindre. A partir de ce moment l'hémorragie cessa. La présentation de la tête était très facile à reconnaître.

La malade était calme, quoique très faible, aucune douleur ne se faisait sentir. Dans cette circonstance, il était urgent de terminer promptement l'accouchement; pour cela, il me restait deux partis à prendre, ou de faire un accouchement forcé en pratiquant la version, ou de le provoquer par de nouvelles doses de seigle ergoté, qui avait été supprimé après le vomissement.

Vers deux heures du matin, cette substance fut reprise par intervalles de dix en dix minutes. Après la quatrième cuillerée, une douleur vive se manifesta pendant laquelle la contraction de l'utérus fut très évidente.

Dès lors, en continuant l'usage du seigle ergoté, les douleurs expultrices se succédèrent rapides et très énergiques. La tête du fœtus franchit bientôt l'orifice utérin, et l'accouchement se termina spontanément à quatre heures. Le placenta suivit immédiatement la sortie de l'enfant, qui m'a paru mort depuis au moins quarante-huit heures.

Après son accouchement, Madame D. éprouva des céphalalgies qui devinrent bientôt d'une violence intolérable; quelques compresses imbibées d'éther calmaient momentanément ces douleurs, qui cessèrent après huit ou dix jours. D'ailleurs son état, quoique arrivé à un degré extrême de prostation, n'offrit rien autre de particulier jusqu'au 16. Les lochies, quoique peu abondantes, s'établirent régulièrement; le pouls conserva toujours une fréquence excessive; une alimentation légère fut prescrite, les forces se ranimèrent un peu, et tout semblait faire presager une guérison assez prompte.

Le 16, elle se plaignit d'une douleur vive dans la hanche gauche.

Le lendemain la peau de la cuisse était tendue, blanche, élastique, très douloureuse à la pression; la chaleur considérable et la sensibilité très forte sur le trajet des vaisseaux fémoraux.

Prescription : Fomentations résolutives avec l'acétate de plomb et l'alcool camphré très étendus.

Le 18, le membre gauche est très gonflé et très douloureux dans toute son étendue; le pouls est toujours très fréquent, la faiblesse considérable, les lochies ne sont point arrêtées, les seins n'ont point augmenté de volume, et rien n'indique que la sécrétion du lait doive s'établir.

Le 21, la hanche droite devient le siége d'une douleur semblable à celle de l'autre côté. Bientôt le membre droit s'engorge énormément et devient douloureux dans toute son étendue; il y a un peu de diminution dans la douleur et la tension du membre gauche, les grandes lèvres participent à la tuméfaction et à la douleur, les mouvemens des membres sont embarrassés; il y a constipation opiniâtre et suppression des lochies; les selles sont provoquées par des lavemens avec une solution de sulfate de soude. Huile fortement opiacée en frictions sur les membres. On donne une inclinaison au lit pour que les pieds soient plus élevés que le bassin. La malade est mise à l'usage des préparations ferrugineuses.

Les jours suivans, on continue le même traitement; les membres sont enveloppés de cataplasmes de farine de lin.

Enfin, le 5 janvier, la malade est dans l'état suivant :

La faiblesse est toujours telle qu'elle ne peut encore s'asseoir sur son lit; elle éprouve des lipothymies lorsqu'on veut la changer de place ou lui passer un bassin; la peau conserve une teinte chlorotique très marquée; les membres inférieurs ne sont plus douloureux; le gonflement œdémateux diminue graduellement; les mouvemens en sont faciles; l'abdomen est un peu empâté; les grandes lèvres ont repris leur état normal; l'appétit se développe; les selles sont toujours difficiles; le pouls est encore de 130 à 140 pulsations.

On prescrit des frictions avec les teintures de scille et de digitale sur les jambes et les cuisses.

Dans la nuit, les menstrues paraissent; c'est un léger écoulement de sang qui dure trois jours.

Dès ce moment, on vit la maladie céder graduellement. Du 12 au 15, il y eut des sueurs très abondantes; les alimens furent augmentés, on continua les préparations de fer et de quinquina.

Enfin, aujourd'hui 1er février, madame D. se lève et reprend des forces. Tout me porte à croire que dans un mois il ne restera plus de traces de deux maladies aussi graves.

Je ne terminerai pas cette observation sans déclarer que dans cet accouchement, où l'inertie de l'utérus était bien évidente, l'effet du seigle ergoté a été à mes yeux incontestable. J'avais employé antérieurement cette substance dans plusieurs cas où le travail s'était arrêté, par suite de torpeur ou d'épuisement, sans avoir pu en constater positivement l'efficacité. Dans cette circonstance; son effet a été si évident, qu'il ne me reste aucun doute sur l'action spécifique de ce médicament.

Note du Rédacteur. — L'observation rapportée par le docteur Moreau confirme de point en point la doctrine généralement admise sur l'hémorragie par insertion anormale du placenta. Apparition des premiers accidens à l'époque où le col utérin commence à s'effacer d'une manière sensible, aucune cause extérieure ne pouvant rendre compte de l'hémorragie; persistance de l'écoulement sanguin; suppression passagère; retour à différens intervalles; enfin, notions fournies par le toucher, tout se réunissait pour éclairer le diagnostic. Les indications ont été parfaitement saisies; attendre d'abord, puis recourir à des moyens généraux, tels que les réclament toutes les hémorragies utérines; plus tard, le tamponnement, le seigle ergoté: enfin, l'introduction de la main pour achever le décollement du placenta. La tête se présentait, le danger n'était plus imminent, on pouvait donc attendre l'effet des contractions utérines développées sous l'influence du seigle ergoté. Si l'hémorragie eût été foudroyante, nul doute qu'il n'eût fallu aller à la recherche des pieds et terminer l'accouchement aussi rapidement que possible; mais comme il était permis de supposer l'enfant vivant; que dans la plupart des cas il en est ainsi, et comme, d'un autre côté, les manœuvres que nécessite la version sont loin d'être innocentes pour la mère, ce n'est qu'en dernier espoir qu'il faut recourir à l'accouchement par les pieds.

Il y avait peut-être un moyen mixte à employer, sans que nous voulions dire par là que l'indication en fût prescrite, l'ouverture de la poche des eaux, d'après la méthode de Puzos; on sait, et beaucoup d'accoucheurs ont vérifié depuis, de quel secours peut être cette méthode, qui avait donné de nombreux succès à son auteur. (Mémoires de l'Académie de chirurgie.)

Le développement de la *phlegmasia alba dolens*, c'est-à-dire d'une phlébite crurale, comme l'appellent les Anglais, n'a rien qui doive étonner dans ce cas, malgré l'abondance de l'écoulement sanguin qui l'a précédé. Tous les praticiens savent fort bien que les péritonites, les métrites puerpérales se développent fort souvent même après des hémorragies abondantes; ceci doit contribuer, avec d'autres motifs, à faire voir autre chose que de l'inflammation dans la nature de ces maladies, qui ont réellement quelque chose de spécial; d'où cette conséquence pratique que le traitement antiphlogistique déplétif n'est pas la seule ancre de salut dans ces cas; il y a sous ce rapport beaucoup à revoir dans le traitement des phlegmasies puerpérales.

Remarques ophthalmologiques; par le docteur Engel.

La chirurgie nous présente une foule de cas où des échardes, des morceaux de fer, des substances corrosives, ont blessé les parties les plus importantes de l'œil, sans troubler la vue; de même nous voyons souvent des carcinomes, des ulcères, la carie de l'orbite, faire des destructions horribles dans le voisinage immédiat de l'œil, sans que ses fonctions soient troublées. L'observation des lésions produites par le chirurgien, qui, en apparence si graves, se montrent souvent salutaires, nous présente un intérêt encore plus direct. La puissance médicatrice inhérente à l'œil, assez forte pour annihiler chaque influence nuisible, se montre alors dans toute son étendue. Les observations qui suivent en fourniront, s'il est nécessaire, de nouvelles preuves.

Dans la Moldavie, la Valachie, en Turquie, en général, j'ai eu occasion d'être témoin des opérations, dont l'issue me semblait devoir être funeste, et cependant elles étaient très souvent suivies du meilleur succès. L'art du chirurgien oculiste était héréditaire dans ce pays, et se propage, dans certaines familles, du père au fils. Sans la moindre connaissance soit de l'anatomie, soit de la physiologie, ou pathologie de l'œil, un opérateur pénètre dans l'œil avec une lance, qui, semblable à celle de Schmidt, en a au moins la double largeur; il enfonce son instrument par la sclérotique, sans être trop embarrassé du choix du point d'entrée, dans un cristallin opaque, sans s'inquiéter de rechercher les causes de son développement, ni s'assurer de son existence, de sa nature et des adhérences fortuites. Il fait l'abaissement avec une pression aussi forte que possible, vers le milieu de la partie inférieure de l'orbite, tourne son instrument et l'éloigne ensuite de l'œil.

Si un semblable opérateur, qui reçoit de son père, en même temps que son nom, le diplôme d'oculiste, ne choisit pas le point d'introduction de l'instrument dans l'œil, parce qu'il ne sait rien de sa construction, que dire d'un des premiers opérateurs (Quadri, à Naples), qui blesse la rétine, et une grande partie du corps vitré, presque chaque fois qu'il veut pratiquer le broiement ou l'abaissement du cristallin. J'ai eu occasion de visiter la clinique de cet habile ophthalmologue, et presque toujours je l'ai vu introduire la lance à trois ou quatre lignes de distance du point d'insertion de la cornée dans la sclérotique. Sur la demande que je lui fis s'il ne craignait pas de suites fâcheuses, il m'assura non seulement n'en avoir jamais eu, mais aussi trouver un avantage dans cette manière d'agir. Il croit pouvoir faire ces manœuvres avec d'autant plus de force, en se rapprochant de la partie postérieure de l'œil, pendant qu'il craint le froissement de la plaie, s'il entre plus près de la cornée.

Une opération, inventée et exécutée par ce médecin, démontre encore mieux jusqu'à quel point l'œil peut souffrir de profondes lésions sans que la vue soit altérée. Le succès de l'abaissement est, comme on sait, très souvent annihilé par les adhésions morbides, qui attachent le cristallin au corps ciliaire et à la membrane hyaloïde; on est contraint alors, au désavantage de l'œil, de répéter très souvent les mouvemens de l'abaissement.

Quadri, pour éviter ces inconvéniens, inventa le procédé suivant, auquel il a donné le nom de double dépression.

Il entre avec une lance falciforme du côté de l'angle intérieur de l'œil, à deux lignes du bord de la cornée, pénètre jusque dans la chambre postérieure, présente la pointe de l'instrument à la capsule et la déchire, ainsi que les adhérences accidentelles; il fixe le cristallin ensuite avec la pointe de cet instrument, et entre avec une lance ordinaire du côté de l'angle extérieur; il fait alors l'abaissement ou la reclinaison, d'après les méthodes connues. Cette manœuvre s'exécute alors avec la plus grande facilité.

J'ai vu neuf cas d'abaissement, pratiqués d'après la méthode décrite, tous couronnés du meilleur succès. Dans un de ces cas, Quadri avait même traversé la sclérotique avec trois instruments (1). Lorsque je lui fis remarquer que ces blessures multipliées de l'œil ne guériraient peut être pas si facilement dans un climat moins chaud et doux que celui de Naples, il m'assura avoir pratiqué ces opérations pendant le temps le plus rigoureux, et dans les parties de l'Italie situées vers le nord, où il fait plus froid qu'à Paris.

On peut alléguer ici le cas d'une extraction de cataracte, que Quadri exécuta à Bologne avec le meilleur succès, en blessant cependant les parties les plus importantes de l'œil. La conjonctive, la sclérotique, la choroïde, les nerfs et les vaisseaux ciliaires, ainsi qu'une grande partie du corps vitré, avaient été largement incisés. Les bords de ces plaies devaient nécessairement être froissés par l'introduction d'une pince, à l'aide de laquelle on tirait le cristallin en dehors. Néanmoins, l'opération réussit parfaitement.

Deux cas de ma pratique, analogues à celui que nous venons de raconter, méritent d'être ajoutés ici.

Obs. I. — N. N., paysanne, âgée de 22 ans, scrofuleuse, d'un tempérament sanguin, me consulta (en Moravie, dans l'année 1837). Deux leucomes épais couvraient les deux cornées, de manière à ce que la moitié seulement de leur partie supérieure était encore transparente. Je résolus d'établir dans la pointe correspondante de l'iris une pupille artificielle. Je fis donc à la cornée, considérablement épaissie, une petite section longitudinale entre son centre et le bord inférieur; j'introduisis par cette plaie le petit crochet de Dœr, avec lequel je saisis l'iris à sa grande circonférence, pour le séparer de son union ciliaire; j'essayai ensuite d'amener la partie accrochée hors de l'œil, pour la couper. Tout d'un coup, mon aide, parent de l'opérée, s'évanouit, et laissa tout à fait libre la tête qu'il fixait contre sa poitrine. La malade retira instinctivement la tête, au moment où mon crochet, avec une partie de l'iris. sortait de l'œil. Un épanchement sanguin considérable en fut la suite immédiate, d'autant plus que la membrane accrochée suivait la direction de l'instrument, et se séparait, par ce mouvement imprévu et violent, de tous ses moyens d'attache; par conséquent, elle était tout-à-fait éloignée de l'œil. Je fermai out de suite les paupières, et malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique, que je prescrivis, je craignais avec raison une inflammation destructive. Néanmoins les symptômes d'irritation cessèrent bientôt, et le sang épanché se trouvait tout-à-fait resorbé quinze jours après.

(1) La troisième lance fut introduite en haut, près de la ponction de la cornée à la sclérotique.

La pupille avait à peu près quatre fois sa grandeur naturelle, et la malade distinguait parfaitement bien les objets à une lumière modérée. Comme la rétine était désormais exposée à l'influence irritante d'une trop grande quantité de rayons de lumière, je craignais le développement d'une rétinite, d'une amblyopie, peut-être même d'une amaurose consécutive; je conseillai l'usage de lunettes violettes et d'un garde-vue, sans espérer un grand succès de ces moyens palliatifs.

J'eus occasion de voir cette malade au bout d'une année. Sa vue était restée intacte et parfaite, quoique depuis longtemps elle eût renoncé à tous les remèdes prescrits.

Si nous cherchons maintenant des raisons suffisantes pour expliquer dans ce cas le non développement d'une phlegmasie grave de l'œil, peut-être les trouverons-nous dans le leucome qui mettait l'œil à l'abri d'une partie des rayons lumineux, plus encore dans la faculté inhérente à la rétine, de s'accoutumer à l'action d'une lumière beaucoup plus intense que dans l'état normal.

Obs. II. — Un homme, âgé de 72 ans, vint me consulter dans l'année 1837 pour une cécité qui datait depuis plusieurs années. Il était grand, maigre et souffrait d'une toux chronique qui le tourmentait continuellement. L'œil droit, auquel on avait fait une extraction de cataracte deux ans auparavant, présentait une large cicatrice, qui, partant du point central du bord de la cornée, se dirigeait verticalement vers son centre; elle avait par son étendue (3 lignes environ) fait manquer la réussite de l'opération. A l'œil gauche, on voyait une cataracte, que je diagnostiquai lenticulaire et dure, à cause de sa couleur grise (qui devenait plus transparente vers la périphérie), de sa position retirée dans l'œil, de l'ombre circulaire qu'elle jetait sur l'iris, et de la mobilité de cette membrane, si la lumière y exerçait son influence. Cette circonstance, que la cataracte avait encore de la transparence, et que le malade pouvait distinguer des objets d'une grande dimension, ne fit que confirmer l'exactitude de mon diagnostic. Cependant j'étais embarrassé sur le choix de l'opération. Je ne pouvais espérer aucun succès de *la discission*, la résorption étant peu probable à l'âge avancé du malade et vu la dureté du cristallin; de même je ne croyais pas pouvoir faire avec utilité l'abaissement, car la toux continuelle aurait fait remonter la cataracte. Je résolus donc de faire l'extraction, quoique l'œil lui même profondément retiré dans l'orbite, l'étroitesse de la fente des paupières, la petitesse de la chambre antérieure, et la toux même m'opposassent beaucoup d'obstacles. L'opération fut faite d'après le procédé de Jæger, et il ne s'en suivit rien d'extraordinaire, sinon que plusieurs portion du cristallin se détachèrent et restèrent fixées dans la pupille. Je les retirai avec une pincette, à l'exception d'un petit fragment que j'y laissai, craignant une procidence du corps vitré, et espérant que l'irritation causée par l'opération en favoriserait la résorption. Ne me fiant pas à l'appareil ordinaire, à cause des secousses que la toux continuelle imprimait au malade, je remplis le vide laissé entre les paupières avec de la charpie imbibée de l'onguent suivant:

Prenez: Albumin. ov. . . . . Nr. 1.
Alum. depur. alcohol. . . . . Dr. moitié.
M. f. Unguent.

L'albumine resserrait si fortement les paupières, que je n'ens plus rien à craindre, landis que l'alun agissait d'une manière rafraîchissante et antiphlogistique. Cet appareil devait être changé toutes les vingt-quatre heures; car l'albumine desséchée pressait trop sur l'œil. Comme il y avait absence de tout symptôme d'irritation, je ne craignis pas de visiter l'œil, le quatrième jour, à une lumière modérée. L'œil était dans le meilleur état possible; mais la petite portion gélatineuse de la cataracte restée dans l'œil s'était agrandie et remplissait toute la pupille, interceptant de cette manière la vision. Lorsque j'élargissais la pupille d'une manière artificielle, par l'instillation de l'extrait de belladone, dissous dans l'eau, ou par une petite portion d'atropine, suspendue en emulsion, le malade voyait parfaitement bien; mais seulement aussi longtemps que durait la dilatation artificielle. Comme l'œil ne présentait aucun symptôme d'irritation, j'augmentai la dose de l'extrait de belladone, et j'y ajoutai du laudanum, espérant provoquer l'absorption. Mais ces tentatives restèrent vaines, et l'insensibilité de l'œil resta toujours la même. Malgré mes assurances que l'obstacle de la vue disparaîtrait avec le temps; le vieillard désespéré me priait instamment de faire un nouvel essai. J'ouvris donc de nouveau l'œil dix jours après la première opération, par une petite section de la cornée à sa partie inférieure et extérieure, pour éloigner le petit flocon, ce qui réussit parfaitement. Quelques jours après, le malade avait recouvré la vue sans éprouver désormais aucun trouble.

La vitalité de l'œil se montre ici de deux manières également remarquables. On avait fait deux sections à la cornée dans un intervalle assez court. Chaque fois il y avait eu réunion parfaite du lambeau coupé. Ici nous voyons l'activité, la force restauratrice de l'œil, une énergie suffisante à conserver son intégrité. Néanmoins un état de turpeur remarquable persistait dans l'organe affecté. Ni une double opération, ni l'instillation de remèdes assez irritans n'avaient pu provoquer la moindre rougeur, la moindre excitation. Et cependant le but de l'opération, le rétablissement de la vue, fut parfaitement atteint.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Un médecin de Puy-l'Evêque adresse à l'Académie un mémoire manuscrit sur une épidémie de variole qui a régné en cette ville.

M. d'Auvergne adresse une note sur un nouvel appareil pour les fractures du membre inférieur.

RÉDUCTION D'UNE LUXATION SOUS-ACROMIALE DE L'HUMÉRUS DATANT DE CINQ MOIS ET DEMI.

M. Malgaigne: Les luxations de l'humérus en arrière sont fort rares, et la réduction opérée après plus de cinq mois est une circonstance plus rare encore; c'est pourquoi j'ai pensé que le fait suivant que je viens communiquer à l'Académie ne lui paraîtrait pas indigne de son attention:

Obs. — Un journalier, âgé de 56 ans, fut frappé d'une attaque d'épilepsie le 8 novembre 1839. Il était dans son lit, et ne fit aucune chute; toutefois au sortir de l'accès, il ne put remuer le bras droit; et le lendemain, le gonflement survenu à l'épaule l'obligea à entrer dans un hôpital. Il paraît que la nature de la lésion fut méconnue; car on se contenta d'appliquer des sangsues, des cataplasmes, un vesicatoire, et on le renvoya le onzième jour. Depuis lors le bras était toujours resté dans le même état; et quand le malade se presenta à ma consultation à Bicêtre, le 21 avril dernier, il offrit les caractères les plus manifestes d'une luxation de l'humérus en arrière. Sans entrer dans les détails des symptômes, je noterai seulement que la tête n'était point, comme le veulent quelques chirurgiens, dans la fosse sous-épineuse, mais seulement sous l'angle postérieur de l'acromion; c'était donc bien la luxation que j'ai appelée *sous-acromiale*, qui est essentiellement incomplète.

Cette circonstance, malgré le temps écoulé depuis l'accident, me fit bien augurer de la réduction; et même le sujet ne pouvant se procurer chez lui les soins préparatoires ordinaires, je n'hésitai pas à fixer le lendemain pour l'opération. L'extension fut faite sur le bras au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi; la contre-extension opérée par une alaise qui embrassait l'épaule en avant et dont les deux chefs allaient se joindre derrière le dos; nous agissions à l'aide de poulies. La traction ayant été portée à 110 kilog., j'essayai de repousser la tête luxée à l'aide du genou; et pour avoir plus de force, j'avais fait passer autour de l'épaule malade une serviette dont les deux bouts me furent ensuite liés derrière le cou, et qui me servait ainsi de point d'appui, et comme d'arc-boutant. A la première tentative, la tête rentra presque complètement; à la seconde, la force de traction fut portée à 120 kilog. et la réduction fut complète. La luxation d'après les détails qui précèdent datait donc de cinq mois et quatorze jours.

Il n'y eut d'accident d'aucune espèce, pas même cet affaiblissement de la sensibilité des doigts, si commun après les fortes extensions mal dirigées. Seulement la tête réduite avait une grande tendance à revenir en arrière dans les mouvements du bras; phénomène presque constant après la réduction de ces sortes de luxation; et il a fallu s'y opposer à l'aide d'un appareil spécial.

Qu'il me soit permis en terminant de faire remarquer combien le diagnostic exact du degré où est parvenue la luxation éclaire le pronostic et le traitement. La luxation étant incomplète, j'étais à peu près certain de réussir; et c'est dans des cas de ce genre qu'on a obtenu la réduction même après plus d'une année écoulée.

Tout récemment, j'ai été consulté pour un malade qui avait été vu par plusieurs membres de cette Académie; il portait depuis près de cinq mois une luxation *sous-coracoïdienne complète*. Les avis furent partagés; j'étais d'opinion qu'il y avait lieu de faire des tentatives prudemment dirigées; mais que la réduction sans être impossible serait très difficile. A un degré de plus, quand la luxation est *sous-scapulaire*, il suffit de deux mois pour ôter tout espoir; et j'ai vu après cet espace de temps des extensions portées jusqu'au point de produire la paralysie du muscle sans pouvoir retirer la tête humérale du lieu où elle s'était fixée.

M. Bérard: Les luxations de l'épaule en arrière malgré leur ancienneté n'ont pas besoin pour être réduites d'être sous-acromiales et incomplètes. Je ne veux pas combattre ce dernier genre de luxations en l'absence de M. Malgaigne; mais dire seulement que M. Sédillot a réduit avec son appareil une luxation en arrière datant de un an au moins, et dans laquelle la tête humérale était véritablement placée dans la fosse sous-épineuse.

La communication de M. Malgaigne est renvoyée à l'examen de MM. Gerdy et Bérard.

L'Académie nomme par la voie du sort la commission chargée de féliciter Sa Majesté à l'occasion du premier mai. Elle est composée de

MM. Abraham, Chevalier, Marjolin, Serres, Bourdon, Esquirol, Mérat et Bandeloque.

LACTATE DE FER.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Adelon chargé avec MM. Bouillaud et Rayer de répondre au ministre des travaux publics qui consulte l'Académie sur les bons ou mauvais effets d'un médicament nouveau, le lactate de fer, pour le-

quel MM. Gélis et Conté sollicitent un brevet d'invention. L'espace nous manque pour les détails de cette judicieuse réponse.

M. le rapporteur fait ressortir la position délicate où se trouve l'Académie qui ne peut mentir à ses antécédens et appuyer la demande d'un brevet d'invention pour un médicament, fût-ce le lactate de fer, dont elle a reconnu l'efficacité dans certains cas déterminés. Un médicament étant toujours doué d'une action quelconque sur l'économie animale ne doit être administré que pour remplir des indications reconnues par les hommes de l'art. Donner un brevet d'invention pour un médicament, c'est en permettre la vente sans la sanction du médecin.

L'Académie, par l'organe de sa commission, répond que l'extension illimitée qu'un brevet d'invention procurera à ce médicament peut avoir des inconvéniens, et conseille de ne pas accorder de brevet. Ces craintes et cette prudence ne regardent en rien MM. Gélis et Conté dont le travail sur le lactate de fer a été justement apprécié par l'Académie; mais ceux toujours prêts à abuser des meilleures choses.

M. Boulay critique à tort l'approbation que l'Académie a donnée à MM. Gélis et Conté pour l'emploi du lactate de fer. *Cuique suum*. MM. Gélis et Conté n'ont pas seulement apporté des modifications à la forme du médicament, comme le prétend l'honorable académicien. Ils ont introduit le lactate de fer dans la thérapeutique. Il ont donné de bonnes observations sur l'emploi de ce sel. Ils lui ont reconnu une efficacité qu'on ne retrouve pas au même degré dans les autres préparations ferrugineuses. (Voir le rapport de M. Bouillaud.)

Après une discussion entre M. Pelletier et M. le rapporteur sur le droit que peut avoir un pharmacien de vendre un médicament non enregistré dans le Codex, le rapport est adopté.

M. Hamel donne lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

REVACCINATION.

M. Sédillot lit la première partie d'un long mémoire sur les revaccinations. Le but de ce travail est de démontrer la vertu indéfiniment préservative du vaccin, du virus variolique, inoculé ou spontané. Si des doctrines nouvelles sont venues, dit ce médecin, ébranler cette vieille croyance de tant d'hommes éminens et basée sur un aussi grand nombre de faits, c'est qu'on a confondu des maladies très différentes de la variole avec ce fléau si terrible avant Jenner. L'auteur pour ne pas tomber dans une pareille erreur établira d'abord 1° les caractères et la nature de la variole naturelle ou inoculée; 2° de la variole bâtarde, varicelle, varioloïde des auteurs; 3° du cow-pox spontané de la vache transporté, de la vache à l'homme; 4° du vaccin d'homme à homme, de l'homme à la vache.

Quant à la détermination des caractères et de la nature de la variole, il faut savoir que ni la forme ombiliquée des pustules, ni l'aspect particulier des cicatrices, ni la rougeur violacée de la peau à leur niveau ne sont suffisans pour faire reconnaître cette affection; c'est à sa marche, au développement régulier de ses cinq périodes et des symptômes propres à chacune d'elles qu'il est permis de la reconnaître. Dans la variole spontanée, la période d'incubation manque; dans la période d'invasion, déjà la maladie est générale, et l'organisme troublé en son entier; déjà l'air qui environne le malade est infecté, et le médecin exercé peut saisir l'odeur spéciale de la variole. Cette odeur si caractéristique persiste même en l'absence de l'éruption ou troisième période qui peut manquer, au dire des plus grands médecins *variolæ sine variolis*. A la maturation, l'odeur est plus appréciable et change de caractère, d'autres accidens surviennent : l'intumescence de la peau, l'auréole des pustules. Pendant la période de dessication l'odeur persiste, quand disparaissent les autres symptômes et apparaissent les croûtes, les écailles.

Toute éruption qui n'offre pas tous les caractères précédens n'est point une variole.

L'auteur compare la puissance du vaccin et du virus variolique inoculé à celle du germe qui, dans chaque fécondation, puise une nouvelle énergie et produit la race avec toutes les beautés de son type primitif. Il n'est pas vrai, suivant lui, que le vaccin perde sa puissance après un certain nombre de transmissions. La lecture de ce mémoire sera continuée dans la séance prochaine.

RÉDUCTION DES LUXATIONS PAR LES MOUFFLES.

M. Sédillot neveu lit un mémoire intéressant intitulé : De l'application des poulies et des mouffles aidées du dynamomètre à la réduction des luxations. Ce travail contient des documens importans au courant desquels nous devons tenir nos lecteurs. L'Académie de chirurgie avait banni les mouffles de la chirurgie française. M. Sédillot, en 1832, en appela à l'Académie de médecine du jugement de son illustre aïeule. Il essaie maintenant de bien déterminer et les cas où cette méthode est applicable, et l'extension que doit prendre son application. Les luxations peuvent se réduire 1° on par un effort brusque; 2° ou par un effort soutenu capable de vaincre la résistance musculaire, ou ligamenteuse, ou tout autre obstacle s'opposant à la réduction.

L'effort d'extension fait par des aides ou par la main du chirurgien suffit dans le premier cas. Mais quand cette méthode a échoué, soit par la résistance musculaire, soit à cause de l'ancienneté, soit pour toute autre cause, il faut en venir aux mouffles, dont la force est réglée par le dynamomètre. M. Sédillot a calculé la force qu'un aide peut déployer dans les différens temps d'extension. Quand il agit par secousse, elle peut être égale à 50 kil., et seulement à 25 k., quand il reste immobile. Si l'aide vient à changer la direction de l'extension, sa force décroît rapidement et souvent arrive à zéro. Or, c'était un des grands avantages attribués à l'extension faite par des aides, de pouvoir changer de direction.

La mouffle aidée du dynamomètre donne une force mathématiquement calculable. Cette force est maintenue, diminuée, accrue par un seul aide, suivant la volonté du chirurgien. La même force d'extension appliquée à une même résistance en triomphera plus facilement si elle s'exerce lentement et si son action est longtemps maintenue. Témoin les observations dans lesquelles un grand nombre d'aides qui échouent dans la réduction, qui est facilement obtenue par une traction bien moins puissante faite avec les mouffles. L'extension avec ces dernières est lente, graduée, successive, régulière. On peut proportionner son intensité aux indications du moment, telles que l'espèce d'articulation malade, la force, l'âge du malade. On peut, en général, porter assez rapidement en quelques minutes l'extension à 50 kil.; puis si elle ne suffit pas à ce degré, l'élever de 40, puis de 40 encore, et ainsi jusqu'à 100 et 150 kil., et même davantage. On peut augmenter la puissance à de longs intervalles; l'aide ne peut, en aucun cas, agir de la même façon. En adaptant aux mouffles une ou plusieurs poulies de réflexion, on peut à volonté changer le sens de l'extension, tout en maintenant sa puissance, ce que nous avons déjà vu ne pas exister avec des aides. Il faut, pendant ces changemens de direction, diminuer le pouvoir extensif en proportion de la force nouvelle appliquée à la poulie de réflexion. Le mode d'application donné par M. Sédillot n'offre rien de particulier et est depuis longtemps décrit dans les ouvrages anglais.

Les faits sur lesquels s'appuie l'auteur du mémoire sont au nombre de 6, 4 succès et 2 insuccès. N'oublions pas qu'ils ont tous trait à des luxations anciennes, et que toutes avaient en vain et plusieurs fois subi l'épreuve des aides.

Obs. I.—Une luxation en arrière datant de quinze jours, déclarée irréductible par plusieurs chirurgiens, est réduite par une extension de 150 kil. (novembre 1832).

Obs. II. — Une luxation du bras en avant datant de vingt-cinq jours, est réduite en douze minutes par extension de 100 kil. (novembre 1834).

Obs. III. — Une luxation d'humérus en bas et en avant datant de plusieurs mois, qui avait d'abord résisté à une extension de 150 kil. continuée huit minutes, a été facilement réduite par un autre effort tout à fait semblable, et exécutée quelques instans après le premier. (Service de M. Roux.)

Obs. IV.—Ici la réduction a été obtenue en présence de MM. Thierry, Nélaton, etc. C'était une luxation du bras en arrière datant de vingt jours, qui avait déjà résisté à plusieurs tentatives faites par les aides. Une extension de 150 kil. continuée pendant douze minutes en vint à bout.

Obs. V. — Insuccès. — En 1834, une femme du service de M. Lisfranc portait depuis sept mois et demi une luxation de l'humérus dans l'aisselle; plusieurs tentatives inutiles avaient été faites par des aides. A deux reprises différentes les mouffles échouèrent avec une force de 175 kil.; la douleur fut modérée; il n'en résulta aucune excoriation, aucun gonflement. On ne jugea pas prudent d'accroître l'effort extensif, en présence de l'âge et du petit volume des os de cette femme.

Obs. VI.—M. Breschet pria M. Sédillot d'appliquer les mouffles à un homme qui portait depuis cinq mois une luxation fémoro-ischiatique sans formation nouvelle d'articulation. On fit une saignée de deux livres, et on donna l'émétique, qui ne produisit aucun effet. L'effort extensif, quoique maintenu pendant vingt-sept minutes à 250 kil., échoua complètement. On n'osa pas augmenter la puissance de l'extension. Il ne résulta de cette opération ni gonflement, ni excoriation, ni ecchymose.

Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Gerdy, Roux et Hervey de Chegoin.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR LES MALADIES PUERPÉRALES; SUIVI DE RECHERCHES SUR L'AUSCULTATION DES FEMMES ENCEINTES; par Théodore Helm, D. M., ex-chef de la Clinique d'accouchement de Vienne, etc. — Paris, 1840. 130 pages in-8°. Chez Fortin, Masson et Ce, rue de l'École-de-Médecine, 17. Prix : 2 fr. 50 c.

ESSAI SUR LES MALADIES LES PLUS IMPORTANTES DES FEMMES. Première partie : FIÈVRE PUERPÉRALE; par R. Fergusson; médecin de l'Hôpital général des Femmes en couches, de Londres (en anglais). — 300 pages in-8°. Londres, 1840.

Les cas que l'on désignait généralement parmi nous, il y a quelques années, sous le nom de *fièvre puerpérale* sont si fréquens, ils se présentent ordinairement dans des circonstances si favorables à leur étude sous le rapport des causes, du développement des symptômes, de l'examen nécropsique et du traitement, que, s'il est une partie de la médecine qui semblât appelée à un état de certitude et de démonstration complète, ou eût dû l'attendre des maladies des femmes en couches, et surtout de la fièvre

puerpérale; et pourtant il s'en faut que les principales questions qui se rattachent à l'étude de ces maladies aient reçu une solution satisfaisante. Il est bien vrai qu'il y a peu de parties de la pathologie où l'on ait fait plus de conquêtes réelles, où l'on ait mieux étudié l'état des organes après la mort; mais ces connaissances ont-elles pour la pratique toute l'importance qu'on leur a attribuée? embrassent-elles réellement toute l'étendue de la maladie, ou ne se rattachent-elles qu'à une seule époque de sa durée, et à celle où les secours restent presque sans efficacité? C'est ce que nous allons examiner en rendant compte de ces deux ouvrages, que le hasard a mis en même temps entre nos mains, et dont les auteurs, parfaitement au courant des conquêtes les plus récentes de la science, sont cependant loin d'être d'accord sur les questions les plus importantes qui se rattachent à leur sujet.

Le premier de ces deux ouvrages, reposant sur des matériaux recueillis à la clinique d'accouchement de Vienne, n'est qu'un simple énoncé aphoristique des opinions des médecins les plus avancés de la capitale de l'Autriche sur les maladies puerpérales. L'auteur n'a point cité d'observations de maladies à l'appui de son opinion. Il regarde ces citations comme utiles dans les cas seulement où l'on doit étudier une nouvelle maladie; dans les autres cas, elles fatiguent inutilement le lecteur. Son travail, pour être présenté sous une forme dégagée d'observations, de citations et de longues discussions, n'en porte pas moins l'empreinte d'une vaste et sérieuse observation. On y reconnaît aussi l'esprit systématique qui, voulant ne rien laisser en-dehors du cadre adopté, force et entasse les faits dans une même direction; enfin, on retrouve dans son livre cette confiance presqu'illimitée dans les résultats fournis par l'anatomie pathologique, qui, après avoir régné longtemps chez nous, semble ne nous avoir abandonnés que pour envahir successivement les contrées éloignées.

Le travail du docteur Fergusson est aussi le résultat de nombreuses observations recueillies à l'Hôpital général des femmes en couches, de Londres; mais il ne s'est pas contenté de ces observations, qui, en grande partie, lui sont personnelles, il a consulté la plupart de celles qui ont été recueillies dans les pays étrangers, et surtout en France; il les a comparées les unes aux autres, et, tenant compte des circonstances où elles avaient été recueillies et des inductions que leurs auteurs en avaient tirées, il a étayé ses opinions d'une masse considérable de faits discutés et interprétés avec un grand soin. Avant de le suivre dans sa composition, disons d'abord que le médecin de Vienne n'admet pas de fièvre puerpérale; que, pour lui, chaque maladie puerpérale forme par elle-même un tout avec des lésions anatomiques déterminées, et qui est essentiellement différent de toutes les autres maladies puerpérales. Disons encore que, selon lui, toutes les maladies puerpérales sont inflammatoires, mais qu'elles sont souvent le produit d'un miasme qui peut prendre le caractère contagieux.

L'auteur anglais admet, au contraire, l'existence de la fièvre puerpérale et regarde les affections locales comme le résultat de la fièvre ou plutôt de la cause qui l'a produite. Les trois propositions suivantes résument et contiennent son opinion sur l'origine et la nature de la fièvre puerpérale :

1° Les phénomènes de la fièvre puerpérale dépendent d'une altération des fluides.

2° Les conditions propres à déterminer l'altération des fluides sont nombreuses à la suite des couches.

3° Les différentes formes de fièvre puerpérale ne dépendent que de cette seule cause, et en sont un résultat naturel.

Avant de suivre l'auteur dans le développement de ces trois propositions, nous devons faire connaître les quatre formes auxquelles il croit pouvoir rapporter toutes les maladies puerpérales admises et décrites par les auteurs, et dont il donne le tableau le plus complet qui en ait encore été fait. Ces quatre formes, que les noms sous lesquels il les a désignées suffisent pour définir, sont : 1° la fièvre puerpérale péritonéale; 2° la gastro-intestinale; 3° la nerveuse ou ataxique, et 4° la compliquée.

1° Le fait le plus important à remarquer parmi les effets de l'introduction artificielle d'une matière délétère dans la circulation, c'est que ces faits se montrent toujours, non pas invariablement, dans les organes et les tissus les plus rapprochés du point d'introduction. Ainsi, dans les expériences où les matières délétères ont été injectées dans les veines du col, c'est surtout à la tête et à la poitrine que se développent les accidens,

Les expériences de Gaspard et de M. Cruveilhier sur l'injection du pus dans le sang ont démontré que ce liquide délétère, injecté en petite quantité, détermine des troubles fonctionnels graves, mais non mortels, et qu'introduit en grande quantité, il amène la mort, ou détermine un état phlegmasique dans le tube digestif, dans les poumons, dans le péritoine, dans les yeux, enfin, dans les muscles ou les articulations, suivant que le pus a été introduit dans les veines de la partie supérieure du tronc, ou dans celles de la partie inférieure, et suivant qu'il a été introduit dans ces veines artificiellement, par l'injection, ou qu'il y a été produit par une inflammation.

On a commis, dans ces derniers temps, une grave erreur, en attribuant à la phlébite tous les accidens qui surviennent à la suite de la lésion mécanique des veines. Dans ces cas, l'inflammation de la veine n'est pas la cause essentielle, mais seulement la cause éloignée des symptômes formidables qui se développent. Il arrive fréquemment, à la suite de prétendues phlébites, terminées par la mort, qu'on ne trouve pas de traces d'altération dans les veines, ou seulement des altérations très peu étendues. Ce n'est donc pas à l'extension de l'inflammation vers le cœur, mais bien à l'action du pus sur le sang, avec lequel il est mélangé, que l'on doit attribuer les accidens et la mort. Si on compare les symptômes observés dans ces cas, on reconnaît qu'ils offrent la plus grande analogie, on dirait presqu'une identité complète, avec les différentes formes de la fièvre puerpérale. Non seulement les symptômes, mais les lésions encore sont identiques, quelle que soit la cause de l'infection purulente; qu'elle dépende d'une injection de pus dans les veines, ou de la formation du pus dans ces mêmes veines, ou qu'elle soit le résultat d'une opération chirurgicale ou d'une piqûre faite en disséquant. Les seules différences qu'elle présente dépendent beaucoup plus du point où la circulation a commencé à être altérée que de toute autre distinction essentielle dans la nature de la maladie. Dans la fièvre puerpérale, la lésion occupe le plus souvent l'utérus avec ses appendices; de là la fréquence de la péritonite, de la métro-péritonite et de l'altération des ovaires.

Dans les plaies faites en disséquant, la poitrine est la première affectée; dans les plaies de la tête, ce sont la tête et le foie, qui sont si intimement unis. Dans huit cas sur dix, de phlébite après la saignée, la tête et la poitrine ont été frappées d'inflammation; dans aucun il n'y en a eu du côté de l'abdomen. Dans tous il y a eu des dépôts purulens ou séreux dans les muscles, les tissus cellulaires, les articulations, les yeux, etc.

Les substances les plus propres à altérer le sang et à produire tous les phénomènes dont nous venons de parler sont d'abord toutes les matières animales putrides et plusieurs autres fluides animaux qui sont très délétères, bien qu'ils n'aient pas encore subi un commencement de putréfaction; tels sont le pus, la lymphe et surtout les exsudations récentes fournies par les séreuses enflammées.

2° Pour méconnaître que les causes propres à altérer le sang sont réunies et ont une grande intensité dans l'état puerpéral, il faudrait nier que les vaisseaux sont matériellement lésés et qu'ils sont en contact avec des matières nuisibles. Or l'assertion contraire n'a pas besoin d'être démontrée. La matrice après l'accouchement peut être comparée au moignon d'un amputé dont les vaisseaux largement ouverts absorbent lorsque la marche de la réunion est troublée les fluides sécrétés de mauvaise nature et les mêlent au sang.

3° La troisième proposition d'après laquelle les différentes formes de la fièvre puerpérale dépendraient, et par une induction toute naturelle, de cette seule cause, l'altération du sang, est celle dont la démonstration nous paraît offrir le plus de difficultés. Cependant nous avons déjà vu que les parties les plus rapprochées du point où s'opère l'altération du sang sont ordinairement affectées les premières; et si l'on suit avec attention toutes les expériences faites par MM. Cruveilhier et Gaspard sur l'altération du sang, on reconnaîtra qu'ils ont produit dans ces expériences tous les degrés et toutes les formes pathologiques qu'on observe en grand nombre dans la fièvre puerpérale depuis la simple sensibilité, sans altération appréciable de structure, jusqu'à la désorganisation complète. Les vaisseaux sanguins eux-mêmes ne restent pas inertes dans la lutte qui s'établit entre l'économie et les fluides altérés introduits dans le sang. Quand une veine s'enflamme, il se forme entre le cœur et le point enflammé un caillot qui intercepte la circulation du sang et prévient le mélange de la matière purulente avec la masse du sang; telle est probablement la cause qui limite si fréquemment les altérations locales dans la fièvre puerpérale au péritoine, à l'utérus et à ses appendices.

La seconde forme ou gastro-intestinale peut dépendre ou de l'action directe des fluides altérés ou secondairement de celle de la sécrétion du foie altérée elle-même.

La troisième espèce ou forme nerveuse paraît être le résultat de l'impression des fluides altérés sur les centres nerveux, impression qui n'est pas nécessairement inflammatoire, mais qui peut déterminer l'inflammation. Cette impression qu'on observe dans un certain nombre de cas d'empoisonnement, que Hunter avait désignée sous le nom métaphorique d'*alarme;* cette impression sur le système nerveux qui, dans les autres cas, n'est que passagère et est bientôt voilée par les symptômes spécifiques des

organes malades, reste dans cette forme le caractère principal de la maladie. On sait avec quelle rapidité la mort survient dans ces perturbations violentes du système nerveux. Si l'impression n'a pas été assez violente pour amener la mort promptement, les membranes du cerveau ou le cerveau lui-même ne tardent pas à s'altérer comme le font les autres organes dans les autres formes.

La quatrième forme ou la forme compliquée est produite, lorsque le poison, au lieu de se porter sur un seul organe, comme l'utérus ou le péritoine, où il épuise toute sa force, est répandu par la circulation sur plusieurs organes à la fois qui réagissent chacun suivant leurs lois, et donnent à la maladie un caractère de complication inextricable et une gravité au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Nous nous sommes efforcés dans cette courte analyse d'exposer l'opinion de M. Fergusson sur l'origine des différentes formes de la fièvre puerpérale; mais nous n'avons pu rapporter toutes les preuves sur lesquelles il appuie son opinion, et qui, si elles n'entraînent pas dans l'esprit du lecteur une conviction complète et immédiate ne permettent cependant pas de doute sur l'influence puissante de la circonstance à laquelle il rapporte l'origine de toutes les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale. Cette opinion qui attribue les maladies puerpérales à l'altération des fluides opérée à la surface interne et saignante de la matrice n'est pas nouvelle; mais jusqu'à ce moment aucun auteur n'avait rapproché avec autant de soin des expériences faites sur les animaux avec les matières putrides injectées ou mises en contact avec leurs chairs, les expériences que fait chaque jour la nature sur la femme nouvellement accouchée et qui se trouve dans les mêmes circonstances; ce rapprochement laisse encore, il est vrai, des faits bien importans sans explication; ainsi il ne nous apprend pas la cause de ces funestes épidémies qui certaines années frappent tant de victimes, pendant que durant d'autres années, on n'observe rien de semblable; il ne nous explique pas pourquoi dans ces graves épidémies les femmes enceintes sont quelquefois frappées des mêmes accidens que les nouvelles accouchées. Tontefois, c'est déjà un progrès remarquable d'avoir à peu près mis hors de doute que les nombreuses phlegmasies dont sont frappées les femmes nouvellement accouchées sont toujours précédées d'une autre maladie (l'altération des fluides) qui n'est pas constamment appréciable, mais qui, dans quelques cas, se développe seule et amène la mort en peu de temps.

L'une des conclusions les plus importantes de ce rapprochement et des connaissances qui en découlent, c'est que l'expression *fièvre puerpérale* n'est pas erronée, ainsi que l'ont prétendu les localisateurs modernes, puisque nous trouvons dans cet état morbide, comme dans les fièvres éruptives, une maladie générale ou une altération des fluides de l'économie, avant que la lésion locale ait commencé à se développer.

Une autre conclusion non moins importante que l'on devrait en tirer, c'est que le traitement de la fièvre puerpérale ne doit pas être le même que celui de la péritonite, de la gastro-entérite, de la métrite puerpérale. Quand une fois ces lésions ont commencé à se dessiner, elles exigent nécessairement un traitement local, et que M. Fergusson a décrit avec beaucoup de méthode et de justesse pour les deux premières formes sous lesquelles il reconnaît que se développe la fièvre puerpérale. Le point le plus important dans cette question, c'est la recherche d'un moyen propre à combattre l'altération des liquides, si bien démontrée par M. Fergusson; mais cet auteur n'en fait mention nulle part, pas même à l'occasion du traitement de la troisième forme, qu'on peut regarder comme la fièvre puerpérale idiopathique, ou sans lésion appréciable d'aucun organe. Il devait au moins faire connaître qu'aucun des agens thérapeutiques employés jusqu'ici ne possède cette propriété et signaler ce vide important dans nos connaissances pratiques. L'auteur anglais semble avoir ici oublié la partie la plus brillante de son traité, celle où il démontre le point de départ de la fièvre puerpérale et de tous les accidens qui viennent la compliquer, dans une altération du sang. Le docteur Helm n'a pas commis le même oubli, lorsqu'il avoue que « personne ne sait encore de quelle manière on peut mettre des bornes à l'entrée du pus dans le sang. » Celui qui aura trouvé le moyen rationnel ou empirique d'empêcher la résorption des fluides altérés des plaies ou de neutraliser leurs effets dans l'économie aura rendu un immense service à la chirurgie et au traitement des maladies des femmes récemment accouchées.

M. Fergusson, après nous avoir fait connaître quelques-unes des épidémies les plus funestes de fièvres puerpérales, et qui se renouvellent si fréquemment dans nos grandes villes, et avec tant d'intensité, que l'évacuation des hospices consacrés aux femmes en couches est souvent le seul moyen de les arrêter, pense qu'au lieu de réunir un aussi grand nombre de femmes dans la même localité, on devrait les disperser, soit dans des chambres séparées, soit plutôt dans des maisons différentes. Et alors, on verrait disparaître ces épidémies, qui souvent comptent presque autant de victimes qu'il y a de malheureuses dans ces grands établissements. Puisse son vœu être entendu de ceux de la volonté desquels dépend la destinée de tant d'infortunées! Ce vœu termine le travail le plus complet et à la fois le plus pratique que nous ayons sur les maladies puerpérales. De nombreux faits viennent à l'appui des assertions de l'auteur qui a mis à profit et ses propres observations, et tous les travaux de quelque valeur publiés sur le sujet.

Le traité de M. Helm, bien que très abrégé, est cependant complet; toutes les questions importantes y sont traitées en peu de mots, mais de manière à nous donner une haute opinion du savoir de l'auteur; quelques-unes même y ont reçu plus de développement que dans des ouvrages plus volumineux. Nous citerons pour exemple la scarlatine puerpérale, dont le docteur Fergusson ne fait pas même mention. M. Helm termine son travail par une courte dissertation sur l'auscultation des femmes enceintes, dans laquelle il présente quelques considérations intéressantes sur le pouls fœtal et le bruit placentaire, et sur les causes qui les produisent; sur la manière de les percevoir et sur les indications que l'on peut en tirer pour la pratique.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans votre numéro du 25 avril dernier, en citant une observation de *mutisme* produit par le sulfate de quinine, et recueillie par le docteur Ménage, vous regrettez que ce fait ait été observé chez une femme tourmentée par quelques accès d'*hystérie*, ce qui ferait douter de la réalité de la cause du mutisme. Les faits de ce genre sont loin d'être rares dans les pays chauds où règnent les fièvres intermittentes, d'une manière endémique, dans l'Algérie, par exemple, et je puis en citer un cas, qui, je crois, ne doit laisser aucun doute.

Obs. Madame B., âgée de 28 ans, brune, d'un embonpoint médiocre, jouissait d'une très bonne santé lorsqu'elle vint se fixer à Bone, en 1835. Pendant les années qui suivirent, elle éprouva plusieurs atteintes de fièvre intermittente, et la maladie céda chaque fois à l'usage du sulfate de quinine, convenablement administré. Le 15 août 1838, elle eut un accès qui dura de cinq à six heures; le mari de cette dame, craignant pour le lendemain un accès pernicieux, chose fort ordinaire en ce pays, administra de son chef à sa femme un lavement avec 36 grains de sulfate de quinine; l'accès ne revint pas, mais il resta du malaise, de l'agitation et un tremblement nerveux, résultat très ordinaire de l'administration du sulfate de quinine à haute dose; le mari, croyant reconnaître les symptômes précurseurs de la fièvre, fit renouveler le lavement, toujours avec la même dose de fébrifuge. Les accidens augmentèrent, une céphalalgie violente se déclara, accompagnée de bourdonnement dans les oreilles, le ventre devint douloureux et presque subitement la malade perdit l'ouïe et la parole, mais si complètement, qu'elle ne pouvait plus communiquer ses idées que par écrit.

Appelé presque immédiatement, je trouvai la malade dans une anxiété extrême, la face était rouge, vultueuse, les yeux injectés; le pouls dur, plein et vibrant; le ventre douloureux était le siége d'une vive chaleur. Incertain d'abord sur la cause de ces symptômes, dans un pays où la moindre erreur peut être si funeste, après avoir bien pesé les faits, je ne tardai pas à les attribuer à l'administration intempestive d'une trop forte dose de sulfate de quinine; je prescrivis l'emploi des emolliens et d'une potion légèrement anti-spasmodique; les accidens se calmèrent, mais la surdité et le mutisme durèrent soixante heures; la malade recouvra l'usage de ses sens après un sommeil très paisible.

L'habitude qu'ont les habitans de Bone de prendre, même dans les cas les plus simples, des doses énormes de febrifuge, tout au plus nécessaires dans les cas d'accès pernicieux, font souvent naître des accidens de ce genre.

Agréez, etc.

H. Goedorp,

Ex-médecin des hôpitaux de Bone.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 19. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 9 MAI 1840.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Maladies de la peau; ouverture de la clinique de l'hôpital Saint-Louis par M. Gibert. — Mémoire sur un réducteur mécanique. — II. Revue des Journaux de médecine italiens. Mémoire sur la nature, la vie et les maladies du sang. — Quelques cas de rupture de la rate. — Guérison radicale d'une hernie inguinale par la position horizontale, suivant le procédé de M. Ravin. — De l'emploi de l'onguent de belladone dans les hernies étranglées. — Expériences relatives à l'action du tabac sur les animaux empoisonnés avec l'acide arsénieux. — De l'efficacité de l'huile de coloquinte dans les névralgies, et spécialement dans les névralgies sciatiques. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 4 mai. — Académie de médecine : séance du 5 mai. — IV. Bibliographie. Clinique des maladies des enfans nouveau-nés. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. La Faculté de médecine de Rennes.

DERMATOLOGIE.

MALADIES DE LA PEAU. — OUVERTURE DE LA CLINIQUE DE L'HÔPITAL ST-LOUIS PAR M. GIBERT.

Il s'est trouvé des praticiens qui n'ont pas craint de dire, et un écrivain qui n'a pas craint de répéter que le grand ouvrage sur les maladies de la peau, d'Alibert, pourrait bien n'être, après tout, qu'un *roman orné de vignettes*: mais personne, que je sache, ne s'est avisé de révoquer en doute l'intérêt et l'utilité de l'enseignement pratique institué par ce professeur célèbre à l'hôpital St-Louis. Ecoutons à ce sujet les paroles d'un de ses élèves : « Il n'est aucun de mes compagnons d'étude qui ne se souvienne, avec un plaisir indicible, du temps où, assis comme à l'école de Platon, sous les tilleuls de l'hôpital St-Louis, nous écoutions attentivement le développement d'une doctrine pleine d'attrait. C'est là que les malheureux aimaient à se ranger, à se mettre en scène, pour entendre la description de leurs maux et des moyens les plus convenables à leur guérison. Les arbres de cet hôpital (disait alors le savant Corona) rendent des oracles plus certains que ceux de la forêt de Dodone : l'observation les annonce, et l'expérience les sanctionne. »

M. Gibert, médecin de l'hôpital St-Louis, connu par des travaux spéciaux et des cours pratiques sur les maladies de la peau, vient continuer aujourd'hui l'enseignement interrompu par la mort du fondateur.

Dans le même lieu où nous avons entendu jadis la parole facile et spirituelle du médecin de la cour, il vient à son tour parler le langage sérieux de la science.

Elève de M. Alibert et de M. Biett, ces deux gloires de l'hôpital St-Louis, si récemment éteintes, M. Gibert vient après eux payer à l'instruction des élèves et des médecins le tribut que tout médecin d'hôpital jaloux de répandre les lumières que sa position spéciale lui permet de recueillir.

Dès la première leçon, nous avons pu reconnaître que l'enseignement reproduit par M. Gibert aurait une couleur toute pratique, et par conséquent un intérêt tout spécial pour les médecins.

On ne saurait se dissimuler qu'Alibert était préoccupé avant tout du désir d'implanter profondément dans le sol, hélas! ingrat de l'hôpital St-Louis, son arbre chéri des *dermatoses*; tandis que Biett, opposant aux leçons de son ancien maître les progrès rivaux de la science d'outre-mer, se livrait surtout à des essais thérapeutiques qu'il s'efforçait de varier le plus possible.

M. Gibert, de son côté, nous a paru avoir pour but principal la propagation de toutes les connaissances usuelles et pratiques qui se rapportent au diagnostic, à la marche, à la durée, aux suites, et enfin au traitement des maladies de la peau, sans se préoccuper beaucoup du désir de faire prévaloir telle ou telle nomenclature, ou telle ou telle médication plus ou moins *héroïque*.

Feuilleton.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE RENNES.

La nouvelle que nous avons communiquée naguère à nos lecteurs, non sans hésitation, non sans regret, s'est promptement convertie en certitude : une faculté nouvelle s'élèvera à Rennes; ainsi le veut M. Cousin; le projet de loi qui consacre cette fondation a été porté à la chambre des députés; des crédits lui sont demandés, et comme une chambre française, si parcimonieuse qu'elle soit, se laisse émouvoir encore aux intérêts intellectuels, ces crédits seront votés; la création nouvelle surgira tout aussitôt sur la modique base d'un budget de 45,000 fr. Beaucoup de gens applaudiront à ce qui aura été consommé, les uns par habitude d'applaudir, les autres par instinct d'imitation; ceux-ci parce qu'ils confondent sous la dénomination générale de réforme la nouveauté mauvaise et la nouveauté utile; ceux-là parce qu'ils y trouvent leur compte, et que ce tout petit budget de 45,000 fr., tant petit qu'il semble, n'est pourtant ni impalpable ni incoërcible à leurs naturels instrumens de préhension.

Pour nous, notre opinion n'a point changé; nous l'avons émise naguère sous forme de réflexion sommaire; qu'il nous soit permis de la dilater en quelques lignes. Le nouveau ministre de l'instruction publique a rompu le lourd sommeil où s'affaissait, science et profession, cette médecine si dédaignée et si nécessaire; c'est un mérite que nous nous sommes empressé de reconnaître à M. Cousin; quelques actes, émanés de son administration commençante, nous ont paru dignes d'approbation; nous les avons loués; le tour de la critique suit de près celui de l'éloge; le décliner, serait manquer aux intentions du grand maître actuel qui n'entend point soustraire ses desseins et ses actes au contrôle de la discussion. Plus il a pris à cœur le remède du mal qui ronge la médecine, plus il nous importe de l'éclairer sur la valeur des moyens qu'il médite ou qu'il emploie pour l'amender, pour l'extirper. Nous croyons que l'érection d'une quatrième faculté est un surcroit de danger et de mal, bien loin de pouvoir être envisagée comme un premier gage des améliorations et des prospérités dont la pensée ministérielle charge notre avenir. Il est possible que beaucoup de nos confrères ne partagent point nos appréhensions et se réjouissent de voir s'agrandir les cadres de notre enseignement officiel; comment nous dissimuler d'ailleurs, à nous et à nos lecteurs, que des avis, partis des rangs supérieurs de la hiérarchie médicale, ont dû agir sur l'esprit de M. Cousin et le déterminer à la présentation du projet de loi qui fait nos sollicitudes et nos critiques? Tel est le caractère générique de toutes les situations où se trouve impliqué tout un corps de travailleurs; les inconvéniens qu'elle suscite, les souffrances qu'elle impose, sont universellement sentis; mais ce qui l'aggrave ou l'amende, ce qui la modère ou la précipite, tous ne le saisissent point par le même côté, tous ne l'ordonnent point dans la même direction : progrès pour l'un, reculade pour l'autre; profit à Rennes, détriment en France.

Pour donner une idée de la manière dont ce but a été rempli dans la première leçou, nous laisserons de côté la partie dogmatique de cette leçon, bien qu'elle offre aussi plus d'un point de vue usuel et pratique, pour nous attacher à mettre en saillie qnelques-unes des remarques générales dout l'examen des malades choisis pour exemples est devenn l'occasion. Nous u'avons pas le moins dn monde la prétention de reproduire textuellement les paroles du professeur, encore moins de nous astreindre an plan qu'il a suivi; nous nous bornons à indiqner en substance quelques assertious générales qui nous ont parn de nature à intéresser le commun des praticiens.

La *gale*, cette affection si commune, et, ce semble, si bien counue, devient cependant dans beancoup de circonstances une pierre d'achoppement pour le médecin qui n'a pas fait une étnde spéciale des maladies de la peau. Une éruption prurigineuse survient aux mains chez un individn d'ailleurs bieu portant; elle éveille à l'instant même à un haut degré l'attention du sujet et de tout ce qui l'entoure.

Le médecin consulté, novice en pathologie cutanée, ignore-t-il les caractères différentiels des éruptions d'*eczema simplex*, de *lichen*, d'*impetigo*, qui peuvent aussi se montrer aux mains? Il s'expose à porter le tronble et l'effroi daus une famille, à faire renvoyer un domestique, à priver un ouvrier de son paiu quotidien, en proclamant l'existence de la *gale*; il expose, en outre, le malade à voir les papules excoriées du *lichen agrius*, les vésicules de l'*eczema*, les pustules enflammées de l'*impetigo* se développer, se multiplier et s'étendre sous l'influence des topiques irritans employés pour combattre la gale. Est-il, au contraire, imbu de ces demi-lumières si communes au temps où nous vivous, et désireux de faire briller sou savoir? s'élève-t-il coutre la suppositiou de l'existence de cette maladie vulgaire, pour faire prévaloir celle plus scientifique et plus progressive, de la présence d'un *eczema* ou d'un *herpes* confondu à tort avec la gale? Il peut arriver que le snjet étant bien réellement galeux, voie son mal s'étendre et s'invétérer par le défant d'nn traitement spécial, et que les personnes qui l'approchent acquièrent, tôt ou tard, à leurs dépens et à la honte du médecin auquel elles avaient remis le soin de leur santé, la conviction de la nature coutagieuse de l'éruption. Que temporairement les caractères de cette éruption soient obscurcis par une circonstance accidentelle, telle que la complication de l'une des affections citées plus haut, le développement d'une maladie aiguë qui suspend pendant quelque temps la marche de l'éruption ou la supprime même tout à fait, le médecin le plus habile et le plus exercé peut commettre une erreur de diagnostic ou du moins éprouver quelque embarras et quelque incertitude. Enfin, il est des monomaniaques d'une espèce particulière qui se préoccupent à tel point de l'existence de cette maladie contagieuse, soit d'ailleurs (ce qui est le cas le plus commun) qu'ils en aient été atteints à une certaine époque de la vie, soit qu'ils aient coufondn avec elle quelques boutons insignifians (ce qui n'est pas très rare non plus), que rien ne peut détruire chez eux cette triste préoccupation et qu'ils réussissent parfois à faire partager leur erreur au médecin qu'une expérience suffisamment éclairée u'a pas mis en garde contre de pareilles suppositious.

Règle générale: la gale se caractérise par de petites vésicules pointues, claires, isolées, disséminées en petit nombre, dans l'intervalle des doigts, au poignet et sur la face palmaire des avant-bras, et l'on doit se tenir en garde contre toute éruption dans laquelle on peut, sur quelqu'un des points indiqués, constater de semblables caractères.

La gale se traite à l'hôpital Saint-Louis, tant à la consultatiou du dehors que dans les salles de l'établissement, par une méthode *spécifique*, la même pour tous les sujets.

Cette méthode consiste dans l'administration de bains *sulfureux*, pris tous les jours on tous les deux jours, et d'onctions faites deux fois par jour avec une pommade *sulfuro-alcaline*.

Les bains de l'hôpital sont préparés avec le sulfure de potasse. En ville, on se trouve mieux de l'emploi de l'hydro-sulfate de soude cristallisé (extrait ou *sel de Barréges* de Qnesneville), à la dose de 64 à 125 grammes par bain, avec addition à l'eau du bain, d'une solntion dans l'eau bouillante de 250 grammes de gélatine : ce bain représente aussi bien que possible, la composition du bain de *Barréges*.

La formule de la pommade sulfuro-alcaline adaptée à la pratique usuelle, peut être donnée comme il suit :

Prendre:	Axonge..........	gramm.	32,00
	Sous-carb. de potasse.	āā.	5,00
	Soufre sublimé........		

Ce traitement guérit la gale dans un espace de temps qui varie communément d'un à deux septenaires : il est bon de uoter que, dès les premiers jours, le malade cesse de pouvoir transmettre la contagion.

La *teigne* et surtout la *pseudo-teigne* est encore une de ces maladies vulgaires qu'il importe à tout praticien de bien connaître, et qui donne souvent lieu à bien des méprises.

Il n'existe, à proprement parler, que deux vraies *teignes*, et encore la seconde espèce n'est-elle pas admise par tous les auteurs.

La teigne, par excellence, ou le *favus*, de l'ordre des *pustules*, est facile à reconnaître à ses croûtes sèches, d'un jaune pâle, déprimées en godet, fortement enchâssées dans le tissu de la peau, exhalant une odeur *sui generis*, dite odeur de souris.

La teigne *furfuracée* (*porrigo decalvans* et *porrigo furfurans* de Bateman) a été niée à tort par M. Biett ; elle a été fort bien décrite dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 36, tom. VII), par M. le docteur Gillette.

Cette teigne, qui paraît, comme la précédente, susceptible de se transmettre par contagion, et qui entraîne aussi, comme elle, une *alopécie*, du moins temporaire, demande encore de nouvelles recherches : on doit la rapporter au *pithyriasis capitis* de l'ordre des *squammes*.

Mais, outre ces vraies teignes, combien d'éruptions squammeuses ou croûteuses du cuir chevelu peuvent survenir, soit dans l'enfance, soit dans l'adolescence, soit dans l'âge adulte, éruptions qu'il importe de ne pas confondre avec les précédentes. Les maladies dartreuses, qui sévissent communément sur d'autres régions du corps, peuvent, en effet, se montrer également au cuir chevelu et sont loin d'offrir les caractères des éruptions véritablement teigneuses.

Le genre *lepra vulgaris* est, comme les deux maladies que nous venons de nommer, une affection si répandue et si spéciale qu'il n'est pas permis au médecin d'en ignorer la nature, les signes, la marche et la durée. Souvent elle s'allie à un état de santé générale parfait ; quelquefois elle paraît héréditaire ; certainement elle n'est point contagieuse ; dans un grand nombre de cas, elle paraît sujette à récidives.

Dans l'exposé des motifs qui précède le projet de loi, nous cherchons vainement des considérations suffisantes, de véritables motifs à l'appui de l'institution qu'il consacre. M. Cousin se préoccupe du rétablissement, sous une moderne forme, du collége royal de chirurgie et du collége royal de médecine que possédaient autrefois les états de Bretagne; il rêve une université bretonne, et pour réaliser ce rêve dont Rennes doit être enchanté, il dote d'emblée cette ville d'une faculté de sciences et d'une faculté de medecine. Qu'est-ce à dire? Cette évocation des institutions provinciales s'accorde-t-elle avec les idées souveraines de notre époque, lesquelles reposent sur l'unité intellectuelle aussi bien que politique de la France? Vous voulez restaurer les universités, ressuscitez donc aussi les provinces elles-mêmes avec leurs états, et leurs gouvernemens, avec leurs taxes et gabelles, avec leurs us et coutumes; décernez donc des facultés de médecine à toutes les villes qui partagent avec Rennes la gloire d'avoir été des cités parlementaires, « où l'étude est en honneur, et où sont déjà un assez grand nombre de beaux établissemens d'instruction publique, » (termes de l'exposé des motifs, etc.) A ce prix, vous pouvez dire à votre création nouvelle: allez et multipliez-vous, car Toulouse, Bordeaux, Lyon, Blois, Tours, etc., présentent à votre appréciation équitable pareille somme d'avantages rétrospectifs et présens. Le centre politique de la France, Paris, le nord-est représenté par Strasbourg, le midi par Montpellier, possèdent déjà, ajoute M. Cousin, des facultés de médecine; il est juste que l'ouest ait aussi sa pépinière de docteurs; mais l'ouest a-t-il manqué, manque-t-il de docteurs, ou lui en faut-il d'une qualité spéciale et doués d'un goût de terroir breton? Si j'avais l'honneur de pouvoir occuper la tribune du Palais-Bourbon, je répondrais à M. Cousin, en temps utile de discussion, que précisément parce que le midi, le nord et Paris possèdent déjà des fabriques de docteurs, il n'y a pas lieu d'en improviser une de plus dans l'ouest; tout au contraire, qu'il y a lieu de supprimer une ou deux des écoles existantes, ou du moins de réprimer leur verve de procréation doctorale. Que Laënnec et Broussais se soient formés à Rennes, c'est ce que nous pourrions contester à l'auteur de l'exposé des motifs; mais encore, est-ce une raison pour y créer une faculté? Honorons toutes les villes qui ont vu naître ou mûrir dans leur enceinte les génies qui ont contribué à l'avancement des sciences en général et de la médecine en particulier; mais à leur faire aubaine de ce hasard et à les gratifier, chacune suivant l'illustration des noms qu'elles revendiquent, d'une institution scientifique en guise de monument commémoratif, n'y songeons pas. Qui a donné le branle au progrès médical de ce siècle? Bichat; vous savez le lieu de sa naissance; allez donc y bâtir une faculté, entre la maison du curé et celle du juge de paix. Enfin, nous dit-on, la population de Rennes se prête à cet établissement (je le crois bien); cette ville compte même un peu plus d'habitans que Montpellier « dont la faculté de médecine jouit d'une vieille et légitime renommée. » Honneur à Montpellier! ce n'est pas nous qui effeuillerons d'un doigt téméraire la couronne de sa vieille célébrité; nous nous sommes assis, disciple fervent, sous le large portique de cette école vénérable; mais les dissections y languissent, faute de cadavres; mais les cliniques qu'elle possède ne répondent par leur étendue ni aux besoins de l'instruction ni au nombre des élèves ni au talent des maîtres; Rennes, avec quelques centaines d'âmes de plus, remplira-t-il mieux cette double condition primaire de l'enseignement médical, malades et cadavres, cliniques et dissections? On nous énumère avec une fastueuse arithmétique le nombre des lits que renferment ou

C'est surtout contre cette affection squameuse que M. Biett, à l'imitation des médecins anglais, a vanté les préparations *arsenicales*. Mais, outre les graves inconvéniens attachés à l'emploi de ces substances vénéneuses, rien ne prouve jusqu'ici qu'elles aient réellement montré le degré d'efficacité et de supériorité qu'on s'est plu à leur accorder. Le genre *lepra vulgaris* ne cède pas mieux aux préparations arsenicales qu'à beaucoup d'autres médications bien plus innocentes. Il est surtout avéré que les cures obtenues sous l'influence, ou mieux, pendant l'administration de cette sorte de remèdes, ne sont pas plus que d'autres exemptes de récidives. Combien de fois n'a-t-on pas présenté, comme modèle de guérison par les solutions arsenicales de *Fowler* ou de *Pearson*, par exemple, des sujets qui n'avaient, en effet, subi que des cures palliatives, incomplètes, ou suivies d'une rechûte plus ou moins prochaine ? Qui ne sait qu'à l'hôpital St-Louis, comme en ville, il n'est pas rare de voir les mêmes malades, crus guéris radicalement par telle ou telle méthode vantée comme *spécifique*, se représenter à des intervalles de temps variables, toujours atteints de la même affection, qui s'est opiniâtrement reproduite?

M. Gibert a expérimenté dans ses salles un médicament nouveau que la GAZETTE MÉDICALE de cette année (n. 9 et 12) avait annoncé sous le nom d'*anthrakokali*. Préconisé comme *spécifique* dans les maladies de la peau les plus graves et les plus invétérées, par le docteur Polya, de Pest, ce médicament n'a pas jusqu'ici donné des résultats bien satisfaisans à l'hôpital St-Louis. Administré à l'intérieur, suivant le conseil et d'après la formule des docteurs Polya et Jacobovics, il n'a produit aucun effet appréciable. Appliqué à l'extérieur et uni à l'axonge, sous forme de pommade, il a paru agir comme stimulant et résolutif, à la manière des autres pommades alcalines. Il est juste de remarquer que, d'après les indications fournies par M. Jacobovics, le médicament préparé à Paris n'offrirait pas les mêmes qualités que celui préparé en Hongrie... Mais les principes de la chimie moderne ne sont guère favorables à cette prétention du médecin hongrois.

Les préparations *sulfureuses* qui composaient presque uniquement le bagage pharmaceutique d'Alibert (il y joignit et même y substitua souvent, dans les dernières années de sa pratique, l'application topique de la *pierre infernale*) sont encore aujourd'hui celles qui se montrent le plus utiles et le plus usuelles dans le traitement des maladies de la peau passées à l'état chronique.

Viennent en seconde ligne les préparations *mercurielles*; presque aussi anciennement usitées comme topiques que le soufre et ses composés; puis les préparations *iodurées* et *chlorurées* dont l'emploi est beaucoup plus récent.

La médication *purgative*, si bien appréciée par les savans praticiens du siècle dernier et si mal à propos répudiée de nos jours par le créateur de la médecine *physiologique*, convient à la plupart des sujets et constitue un accessoire indispensable dans le traitement de presque toutes les maladies cutanées chroniques.

Enfin, les bains salins, alcalins, sulfureux, les bains de vapeur, les fumigations sulfureuses et cinabrées, constituent le remède quotidien d'un grand nombre d'espèces, sans même qu'il soit besoin, dans plusieurs cas, de recourir à l'administration d'aucun médicament interne.

Mais, appelé pour traiter une maladie cutanée quelconque, le praticien ne saurait oublier que, dans ce cas comme dans tout autre, bien que fidèle à la parole sacrée du divin *Hippocrate*, le médecin doive toujours et pardessus tout s'efforcer de rendre la santé à son malade; cependant il n'est pas seulement mandé pour procurer la guérison, mais encore pour éclairer le malade et ceux qui l'entourent sur toutes les circonstances de son état. Il faut que le savoir et l'expérience de l'homme de l'art lui permettent d'embrasser d'un coup d'œil tous les élémens de cette *prognose hippocratique* si négligée de nos jours et qui est pourtant la base la plus solide de la science; il faut qu'il reconnaisse à quelle espèce morbide il a affaire, qu'il sache distinguer cette espèce de toutes les autres affections qui pourraient s'en rapprocher par le siége, la forme et l'apparence; qu'il dise si le mal est ou non susceptible de se transmettre par contagion ou par hérédité; s'il tient à une cause générale ou locale, s'il est accidentel ou constitutionnel, s'il est dû à des influences hygiéniques qui peuvent être modifiées, telles que le climat, l'habitation, la profession, le régime, etc. Le médecin doit encore prédire quelles seront la marche et la durée de la maladie, si elle est ou non susceptible de récidiver, quelles précautions seront à prendre pour se mettre en garde contre cette rechute. Or, en pathologie cutanée, pour arriver à un diagnostic et à un pronostic assurés, il faut nécessairement s'être soumis à une éducation spéciale qui ne peut être fructueuse qu'autant qu'elle a eu pour base l'observation attentive d'un nombre suffisant de malades. C'est précisément à cause de cette réunion d'espèces que l'œil peut embrasser dans leur ensemble, que l'enseignement pratique de l'hôpital Saint-Louis doit être précieux aux médecins; c'est aussi cette instruction spéciale que M. Gibert s'efforce dans ses leçons de communiquer à ses auditeurs.

M.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UN RÉDUCTEUR MÉCANIQUE; par M. le docteur MATHIAS MAYOR, de Lausanne.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez que je vous entretienne un moment d'un *réducteur mécanique des luxations du bras et de la cuisse*, qui doit faire suite aux articles sur les luxations que vous avez bien voulu insérer dans votre estimable feuille (voyez la GAZETTE MÉDICALE du 8 février 1840).

Vous savez, sans doute, que je ne suis pas trop l'ami des machines compliquées, et que je m'applique, autant que je le puis, à simplifier les moyens et les procédés chirurgicaux. Je crois, du moins, avoir fait mes preuves à cet égard, et je viens d'en donner une nouvelle encore, dans la GAZETTE MÉDICALE du 8 février 1840, en remplaçant les moufles, le treuil et cette foule de bras auxquels on croit être obligé d'avoir recours pour faire, comme on dit vulgairement, *des extensions et des contre-extensions violentes*; en remplaçant, dis-je, tous ces moyens compliqués par un *simple bâton*.

Mais j'ai imaginé dès lors, pour cette même réduction des membres

---

que peuvent contenir les hospices de Rennes, voire même l'hôpital militaire, comme si tous ces établissemens, distincts par leur origine, pivotant ceux-ci sur l'autorité militaire, ceux-là sur des fondations spéciales, devaient graviter dans l'orbite de la faculté à naître; à Montpellier aussi les hospices sont vastes et populeux; mais ils échappent en partie à l'action de la faculté; les cadavres des militaires qui succombent dans l'hospice Saint-Eloi où sont installées les cliniques de l'école sont refusés au scalpel des élèves : absurde mesure qui frustre une jeunesse studieuse de précieux moyens d'instruction! Voyez Strasbourg, presque deux fois peuplé comme Rennes; un immense hospice déroule aux yeux de ceux qui le visitent toutes les séries de cas morbides que peut embrasser l'étude pratique de la médecine : entrez dans les cliniques de la faculté : les lits sont comptés, le champ d'instruction est resserré dans les limites qu'il plaît à l'administration de fixer. Une longue polémique a remué récemment la presse de Strasbourg, à l'occasion des efforts tentés par le doyen pour l'agrandissement des cliniques, et, ma foi! l'organe le plus avancé de la publicité politique en Alsace a donné gain de cause aux prétentions absolues de l'administration, appuyée sur les précédens et les priviléges d'une fondation spéciale. Ainsi, au lieu de faire dresser le relevé des lits que renferment les hôpitaux de Rennes, M. Cousin aurait dû nous apprendre si l'université a d'avance obtenu des administrations locales les concessions et les facilités sans lesquelles l'enseignement pratique de la médecine ne pourra marcher.

Rien de plus dans l'exposé des motifs; arrivons au texte de la loi projetée, aux clauses qu'elle stipule. L'école secondaire de Rennes, métamorphosée en faculté, sortira de la ligne subalterne des écoles secondaires; mais elle ne sera pas encore une faculté comme celles de Strasbourg et de Montpellier; elle aura conquis le titre avec une partie des attributs qu'il comporte; mais le complément d'organisation qu'il exige est ajourné, à quelle époque? Le projet ne le dit point. Il y a des sciences, parties intégrantes de l'encyclopédie médicale, qui n'entreront pas dès l'abord dans le cadre d'enseignement de la faculté bretonne; il en est d'autres qui n'y seront admises qu'à la faveur d'une science congénère qui leur sert de protectrice et d'associée; la physique médicale, la chimie médicale, la botanique sont exclues; les élèves qui se sentiront quelque appétit pour cette triple étude iront la tenter à la faculté des sciences; à quoi nous objecterons l'argument déjà produit par l'un de nos confrères périodiques: ou bien ces branches scientifiques constituent des élémens logiques, nécessaires de l'éducation médicale, et il faut les introduire dans l'enseignement que vous créez; ou bien elles peuvent s'en séparer, et alors il convient de les supprimer également dans les autres facultés : ou bien le premier examen de médecine est identique à celui du baccalauréat ès-sciences, et il veut être aboli, ou bien il en diffère, et maintenez, créez les chaires auxquelles s'en rapportent les matériaux. La médecine opératoire partage le sort des sciences accessoires; comprend-on une pareille élimination, et qu'est-il besoin de broyer des argumens à l'encontre d'une semblable mesure? L'hygiène qui est accouplée à Strasbourg avec la physique, se mariera dans l'école de Rennes avec la médecine légale. J'entends dire que la médecine légale ressort d'une pratique tout à fait spéciale, émane d'un ordre de faits et de controverses qui n'ont pas une liaison nécessaire avec l'exercice normal de l'art, dont l'hygiène est en quelque sorte le prodrôme et la conclusion; mais que voulez-vous? On ne comprend pas encore en France toute la portée d'un enseignement hygiénique,

luxés, un appareil autrement simple, facile, commode et énergique, qui doit nécessairement trouver des amateurs : ce sont deux petites pièces en bois, de deux pieds environ de longueur, portant, à l'une de leurs extrémités, trois ou quatre traverses longues de deux pouces environ, échelonnées les unes sur les autres à trois ou quatre pouces de distance, et placées entre deux montans pareils à ceux qui terminent les béquilles actuelles. Cette extrémité là figure donc une petite échelle d'un pied environ de longueur, et ayant trois ou quatre échelons solides, longs à peu près de deux pouces. L'autre bout de ces machines, chez l'une, est arrondi comme un pommeau de canne, et chez l'autre, il figure un croissant semblable à celui d'une petite béquille.

La pièce qui finit en petite pomme est destinée à s'appliquer contre la voûte axillaire, et celle qui porte un croissant est réservée pour la région antérieure et latérale du bassin. L'une de ces pièces doit donc servir pour les luxations du bras, et l'autre pour celles de la coisse, et elles sont destinées à avoir pour effet immédiat tout à la fois 1° d'offrir toujours au levier ou bâton qui doit opérer les tractions un point d'appui commode et sûr par l'une de leurs extrémités et sur l'un des échelons, et 2° de retenir et repousser en même temps l'omoplate et la région iliaque antérieure par l'autre de ces extrémités.

Mon réducteur consisterait donc dans la combinaison de l'une ou de l'autre de ces pièces de bois avec le lien joint au bâton qui figure le levier du second genre et que vous connaissez déjà.

Mais revenons un instant et expliquons-nous mieux sur l'opportunité de ce double effet à produire ici : le *point d'appui* du levier destiné à tirer sur le bras ou le genou, et la *fixation* ou *répulsion* des os contigus et où sont placées les cavités glénoïde et cotyloïde.

Les tractions sur le coude et le genou avec notre bâton ou tout autre moyen seraient évidemment sans aucun résultat clinique, si elles n'étaient pas contre-balancées par la résistance du corps tout entier et en particulier par celle de l'omoplate et du bassin; car sans cette résistance ceux-ci seraient infailliblement entraînés dans le sens de ces mêmes tractions, et leurs rapports respectifs avec l'os luxé ne seraient nullement changés. Il faut donc pour qu'il y ait un effet produit par la force destinée à tirer que le corps ou du moins les os ci-dessus restent immobiles, pendant qu'on s'efforce à agir sur l'humérus et le fémur dans le but d'ébranler leurs têtes et de les éloigner du lieu qu'elles occupent par le fait de la luxation. Il doit, par conséquent, y avoir compensation entre les efforts de traction et ceux de résistance ou de répulsion, ou, comme on s'obstine encore à s'exprimer, entre l'*extension* et la *contre-extension*.

Mais cette compensation sera balancée très exactement si l'on fait agir le bout du bâton ou du levier sur le moyen même qui doit provoquer la résistance ou la fixation dont il vient d'être question, et qui se prononcera alors comme agent de répulsion. C'est que l'agent mécanique qui est destiné à tirer pressera par la position de son point d'appui précisément en sens contraire sur les objets qu'il importe d'écarter et qui obéiraient infailliblement aux susdites tractions, si l'on ne s'y opposait pas avec une force égale à ces dernières. C'est ce même effet répulsif qu'on cherche à produire tant bien que mal avec les divers agens contre-extensifs, et tout particulièrement avec les liens qu'on assujétit à un anneau scellé dans le mur; c'est là précisément aussi ce qui arrive avec mon réducteur. Ainsi donc lorsque l'une ou l'autre des pièces qui le composent sera placée, soit au fond de l'aisselle, soit sur la place antérieure et latérale du bassin, lorsqu'une cravate, pliée en nœud coulant, entourera le dessus du coude et du genou; lorsque ce lien aura été fixé au levier qu'on connaît, et lorsqu'enfin le bout de ce levier aura été placé sur l'un des échelons que j'ai décrits, il suffira de presser sur l'extrémité libre de ce bâton pour produire et varier, à l'instant même, à volonté et presque sans efforts, tous les effets qu'on peut attendre d'un moyen aussi énergique et si bien combiné.

Du reste, loin de pécher ici contre les règles de la simplicité, que je me fais un devoir sacré de respecter toujours plus, j'y suis resté fidèle avec cet instrument nouveau; car *fléchir*, *presser* et *tirer*, ces trois conditions premières et essentielles de toute bonne thérapeutique des luxations, je les accomplis dans un seul et même acte et par le même moyen. Et puis voyez de combien de bras et de lacs il nous dispense, même avec le simple bâton, s'il est question de la luxation de la cuisse! D'ailleurs si la pression est chose facile sur l'angle antérieur de l'omoplate, puisqu'il suffit dans ce but de pousser un corps arrondi contre la voûte axillaire, en revanche elle est plus ou moins difficile et embarrassante à obtenir sur le côté malade du bassin, lorsqu'il s'agit de tirer fortement sur la cuisse, et par conséquent (ceci est un point de la plus haute importance pour le succès) de *fixer* et de repousser avec une égale force la région pelvienne correspondante. Or l'on voit clairement qu'on est complètement maître de cette indication précise avec mon appareil de réduction.

Le levier lui-même n'offre, du reste, rien de particulier avec ce nouvel instrument, car c'est toujours un simple bâton qui figure ici en cette qualité; seulement, au lieu d'être terminé en pointe, le bout sera bifurqué ou échancré, ou bien il y sera pratiqué une entaille, une coche, afin de pouvoir être mis comme à cheval et fixé sur l'un ou sur l'autre des échelons et qu'il y prenne son point d'appui d'une manière facile, solide et sûre. En un mot, on tirera sur le membre avec le lien qui est fixé au levier, entre la puissance et le point d'appui, et on poussera en même temps et avec une égale force contre la voûte acromiale ou contre l'un des côtés du bassin, en prenant le point d'appui constamment sur la petite machine. Il y aura donc traction et répulsion simultanées au moyen du même levier; tout comme elle existe également avec le procédé de sir Ast. Cooper lorsqu'il fait tirer le coude et pousser en même temps contre l'aisselle avec le pied.

On voit, du reste, que, même au plus fort de ces tractions et répulsions inverses, les mouvemens de transposition ou de translation (l'abduction, l'adduction, l'élévation, l'abaissement, les mouvemens en rond et ceux de rotation) sont parfaitement libres et à la disposition de l'opérateur, et qu'il pourra les exécuter tous, au gré de ses désirs et de ses besoins. Or, ceci est très important et n'est pas facile avec les bras multipliés de plusieurs hommes, ni avec les autres moyens mécaniques connus, ni même avec le *simple* levier de second genre. Ici, en effet, le point d'appui est constamment représenté par un objet immobile et fixe; au lieu qu'il sera tout à fait mobile dans le réducteur, et qu'il pourra donc être incliné dans tous les sens et au moment même où la nécessité s'en fera sentir, pour exécuter les mouvemens divers qui sont requis dans toute réduction tant soit peu difficile.

On pourrait croire, au premier aperçu, que dix degrés de force, sup-

---

malgré les beaux cours de Hallé, de Moreau de la Sarthe, d'Andral; les élèves s'en occupent peu, et on corrobore leur indifférence pour cette étude essentielle en la mêlant tantôt avec la physique, tantôt avec la médecine judiciaire.

Jetez un coup-d'œil sur le personnel que le projet de loi promet à la faculté de Rennes, et vous serez surpris d'y trouver, d'une façon incidentielle, l'institution d'un nouveau degré hiérarchique dans le professorat médical; il y aura à Rennes: 1° des professeurs; 2° des professeurs-suppléans; 3° des agrégés; cette innovation contrarie nos idées sur l'organisation du personnel professoral des facultés; mais ce n'est pas assez pour la rejeter; nous voudrions la discuter, et, pour cela, il faudrait qu'elle n'apparût point, furtive et hasardée, dans un projet de loi dont elle n'est pas l'objet direct; entrerait-il dans les vues du ministre de rompre l'uniformité de constitution des facultés de médecine en France? Mais, récemment, il citait celle de Paris comme un modèle d'organisation; il la signalait à ce titre aux écoles de droit: à plus forte raison devra-t-il en reproduire l'économie intérieure dans les facultés médicales d'origine nouvelle.

Ainsi, soit par le nombre plus restreint des cours, soit par la situation des professeurs, la faculté bretonne restera en arrière de ses sœurs aînées; l'ancienne école secondaire n'aura guère fait que changer de nom et grossir les émolumens des titulaires actuels qui seront maintenus; déjà, par son organisation, la faculté de Strasbourg se présente dans un état d'infériorité vis-à-vis de celle de Montpellier; voilà donc une espèce de classement qui s'opère entre ces écoles, suivant la mesure de leurs attributions; il en résulte une prévention nuisible à telle de ces écoles, favorable à telle autre, et qui influe sur leurs destinées : or, cette inégalité de fortune et de développement réagit d'une manière fâcheuse sur le travail scientifique et sur l'éducation des élèves.

Les considérations qui précèdent ont peut-être quelque valeur; mais là ne gît point le principe de notre opposition radicale à toute création de faculté nouvelle, et le projet de loi présenté à la chambre nous paraît le précurseur d'une série de fondations analogues. L'unité du doctorat, en France, n'est point une chimère dont s'est entiché notre esprit; elle se montre à nous comme la condition première de la régénération médicale; les argumens abondent pour combattre la multiplication des facultés; le moins important n'est pas celui que nous fournit cette maladie de concours et d'ambition professorale qu'il faut neutraliser en partie plutôt que de l'exciter; il s'agite autour de chaque centre universitaire de la médecine une tourbe de savans factices qui ont pris pour règle de leurs travaux la stratégie expérimentale des luttes académiques, qui convertissent les méthodes d'instruction en de véritables exercices de sophistique médicale; mais nous ne voulons mettre en avant que ce besoin d'unité, d'harmonie, de vérité, dans les titres de l'investiture doctorale. Les docteurs des trois facultés actuelles du royaume forment trois classes de médecins; bientôt nous en compterons quatre. Il ne doit pas exister en France une école qui couvre de son indulgence plénière les ignorances et les incapacités rejetées par une autre; la candidature qui a trébuché à Paris au seuil du doctorat ne doit point pouvoir l'enjamber ailleurs en cinq pas; ayez en province des foyers de lumières médicales; qu'ils soient autant de phares allumés au loin, dans les départemens, pour guider et préserver; mais que Paris seul puisse conférer le diplôme : l'unité du doctorat, la commune origine du diplôme vaut à elle seule toute une réforme; elle exprimerait, dans l'or-

posés être employés, par mon réducteur, à tirer sur le conde, et dix autres à refouler simultanément l'angle acromial, représentent bien vingt degrés d'action sur un seul et même point et pour obtenir la séparation ou l'écartement de la tête de l'humérus de l'omoplate. Il n'en est rien cependant, comme le savent très bien tous ceux qui s'occupent de mécanique; car la moitié de cette force combinée est dépensée dans le but d'opérer la résistance nécessaire, en vertu de l'axiôme ou plutôt pour confirmer l'adage : *qu'il n'y a point de force là où il n'y a point de résistance*. C'est exactement de la même manière qu'il faut envisager l'anneau scellé dans le mur, qu'on voit à l'Hôtel-Dieu de Paris, ainsi que dans d'autres hôpitaux; et c'est encore de la sorte qu'il convient de juger la contre-extension opérée par quatre ou cinq hommes, lorsqu'il y en a un pareil nombre occupé à faire ce qu'on appelle l'extension.

On doit le dire, toutefois : il y a dans mon instrument une combinaison précieuse et d'une facilité et commodité remarquables; je veux parler de l'association de deux leviers simples, celle d'un levier du second genre avec un levier du premier genre, « union si intime que les deux leviers, pour tendre au même résultat, se pressent l'un sur l'autre et se donnent un mutuel secours, en se prêtant un point d'appui réciproque. »

Ainsi donc, lorsqu'on fait agir le réducteur pour tirer sur le fémur et l'humérus, c'est bien, en effet, un levier du second genre qui est là en fonction, car la résistance, placée entre le point d'appui et la puissance, se trouve dans le lien et dans l'effort qu'il doit produire en tirant sur le point qui résiste, c'est à dire sur l'os luxé. Mais si l'on reporte ses regards sur le second élément du réducteur, sur l'agent destiné à la fixation ou répulsion de l'une ou l'autre des cavités articulaires; alors c'est à un levier *du premier* genre qu'on a affaire, et qui nous présente, comme dans la balance, le point d'appui entre la puissance et la résistance. Le point d'appui est effectivement figuré par le lien fixé au bras ou à la cuisse, et la résistance est déterminée par la petite échelle qu'il s'agit d'appuyer avec force contre l'angle acromial ou sur la région iliaque antérieure et latérale du bassin.

Envisagés chacun séparément, ces deux leviers sont donc simultanément et alternativement de premier et de second genre; ils agissent, avec le même degré de force, l'un en tirant et l'autre en poussant, et la même somme de puissance qui les anime se reporte également sur l'un et sur l'autre.

Cependant, les rôles respectifs de ces deux leviers seront intervertis par la combinaison suivante : si l'on fixe le lien à l'extrémité du bâton, ce qui pourra avoir lieu pour réduire certaines luxations du fémur, et si l'on prend le point d'appui sur l'un des échelons, cette fraction du réducteur se trouvera être par là un levier du premier genre, tandis que l'autre partie deviendra, par ce même fait, un levier du second genre, et que, par conséquent, l'une ou l'autre auront changé de mode d'agir, sans cesser toutefois de réaliser, comme réducteur, les vues du chirurgien.

S'il s'agit, du reste, d'apprécier la force de cet instrument, je dois dire que, pour ce qui concerne le dynamomètre, celui-ci pourrait bien être une précaution inutile avec mon réducteur, attendu que, grâce aux flexions préliminaires du membre, à la manière plus directe et plus convenable avec laquelle la résistance s'opère avec mon levier, à son point d'appui portatif et mobile; et grâce surtout aux mouvemens divers et à ceux de rotation forcée de l'os luxé sur son axe, sur lesquels j'insiste tout particulièrement et avec raison; grâce, dis-je, à cette facile combinaison de moyens rationnels, il est presqu'impossible que les tractions et répulsions puissent être portées au point de devenir funestes, et, par conséquent, de devoir être graduées et pesées exactement. Il suffit que l'opérateur ne soit pas dépourvu tout à fait de bon sens et de jugement, pour qu'il évite des bévues et un luxe déplacé d'instrumens tout au moins superflus.

Si quelques-uns des appareils mécaniques et compliqués qu'on a conseillés pour la réduction de certaines luxations méritent peut-être le reproche d'agir avec une force, en quelque sorte, aveugle et plus considérable qu'on ne le désirerait, on ne saurait les adresser aux simples leviers, et encore moins à ceux que je propose ici; car on verra, par une observation que je rapporte plus bas, et on peut se convaincre, par des essais sur le cadavre, et au moyen d'un dynamomètre, qu'un bâton de deux pieds est amplement suffisant pour déployer la force nécessaire à la plupart des réductions, lorsque surtout le point d'appui et la résistance sont très rapprochés l'un de l'autre, et que l'individu chargé de la puissance est doué d'une certaine énergie musculaire. Or, la mécanique enseigne qu'on ne peut pas aller bien loin avec un levier de pareille dimension; et si l'on objecte que la force d'un homme est indéterminée, la même objection pourra être appliquée à la méthode ordinaire de réduction, où l'on ne fait usage que des bras d'un ou de plusieurs individus, *plus ou moins forts*. Mais il est assez inutile d'élever, dans la pratique, des difficultés sur ces *à peu près* dynamiques.

Mon fils, auquel je dois ces dernières réflexions, et qui vise également à la simplicité des appareils chirurgicaux, m'a fait observer, au sujet du mien, qu'il n'est point nécessaire de *deux* pièces de bois distinctes pour servir de point d'appui au levier et pour repousser l'omoplate et le bassin; car, ajoute-t-il, puisque toute la différence entre ces deux machines consiste en ce que l'une est terminée d'un côté par une petite boule, et, de l'autre, par un croissant, il suffira d'un arrangement bien simple pour fixer, à volonté, sur une seule et même pièce, et suivant qu'il s'agira du bras ou de la cuisse, tantôt un petit pommeau et tantôt un croissant. Le premier pourra faire corps avec la petite échelle, comme devant servir le plus souvent au praticien, et le dernier y sera adapté, dans les cas rares de luxations du fémur.

Ce moyen commode, facile à manier et à construire par tous, d'un résultat assuré, et qui est loin d'inspirer le moindre effroi aux patiens, puisqu'il ne se présente jamais avec un déploiement imposant et manifeste de force, de contrainte et de *torture*; ce réducteur, dis-je, devra donc prendre rang parmi les instrumens dont il sera difficile de se passer. Il se montrera avantageux, surtout lorsqu'on manquera d'aides suffisans et intelligens, puisqu'une femme et même un enfant pourront suffire au chirurgien dans la plupart des cas. Ceux-ci, d'ailleurs, soit qu'ils appartiennent à la catégorie des luxations récentes et difficiles à réduire, soit, et à plus forte raison, qu'ils relèvent des luxations anciennes, ne sauront être attaqués avec plus de chances de succès, qu'avec ce puissant levier et avec les heureuses combinaisons qui lui sont propres. (Voyez à la fin de cette lettre le résumé général de ce travail.)

Je dois cependant prévenir une objection. Cet instrument, dira-t-on, n'est pas à la disposition de tout le monde, et ne se trouvera pas précisément sous la main au moment même où l'on pourra en avoir un pressant besoin. Mais, en supposant, ce qui n'est pas, qu'il soit difficile et

---

dre scientifique, les idées de centralisation et d'uniformité qui ont poussé avec une si grande vigueur à travers nos législations politiques et civiles, et qui ont amené, dans d'autres sphères d'activité publique, des résultats si féconds, si précieux. Il nous plaît de contenir toute notre opposition au projet de loi breton dans un principe, et c'est à nos yeux le principe vital de la médecine, envisagée comme science et comme profession, que l'unité du titre doctoral; mais le projet de loi laisserait plus d'un lambeau aux épines d'une véridique discussion sur les conséquences qu'il peut avoir sous le triple rapport de la science, de l'enseignement et de la pratique.

Qu'attend la science de plus de la faculté bretonne que ne lui a donné l'école secondaire? Si un autre Broussais, si un autre Laënnec sommeille au sein de la vieille Armorique, s'éveillera-t-il plus vite à la voix d'un professeur de faculté que d'un professeur d'un rang inférieur? La manifestation de quelques esprits d'élite que la Providence a chargés de donner à chaque science pour auxiliaires ou pour initiateurs n'est point liée à des établissemens qui sont dépourvus de vie propre, et qui se composent d'un budget, de réglemens, de formalités, de cérémonial, de toques, de robes, bien plus encore que de génie et d'inspiration. L'enseignement médical brille dans un petit nombre de chaires des facultés existantes; ailleurs, il a besoin d'être sustenté, et au lieu de porter vers ce qui défaille vos moyens d'action et d'aide, vous les dispersez sur une étendue plus grande, vous appauvrissez la sève professorale, en l'appelant à circuler dans un plus grand nombre de tiges et de rameaux. Enfin, la pratique, elle aussi, défaille et succombe; l'impôt que la médecine peut prélever en France se dissipe entre un nombre immense de mains qui le perçoivent à l'envi, tumultueusement, faméliquement; la Bretagne est exploitée avec la même avidité que les autres provinces, et lui octroyer une fabrique de docteurs, c'est susciter aux existences médicales qu'elle abrite et qu'elle nourrit à peine un surcroît de gêne et de militante sollicitude; c'est organiser la déception et la misère avec accompagnement de parchemin et d'orgueil diplômé.

Nous votons contre le projet de loi.

M. L.

— M. Bégin, professeur de la faculté de Strasbourg, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville, est nommé à l'emploi de chirurgien en chef, premier professeur au Val-de-Grâce; sa promotion à ce poste important de la chirurgie militaire laisse vacante, à la faculté de Strasbourg, la chaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

M. Alquié, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, vient d'être promu au grade de médecin principal d'armée.

— M. Sodan, professeur du Val-de-Grâce, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, en remplacement de M. Hénot, qui passe en son grade à l'hôpital de Strasbourg.

long à préparer, et qu'on ne puisse pas absolument renvoyer la réduction au-delà d'une heure ou deux que pourra exiger, tout au plus, sa facile construction, voici comment on devra le remplacer :

Ici, mon cher confrère, vous allez me plaindre, tout de bon sans doute, et me croire atteint, décidément, de la monomanie des moyens simples, et peut-être des *simples* eux-mêmes. Que croyez-vous, par exemple, que j'aille prendre pour obtenir ce remplaçant si désirable de mon réducteur, et qui est destiné à produire un résultat aussi extraordinaire que brillant? Hélas! ce qui touche peut-être à ce même balai dont je viens de détacher le manche pour constituer mon levier! *Horresco referens!* car c'est bien alors qu'on ne manquera pas de dire que je ne fais, tout au plus, *que de la chirurgie de cuisine!* et que je suis sous la fatale influence de la *bosse de la simplicité*. Eh bien soit! je ne m'en défends pas. Oui vraiment! car c'est *une petite bûche de bois* qui va me donner dans l'œil!

Rassurez-vous, cependant, car cette bûche est et sera toujours, sans contredit, le meilleur de tous les moyens propres à constituer un réducteur de premier ordre, et je lui donne hautement la préférence sur mon réducteur-modèle.

Voyons plutôt.

Cette bûche aura deux pieds environ de longueur; on l'arrondira par un bout, s'il s'agit de la luxation du bras; et on la rendra légèrement concave, s'il est question de la luxation de la cuisse. L'autre bout sera creusé ou sillonné, de manière à recevoir l'extrémité du levier, et on l'ajustera de telle sorte, qu'il puisse entrer et se fixer solidement dans cette partie du morceau de bois, et y prendre un appui convenable et ferme. Tout le reste se passera alors, comme je viens de le dire à l'occasion du réducteur-modèle, et vous pouvez vous en convaincre sur-le-champ et au coin même de votre feu. Seulement, je dois rappeler qu'ici, tout comme avec mon premier réducteur, il importe de placer entre le bois et les téguments une couche suffisante de coton, de laine, de linges souples, etc.

Ici, encore, mon fils m'a donné un bon conseil : c'est de former ces points d'appui au moyen d'entailles *grossières*, pratiquées sur la bûche, en les établissant les unes au-dessus des autres, comme dans la crémaillère, afin d'imiter les traverses de mon réducteur primitif, et d'avoir, au besoin, la facilité de varier et de mobiliser le siége du point d'appui. Nous avons à l'instant fait venir un menuisier, qui a parfaitement saisi notre affaire, et qui m'a rapporté, peu d'instans après, la pièce ci-jointe, préparée ainsi que je lui recommandai précisément, *à coups de hache et de scie*. N'allez pas vous en chauffer les pieds, mon cher confrère, avant de lui avoir accordé un de vos regards scrutateurs, et de vous être extasié *sur cette belle production du génie*.

Avais-je tort, maintenant, de vous dire que cette bûche ainsi préparée, que ce réducteur mécanique si lestement improvisé, va au but tout aussi bien que l'autre, et qu'il pourra lui être préféré?

Quoi qu'il en soit, je prends la liberté de vous envoyer un *specimen* de l'un et de l'autre de ces réducteurs. Personne ne peut, mieux que vous, en apprécier l'effet et la portée; car il fait partie de ces moyens mécaniques dont vous savez faire un si grand usage. Il vous suffira, pour juger et sur-le-champ le moyen proposé, d'appliquer sur le coude du premier venu un mouchoir ou une serviette pliés en cravate et en forme de nœud coulant; de nouer les deux bouts de celle-ci sur votre canne; d'appuyer l'extrémité de cette dernière sur l'un des points saillans de la bûche, après en avoir placé le bout arrondi dans le creux de l'aisselle; et, enfin, de presser sur l'autre extrémité de votre bâton, en assimilant celui-ci à qu'il est en effet maintenant, à un levier du second genre.

Ce n'est pas, du reste, avec vous, mon cher confrère, qu'il convient d'entrer dans de pareilles explications de détail; car vous avez saisi mon moyen du premier coup-d'œil, et vous irez plus loin, je gage : vous l'exposerez et l'expliquerez, de ma part, à vos nombreux élèves, et vous en ferez, j'en suis sûr encore, de faciles applications dans la spécialité que vous illustrez. Quoi de plus commode, en effet, pour accomplir certaines inflexions qui demandent l'emploi de quelque force? Quoi de plus simple et de plus énergique pour faire céder graduellement des résistances opiniâtres?

C'est à peu près de la même manière qu'agit la *presse mécanique*, dont vous ne faites pas assez, ou, pour mieux dire, pas encore usage, et qui est figurée sous les chiffres 92, 93 et 94 de mon nouveau système de déligation, édition de Germer Baillière. Cet instrument me sert à masser, assouplir, comprimer et repousser les gibbosités latérales, qui sont constituées par les déformations ou subluxations vertébrales, et surtout par le soulèvement consécutif des côtes, celui-ci étant produit lui-même par l'incurvation de ces dernières. Cette presse tire, d'un côté, sur la hanche, si celle-ci a besoin d'être ramenée vers la ligne médiane, et refoule, en sens inverse, la convexité costo-scapulaire qui se trouve du côté opposé.

Quoi donc de mieux indiqué pour produire ces *extensions* et ces *contre-extensions*, auxquelles vous semblez tenir encore, et qui ne sont pourtant en réalité que des résistances ou des pressions d'un côté, et des tractions ou des *contre-pressions*, de l'autre? Mais nous aurions tort, mon cher confrère, de nous brouiller pour des mots, quelque mal-sonnans qu'ils puissent nous paraître, quand nous sommes d'ailleurs si bien d'accord sur les choses; car, vous le savez : *Anchio son pittore!* Ce qui vent dire que je suis à même d'admirer vos travaux scientifiques et techniques.

Ainsi donc, je vous permets de faire de l'*extension* et de la *contre-extension*, tant que vous voudrez, avec mon instrument surtout, pourvu que vous ne trouviez pas mauvais qu'à mon tour je *comprime* et *fixe* certaines parties, dans un sens, tandis que j'en *tirerai* ou *comprimerai* quelques autres, dans un sens différent, et le tout *en vue de les étendre*. Vous le voyez, mon cher confrère, il n'y a, entre nous, que cette seule petite différence : c'est que vous vous avisez de faire de l'*extension* et de la *contre-extension* quand même, pour produire l'*extension* ou non des membres, et TIREN dessus; au lieu que je *tire et presse*, tout bonnement, et sans tant de façons. Bagatelle! assurément, quand il ne s'agit *que* de science et du langage précis et clair dont elle aime à se parer. Et puis, il faut bien le dire encore, la langue française est *si pauvre*, et les Français *si peu exigeans*, qu'on peut bien se permettre, par ci par là, quelques petites licences, et certaines locutions sangrennes, quand, d'ailleurs, *elles ne font de mal à personne*.

Mais, dira-t-on peut-être, d'un air superbe et satisfait : L'expérience a-t-elle prononcé sur votre instrument? En a-t-il reçu la sanction indispensable? N'est-il pas plutôt une de ces conceptions aventureuses dont l'imagination vagabonde de certains faiseurs nous encombre chaque jour? Fi donc!

Laissons là ce moyen, et gardons-nous surtout de *l'essayer*, avant qu'il ait été admis généralement dans la pratique chirurgicale.

Voilà, mon cher confrère, comme on ne manquera pas de raisonner après la lecture de cette lettre. Personne ne voudra essayer mon réducteur, quoique tout le monde sache bien qu'il y a pourtant quelques petits pas à faire encore avant d'arriver à la perfection des procédés et des moyens thérapeutiques des luxations.

Mais chacun se tiendra sur une prudente réserve et attendra patiemment que l'observation clinique ait prononcé, *maintes fois*, au moins, *dans cent cas différens*. Conciliez, si vous pouvez, mon cher confrère, ce que cette conduite a d'étrange et de *réfractaire* avec les connaissances brillantes que possèdent ces mêmes savans, et expliquez-nous, en outre, s'il vous plaît, comment il arrive QU'EN CHIRURGIE, et de nos jours encore, un moyen soit généralement adopté et fasse fureur, alors même qu'il ne peut soutenir le plus léger examen de la critique. Et qu'un autre, qui satisfait pleinement à toutes les exigences théoriques et pratiques, ne puisse être essayé, et soit mis impitoyablement à l'index par la presque généralité des praticiens. N'est-ce pas là ce qu'on flétrit, partout et avec raison, du nom d'*empirisme et de routine*? Or, je vous le demande, ce genre peut-il convenir à la dignité des chirurgiens du dix-neuvième siècle?

Permettez-moi, mon cher confrère, à cette occasion et avant d'aller plus loin, de faire ici ce qui m'a passablement réussi dans mon mémoire sur la thérapeutique des luxations; c'est-à-dire de recourir, par la pensée, à un simple mécanicien, et de lui demander ce qu'il aurait fait, à ma place, pour doter la chirurgie d'un instrument bien simple et propre à réduire les membres luxés. Je vous rappellerai d'abord ce que j'ai avancé dans un article publié le 28 octobre dernier, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, savoir, que ce qui distingue la médecine de la chirurgie, c'est que celle-ci relève *entièrement* de la mécanique, et qu'un habile artisan, aidé d'un anatomiste et d'un physiologiste de *médiocre* portée, pourrait, sans même être praticien, indiquer parfaitement tous les moyens et procédés à mettre en usage *dans toute espèce d'opération chirurgicale*.

Eh bien! voyons ce que ce même artisan m'indiquera si je le consulte, au sujet d'un moyen, je le répète, *tout simple* à établir pour suppléer à la force des machines *compliquées* ou pour remplacer la multiplicité des bras humains lors de la réduction des membres luxés. Si je lui demande, par exemple, comment il s'y prendrait pour déplacer une lourde pièce de bois ou de pierre, il me montrera aussitôt un levier de second genre placé *derrière* cette masse, pour la soulever et la pousser en avant. Mais si je lui dis que je ne veux pas qu'il agisse en poussant par derrière, et qu'il doit arranger son moyen de manière à le faire *tirer* par devant; nul doute alors qu'il ne l'ajustera exactement comme je le fais moi-même pour

le bras et la cuisse, en entourant d'une chaîne ou d'une corde l'objet en question.

Et si j'ajoute ensuite : quel serait le moyen d'écarter, l'un de l'autre, *deux* de ces mêmes blocs lorsqu'ils se toucheraient? Il croira que je me moque de lui; car la chose est si simple et si élémentaire que le plus niais la connaît. Cependant il placera à l'instant le bout de son levier en fer entre les susdites pièces, et en pressant dessus, comme moi sur mon bâton, il fera avancer l'une et reculer l'autre, en prenant son point d'appui, tantôt sur la première et tantôt sur la seconde. Or, c'est là précisément ce qui arrive avec mon réducteur; seulement je suis obligé, moi, de placer un intermédiaire (ma crémaillère) entre les deux objets que je cherche à écarter l'un de l'autre; attendu que je ne puis pas, comme l'ouvrier, appuyer le bout de mon levier directement et immédiatement sur l'omoplate ou le bassin.

Vous voyez donc, mon cher confrère, que je ne cherche pas trop à exalter le *sublime* de ma découverte, puisque j'en fais honneur ici, en quelque sorte, au simple bon sens d'un homme assez vulgaire. Mais cet *ouvrier* tout grossier que je veuille le supposer différera toutefois du tout au tout de l'illustre académicien, du professeur célèbre, de l'habile clinicien et du praticien distingué sur ce point important: c'est qu'il ne doutera nullement de l'effet heureux que devra produire son moyen, tandis que les notabilités ou sommités susmentionnées ne croiront à son efficacité, et ne voudront l'admettre au nombre de leurs agens privilégiés, qu'autant qu'elles (ces notabilités, ces illustrations comme on dit) l'auront vu fonctionner, ou qu'il aura fait ses preuves, dans maintes et maintes circonstances, et que celles-ci auront été soigneusement contrôlées, enregistrées et dument observées et rapportées dans des journaux ou des ouvrages classiques et encore par des personnes dignes de foi. Telle est bien la marche ordinaire en pareille matière.

Or, ce mode d'investigation, pour arriver à des convictions *chirurgicales*, est souverainement mauvais. S'il peut et doit convenir aux médecins proprement dits, parce qu'il leur est impossible de rien décider *à priori*; en revanche, toute voie d'empirisme, toute recherche et expérimentation faites au hasard doivent être interdites aux chirurgiens. C'est qu'il est réservé à ces derniers d'aller puiser leurs inspirations dans les lois immuables de la mécanique, comme à une source pure et intarissable, d'où jaillissent, *nécessairement*, tous les objets brillans et précieux dont ces hommes de l'art peuvent avoir besoin.

Mais, direz-vous, ces déductions-là sont oiseuses et tiennent, d'ailleurs, évidemment du déclamateur. Gardez-vous, mon cher confrère, d'un pareil jugement, car vous le prononceriez, comme tant d'autres, sans y avoir réfléchi, et ce rôle est indigne de vous. Et d'abord, rien n'est moins contestable que ma proposition; si bien que, depuis que je l'ai émise, je n'ai pu trouver *une seule* exception à cette loi. Aussi, je vous défie de me citer une opération chirurgicale *quelconque*, si délicate et si complexe que vous voudrez la supposer, que je ne puisse, à l'instant même, rapporter aux principes les plus élémentaires de la mécanique. Essayez, je vous prie, de me mettre à l'épreuve, et je vous promets une réponse par le retour du courrier. Faites mieux, et allez tout droit chez un artisan: posez lui le cas en termes intelligibles; et vous verrez qu'il n'hésitera guère à résoudre les difficultés de votre programme et à satisfaire à vos exigences et à vos objections si elles sont justes.

Or si ces assertions sont fondées, quelle en sera la portée clinique pour les chirurgiens? C'est que laissant là les sentiers étroits, tortueux, hérissés d'obstacles et en quelque sorte *labyrinthiques* de l'observation pure et empirique qu'ils parcourent de concert avec les médecins afin d'avancer leur art, les chirurgiens ne marcheront plus désormais que dans la voie large et sûre de la mécanique: ils invoqueront constamment les secours de celle-ci comme d'une mère éclairée et tendre qui s'empressera toujours d'accourir à leurs accens.

Croyez-vous, par exemple, mon cher confrère, que si les chirurgiens se fussent placés sur ce terrain, ils eussent été quarante siècles et plus à tomber sur mon réducteur, ou si vous aimez mieux à découvrir et perfectionner la lithotripsie? Non! mille fois non! car si cette opération *toute mécanique* n'existait pas encore, elle pourrait être formulée très exactement par tel *ouvrier* intelligent et même *en assez peu de jours*. Pour vous convaincre de cette vérité, essayez de lui poser nettement l'état de la question; dites-lui qu'il y a dans la vessie un corps *friable*, qu'il s'agit d'écraser et de réduire en petites parcelles; indiquez-lui qu'il existe une voie facile et sûre d'arriver jusqu'à lui; déterminez les dimensions et la direction qu'a ce canal, etc., etc., et vous verrez que cet ouvrier *mécanicien* vous fournira successivement les meilleurs instrumens, et vous donnera les conseils les plus sages pour arriver à votre but.

Cela est si vrai que le broiement de la pierre n'est arrivé à l'état où il se trouve aujourd'hui que par les inspirations successives des hommes de l'art, qui se trouvaient avoir le génie du mécanicien, et qui se sont éclairés davantage encore sur ce sujet, *dans le cabinet même de ce dernier*. J'invoque à cet égard le témoignage des Gruithuisen, Amussat, Civiale, Leroy, Jacobson, Henteloup, Ségalas et de tant d'autres heureux et habiles lithotripteurs. Qu'il nous disent donc s'ils ne pourraient pas répondre, eux aussi, à certaines questions qu'on leur adresserait touchant le mérite de leurs inventions. Oui.... *avec mon teinturier!* (1) Et je leur demanderai encore: si ce n'est pas en se rapprochant toujours plus des lois de la mécanique, et en cherchant surtout à *simplifier* leurs moyens, qu'ils sont parvenus aux brillans résultats que nous connaissons tous? Voilà, me direz-vous, une opération qui n'a rien de bien délicat, et qu'on pourrait même appeler *grossière*, puisqu'elle ne s'exécute qu'avec de très gros instrumens; mais, ajouterez-vous sans doute, que fera votre artisan en face d'une *cataracte*, par exemple? Ce qu'il fera, je vais vous le dire : sachant, par les rapports de l'anatomiste et du physiologiste qu'il aura le bon esprit de consulter, que c'est un corps opaque et en quelque sorte *isolé* qui empêche les rayons lumineux d'arriver au-delà de la pupille, il vous dira sur le champ *qu'il faut l'ôter ou le faire disparaître*. Et si vous le pressez sur les moyens à mettre en œuvre dans ce but, il ne tardera pas à indiquer tour à tour *tous* ceux dont on fait usage pour opérer la cataracte. Il vous dira donc et sans trop d'hésitation : qu'on pourra faire sortir ce cristallin par la cornée, et en ouvrant celle-ci avec un instrument particulier dont il vous fournira le modèle; qu'on pourra le déplacer avec une aiguille qu'il vous fabriquera également; que ce déplacement aura lieu, soit en attaquant le corps opaque directement par devant et à travers la pupille, soit en allant à lui de côté et par derrière l'iris; qu'il sera possible de le broyer et de le réduire en une espèce de bouillie, qui pourra ensuite se fondre ou se déposer en bas et en dehors de la prunelle; enfin au milieu des divers procédés possibles et d'un succès probable qu'il entreverra et qui seront subordonnés à vos questions et surtout à vos OBJECTIONS, il lui échappera, sans nul doute, d'indiquer encore : qu'on pourra bien, en désespoir de cause, *fendre* ou *détacher* l'iris et y pratiquer même *quelqu'autre trou, capable de laisser passer la vue à côté du petit bouton jaune-blanc qui la trouble et la bouche*.

Dites-nous, si vous l'osez, mon cher confrère, que votre manœuvre, s'il a tant seulement une certaine dose de gros bon sens, et si surtout il n'est pas fasciné par des idées puisées dans les écoles; dites-nous si ce *gros manant* ne pourra pas faire toutes ces réflexions, et s'il n'y sera pas amené tout naturellement, d'après les questions ou le programme que vous aurez le talent de lui poser. Si vous en doutez, veuillez, je vous en prie, vous adresser à l'un d'eux, par des questions adroitement amenées, et vous serez surpris du résultat que vous obtiendrez. Je me souviens du moins, à cette occasion, qu'ayant fait un jour, et en présence d'un de mes petit-fils, enfant de *neuf ans*, la démonstration grossière de l'œil, qu'après lui avoir indiqué le siége de la cataracte, je l'amenai, par une série de petites demandes à sa portée, à m'indiquer, successivement et assez bien, *toutes* les ressources actuelles de l'art pour rétablir la vue dans l'opacité du cristallin et dans l'obscurcissement de la cornée transparente. C'est une épreuve que je vous invite à faire, et dont les difficultés ne vous effaroucheront pas trop.

Vous avez, je gage, comme Molière, une *servante* précieuse. Eh bien! mettez-la sur la sellette et vous à l'œuvre, et vous serez édifié, j'en suis sûr, des réponses qui jailliront de ce facile interrogatoire. Pour mon compte, je suis convaincu qu'il y a plus d'une de ces servantes, qui pourraient, avec leur simple bon sens, résoudre mieux certaines questions chirurgicales que tel docteur chargé de lourde science et pétri de préjugés et de présomption. Que dire, après cela, de l'incroyable, impardonnable, et vraiment pitoyable et déplorable négligence qu'on a mise, pendant tant de siècles, à l'égard des moyens hémostatiques par excellence? N'est-ce pas *un Gamin de Paris* qui, traitant très cavalièrement le bon Ambroise Paré, donna le signal d'une belle et grande révolution dans la médecine opératoire? Il me semble, du moins, que j'entends le malin drôle lui adresser ces paroles, passablement insolentes, et que je pardonne toutefois, puisqu'elles ont eu un retentissement si heureux dans le

(1) A Dieu ne plaise que je fasse un crime à ces hommes distingués de s'aboucher avec des EXPERTS, et de profiter de leurs lumières! Je les félicite, au contraire, d'avoir tenu une conduite aussi sage et qui mérite d'être plus souvent imitée. Oui, il importe aux chirurgiens, quelles que soient leurs connaissances en mécanique, de se mettre en rapport avec les hommes spéciaux et de cette trempe; car ils exerceront, sans aucun doute, une heureuse influence sur leurs procédés et moyens opératoires, ainsi que sur leurs meilleures applications à la thérapeutique.

monde chirurgical : « Hé! docteur, au lieu de laisser périr vos malades d'hémorragie, que ne mettez-vous le doigt sur le petit point d'où jaillit le sang, comme je fais, moi, sur un vase plein de liqueur quand j'y aperçois un trou? Ou bien pourquoi n'imitez-vous pas maman et toutes les bonnes femmes que je connais, lorsqu'elles attachent un petit sac ou le bout d'une saucisse ou d'une vessie avec un bout de fil, afin de les empêcher de se vider? Oh! elles ne sont pas si *nigaudes* que vous, dà! »

Mais, voyez le plaisant de la chose, le petit polisson était, lui, bien sûr de l'infaillibilité de ses recettes; tandis que le grand opérateur, tout en rougissant de l'impertinente leçon qu'il venait de recevoir, n'en a profité qu'avec une timide réserve, et ne l'a mise en pratique qu'en tremblant! Ah! combien d'autres opérateurs, qui, se croyant plus illustres et plus grands encore, sont venus, après l'immortel chirurgien français, et qui n'ont voulu croire à l'efficacité de ces moyens *simples* qu'après s'être longuement égayés sur leur compte, avoir bravement persifflé leur *crédule* auteur, et vu périr impitoyablement une foule de malheureux! J'en connais qui sont, d'ailleurs, distingués, mais tellement distraits ou fascinés par la malheureuse idée que les moyens chirurgicaux doivent être assimilés à ceux de la médecine interne, qu'ils ne veulent laisser prendre à aucun d'eux un rang quelconque dans la science qu'autant qu'il aurait été soumis aux épreuves indispensables de la thérapeutique ordinaire. Il en est même qui seraient de force à soumettre à un long et mûr examen, et à des expériences multipliées, cette proposition, si elle devait être appliquée au corps humain : que la tension d'une corde est en raison de l'éloignement de ses extrémités ou de la traction qu'on exerce sur elle, et que cette même tension augmente à mesure qu'on fait dériver la corde de la ligne droite, par des angles saillans ou des arcs de cercle. Tel est, par exemple, le cas des tendons du pectoral et du très-large du dos, lorsque les lieux contre-extensifs agissent dessus.

Et vous, mon cher confrère, ne croyez-vous pas qu'il existe aussi des hommes, même du plus grand mérite, et qui sont toujours prêts à ridiculiser les moyens les mieux combinés et les plus utiles, sans vouloir ni les essayer, ni en prendre connaissance? C'est qu'ils ne voient rien au-dessus de ce qu'ils ont appris et de ce qu'ils savent si bien débiter. Il semble parfois, Dieu me pardonne, qu'on se trouve au milieu de bruyans perroquets, et qu'on assiste à la marche grave et mesurée d'un troupeau de dociles moutons.

A propos, mon cher confrère, est-il vrai qu'un des arrière-petits-neveux de ce même gamin, qui a su si drôlement dessiller les yeux de votre Paré, voyant, un de ces jours, l'embarras extrême d'un illustre chirurgien au sujet de je ne sais quelle bande et mauvaise charpie, a eu l'imprudence de parler de *linge triangulaire et de coton*, et qu'on l'a chassé *illico* et avec une profonde indignation? Je le crois sans peine, *Mais que diable aussi allait-il faire dans cette galère?*

Que la médecine opératoire reste donc fidèle à son origine, *les sciences exactes*, et qu'elle répudie franchement toute alliance avec l'empirisme, *même éclairé*, à moins que celui-ci ne se rattache nettement aux lois de la mécanique. Il en résultera pour l'art ces deux avantages immenses : le premier, de marcher toujours, d'un pas ferme et assuré, dans la voie du progrès; et le second (qui est un acheminement préliminaire et indispensable vers ce même progrès), de se débarrasser des mauvais moyens et des procédés étranges qui l'encombrent encore. Ils sont faciles à reconnaître, car ils pèchent évidemment contre toutes les règles de la mécanique.

Notre réducteur, auquel il faut bien que je revienne, après cette digression, est très décidement issu des susdites lois, et il est parfaitement calqué sur ce beau modèle. Aussi personne n'osera lui contester des résultats heureux et faciles, et chacun s'empressera de l'adopter et en toute confiance. Son début a été, en effet, brillant, et il me reste à l'exposer dans l'observation suivante :

Obs. I. — J'étais précisément occupé un de ces matins (7 janvier dernier) à faire plusieurs essais sur le cadavre pour prouver à quelques assistans toutes les brillantes qualités de mon réducteur, et pour m'en assurer mieux moi-même, lorsqu'on vint m'annoncer un vigneron de 60 ans, Pannatey, de Chexbres, près de Vevey, lequel, après une chute violente sur le côté, *le* 10 *octobre* 1839, était resté presque impotent du bras droit. Je reconnus, avec mon fils et mon interne, M. le docteur Secrétan, jugez de ma joie et de mon bonheur, *une* LUXATION *de l'humérus*! L'aplatissement de la région sous-acromiale, la facilité de porter le doigt vers la cavité glénoïde, et la tumeur dure, globuleuse et circonscrite, *au-dessous de la clavicule*, caractérisaient assez la nature et le genre de cette affection. Il y avait donc *trois mois* environ que l'accident avait eu lieu; mais rien n'avait été fait encore pour réduire l'os; car une femme *qui s'y entend* avait déclaré qu'il ne s'agissait que de nerfs foulés et démis et que sa bonne graisse guérirait bientôt tout cela.

Je procédai à la réduction de la manière suivante et avec l'instrument même que j'ai l'avantage de vous envoyer : son extrémité arrondie ayant été convenablement garnie d'étoupe et recouverte d'un linge, je la poussai au fond de l'aisselle. Mon fils se chargea ensuite d'ajuster le lien sus-olécrânien au bas du levier, et celui-ci sur l'un des petits échelons que vous connaissez. Je fléchis alors le bras sur les côtes, et l'avant-bras sur le bras; puis je fis agir le réducteur, avec une certaine lenteur, une force graduellement croissante, en portant le levier successivement quoique très lentement sur les trois derniers échelons et en exécutant quelques mouvemens latéraux et de rotation.

La tête de l'humérus s'ébranla légèrement et fut insensiblement ramenée au niveau de sa cavité. Mais je ne pus la faire glisser à sa place, et je m'aperçus alors que j'avais oublié un point préliminaire très important, celui de produire une *luxation complète* de la jointure bâtarde et de nouvelle création, qui s'était formée autour de cette tête. Je réparai aussitôt ma négligence en faisant tourner plus fortement l'os sur son axe, de dedans en dehors, et en agissant, dans ce même sens, avec l'avant-bras comme avec une manivelle. Je sentis et j'entendis très distinctement, en effet, qu'il s'opérait des déchiremens de tissus assez résistans. La tête fit alors quelques progrès en dehors vers sa cavité normale, mais elle ne la remplissait pas encore, et elle restait comme à cheval sur le bord interne de la surface articulaire; de sorte que si, d'un côté, je ne rencontrai plus de boule dans la région sous-claviculaire; d'autre part, je n'avais pas encore reconstitué exactement la même rotondité que présentait le bras gauche vers sa partie supérieure. Je compris cependant que tout effort ultérieur de la part d'un réducteur *mécanique* serait maintenant en pure perte, quelque bien dirigé qu'on pût le supposer, et qu'il fallait recourir à l'action seule d'un réducteur *intelligent*.

Je saisis donc le coude avec la main droite, et je le poussai en dedans et au-devant de la poitrine et presque vis-à-vis de la clavicule opposée, tout en ramenant fortement en dehors la tête de l'humérus avec la main gauche. Ici encore j'entendis le bruit distinct qui caractérise le déchirement de brides celluleuses, et je vis alors cette tête s'acheminer lentement, très difficilement et toujours forcément vers sa place naturelle, et à mesure seulement que je la poussais en dehors par des saccades réitérées, passablement violentes et exercées, avec mes deux mains, tant sur elle que sur le coude. Y avait-il encore quelques tissus fibreux attachés à cette même extrémité humérale et qui devaient nécessairement être rompus? Ou bien, ce qui est plus probable, s'en était-il formé, pendant les trois mois qu'avait duré le mal, de particuliers autour et au-dedans de la cavité glénoïde, et qui devaient être successivement détruits pour que l'os luxé pût s'emparer de sa position première et s'y loger? Quoi qu'il en soit, il la reprit très exactement, et l'un et l'autre moignon de l'épaule se trouvèrent parfaitement égaux. Mais avec cette différence toutefois que les tégumens étaient fortement tendus sur le moignon opéré, tandis qu'ils étaient notablement relâchés, flasques et comme suraboudans sous la clavicule où la tête luxée avait séjourné et fait saillie si long-temps.

Il est clair, au demeurant, que la manœuvre dont je viens de parler et que j'ai exécutée à la fin était parfaitement indiquée, mais qu'on ne l'a pas conseillée encore, que je sache, et qu'on ne pouvait y songer, ni la faire avec les moyens et les procédés qui ont été recommandés jusqu'ici. Il va sans dire encore que si la tête humérale eût été primitivement en arrière au lieu d'être fixée en avant de la cavité glénoïde, j'aurais dû porter le bras et faire mes mouvemens réductifs en sens directement opposés à ceux qui ont eu lieu.

Je terminai par l'application de mon appareil pour les fractures de la clavicule, afin d'avoir une écharpe et de maintenir le coude fixé en avant et sur le thorax. Cette réduction ne fut, d'ailleurs, ni longue ni bien douloureuse, et n'eut aucun effet secondaire fâcheux sur le malade. Je dois dire pourtant (et ceci prouve l'extrême puissance d'un levier de deux pieds seulement de longueur, quand il s'arc-boute contre un moyen de répulsion, tel que ma petite échelle terminale ou ma grossière crémaillère), je dois dire : que le lien circulaire placé au-dessus du coude et le linge qui recouvrait l'extrémité axillaire du réducteur se trouvèrent légèrement teints de sérosité sanguinolente produite par la lésion de l'épiderme vers les parties qui avaient été si fortement pressées.

Récapitulons maintenant, mon cher confrère, les avantages de mon mode de réduction, ceux de mon instrument, ainsi que les particularités techniques qu'ils présentent; et, pour les faire mieux saisir et apprécier, mettons-les en regard de ce qui se pratique *le plus communément*, et à côté de ce qui est enseigné presque partout. Nous résumerons en même temps dans ce tableau les principaux traits de mon travail sur la thérapeutique générale des luxations; et nous aurons, en outre, l'occasion : premièrement, de placer, d'un côté, des principes fixes, rationnels et qui sont d'accord (il faut bien le dire encore une fois) avec l'anatomie, la physiologie, la mécanique, la raison, le gros bon sens, l'observation et l'*expérience;* et, en second lieu, de faire figurer en face de ces moyens et procédés, des procédés et des moyens tellement absurdes qu'ils ne peuvent trouver grace qu'aux yeux de l'empirisme le moins concevable et de la routine la plus aveugle.

1° La puissance musculaire étant la cause immédiate et constante des obstacles qu'on rencontre à réduire certaines luxations, je m'attache, tout particulièrement, à *tourner* cette difficulté, bien convaincu qu'elle est d'autant plus pénible et dangereuse à aborder, qu'on craint moins de la braver. L'ennemi est	1° La très grande majorité des praticiens attaquent étourdiment et de front cette masse hostile, cette somme incalculable de forces motrices, et ils ne songent guère à l'affaiblir, préalablement, par le moyen le plus énergique et le mieux connu, même du vulgaire, par le rapprochement des points d'insertion de

si puissant que je ne le combats jamais directement et en face; et que je n'engage la lutte qu'après l'avoir placé dans des conditions défavorables à la résistance qu'il pourrait présenter, et m'être mis moi-même sur un terrein avantageux pour l'attaque.

2° Je commence donc *toujours* par *fléchir* les articulations des membres luxés.

3° Je cherche, *par la flexion, à relâcher*, sinon la totalité des muscles, du moins les plus nombreux et les plus puissans.

4° Je fixe la cavité articulaire ou l'os qui la porte, en soutenant et refoulant ce dernier *directement*, et en agissant le plus près possible de cette cavité.

5° Cette action répulsive ne se fait jamais aux dépens des muscles, ni en agissant sur ces derniers.

6° Le grand pectoral et le très large du dos sont, entre autres, toujours parfaitement libres, dans les efforts de réduction de l'humérus luxé.

7° Le pectinée, les adducteurs, etc., ne sont nullement gênés par les moyens propres à provoquer la résistance du bassin, dans la réduction du fémur déboîté.

8° Je m'attache, non pas à fixer le corps *entier, ce qui serait fort inutile*, mais à *maîtriser* l'os où se trouve la cavité articulaire.

9° L'angle acromial est donc si bien appuyé, qu'il ne peut suivre l'humérus, lorsque celui-ci est entraîné par les efforts de traction.

10° Les trois parties du bassin qui concourent à la formation de la cavité cotyloïde sont également maintenues immobiles, par une force répulsive considérable, dont l'action est immédiate, en face de cette même cavité osseuse, et en équilibre avec la puissance destinée à tirer sur le fémur.

11° Cette résistance ou fixation peut toujours s'opérer facilement partout sans embarras, sans bruit, à l'instant même, très exactement et avec une force sans cesse égale à celle qui est employée à tirer.

12° Les tractions ont lieu, avec mon intrument, d'une manière simple, facile, sûre, énergique, graduée, soutenue, comme aussi elles peuvent être suspendues et dirigées constamment au gré de l'opérateur, et toujours avec la plus grande précision.

13° Les mouvemens les plus variés de translation (d'abduction, d'adduction, d'élévation et d'abaissement) sont constamment à la disposition de l'homme de l'art, et, chose très importante, il pourra les faire exécuter sans modifier les efforts de traction, ou bien en les modifiant, en plus ou en moins, suivant les besoins et les circonstances.

14° Celui de la rotation de l'os sur son axe, qui est si énergique et, le plus souvent, si indispensable, lorsqu'il s'agit de réductions difficiles, peut être porté aussi loin que le désire l'homme de l'art, grâce à la flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras et de la jambe sur la cuisse, et à la forme qu'ils revêtent de manivelles de l'humérus et du fémur.

15° Cette rotation en deux sens opposés peut être augmentée considérablement encore, et sans faire jamais courir le moindre risque aux jointures du genou et du coude, en ayant soin d'étendre et de fixer, sur les faces externes et internes du pied, de la jambe et du genou, ou sur celles de la main, de l'avant-bras et du coude deux longues attelles parallèles. Liées ensemble, et ne faisant qu'un seul et même tout avec la partie des membres sur laquelle elles seront placées, elles pourront protéger ceux-ci en limitant leurs mouvemens articulaires latéraux, et donneront même à la manivelle naturelle que représentent la jambe et l'avant-bras, une longueur plus grande et par là une puissance double ou triple de celle qu'avait cette même manivelle avant l'adjonction des attelles collatérales.

ces cordes sensibles, et par le relâchement qui en est la conséquence inévitable.

2° On place d'abord le membre, *tout entier*, dans *l'extension*, et on cherche constamment à *faire* et à augmenter celle-ci, en tirant, autant que possible, en ligne droite et parallèlement à cette même direction.

3° On *tend* nécessairement le plus grand nombre des muscles et les plus considérables d'entre eux, en mettant le membre dans l'extension forcée.

4° Cette fixation ou *contre-extension* n'a jamais lieu qu'obliquement, d'une manière détournée et à travers des masses musculaires plus ou moins considérables.

5° La contre-extension ne peut avoir lieu sans comprimer ou tendre davantage encore les faisceaux musculaires les plus à redouter.

6° Ils sont constamment pressés et tendus par les moyens contre-extensifs ordinaires.

7° Ces muscles sont toujours fortement comprimés et tendus dans la contre-extension, lorsqu'il s'agit de réduire une luxation de la cuisse.

8° C'est le corps, principalement, qui se trouve arrêté par les efforts de la contre-extension; les cavités articulaires ne paraissent qu'en seconde ligne dans cette fixation.

9° Cet angle n'est point soutenu directement par les liens contre-extensifs; de sorte qu'il *bascule* sous l'extension, qu'il obéit paisiblement aux mouvemens de l'humérus, et qu'il cède sous l'action puissante du deltoïde, qui s'attache à l'un et à l'autre de ces os.

10° La contre-extension a lieu à travers des muscles très volumineux et sur l'une et l'autre des tubérosités ischiatiques. Le bassin n'est donc nullement assujeti, et il basculera, tout comme l'omoplate, en s'inclinant du côté où les tractions feront effort. Cette inclinaison pelvienne peut être portée fort loin, et sera surtout considérable, si le lien contre-extensif est placé du côté opposé à la luxation. Il est d'ailleurs inutile de faire observer que ce lien ne restera jamais fixé sur une extrémité arrondie, telle qu'est l'ischion, et qu'il glissera probablement en dedans et dans le sens de l'arcade pubienne.

11° Il faut, pour faire la contre-extension, un nombre plus ou moins considérable d'hommes, des traverses ou un anneau solidement fixés, ainsi que des draps ou des nappes, des cordes et tout un ensemble de moyens, bien faits pour effrayer le malheureux blessé, et qui sont loin, du reste, de se trouver toujours sous la main.

12° Que dire, à ce sujet, de l'extension exercée par plusieurs hommes, à l'aide de poulies mouflées, de l'ambi de Laporte, ou d'autres machines? Exactement le contraire de ce que je viens d'avancer en faveur de mon réducteur mécanique.

13° Tous ces mouvemens précieux sont difficiles, embarrassans et, le plus souvent, impossibles avec les moyens ordinaires qu'on emploie pour faire l'extension.

14° Cette même rotation, le membre étant dans l'extension, ne peut avoir lieu qu'au moyen de l'inclinaison du pied et de la main, et se perd, presqu'en totalité, dans les articulations intermédiaires de la main et du coude, ou du pied et du genou. Elle ne peut donc jamais être *forcée*, ni arriver, par conséquent, au point que réclame la situation de l'os luxé.

15° Je n'ai rien à dire ici, et je laisse très volontiers aux partisans de l'extension et de la contre-extension *cette carte blanche* pour y insérer tout ce qu'ils voudront au profit de leurs moyens et de leurs procédés, et, par conséquent, pour protester contre ma manière de voir, de sentir et de faire.

On conçoit, en effet, toute la portée d'un levier dont on peut augmenter *impunément* la force, en lui donnant une longueur indéfinie, soit *en-dessus* du genou et du coude, soit en-dessous du pied et de la main. Cette force à *double manivelle* sera si puissante qu'elle permettra de luxer, assez facilement et dans tous les sens, les os les plus solidement articulés, surtout si, préalablement, l'on fléchit la cuisse sur le bassin, et l'on soulève le bras, afin que la tête du fémur et celle de l'humérus se trouvent dirigées vers la partie inférieure et la moins résistante de leur jointure respective. Aussi, le professeur et le clinicien ne manqueront pas de profiter de ce moyen : 1° pour produire et sans avoir recours aux incisions des tégumens de la capsule et des ligamens articulaires, de semblables luxations artificielles sur le cadavre, lorsqu'ils auront à éclairer mieux l'étiologie, la marche et la thérapeutique de ces affections; et 2° pour appliquer la force considérable de ce levier contre les articulations *secondaires*, afin de rompre, d'un tour de main, les adhérences qui auront pu se former à la suite de luxations anciennes et qu'on voudrait tenter de réduire encore; car on comprendra bien vite combien les mouvemens imprimés avec un pareil moyen doivent l'emporter sur ceux que Desault appelait *grands*, et qui consistaient à faire tourner le bras en tous sens. Si les miens sont incomparablement *plus petits*, en revanche leur effet sera plus énergique et plus sûr.

Mais on fera, tout particulièrement, usage de ces attelles collatérales lorsqu'on aura la certitude ou qu'on soupçonnera que cette rotation si importante des os luxés sur eux-mêmes pourra offrir, même dans des cas récens, quelques difficultés; que, pour les vaincre et favoriser par là la réduction, on devra employer un certain degré de force, et qu'on risquerait, par conséquent, de *tordre* les articulations du genou et du coude, si elles n'étaient pas soutenues latéralement.

J'oubliais de citer encore, mon cher confrère, un point clinique assez important et où je me trouve en désaccord formel avec le plus grand nombre des praticiens.

Je fais d'abord *étendre sur un lit* l'individu auquel je vais réduire la luxation du bras, et je mets par terre sur un matelas et dans la position mi-fléchie du dos sur les cuisses (*je fais asseoir*) celui qui présente une luxation du fémur. Tout devient, en effet, déjà plus facile avec ces simples précautions préliminaires et antipathiques à celles en usage jusqu'ici.

Mais tout cela ne vous rappelle-t-il pas un peu, mon cher confrère, ce que j'ai avancé dans votre feuille du 8 juin 1839, au sujet du *cathétérisme*, c'est-à-dire que sur *treize* points différens et plus ou moins graves, je me trouve aussi en *opposition directe* avec ce qui est enseigné par-

tout lorsqu'il s'agit de cette opération? Et cette considération jointe à cette même bizarrerie scientifique et technique concernant les luxations ne tendrait-elle pas, toujours plus, à confirmer les deux propositions paradoxales que j'ai émises dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, du 26 octobre dernier, à savoir:

« 1° Qu'il faut se défier d'autant plus d'une assertion quelconque en chirurgie tout comme ailleurs, qu'elle est soutenue avec plus de *chaleur* et de *passion*, par un plus grand nombre de personnes, même *instruites* et désintéressées; et 2° qu'en retournant tout à fait cette même assertion, on sera presque sûr de se rapprocher toujours mieux de l'exacte vérité. »

Mais, je vous entends vous écrier en souriant: qu'il ne faut pas même se défier de mes propositions, et que tout ce que je cherche à enseigner et à faire prévaloir depuis assez longtemps contre les doctrines chirurgicales, généralement accréditées, ne prouve qu'une seule chose, c'est que je ne suis... qu'un *monomane*.

Prenez-y garde, cependant, mon cher confrère, car vous pourriez bien, en me signalant comme un *forcené*, vous ménager une bonne petite place à Charenton *pour vous-même* et pour vos hérétiques innovations en orthopédie. Il n'y aurait, il faut le dire, que justice dans ce retour contre vous; mais alors aussi, mon cher confrère,

Rira bien, de nous deux, *qui rira le dernier*.

Agréez, etc.

Lausanne, ce 30 janvier 1840.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de janvier et février 1840 renferment les mémoires originaux suivants: 1° *L'inflammation a-t-elle la faculté de régénérer ou de détruire la matière vivante?* par M. Linoli. 2° *Sur quelques opérations rares de la tête, exécutées à la clinique chirurgicale de l'université de Padoue*; par M. Signorosis. (Tableau synoptique et quelques considérations générales de médecine opératoire sur la résection du maxillaire inférieur et supérieur; rien de neuf.) 3° *Mémoire sur la nature, la vie et les maladies du sang*; par M. Giacomini. 4° *Utilité de l'auscultation médiate pour le diagnostic d'un vaste abcès du thorax, simulant une pneumonie grave; empyème consécutif à une pleurésie traumatique, traité par la paracentèse*; par M. Rizzi. (Observation n'offrant d'autre intérêt que celui de l'anatomie pathologique.) 5° *Quelques recherches sur l'odeur spécifique du sang, au point de vue médico-légal*; par M. Taddey de Gravina. (Il résulte de ses recherches que, malgré les différences provenant de l'âge, de la constitution, des tempéraments, des sexes, de l'habitude, du mode de nutrition; malgré l'influence des maladies, des médicamens, de la grossesse, l'arome spécifique du sang reste toujours fondamentalement le même, présentant seulement quelques variations de plus ou moins dans son intensité, mais jamais dans la nature de l'odeur, qui est toujours acide, alliacée, nauséabonde, analogue à celle de la transpiration de l'aisselle.)

MÉMOIRE SUR LA NATURE, LA VIE ET LES MALADIES DU SANG; par le professeur GIACOMINI.

Ce problème si difficile, que tant d'auteurs ont essayé de résoudre à toutes les époques, qui a été si diversement envisagé, suivant les systèmes ou les idées en vogue, se présente de nos jours avec les mêmes inconnues à dégager. Sans doute qu'au point de vue de l'état normal, l'histoire du sang est bien avancée; mais encore, sous ce rapport, la question de la vitalité, de l'organisation, est loin d'être résolue. Si nous abordons l'état pathologique, de nouvelles difficultés se présentent, et je ne sache pas qu'on les aplanisse beaucoup en donnant des dénominations précises à des déductions qui ne le sont point, en essayant de rattacher à un même chef des élémens divers. Loin de nous la pensée, à propos du travail du professeur italien, d'aborder ce sujet. Nous essaierons simplement de donner un aperçu de ses recherches et de ses idées.

M. Giacomini établit: 1° que le sang en circulation est un fluide homogène formé de globules, nageant dans le sérum. Quant à ce qui a été établi par la plupart des auteurs sur la forme, le volume, le nombre et la composition des globules, le temps de leur observation et les méthodes d'investigation ont dû y apporter beaucoup de dissidences. Ainsi, la distinction des globules n'est possible que quand le sang est sorti des vaisseaux et mort. Le caillot d'une saignée est, relativement à la sérosité dans laquelle il nage, ce qu'est un globule isolé qu'on prétend nager dans le sérum, c'est-à-dire le premier effet de la décomposition. Quant à ce qui a été dit par les auteurs sur le sang vivant soumis aux observations microscopiques, ce n'est autre chose qu'une série d'illusions, dont la plus remarquable est celle qui consiste à transporter au sang vivant les apparences qui sont le propre du sang mort; or, celui-ci n'est plus du sang, mais une de ses transformations, le produit de l'action des causes physiques, qui l'ont modifié au sortir des vaisseaux.

2° La chimie n'apprend pas quels sont les véritables élémens constitutifs du sang. L'hématosine, l'albumine, la fibrine, etc., ne sont que les produits des méthodes chimiques employées dans leurs recherches, et des changemens spontanés que subit le sang après la mort, jusqu'à ce que la putréfaction le dissolve. D'ailleurs, ne sait-on pas que les lois vitales sont opposées aux lois physico-chimiques. Ces dernières introduisent dans la science, non seulement des notions obscures, mais des notions fausses et erronées. Aussi, la chimie inorganique, organique même ne doit pas avoir entrée là où existe la vie; et celui qui, pour mieux connaître les phénomènes de la vie, s'appuie sur les ressources que peut lui fournir la chimie, est comme celui qui, pour voir de plus loin, armerait ses yeux d'un corps opaque, qui l'empêcherait de voir, même les objets les plus rapprochés.

3° Il n'est pas plus raisonnable de considérer le sang comme formé de substance nerveuse, musculaire, etc., comme quelques physiologistes le supposent; il est préférable, pour ne pas commettre d'erreur, de le regarder comme un fluide vivant homogène et spécifique (*specifico*), nullement analogue aux autres corps déjà connus, produit des organes vivans, et susceptible de se transformer en nerfs, en muscles, en salive, etc., sous l'influence de la force vitale particulière à chaque organe, et spécialement des vaisseaux artériels.

4° Le sang change d'aspect et de consistance, dans les maladies, et bien qu'isolées et existant par elles-mêmes, ses altérations sont dépendantes de celles des solides, et ne doivent pas avoir, aux yeux du pathologiste et du clinicien, plus d'importance que celles des solides. C'est aux maladies de ces derniers que M. Giacomini renvoie surtout les praticiens.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les cahiers de février et mars 1840 renferment: 1° *Statistique de l'hôpital de Lorette pour l'année* 1840; par M. de Renzi; 2° *Quelques cas de rupture de la rate*; par M. Sotis. 3° *Nouvelle méthode de traitement pour la gale* (chlorure de chaux). 4° *Progrès de la médecine italienne au dix-septième siècle*; par M. de Renzi. 5° *Sur les fièvres périodiques pernicieuses observées à Spinazzola*; par M. Agoslinacchio, (traitement par le sulfate de quinine); 6° *Recherches sur la médecine hippocratique*; par M. Casoria. 7° *Des médicamens et préparations ferrugineuses*, par M. Semmola. 8° *Observations de guérisons de maladies organiques*; par M. Vinella. (Il s'agit d'un cas de maladie des yeux mal déterminé.)

QUELQUES CAS DE RUPTURE DE LA RATE; par le docteur G. SOTIS.

L'auteur a rassemblé quatre observations de rupture de la rate, dont voici le sommaire:

OBS. I. — En 1834, une femme reçut un coup de pied dans l'hypochondre gauche, et succomba immédiatement. A l'autopsie, on trouva la rate séparée en deux parties, comme si elle eût été coupée avec un instrument tranchant, il y avait en même temps beaucoup de sang épanché dans le ventre.

OBS. II. — Au mois de septembre 1831, Angela Bove reçut un coup de pierre sur l'hypochondre gauche, et mourut presque à l'instant même. Tous les organes, moins la rate, se trouvaient à l'état normal; celle-ci était déchirée, et la cavité abdominale renfermait une grande quantité de sang.

OBS. III. — Au mois d'août 1838, Onorato-Ricci, âgé de 18 ans, tomba d'une hauteur de vingt palmes environ. Il resta privé de sentiment et mourut quelques heures après. On trouva à l'autopsie une grande quantité de sang dans le ventre, et la rate divisée transversalement en deux parties. Tous les autres organes étaient sains.

OBS. IV. — Le 26 novembre 1839, Arcangelo Velletis, jardinier, âgé de 15 ans, reçut, dans une querelle, une pierre volumineuse lancée avec force et à peu de

distance sur l'hypocondre gauche; il tomba à l'instant privé de sentiment, et ne se releva plus. Dans l'autopsie médico-légale, qui fut faite avec soin en présence de plusieurs médecins, on reconnut que la rate était divisée dans sa scissure longitudinale, et que chacune de ses divisions en présentait trois autres transversales, si bien qu'elle offrait six portions à sa face concave; il y avait en outre du sang épanché dans la cavité abdominale.

Dans tous ces cas, la mort survint par hémorragie, et le volume des vaisseaux artériels et veineux divisés suffit à rendre compte de la rapidité avec laquelle elle est survenue. Toutefois, M. Sotis attribue en partie la gravité de cette blessure à la lésion du plexus splénique, division importante du plexus solaire. Alors il y aurait, indépendamment de la débilitation instantanée résultant de l'hémorragie, une véritable sidération nerveuse dont l'action est plus profonde et plus instantanée encore. Nous pensons, avec M. Sotis, que ce dernier élément ne doit point être négligé dans la recherche de l'explication des lésions spontanées ou traumatiques qui portent sur les organes renfermés dans la cavité abdominale, mais il ne faudrait pas perdre de vue non plus le volume de ces vaisseaux; l'étendue de ses cellules pleines de sang, la facilité avec laquelle toutes communiquent, soit entre elles, soit avec les troncs qui les alimentent, si bien que sa lésion devrait, jusqu'à un certain point, être rapprochée de celle des artères et des veines d'un gros calibre, qui est à peu près toujours instantanément mortelle.

III. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

(Janvier 1840.)

GUÉRISON RADICALE D'UNE HERNIE INGUINALE PAR LA POSITION HORIZONTALE, SUIVANT LE PROCÉDÉ DE M. RAVIN; par M. P. BIAGINI.

OBS.—G. Brogli, tailleur, âgé de 32 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, vint consulter M. Biagini, en 1837, pour une petite tumeur qu'il portait depuis quelque temps à la région inguinale gauche, et qui avait résisté à tous les moyens empiriques auxquels il eut recours pour en obtenir la résolution. Cette tumeur, du volume d'un citron de Naples, occupait la région inguinale gauche; elle rentrait avec assez de facilité sous l'influence d'une certaine pression, en donnant lieu à un bruit de gargouillement; mais aussitôt que l'on cessait de comprimer sur le trajet du canal inguinal, elle reparaissait avec la plus grande facilité. Ces phénomènes, et d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, permirent d'assurer qu'il s'agissait d'un entéro-bubonocèle.

M. Biagini proposa au malade qui désirait vivement sa guérison de lui pratiquer la *chilissochiroraphie*, récemment proposée par M. Signoroni, ou bien de le soumettre au décubitus horizontal prolongé, et aidé de la compression et de quelque autre moyen. Le malade se soumit seulement au moyen palliatif, le bandage.

Pendant un an et demi, la hernie put être contenue, et la santé générale de l'individu n'avait pas cessé d'être florissante; mais vers le commencement de 1839, il fut pris d'un rhumatisme articulaire, qui l'avait obligé par deux fois à garder le lit pendant plusieurs semaines; survint, comme complication, une péricardite; ce qui motiva l'emploi énergique des évacuations sanguines et l'administration de la digitale à hautes doses. Toutefois la terminaison fut heureuse, et après trois mois de cubitus horizontal, le malade put reprendre ses anciennes habitudes. Non seulement il était guéri de son affection rhumatismale, mais sa hernie n'existait plus. Au grand étonnement de M. Biagini la tumeur ne reparaissait plus, et l'étendue de l'orifice externe du canal inguinal gauche était singulièrement rétrécie. Le malade debout pouvait tousser avec force sans qu'aucun des viscères abdominaux tendît à se faire jour à l'extérieur à travers le canal aponévrotique.

Ce fait confirmatif des idées de Ravin paraît à l'auteur italien suffisant pour établir les conclusions suivantes:

1° Il est possible d'obtenir la guérison radicale de quelques hernies par la position horizontale longtemps prolongée.

2° Cette guérison a lieu par la diminution de largeur du canal, le retrait de ses parois, qui reprennent l'obliquité qu'elles avaient perdue; tous changements matériels qui se produisent en vertu seulement de la force tonique des tissus.

3° Pour que ces tissus aient la force tonique suffisante pour obtenir ce changement désiré, il est nécessaire que les forces physiologiques générales du sujet soient assez énergiques, douées d'une vitalité convenable. D'où il résulte que les vieillards ne pourront être soumis à la méthode de M. Ravin, d'abord à cause de leur faiblesse, et en second lieu par l'impossibilité où ils se trouvent de supporter longtemps sans de grands dangers le décubitus horizontal longtemps prolongé; enfin, que dans les hernies anciennes et volumineuses, les ouvertures par lesquelles les viscères ont fait hernie sont considérablement élargies et les canaux sont réduits à l'état de simple anneau, d'où résulte l'impossibilité absolue que la force tonique puisse rendre à leur état physiologique des parties aussi profondément altérées.

VI. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Le numéro de janvier 1830 renferme plusieurs articles d'histoire et de philosophie médicale que nous ne pouvons reproduire dans une revue analytique.

V. OBSERVATORE MEDICO.

DE L'EMPLOI DE L'ONGUENT DE BELLADONE DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES; par le docteur MEOLA.

Voici comment l'auteur se comporte dans les cas de hernie: le malade est couché sur le dos, ayant la tête plus basse que le corps, les jambes soulevées et pliées vers le ventre, les fesses reposant sur un coussin. Alors on étend sur la tumeur une assez grande quantité de pommade de belladone pour la recouvrir entièrement. Les onctions seront répétées toutes les vingt ou trente minutes; on recouvrira la partie de feuilles fraîches de laitue.

Si le vomissement survient, comme cela a lieu d'ordinaire; s'il y a des douleurs violentes, du spasme abdominal, les onctions devront être plus étendues, et l'on appliquera sur le ventre des cataplasmes de laitue tièdes ou de mauve arrosée de vinaigre fort.

Si la tumeur a pris déjà une teinte foncée, que le malade soit jeune ou pléthorique, et que les premières onctions n'aient pas réussi à calmer les douleurs, on appliquera 6 à 10 sangsues à l'anus, dont on laissera largement saigner les morsures. Un purgatif huileux ou mucillagineux sera donné alors, l'huile de ricin, d'amandes douces, etc. Il deviendra nulle dès ce moment de faire quelques efforts de réduction qui auront beaucoup plus de chances de succès. Une fois la hernie réduite, on continuera les purgatifs, les sangsues à l'anus; le malade gardera le repos.

L'auteur ne cite pas de faits à l'appui de ces préceptes que nous avons rapportés presque littéralement.

EXPÉRIENCES RELATIVES A L'ACTION DU TABAC SUR LES ANIMAUX EMPOISONNÉS AVEC L'ACIDE ARSÉNIEUX; par M. FLORIO.

L'auteur, convaincu par un grand nombre d'expériences, qu'un grain et quart d'arsenic, ou 24 grains de feuilles de tabac suffisent pour produire la mort d'un lapin, donna à quatre lapins du même âge un grain et quart d'arsenic (pour chacun), et en même temps 3, 6, 12 et 24 grains de feuilles de tabac. Or, il observa que ces animaux, qui avaient pris ainsi un double poison, mouraient d'autant plus vite que la quantité de tabac sur-ajoutée était plus considérable, si bien qu'il se croit autorisé à conclure que le tabac n'est pas, comme on l'a pensé, un antidote de l'arsenic; mais que son action est de même nature que la sienne.

Toutefois, ainsi que le remarque le rédacteur, pour avoir plus de précision dans les résultats obtenus, il aurait fallu donner le tabac plus tard, au moment où se manifestaient les symptômes d'intoxication arsenicale.

Et nous ajouterons, nous, que de ce qu'un poison sur-ajouté à un autre n'arrête pas ses effets, mais rend la mort plus prompte, on ne peut rigoureusement conclure que son action soit la même; ceci s'applique, et en cas spécial dont il s'agit, et à d'autres circonstances qui peuvent se présenter fréquemment en médecine légale.

DE L'EFFICACITÉ DE L'HUILE DE COLOQUINTE DANS LES NÉVRALGIES, ET SPÉCIALEMENT DANS LES NÉVRALGIES SCIATIQUES; par M. G. JANELLI, D. M.

L'auteur croit avoir trouvé dans l'huile de coloquinte un succédané puissant de l'huile de croton tiglium, d'un prix beaucoup trop élevé pour la plupart des malades. Les faits qu'il rapporte sont au nombre de trois; nous en prendrons un au hasard.

OBS. — Un pauvre domestique fut pris, dans le mois de juillet dernier, d'une névralgie très intense qui débuta par la cuisse droite, et se fixa ensuite au côté externe du genou, d'où elle s'étendait jusqu'à la malléole de ce côté. La douleur était insupportable au point que tout sommeil était perdu pour le malade. Appelé

à lui donner ses soins, M. Janelli lui prescrivit des frictions avec l'huile de coloquinte; leur effet ne tarda pas à se faire sentir, il était des plus évidens. Vers le soir, la douleur avait tellement diminué, que le malade put dormir tranquillement; chaque nouvelle friction amenait du soulagement; enfin, vers le cinquième jour, il put reprendre ses occupations.

L'observation 1 et l'observation 3 sont tout aussi probantes en faveur de l'heureux effet de ce médicament; il est à regretter toutefois que l'auteur n'ait pas joint aux faits cliniques quelques détails pharmacologiques.

M. Janelli obtint autant de succès avec la même préparation dans trois cas d'affection rhumatismale au sujet desquels il donne seulement cette indication générale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 MAI.

DE LA FORCE CHIMIQUE DU COURANT, CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LES AFFINITÉS.

Tel est le titre d'un mémoire dont M. Becquerel se contente de lire un extrait.

Les faits consignés dans ce mémoire font connaître un procédé très simple pour séparer deux métaux de leur dissolution dans un même acide. Toutes les fois que le rapport des masses dans un volume donné de la dissolution ne permet pas d'obtenir immédiatement la séparation, il suffit, pour l'opérer, de l'étendre plus ou moins d'eau.

MÉMOIRE SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES DES ARTICULATIONS; PAR M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Dans un précédent mémoire sur les plaies sous-cutanées, considérées en général, l'auteur avait cherché à établir que les plaies pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail inflammatoire et ont la propriété de s'organiser immédiatement. De là l'utilité de convertir en opérations sous-cutanées les opérations qu'on avait coutume de pratiquer jusqu'ici en divisant les tégumens. Dans ce second mémoire, M. Jules Guérin a eu en vue de montrer, par des expériences sur les animaux et l'homme, que les plaies sous-cutanées des articulations peuvent, comme celles des tendons, des muscles, des aponévroses, du tissu cellulaire, des nerfs et des petits vaisseaux, participer, au moyen de quelques précautions particulières, au bénéfice de l'organisation immédiate.

Expériences sur les animaux. — M. Jules Guérin a ouvert successivement sur deux chiens, par la méthode sous-cutanée, les articulations huméro-cubitales, radio-carpiennes, fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes. Dans les cas où ces plaies ont été faites hors du contact de l'air, elles ont été guéries immédiatement sans aucune trace d'accidens inflammatoires; seulement lorsque les articulations ainsi ouvertes ont été laissées libres de leurs mouvemens, il s'est formé autour des plaies des tumeurs synoviales; mais lorsqu'elles ont été maintenues au repos et dans l'extension permanente, la guérison s'est opérée sans accident aucun. Les plaies pratiquées de manière à permettre l'introduction et le contact permanent de l'air ont été le siége d'inflammation et de suppuration, proportionnées en étendue et en intensité à l'étendue et à la durée du contact de l'air.

Expériences et opérations chez l'homme. — Prenant pour point de départ plusieurs faits fournis par l'observation pathologique, tels que les luxations traumatiques de l'épaule et de la cuisse, dans lesquelles il y a des déchirures plus ou moins considérables sous la peau, des capsules articulaires non suivies d'inflammation, M. Jules Guérin a cru pouvoir appliquer à l'homme les résultats fournis par ses expériences sur les animaux. Il a fait un assez grand nombre de fois la section sous-cutanée des ligamens et d'une portion des capsules fibreuses du genou et du pied pour remédier à des difformités de ces articulations. Toujours ces opérations ont été exemptes d'accidens inflammatoires.

Les précautions à prendre pour garantir les plaies sous-cutanées des articulations de tout accident inflammatoire sont de pratiquer une très petite ouverture à la peau, le plus loin possible de la plaie de l'articulation; de la pratiquer dans l'extension de l'articulation, et non dans la flexion; de soumettre cette dernière au repos le plus absolu. Ces deux dernières prescriptions sont la conséquence d'un fait que M. J. Guérin a cherché à établir précédemment, à savoir : que les cavités articulaires sont, pendant les mouvemens des articulations, le siége d'ampliations temporaires, d'où résulte, au sein de ces cavités, une tendance au vide, et, par conséquent, une succion sur l'orifice des plaies, communiquant avec l'air extérieur.

Applications chirurgicales. — Dans la troisième partie de son mémoire, l'auteur indique les applications qui pourront être faites des résultats fournis par les expériences précédentes à l'art chirurgical. Les collections séreuses, sanguines, purulentes des articulations, siégeant dans les articulations, pourront être évacuées immédiatement sans danger. Parmi les applications que M. J. Guérin signale comme plus générales et plus importantes, il cite les incisions sous-cutanées des ligamens et des capsules articulaires, dans le but de maintenir fixe la réduction de certaines luxations congéniales ou anciennes, de provoquer des adhérences, ou de favoriser le développement de cavités articulaires nouvelles. Déjà l'auteur dit avoir obtenu, par cette méthode, la guérison d'une luxation congéniale de la clavicule, qui avait résisté à tous les moyens connus. Il a fait autour de l'articulation luxée des sections multiples de l'appareil ligamenteux, et il est parvenu, après deux opérations de ce genre, à en chasser l'extrémité de l'os luxé, dans un espace circonscrit, et à guérir complètement la difformité.

CONSERVATION DES BOIS.

M. Bouchery adresse un mémoire sur ce sujet. Après avoir tracé l'historique des recherches qui ont précédé la sienne, il montre que des divers moyens qui ont été proposés pour faire pénétrer dans l'intérieur des bois des substances conservatrices, les uns sont tout-à-fait illusoires et les autres presqu'inapplicables, parce qu'ils exigeraient l'emploi d'appareils coûteux. Quant aux substances proposées comme préservatrices, plusieurs, comme le fait voir l'auteur, auraient en un effet contraire à celui qu'on en attendait. La première recherche indiquée consistait donc à comparer, par des essais faits dans des circonstances où l'imprégnation n'offrît point de difficultés, la vertu préservatrice de certaines substances, que leurs propriétés chimiques semblaient recommander plus particulièrement pour cet usage.

M. Bouchery avait été conduit, par des considérations et des expériences dont nous ne pouvons parler ici, à penser que toutes les altérations que présentent les bois proviennent des matières solubles qu'ils renferment; or, l'enlèvement de ces matières par les lavages étant bien décidément impossible, il fallait les convertir, au moyen de réactifs chimiques, en composés insolubles. Les sels à base métallique remplissent bien cette indication, et le pyrolygnite de fer, substance qu'on peut obtenir à bon marché, a paru devoir, dans le plus grand nombre des cas, mériter la préférence. D'ailleurs, M. Bouchery n'exclut pas certains sels neutres très répandus, tels que les chlorures de calcium et de sodium, mais il en limite l'emploi aux cas où le bois n'est pas incessamment mouillé.

Quant au procédé de pénétration, il est basé sur une remarque qu'avaient faite les physiologistes en cherchant à reconnaître, au moyen de l'absorption de certaines substances colorées, les mouvemens de la sève dans des branches de végétaux détachées de leur tige, mais encore vivantes. C'est cette force vitale des végétaux dont M. Bouchery a eu l'idée de s'emparer pour en faire une force industrielle, idée heureuse, et que personne n'avait eue avant lui. La quantité de solution saline qu'on peut, en tirant parti de cette force absorbante, faire pénétrer dans un arbre fraîchement coupé, est considérable; ainsi, au mois de septembre, un peuplier de 28 mètres de hauteur et de 40 centimètres de diamètre, dont le pied plongeait seulement de 20 centimètres dans du pyrolignite de fer à 8°, s'est pénétré tout entier de ce liquide, et en a absorbé en six jours l'énorme quantité de 3 hectolitres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

Après la lecture du procès-verbal, M. Bouillaud demande la parole pour rectifier une assertion émise par M. Planche, dans la dernière séance, sur le lactate de fer. M. Planche étant malade, M. Bouillaud ajourne sa réclamation.

CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit de M. le ministre du commerce l'ouvrage du docteur Tanquerel-Desplanches sur les maladies saturnines. Un rapport sur cet ouvrage est demandé à l'Académie et confié à MM. Mérat et Villermé.

La nomination de M. Renault comme membre de l'Académie dans la médecine vétérinaire est adoptée par le roi.

MM. Bouillaud et Sédillot font hommage à l'Académie, le premier de son Traité clinique sur le rhumatisme articulaire; le second, du deuxième volume de son Traité de médecine opératoire.

M. Pariset donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Robiquet.

M. le président annonce qu'une commission de onze membres est nommée pour savoir à quelle section appartiendra la place laissée vacante par MM. Barruel, Favre et Guerbois.

M. le président lit le discours de félicitations qu'il a adressé au roi, et la réponse de Sa Majesté.

REVACCINATIONS.

Aucun des rapports à l'ordre du jour n'étant prêt, la parole est à M. Sédillot pour continuer la lecture de la deuxième partie de son mémoire sur les revaccinations. L'auteur s'est attaché, dans cette partie, à exposer l'histoire, la nature et la symptomatologie du cowpox, du virus-vaccin, de la vaccine. Nous regrettons

que l'Académie, qui venait de donner la parole à M. Sédillot, ne se soit pas montrée plus attentive, et nous ait empêché, par le bruit des conversations, d'entendre cet intéressant travail. Nous en avons donné, dans la dernière séance, l'idée-mère; les conclusions sont: 1° que la variole a une vertu préservative absolue, illimitée; 2° que le cowpox, en se transmettant de la vache à l'homme, prend les caractères du virus vaccin; 3° que ce dernier, par la transmission, même indéfinie, ne perd aucune de ses propriétés; 4° que la revaccination est inconsidérée, blâmable même par les craintes et les doutes qu'elle éveille.

Quelques membres demandent une discussion immédiate sur les opinions de M. Sédillot, tandis que d'autres font observer que l'auteur n'ayant donné connaissance que d'un extrait de son travail, l'Académie doit attendre l'impression du mémoire pour apprécier tous les faits qui lui ont servi de base. Cette opinion est adoptée, et le mémoire renvoyé au comité de publication.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES.

L'Académie devant se former en comité secret à quatre heures et demie, M. Nonat a dix minutes pour la lecture d'un intéressant travail intitulé : RECHERCHES SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE ET DES VENTOUSES SCARIFIÉES DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES.

Grâce aux travaux modernes, tous les médecins s'accordent aujourd'hui à regarder le sulfate de quinine comme le véritable antidote des fièvres d'accès simples. C'est encore avec ce médicament puissant qu'on combat les engorgemens de la rate qui suivent inévitablement ces fièvres quand elles ont une certaine durée. Mais, si un grand nombre de ces engorgemens se dissipent sous l'influence du sulfate de quinine, il en est malheureusement d'autres contre lesquels il est impuissant. M. Nonat s'est proposé de résoudre les problèmes suivans : 1° une fièvre intermittente simple, avec ou sans engorgement de la rate étant donnée, quelle sera la dose du remède, le moment de l'administrer, la durée du traitement et le mode suivant lequel il faudra l'employer ? 2° Dans les engorgemens de la rate qui ont résisté, n'y a-t-il pas un moyen qui vienne en aide au sulfate de quinine ? 3° Dans les engorgemens susceptibles de se dissiper par l'emploi de cette substance, ne peut-on pas diminuer la dose de quinine nécessaire à la guérison, et abréger la durée du traitement, en combinant l'action du médicament avec celle des ventouses scarifiées ?

Avant de donner les conclusions de ce travail, nous croyons devoir rapporter brièvement un fait choisi parmi beaucoup d'autres cités par M. Nonat :

OBS. — Un homme portait un engorgement de la rate à la suite de fièvres intermittentes répetées. L'organe avait 7 pouces de diamètre dans tous les sens. Entré dans un hôpital de Paris, il prit dans un court espace de temps 18 grammes à peu près de sulfate de quinine, par dose de 1 1/2, 2 et 3 grammes par jour. Ce traitement énergique n'amène aucune diminution dans le volume de la rate. Il se confie aux soins de M. Nonat qui les deux premiers jours lui administra 0,50 de sulfate; les trois jours suivans, 0,75 et une ventouse scarifiée sur la region splénique. A peine cet homme avait-il pris en tout 5 grammes de sulfate et subi l'application de quatre ventouses scarifiées que la rate était rentrée dans ses limites ordinaires.

Conclusions :

1° Le sulfate de quinine coupe la fièvre à la dose de dix à vingt centigr.

2° A cette faible dose, il est sans action sur l'engorgement de la rate, et il n'empêche pas la maladie de récidiver une ou plusieurs fois.

3° Pour guérir radicalement les fièvres d'accès, il faut proportionner la quantité du sulfate de quinine au degré d'engorgement de la rate, à l'ancienneté de la maladie, et continuer l'usage de ce médicament jusqu'à la résolution de l'engorgement de la rate.

4° Si la fièvre est récente, le volume de la rate peu prononcé, on en obtient la guérison avec 50 à 60 centigr. de sulfate par jour.

5° Si la fièvre date de plusieurs mois, si la rate a pris un grand volume, la dose du sulfate de quinine doit être portée plus haut, depuis 75 centigr. jusqu'à 1 gramme 50 centigr. et même 2 grammes par jour dans les cas extrêmes.

6° Dans quelques cas le sulfate de quinine donné seul, même à haute dose, ne parvient pas à opérer la résolution de l'engorgement de la rate; pour obtenir ce résultat, il faut l'associer à une ou plusieurs applications de ventouses scarifiées sur la région splénique.

7° Les ventouses scarifiées, employées concurremment avec le sulfate de quinine, activent d'une manière évidente la résolution de l'engorgement de la rate.

8° Il est nécessaire de ne mettre en usage les ventouses scarifiées qu'après avoir coupé la fièvre à l'aide du sulfate.

9° En combinant ces deux moyens, savoir : le sulfate de quinine et les ventouses scarifiées, on peut diminuer d'un tiers la dose de sulfate de quinine nécessaire à la guérison radicale des fièvres intermittentes simples.

10° On fait disparaître l'intumescence fébrile de la rate en administrant le sulfate de quinine par l'estomac ou par le rectum.

11° Lorsqu'on donne le sulfate de quinine en friction sur la peau, on réussit à interrompre les accès fébriles; mais on n'exerce presque aucune action sur l'engorgement de la rate.

Le mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Bricheteau et Rayer.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour la présentation des candidats aux places de membres correspondans.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS ; par F.-L. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux, ancien interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, etc., etc. — 1 vol. in-8, 692 pages, avec planches coloriées. Paris, J.-B. Baillière.

« Un traité spécial des maladies des enfans est un livre presque inutile pour la médecine », écrivait, il y a à peine quinze ans, au sujet de l'ouvrage d'Undervood, un praticien célèbre, aujourd'hui professeur de faculté. « Les maladies des plus jeunes sujets sont indubitablement, disait-il, de même nature que celles des adultes; elles consistent toujours dans l'irritation de certains organes, et leur traitement doit être dirigé d'après les principes généraux de la thérapeutique. »

Aujourd'hui, que les dogmes de l'irritation exclusive n'existent plus, l'étude des modifications morbides spéciales à chaque âge est redevenue indispensable, et personne ne s'étonnera, je pense, qu'en dépit de ce fougueux anathème un nouveau livre paraisse sur les maladies des enfans.

Si malgré les secours précieux que les renseignemens donnés par le malade peuvent fournir au diagnostic, la médecine des adultes offre encore tant de difficultés, que sera-ce de la médecine des nouveau-nés dont le langage pathologique si borné consiste presque uniquement en des cris toujours plus gênans qu'utiles pour le praticien qui ne s'est pas habitué par une étude particulière à en distinguer la nature et à en saisir la valeur séméiotique? Si donc l'observation est la première loi de la pathologie générale, cette loi devra être appliquée avec la dernière rigueur dans cette pathologie spéciale où le médecin privé comme le vétérinaire des données fournies par les indications sensoriales du malade est réduit tout entier à l'interprétation de l'état extérieur, et forcé de créer avec ces seuls signes une science toute spéciale de diagnostic.

Peu de médecins sont à même de faire ces observations soutenues; aussi les seules recherches vraiment cliniques qui aient été publiées en France sur cette matière sont-elles dues à d'anciens internes de l'hospice des Enfans-Trouvés ; mais les travaux de M. Denis ne peuvent être considérés que comme un recueil de documens à consulter, et l'ouvrage de Billard qui parut quelques années après, quoique excellent sans doute sous beaucoup de rapports, ne peut cependant constituer un traité complet, et surtout un traité pratique.

Comme MM. Denis et Billard ses prédécesseurs, M. Valleix a mis à profit son séjour aux Enfans-Trouvés, et après avoir donné à diverses reprises des mémoires importans sur la pathologie des nouveau-nés, il vient de publier, sous le titre de RECHERCHES CLINIQUES, le résultat plus complet de ses observations.

Comme l'indique M. Valleix dans son introduction, les difficultés de la symptomatologie avaient forcé les auteurs à se borner presque exclusivement à l'étude des lésions nécroscopiques, et l'on pouvait dire avec raison que jusqu'ici « la médecine des nouveau-nés était restée renfermée dans le cercle de l'anatomie pathologique. » Loin de négliger cette partie si importante des altérations organiques, M. Valleix y a donné la plus sérieuse attention; mais au lieu de remonter, comme Billard, des lésions anatomiques aux lésions fonctionnelles, il a pris pour point de départ les symptômes et en a déduit les altérations pathologiques. Nul doute que cette marche ne soit beaucoup plus rationnelle, puisqu'elle est celle que la nature des choses elle-même nous trace dans les études cliniques.

Il n'est pas de praticien qui, appelé près d'un nouveau-né, n'éprouve un véritable embarras. Les règles qui l'ont dirigé près du lit d'un adulte ne peuvent là lui servir de guide ; l'agitation extrême du sujet, ses cris, qui augmentent aux moindres efforts d'exploration, rendent difficile ou impossible tout moyen d'examen; de là ces méprises fâcheuses auxquelles expose si souvent la pathologie des enfans. L'observateur devait donc tout d'abord chercher quelles modifications exigeaient dans les procédés de l'observation ces conditions particulières au milieu desquelles elle doit s'exercer. « Il est, dit M. Valleix, trois circonstances principales qui rendent chez le nouveau-né l'exploration clinique très difficile. Ce sont : 1° l'absence de la parole; 2° l'agitation ordinaire très violente que détermine l'examen, et qui ne permet pas d'apprécier l'état de certains organes et de certaines fonctions; 3° les cris qui accompagnent cette agitation et qui pourraient faire croire que l'on cause de la douleur à l'enfant. Or, ces obstacles à un examen rigoureux disparaissent presque entièrement,

si on a le soin de ne s'approcher des enfans pour les examiner qu'au moment où, après avoir bu et avoir été bien nettoyés, ils tombent dans un sommeil léger, que n'interrompent pas certaines manœuvres faites avec ménagement. Il faut donc profiter de ce moment pour explorer toutes les fonctions dont l'état doit être constaté pendant un calme parfait, et remettre à la fin de l'exploration tout ce qui peut être bien apprécié, malgré l'agitation et les cris, ce qui forme deux temps bien distincts dans l'exploration clinique des nouveau-nés. » Comme les méthodes à employer dans cette exploration ont été à peine indiquées jusqu'ici, nous croyons devoir insister surtout sur cette partie vraiment neuve de l'ouvrage de M. Valleix.

Pendant le premier temps, c'est-à-dire pendant le calme, on examinera successivement la coloration et l'expression de la face, les mouvemens spontanés de la tête et du reste du corps, l'état du pouls, les battemens du cœur, et l'on cherchera même à apprécier, s'il y a lieu, le nombre des inspirations.

La coloration et l'expression de la physionomie ne peuvent être observées que pendant l'état de calme; car autrement l'enfant s'agite, la face se congestionne, et il n'est plus possible d'en apprécier le caractère.

D'après les phénomènes connus de la coloration de la face chez les nouveau-nés, si l'on voit durer plus de huit jours la couleur rouge foncé, ou si on la voit disparaître dans les deux ou trois premiers jours pour faire place à une couleur jaune générale, on devra craindre l'invasion d'une affection prochaine. D'après M. Valleix, c'est dans l'œdème des nouveau-nés que persiste le plus longtemps la couleur rouge foncé, et que se montre avec le plus d'intensité la couleur jaune consécutive, ce qui sans doute a fait regarder à tort l'ictère comme une maladie inséparable de l'induration du tissu cellulaire. Dans d'autres cas, la couleur jaune apparaît tout à coup, et elle est générale; alors il y a véritablement teinte ictérique. Enfin, il est encore beaucoup d'autres signes indiqués par l'auteur, et qui montrent de quelle valeur est l'examen de la coloration.

Billard avait déjà noté que l'expression de la face revêt dans les différentes maladies un caractère particulier. M. Valleix a trouvé que l'altération des traits est continue dans la pneumonie, intermittente, au contraire, dans le muguet, surtout au commencement, ce qui le porte à croire que l'expression de la face indique dans ce dernier cas l'existence de coliques revenant à de courts intervalles.

On est étonné, en parcourant les recherches de Billard sur la circulation, chez les nouveau-nés, de l'énorme différence qu'il a constatée dans la fréquence du pouls chez des sujets de même âge et bien portans. Admettra-t-on jamais, par exemple, que dans l'état physiologique on puisse trouver entre deux enfans de conditions identiques une différence de 100 pulsations par minute? C'est cependant ce qui résulte des recherches de Billard.

Dans un travail récent, M. Jacquemier, ancien interne à la Maternité, a trouvé pour minimum de fréquence du pouls chez les nouveau-nés, 97; pour maximum, 156. Haller a fixé le nombre à 140; Sœmmering, à 130; Floyer, à 134. Sans aucun doute, ce peu d'unité qu'on remarque entre les observateurs vient du mode différent qu'ils employaient dans l'exploration et du peu de précautions qu'ils apportaient dans cet examen. En effet, le pouls peut-il être le même chez un enfant qui crie et qui s'agite, et chez un enfant calme et endormi; et comment, ainsi que le fait remarquer l'auteur, un nouveau-né serait-il calme quand on explore sa région précordiale, soit avec la main, soit à l'aide du stéthoscope, comme le faisait Billard? Il faut donc, non seulement que l'enfant soit dans l'état de calme lorsqu'on s'approche de lui pour lui tâter le pouls, mais encore que l'observateur prenne de grandes précautions pour ne pas interrompre ce calme. Tous les moyens imaginés pour faire supporter paisiblement l'exploration aux petits malades sont évidemment vicieux ou insuffisans. Il est assez facile de compter les pulsations pendant que la nourrice allaite l'enfant; mais le mouvement de succion précipite la respiration, doit influer sur le cours du sang, et il est des cas, d'ailleurs, où il refuse le sein: « Voici, dit M. Valleix, comment je procède à l'exploration du pouls: je saisis le moment où l'enfant est assoupi; je glisse très légèrement l'extrémité d'un doigt sur l'artère radiale; si l'enfant fait quelques mouvemens, je les suis sans les contrarier; ils cessent bientôt; le sommeil n'est pas interrompu, et je peux compter le pouls, même lorsqu'il est à un degré de petitesse extrême. Lorsque les mouvemens continuent et que je vois commencer l'agitation que j'ai décrite plus haut, je renonce à l'exploration, sauf à y revenir un peu plus tard; toute persistance serait inutile. »

Des observations faites par l'auteur, suivant cette méthode, avec les plus grandes précautions, sur 13 enfans de deux à 21 jours, parfaitement sains, et explorés dans des conditions identiques, il résulte que le minimum a été à 76 et le maximum à 104. On peut donc considérer le chiffre 87, qui est la moyenne générale, comme l'expression de la fréquence du pouls des nouveau-nés à l'état normal. Mais, pour plus de sûreté dans l'appréciation du mouvement fébrile, M. Valleix n'a regardé comme pouls réellement accéléré que celui qui présentait 116 pulsations ou davantage.

Les anciens auteurs ont avancé que la fréquence du pouls diminuait à mesure que l'enfant avançait en âge; il résulte des recherches de l'auteur, qu'à sept mois le pouls est beaucoup plus fréquent que quelques jours après la naissance, et qu'il va ensuite en diminuant jusqu'à l'âge de 6 ans.

Dans le second temps de l'exploration, c'est-à-dire pendant que l'enfant est agité, la marche à suivre est presque la même que pour les adultes; cependant l'auteur indique une méthode qui lui a paru très favorable pour distinguer pendant l'examen des organes les cris d'impatience des cris causés par la douleur. Quand l'enfant ne veut pas prendre le sein, ou bien que la position qu'on est forcé de lui donner pendant l'allaitement deviendrait incommode pour l'observateur, M. Valleix conseille de profiter de l'espèce d'avidité avec laquelle les nouveau-nés contemplent une vive lumière. Ainsi pour l'examen du ventre, par exemple, on met l'enfant sur son séant, et on l'expose au grand jour. Presque immédiatement ses cris cessent; il ouvre de grands yeux et regarde fixement. On palpe alors le ventre, et ordinairement il n'y a pas même un mouvement d'impatience lorsque la pression n'est pas douloureuse. M. Valleix a pu presser ainsi la paroi abdominale jusqu'à toucher la colonne vertébrale, et cela par secousses brusques, chez des enfans qui, dans cet état, ne donnaient plus aucun signe de sensibilité, tandis qu'auparavant lorsqu'ils étaient couchés le moindre attouchement provoquait des cris furieux. Lorsque la pression est douloureuse elle détermine chaque fois des cris aigus qui cessent avec elle. Si l'exposition à la lumière ne suffit pas pour calmer un seul instant le petit malade, on peut être sûr, d'après M. Valleix, que les douleurs sont aiguës et continuelles. Si enfin l'impression de la lumière est douloureuse, c'est un signe précieux qui indique l'ophthalmie.

L'exploration de la bouche est de la dernière importance chez les nouveau-nés. L'absence de dents rend cet examen très facile. Il suffit de presser un peu le menton; l'enfant crie aussitôt, ouvre la bouche largement, et en abaissant la langue on rend facilement le pharynx accessible à l'œil. Le doigt de l'observateur porté dans la bouche fera juger de l'état de ses parois, de la manière dont s'opère, la succion de l'état des forces, etc.

Depuis les judicieuses remarques de Billard sur le cri des nouveau-nés, on a su tirer de ce phénomène des données précieuses pour la séméiotique. M. Valleix a conservé la division de Billard en cri promptement dit et en reprise. Le cri a lieu pendant l'expiration, la reprise pendant l'inspiration. Cet acte devra être étudié pendant les deux temps de l'exploration. Pour donner une idée de l'importance de cet examen, M. Valleix a fait observer que le cri aigu est un des symptômes de l'œdème du tissu cellulaire et que plus la maladie est grave, plus cette acuité du cri est remarquable. Enfin, l'auteur termine ce chapitre intéressant et presque entièrement neuf, en insistant sur l'indispensable nécessité où se trouve le médecin de recommencer chaque jour l'examen minutieux des petits malades s'il ne veut pas s'exposer à ignorer l'existence d'une foule de lésions graves que rien ne viendrait lui révéler.

L'histoire de la pneumonie qui a été poussée si loin dans ces derniers temps laisse cependant encore beaucoup à désirer pour ce qui a trait aux enfans naissans. Afin de donner plus de rigueur à ses résultats, M. Valleix a choisi pour base de son travail quinze observations prises jour par jour, dans tous leurs détails et entièrement complètes sous tous les rapports. Aux données fournies par ces observations, il a joint en outre cent-quatorze cas tirés des notes de M. Vernois, ancien interne aux Enfans trouvés. On concevra qu'avec de pareils matériaux, tous recueillis d'après les mêmes méthodes et avec la même exactitude, il ait pu imprimer à cette partie de son ouvrage ce caractère de précision que l'analyse rigoureuse des faits peut seule donner.

Ainsi le siége de la pneumonie, par exemple, est certainement le point de son histoire le plus facile à constater; c'est aussi celui sur lequel les auteurs montrent le plus d'accord, et cependant on voit par les résultats obtenus par M. Valleix qu'il était possible de fixer ce point d'une manière plus positive encore. En effet, Billard a bien signalé la prédominance de la maladie du côté droit; mais ses expressions même tendent à consacrer une erreur, puisqu'il semble que la pneumonie se montre le plus souvent à droite sans envahir le côté gauche, tandis que, comme on le voit par ses tableaux, c'est la pneumonie double qui est de beaucoup la plus fréquente.

D'un autre côté, MM. Rufz et Gerhard ont bien noté comme M. Valleix que chez les enfans au-dessous de six ans la pneumonie occupe le

plus souvent les deux poumons; mais un examen plus approfondi a montré à M. Valleix que le côté droit est presque toujours affecté dans une étendue plus considérable que le côté gauche.

En réunissant à ses propres observations celles de M. Vernois, on a sur 128 cas :

Pneumonies	droites.....	17
—	gauches.....	0
—	doubles.....	111
		128

Dans les 111 pneumonies doubles la prédominance a existé :

Du côté droit	59 fois
Du côté gauche........	10
Égalité des deux côtés....	42
	111

Une opinion généralement admise c'est que la pneumonie des enfans est très souvent lobulaire. Dans les observations de M. Valleix, cette circonstance n'a été rencontrée que quatre fois sur quinze des sujets dont l'un avait des tubercules et dont les autres étaient affectés de muguet; et encore dans ces quatre cas la pneumonie lobulaire existait d'un côté seulement, l'autre poumon offrant une hépatisation non disséminée. Dans les 113 cas, l'hépatisation n'était lobulaire que vingt-huit fois, c'est-à-dire chez le quart des sujets. D'où il résulte que s'il est vrai que cette forme de la pneumonie est presque particulière à la première enfance, il n'en faut pourtant pas conclure qu'elle existe ordinairement.

Après un résumé général de la maladie, M. Valleix passe en revue l'état des différens appareils dans la pneumonie, les symptômes qui en précèdent l'invasion, les signes fournis par l'auscultation, la marche de la maladie, l'étiologie, le traitement, les causes qui le rendent constamment inefficace à l'hôpital des Enfans trouvés; etc. Enfin, ce chapitre est terminé par un parallèle intéressant entre la pneumonie des adultes et celle des nouveau-nés.

La pleurésie n'existe jamais seule dans la première enfance; elle est constamment accompagnée de pneumonie : on ne pouvait donc présenter sur cette affection que des considérations d'anatomie pathologique; aussi l'auteur, dont le but était d'envisager spécialement son sujet sous le point de vue symptomatologique, consacre-t-il seulement trois pages à cette maladie.

Le chapitre deuxième contient l'histoire du muguet; c'est sans contredit le point le plus intéressant et le plus neuf de l'ouvrage aussi devons-nous insister sur cette partie de l'analyse.

Jusqu'ici les pathologistes n'avaient dans l'étude du muguet considéré que la lésion locale. Pour eux, toute la maladie avait son siége sur la muqueuse buccale; les symptômes si fréquens qui se remarquent du côté des voies digestives n'étaient qu'une complication de la stomatite, et les auteurs qui ont le plus éclairé la question sous le point de vue anatomique, MM. Guersant, Lelut, Billard, l'ont presque complètement négligée sous le rapport symptomatique. « Ce qui avait dû nécessairement échapper à ces observateurs, dont l'attention était, pour ainsi dire, entièrement concentrée sur les lésions de la cavité buccale, ne pouvait pas m'échapper de même, puisque, d'une part, je n'attendais pas l'apparition du muguet pour commencer mon observation, et que, de l'autre, mon exploration portait aussi bien sur toutes les autres parties du corps que sur la bouche. A peine eussé-je fait quelques pas dans l'analyse des observations que j'avais recueillies ainsi, que je reconnus un fait qui, si je ne me trompe, doit jeter une grande lumière sur la nosographie des nouveau-nés, et modifier considérablement les idées émises, même dans les traités les plus récens. Il m'a été démontré que le muguet n'était point une simple affection de la bouche, une *stomatite avec altération de sécrétion*, comme le dit Billard, mais une maladie dont le siége est beaucoup plus étendu dans le tube digestif, et dans laquelle on voit survenir un grand nombre de lésions secondaires. J'ai reconnu alors que, dans les traités des maladies des nouveau-nés, on avait fait entrer un très grand nombre de maladies diverses, en décomposant cette seule affection, et que, trouvant fréquemment des inflammations de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, etc., on en avait fait autant d'affections diverses, quoiqu'elles ne fussent, en réalité que des lésions primitives ou secondaires d'une seule et même maladie. »

Billard avait observé le muguet une fois dans l'intestin grêle, une fois dans le gros intestin. M. Valleix a eu occasion de voir des cas analogues. Sur les vingt-deux observations qu'il a recueillies, l'œsophage a été envahi dix-sept fois; l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, une fois. D'un autre côté, sur vingt-un faits, rassemblés par M. Lediberder, on a trouvé le muguet trois fois dans l'estomac, une fois dans l'intestin grêle.

Après avoir noté, avec le plus grand soin l'état du tube digestif et de ses annexes, des organes de la respiration et de la circulation, de l'appareil cérébro-spinal, de la peau et des parties molles sous-jacentes, l'auteur aborde la partie symptomatologique, et c'est là qu'il diffère complètement de tous les pathologistes qui ont écrit jusqu'ici sur le même sujet.

Le seul moyen d'arriver à des données positives sur le début de l'affection, c'était de ne prendre, pour cette partie de l'observation, que des enfans qui n'étaient pas entrés à l'infirmerie pour le muguet, de noter l'état de toutes les fonctions dès l'entrée des enfans à l'hôpital, et de les suivre jour par jour, de manière à ce que le moindre changement ne pût échapper.

L'âge des enfans observés ne s'élevait pas à un mois lorsqu'ils furent atteints du muguet. Dans la majorité des cas, un érythème plus ou moins étendu des fesses et de la partie postérieure des cuisses marquait le début de l'affection et précédait de six jours et demi, terme moyen, l'apparition de la fausse membrane sur la bouche. Le symptôme qui survenait le plus tôt après l'érythème était la diarrhée, qui devenait bientôt très abondante. Il faut ajouter à ces premiers symptômes une accélération manifeste du pouls, qui, après avoir présenté 80 à 90 pulsations, ou s'être montré insensible, prenait rapidement de l'ampleur, et donnait de 116 à 136 et 140 battemens. A la même époque, la face pâlissait, ou prenait une couleur terne jaunâtre, qu'elle gardait jusqu'au dernier jour.

La rougeur et le gonflement des papilles de la langue annonçaient l'apparition prochaine des premiers grains de muguet, qui se montraient, terme moyen, deux jours et demi après. Au moment où la maladie était dans la plus grande intensité survenait le météorisme de l'abdomen, et une agitation intermittente, qui, sans doute, annonçait des coliques. Dans le plus grand nombre des cas, on a annoncé des ulcérations aux malléoles ou aux talons. Vers les derniers jours de la maladie (de deux à dix environ), tous ces symptômes semblaient diminuer, mais pour faire place à un véritable collapsus. Le pouls tombait, la chaleur faisait place à un refroidissement, qui commençait par les extrémités, gagnait bientôt tout le corps, des abcès sous-cutanés survenaient en différens points, et la mort arrivait sans pénible agonie.

On a vu, d'après l'énumération rapide des symptômes du muguet que les signes de l'entérite occupaient la première période et qu'ils ont précédé, dans tous les cas, l'apparition des fausses membranes. Si maintenant nous analysons, avant d'aller plus loin, les observations d'entérite simple, nous trouverons précisément un résultat contraire à ce qui est généralement admis, c'est-à-dire que, sur quarante-six cas de maladies diverses, prises indistinctement, nous aurons seulement trois cas d'entérite simple; telle qu'on la trouve chez l'adulte. Billard même n'a cité qu'un cas d'entérite simple. Le muguet ne serait donc qu'une entérité dans laquelle l'inflammation pseudo-membraneuse de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac surviendrait comme symptôme secondaire, et il pourrait être assimilé aux inflammations de même nature qui surviennent chez l'adulte dans le cours de quelques maladies aiguës ou chroniques. Ainsi, au lieu de dire comme Billard : « Le muguet co-existe presque toujours avec un état inflammatoire d'un point quelconque du tube digestif, » il faudra dire, si l'on adopte l'opinion de M. Valleix; qui paraît être l'expression des faits : l'inflammation de l'intestin grêle s'accompagne presque toujours de l'exsudation pseudo-membraneuse, appelée muguet. M. Valleix cite même un cas dans lequel, en l'absence d'exsudation pseudo-membraneuse, survinrent tous les symptômes du muguet, et l'on voit qu'il pouvait dire : *aphtæ sine aphtis*, comme Cotugno avait dit : *variolæ sine variolis*.

Sans doute, cette opinion si tranchante de l'auteur, qui renverse toutes les opinions reçues, trouvera bien des contradicteurs, car une erreur accréditée a toujours plus de poids qu'une vérité qui demande une démonstration; mais elle me paraît une déduction exacte des faits rassemblés dans l'ouvrage.

On est étonné qu'après une étude si complète du muguet l'auteur ait passé presque complètement sous silence la question de la contagion. Je sais que MM. Billard et Baron se prononcent positivement pour la négative; mais, d'un autre côté, M. Dugès est d'une opinion contraire, et Ozanam affirme même avoir vu cette maladie se communiquer des enfans aux adultes. C'est là un de ces points de doctrine dont l'observation clinique peut facilement donner la solution.

Quoique M. Valleix ait ajouté aux faits qu'il a déjà publiés sur le céphalæmatome et sur l'œdème des nouveau-nés plusieurs observations intéres-

santes, et une discussion critique des écrits récemment publiés, cependant le fond du travail étant connu depuis longtemps, je n'y reviendrai pas.

Il était difficile, d'après le petit nombre d'observations que possède la science, de tracer une histoire complète de l'apoplexie des nouveau-nés; aussi M. Valleix ne pouvait-il pas suivre sur ce sujet la même marche que dans les autres parties de son ouvrage. Néanmoins plusieurs faits de la plus haute importance ont été placés là comme des jalons, qui pourront plus tard servir de base à un travail plus complet. Du reste, quelque rares que soient les cas d'hémorragie cérébrale chez les nouveau-nés, « ils prouvent, dit l'auteur, que tous les âges sont sujets à l'apoplexie, quoique dans des proportions différentes; et si l'on compare leur nombre à celui des apoplexies observées après les premiers mois de l'existence jusqu'à l'adolescence, on voit même que cette affection atteint beaucoup plus fréquemment les enfans naissans que ceux qui ont déjà vécu quelques années. » A peine, en effet, cite-t-on quelques cas isolés d'hémorragie cérébrale à 3, 12 et 14 ans, tandis qu'en réunissant les faits présentés par M. Valleix à ceux qui ont été recueillis par MM. Billard, Sestié et Cazalis, on en a sept sur lesquels on ne peut élever aucun doute.

Le chapitre VI comprend les affections cutanées. Les recherches de M. Valleix ne portent que sur les pustules et sur le pemphygus; aussi, peut-être sera-t-on étonné du peu d'espace réservé à l'auteur sur les maladies de peau, surtout si on se rappelle que Billard y a consacré au moins un sixième de son ouvrage. Mais, comme on a pu le voir par cette analyse, l'auteur a eu plutôt en vue d'éclairer ou de compléter les points les plus importans que de tracer d'une manière didactique toutes les maladies qui peuvent affecter la première enfance.

H. L.

VARIÉTÉS.

— M. Thiriaux, professeur de pharmacie au Val-de-Grâce, est appelé comme pharmacien en chef, premier professeur, à l'hôpital d'instruction de Lille.

— Le concours pour la chaire de médecine légale à la faculté de Strasbourg vient de se terminer par la nomination de M. Tourdes fils, qui a obtenu 4 voix contre 3 accordées à M. Malle, l'un de ses compétiteurs. Nous sommes en mesure de donner la répartition nominative des votes.

Pour M. Tourdes fils ont voté :

MM. Coze, doyen et président du jury; Stoltz, professeur; Bach, agrégé, chef des travaux; Stœber, agrégé.

Pour M. Malle ont voté :

MM. les professeurs Bégin, Forget, Boyer.

Le nouveau professeur est fils du professeur actuel de pathologie interne de la même faculté; tous deux appartiennent à la médecine militaire qui est en possession de fournir à la faculté une partie de son personnel professoral; la faculté de Strasbourg a successivement emprunté à la médecine militaire, MM. Coze père, Tourdes père, Goupil, Bégin, Fée, Tourdes fils, sans compter les agrégés Girod, Malle, Lacauchie, etc.

— Une mesure importante pour l'avenir des officiers de santé militaires vient d'être prise par le ministre de la guerre. Depuis longtemps le service médical des régimens et des hôpitaux de l'armée exigeait le contrôle d'une inspection directe et compétente. Les membres du conseil de santé, quoique revêtus du titre d'inspecteurs, n'en ont rempli les fonctions, depuis 1816, que d'une manière exceptionnelle et dans des circonstances spéciales; malgré sa haute intelligence de tout ce qui concerne les institutions administratives, le corps de l'intendance militaire ne pouvait, dans ses inspections annuelles, porter que des jugemens incomplets sur le personnel médical de l'armée; il a senti la nécessité de s'appuyer sur des données plus précises, plus rigoureuses, fournies par l'examen d'arbitres compétens, et le conseil de santé vient de recevoir la mission d'inspecter le service médical de la France militaire, partagée en quatre zônes; M. l'inspecteur Moizin est chargé de visiter, sous ce rapport spécial, Paris et le nord, et sera assisté dans sa tournée par M. Bégin; M. Gase se rend dans l'est; le midi et l'ouest sont dévolus à MM. Pasquier et Brault. M. le baron Larrey reste à Paris, chargé des fonctions attachées à la résidence. Cette mission, heureusement renouvelée des meilleurs temps de la médecine militaire, honore à la fois et ceux qui l'ont rétablie et ceux qui en sont investis; confiée à des hommes d'un mérite et d'un caractère si relevés, elle ne peut manquer de profiter à l'armée et au corps des officiers de santé qu'elle possède.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Vous avez inséré dans votre numéro de la Gazette Médicale du 21 mars dernier une lettre de M. P.-N. Green, dans laquelle il réclame contre l'opinion que j'ai émise sur le mémoire qu'il a publié sur la méningite dans le journal The Lancet (mai 1836). J'avais cru, en effet, que M. Green avait dû avoir connaissance du mémoire de Constant, bien avant qu'il fit l'acquisition de ses papiers. Les relations qui existaient entre eux, et dans l'objet de leurs travaux, et dans leurs visites communes à l'hôpital des Enfans, et surtout l'analogie frappante que j'avais cru remarquer entre le mémoire de Constant et celui de M. Green, m'avaient porté à adopter cette idée. Mais elle n'est plus qu'une simple hypothèse sans valeur, et qui tombe d'elle-même, dès que M. Green *déclare positivement qu'il n'a jamais vu ni copie ni extrait du mémoire de MM. Fabre et Constant présenté à l'Académie des sciences en 1835.*

J'ai l'honneur, etc.

Paris, ce 8 avril.

Guersant.

— M. Leuret, médecin des aliénés de Bicêtre, commencera, dans cet hospice des leçons cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 10 mai 1840, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis et dimanches suivans à la même heure.

— De la peste ou typhus d'Orient, documens et observations recueillis pendant les années 1834 à 1838, en Egypte, en Arabie, sur la mer Rouge, en Abissynie, à Smyrne et à Constantinople, suivis d'un essai sur le hachisch et son emploi dans le traitement de la peste; par le docteur L. Aubert, ex-médecin en chef de l'hôpital des troupes de terre d'Alexandrie; 1 vol. in-8, avec un grand nombre de tableaux. Prix: 5 f. 50 c.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— Appréciation philosophique et pratique de la doctrine médicale du docteur Broussais, de ses vérités et de ses erreurs, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue, le 24 avril 1840, par François Devay, de Lyon, docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux à Lyon.

Paris, imprimerie de Rignoux, rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

— Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, avec planches explicatives intercalées dans le texte; par le docteur Ch. Sédillot, chirurgien-major, professeur de médecine opératoire à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, etc. — In-8. — Deuxième partie. Prix : 4 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., libraires-éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— De la formation et du mode d'accroissement des dents, de l'influence et de leur arrangement sur les arcs alvéolaires; par Henry Blatin, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Brochure in-8. Prix: 1 fr. 50 c.

— Essai sur le traitement médical et chirurgical des scrofules; par le même.

Brochure in-8. Prix: 2 fr.

— Des enveloppes du foetus et des eaux de l'amnios, ou Considérations pratiques sur la rupture prématurée des membranes dans les diverses positions de l'accouchement; par le même.

Brochure in-8. Prix : 2 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur une nouvelle espèce de voix chantée. — Sur l'opération de l'empyème. — II. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 11 mai. — Académie de médecine: séance du 12 mai. — — III. Revue bibliographique. Lettre sur la fièvre miliaire. — Formulaire de poche à l'usage des praticiens, ou recueil des formules les plus usitées pour la pratique médicale, avec l'indication des doses, exprimées en poids décimaux et en poids anciens. — Nouveau formulaire magistral (avec les poids anciens et nouveaux en regard), précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler; suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, enrichi de l'histoire de plusieurs médicamens nouveaux, etc. — Taschenbuch fur gerichtliche sektionen und gutachten, etc. (Manuel de poche pour l'examen anatomique et les rapports en médecine légale. — IV. Feuilleton. De la loi sur le travail des enfans dans les fabriques.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE VOIX CHANTÉE; par M. Diday et M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

> La méthode expérimentale comporte deux modes d'investigation, qui se complètent l'un par l'autre : les vivisections et l'observation sur l'homme vivant; effets provoqués, effets spontanés. S'il est des secrets que la nature se laisse arracher quand on la force à parler, il en est d'autres qu'elle ne révèle que lorsqu'on sait l'écouter.

1. L'art musical s'est récemment enrichi d'une nouvelle espèce de voix dont la découverte introduit un élément nouveau dans le problème de la phonation, et semble devoir opérer, dans l'exécution et l'enseignement du chant, une révolution fondamentale. De même que les variétés connues sous le nom de *voix de poitrine* et de *fausset*, celle dont nous allons faire l'histoire a un mécanisme distinct, des limites spéciales, un timbre particulier. Et cependant, bien que largement employée aujourd'hui, son étude physiologique est si peu avancée qu'on manque même d'un nom propre à la caractériser, et que, pour la désigner seulement de manière à la faire reconnaître, nous sommes forcés de raconter en peu de mots son origine et ses progrès.

Lorsqu'en 1837, un chanteur célèbre l'importa sur notre première scène lyrique, elle fixa un moment l'attention générale, et la curiosité fut d'autant plus vivement excitée que ce genre de voix, inconnu jusqu'alors, était aussi une acquisition nouvelle pour l'artiste qui le faisait entendre. Comment son organe, auparavant grêle et sans expression, s'était-il modifié à ce point? C'est ce qu'on ne pouvait comprendre. Aussi les explications les plus diverses eurent cours; des circonstances bizarres, exceptionnelles, furent supposées, et l'incompétence des observateurs ajoutant aux difficultés de la question, les physiologistes, qui seuls auraient pu la résoudre d'une manière complète, ne songèrent même pas à s'en occuper, dégoûtés peut-être par tout ce que la crédulité racontait d'absurde à ce sujet. Cependant les artistes, plus directement intéressés à la solution du problème, s'appliquèrent à étudier ce nouveau mode de chant, et, quoique privés des données que leur eût fournies la science, ils sont arrivés, sinon à connaître son mécanisme, du moins à pouvoir en reproduire à volonté les phénomènes. Aussi ce genre de voix, nommé par eux *voix sombrée, couverte, voix en dedans*, est-il employé par plus d'un chanteur, et sur la plupart de nos théâtres; extension dont nous devons nous féliciter, puisqu'en nous offrant les moyens de multiplier nos recherches, elle permettra aussi de vérifier les doctrines qui en sont le résultat, et que nous allons exposer. Sans doute, il ne sera pas toujours facile de rendre intelligibles pour tous des propositions dont les preuves sont empruntées et à la physiologie et à l'art musical; mais cette circonstance, qui doublait la difficulté de notre travail, doublant aussi l'intérêt qui devait

Feuilleton.

DE LA LOI SUR LE TRAVAIL DES ENFANS DANS LES FABRIQUES.

(Deuxième article.)

Depuis que nous avons introduit dans ces colonnes l'importante question du travail des enfans dans les fabriques, le projet de loi qu'elle a fait naître est arrivé à la chambre des députés; la discussion s'est ouverte dans les bureaux, puis dans le sein de la commission designée pour en préparer le rapport; bientôt la tribune elle-même s'emparera de ce thème sérieux, et nous présentera le conflit des intérêts manufacturiers avec ceux de l'humanité. Hâtons-nous donc de livrer à nos lecteurs la substance des dispositions légales élaborées par la chambre des pairs, et de jeter, entre la controverse qui vient de finir et celle qui va commencer, quelques réflexions de par notre droit de compétence spéciale. La position de l'écrivain médical lui fait une facile indépendance dans plus d'une sphère de debats publics où d'autres n'abordent qu'en traversant une triple couche de considérations personnelles. La haute industrie, si largement représentée à la chambre élective, n'imprégnera point d'une pure charité le projet de loi qui s'attaque à ses besoins; l'administration, jalouse de concilier les exigences de la production avec celles de l'intégrité physique de la population, se soutient mal entre ces deux ordres d'intérêts; elle use tardivement de l'initiative des réformes dont le souci lui est imposé, et quand elle s'applique à les établir dans la réalité légale, trop souvent elle marchande avec timidité aux influences politiques le bien qu'elle a promis aux classes inférieures, le bien qu'elle desire sincèrement. Le médecin, lui, ne s'informe de forges ni d'usines; le prix de revient des produits manufacturés n'est point ce qui le préoccupe le plus; d'autre part, les groupes de noms puissans qui dominent les provinces, et dont chaque préfet articule révérencieusement les syllabes accréditées, ne lui suscitent aucune terreur électorale. Il lui suffit que le sujet soumis à son examen soit chargé de problémes hygiéniques; il n'envisage que ces derniers; il en poursuit la solution à travers l'égoïsme saignant de l'aristocratie industrielle, et telle qu'elle surgit, il vous l'offre, il l'accuse d'une voix impartiale à la société qui l'attend.

Le projet de loi primitif ne faisait guère que sanctionner l'intervention du pouvoir dans le réglement du travail des enfans, et laissait, soit à l'administration centrale, soit aux agens qui la représentent dans les départemens, le soin de statuer sur les faits et les conditions propres à chaque localité. Il s'est amplifié sous le coup de la discussion dans l'assemblée du Luxembourg, et après plusieurs séances de graves debats, il s'est complété dans son ensemble économique. MM. Charles Dupin, Gay-Lussac, duc de Praslin, Rossi, président Boyer, Monnier, de Gerando, Portalis, Humblot-Conté, etc., ont particulièrement contribué à cette œuvre, qui, même après un remaniement de tribune et de scrutin dans l'autre

s'y rattacher, nous avons cru pouvoir entreprendre cette tâche, enhardis d'ailleurs à la poursuivre par le silence des hommes les plus compétens.

2. Savans et artistes, physiologistes et musiciens, tous s'accordent à reconnaître dans la voix chantée deux espèces bien distinctes : la *voix de poitrine* et le *fausset*. Malgré les hypothèses émises sur ce dernier par Bennati, MM. Geoffroy-St-Hilaire, Colombat, etc., son histoire n'offre encore qu'obscurité et incertitude; c'est le premier résultat auquel nous ont conduits les recherches que nous continuons sur ce sujet. Quant à la voix de poitrine, la seule dont il sera ici question, elle peut aussi être produite suivant deux mécanismes bien différens : l'un, employé de tout temps, et spécialement analysé par les auteurs classiques qui n'ont en que lui en vue dans toutes les théories qu'ils ont avancées sur la phonation (1); l'autre, d'origine plus récente, inexpliqué jusqu'ici, et sur lequel nous nous proposons, dans ce mémoire, de fixer l'attention. Empruntant aux chanteurs leurs dénominations, nous désignerons cette seconde variété sous le nom de *voix sombrée*. Pour la voix chantée, généralement connue, et la seule qui soit décrite, nous l'appellerons voix ordinaire, ou *voix blanche* (terme usité chez les artistes), afin de la différencier d'avec la voix sombrée.

Or, pour donner une idée exacte de cette dernière, nous aurons à étudier ses caractères, sous le triple rapport de son aptitude à former les différens tons, de sa force et de son timbre. Après en avoir ainsi donné la théorie, nous établirons les règles, soit hygiéniques, soit musicales, qui doivent présider à son emploi. Mais en exposant des notions tout à fait étrangères à la plupart des médecins, nous aurions couru risque de rester incompris, si nous n'avions eu soin de procéder du connu à l'inconnu, de nous appuyer sur les doctrines admises, pour démontrer celles que nous proposons, de faire, en un mot, l'histoire de la voix sombrée, non seulement en disant ce qu'elle est, mais en montrant aussi les rapports ou les différences qu'elle offre avec la voix de poitrine ordinaire. Peut-être cette méthode, si avantageuse pour énoncer les idées nouvelles qui nous sont propres, nous servira-t-elle en même temps à rectifier quelques-unes de celles qui ont droit de cité dans la science, et verra-t-on résulter de leur rapprochement quelques éclaircissemens pour la théorie si obscure encore de la phonation.

§ I. — THÉORIE DE LA FORMATION DES TONS DANS LA VOIX SOMBRÉE.

3. Malgré la divergence qui existe entre les auteurs sur la question de savoir à quel instrument doit être assimilé le larynx, dans la production des tons qui composent l'échelle vocale, il est néanmoins quelques propositions dont l'évidence ressort des notions de physique les plus élémentaires, de l'assentiment presque unanime; enfin, de la vérification que chacun peut en faire sur soi-même. Incontestables comme les faits qui leur servent de base, elles sont donc, jusqu'à un certain point, indépendantes du parti que l'on prendra sur la théorie de la voix; et il est bon de noter que chaque doctrine, ne pouvant les nier, a essayé de les interpréter à son avantage. Ainsi l'on est d'accord que, pour passer d'un son à un autre plus aigu; en d'autres termes, pour monter d'un ou de plusieurs tons, trois conditions se trouvent mises en jeu : 1° l'étroitesse plus considérable de la glotte, et la contraction de ses lèvres (deux élémens distincts, quoique toujours co-existans); 2° l'ascension du larynx, produisant le raccourcissement du tuyau vocal; 3° l'impulsion plus forte du courant d'air. On sait en effet que, dans les instrumens à anche (ceux qui ont le plus de rapport avec l'appareil phonateur), ces trois causes concourent à l'élévation du ton, et, pour prouver par des exemples vulgaires la réalité de l'action qu'exerce chacune d'elles, nous n'aurons qu'à rappeler : 1° la différence de largeur qui existe entre l'anche du basson et celle du hautbois, différence qui se retrouve dans la hauteur de leur échelle; 2° l'influence du doigté, ou des variations de longueur du tuyau, sur le ton, dans les instrumens de ce genre; 3° la lenteur ou l'énergie avec laquelle doit être poussé le souffle, suivant qu'on veut produire des notes graves ou aiguës. D'ailleurs l'existence, dans l'appareil vocal, de modifications analogues, est démontrée, pour les deux dernières, par la simple inspection, et, pour le resserrement de la glotte dans les sons élevés, par les belles expériences de M. Magendie (PRÉCIS ÉLÉMENT. DE PHYSIOL., 3° édit., 1833, t. I, p. 3).

4. Or, la différence capitale que présente, sous ce rapport, la *voix sombrée*, c'est que, de ces trois modifications qui, dans le chant ordinaire, suivent tout changement de ton, elle n'en réclame que deux pour produire le même résultat. Ainsi, tandis que, pour donner une note aiguë, il faut, en employant la *voix blanche*, expirer plus fortement, resserrer la glotte, et faire monter le larynx; avec la voix sombrée, au contraire, il n'est besoin que des deux premières conditions, et le larynx reste immobile, quel que soit le ton qu'on veuille donner. La fixité du larynx (1) caractérise si essentiellement la voix sombrée, elle est si importante pour l'intelligence de son mécanisme que nous devons avant tout mettre hors de doute sa réalité. Or, rien n'est plus facile, et avec le moindre exercice, on pourra le constater sur soi-même. Après avoir acquis la faculté de bien distinguer ces deux espèces de voix, et d'émettre à volonté l'une ou l'autre (nous en indiquerons plus loin les moyens, V. § IV, n. 19), il faudra d'abord reconnaître la situation du cartilage thyroïde, et se tenir prêt à suivre ses mouvemens avec le doigt. Si l'on chante alors en voix blanche, le cartilage montera à mesure que le ton deviendra plus élevé : si, au contraire, la voix est sombrée, les mêmes sons, les mêmes passages, et l'émission des notes les plus aiguës, ne détermineront aucun mouvement ascensionnel du thyroïde, qui restera immobile dans une situation moyenne entre l'élévation et l'abaissement extrême. Au reste, sans être musicien, on peut aisément s'édifier à cet égard. Suivez, sur nos théâtres, les chanteurs en renom, et surtout les ténors, tout dans leur pose, leurs gestes, leur habitude extérieure, vous décèlera, sans qu'il soit même besoin du témoignage de l'oreille, quel est le genre de voix dont ils se servent. Et cela doit être, car la mobilité ou l'immobilité du larynx produisent dans l'attitude générale des différences qu'il est facile de reconnaître. Ainsi, tandis que l'un renverse en arrière la tête et le cou, pour faciliter

(1) Voyez les traités de physiologie de Haller, Boerhaave, de MM. Magendie, Adelon, Richerand et Bérard, Brachet, etc.

(1) L'un de nous l'avait déjà signalée en 1839 (Voy. THÈSES DE PARIS du 9 juillet, p. 63, proposit. VIII). M. Colombat (TRAITÉ DES MAL. DES ORG. DE LA VOIX, p. 63) dit qu'on peut parvenir à certaines notes graves par une ascension exagérée du larynx. Le sombrer n'a aucun rapport avec cette voix, que d'ailleurs nous n'avons jamais ni pu, ni vu reproduire, d'après le mécanisme indiqué par cet auteur.

---

chambre, laissera beaucoup à désirer, mais qui n'en réalise pas moins une amélioration capitale.

Les principales dispositions qu'il renferme ont pour objet de fixer l'âge d'admission dans les fabriques, la durée du travail, la responsabilité des chefs de fabrique et celle des parens; l'enfant peut être placé dans les manufactures, usines et fabriques dès l'âge de huit ans; mais, sur la proposition de M. Gay-Lussac, il a été décidé que le gouvernement sera autorisé à déterminer les établissemens où, pour cause de danger ou d'insalubrité, les enfans au-dessous de seize ans ne devront pas être employés. De huit à dix ans, le travail effectif ne doit point dépasser huit heures par jour, divisées par un repos; de douze à seize ans, les enfans ne seront occupés que douze heures par jour, divisées par des repos, et comprises entre cinq heures du matin et huit heures du soir; quel que soit leur âge, ils ne pourront être employés les jours fériés. Dans le cas de travail de nuit, extraordinaire et momentané, suite du chômage d'un moteur ou de réparations urgentes, les enfans ne pourront être employés que s'ils ont au moins douze ans, et pendant huit heures seulement sur vingt-quatre.

Des pénalités sont stipulées contre les infractions à la loi par les propriétaires ou par les exploitans des manufactures, usines et ateliers, contre les pères et les tuteurs qui se seront prêtés à la violation de la loi.

Des ordonnances royales, rendues sous forme de réglemens d'administration publique, détermineront les mesures relatives au maintien des bonnes mœurs et de la décence dans l'intérieur des établissemens industriels, en même temps qu'elles pourvoiront à la continuation de l'instruction primaire et religieuse des enfans; ceux-ci seront également garantis contre tout mauvais traitement et tout châtiment abusif; la salubrité des établissemens et la santé des enfans seront l'objet d'autres réglemens spéciaux.

Enfin, dit le dernier article du projet, et ici nous citons textuellement, les préfets, sous-préfets, maires et juges sont autorisés à visiter aussi souvent qu'ils le jugeront nécessaire les manufactures, usines et fabriques, pour s'assurer s'il existe quelque contravention aux mesures prescrites en vertu de la loi. A cet effet, ils se feront représenter les registres, les réglemens de l'établissement, les livrets des enfans et les enfans eux-mêmes; ces magistrats *pourront* se faire accompagner par un médecin, pour s'assurer de la salubrité des établissemens et de l'état sanitaire des enfans.

Telle est l'économie de la loi élaborée par la chambre des pairs; on voit que tout en consacrant des conditions essentielles, elle en a laissé un grand nombre à l'arbitrage de l'administration; elle n'a point recherché les moyens de soustraire les jeunes générations à la contagion des perversités cyniques qui s'agitent dans l'intérieur des fabriques; c'est au pouvoir central qu'il appartiendra de fermer cette plaie sordide, et de faire cesser, dans des lieux peuplés d'enfans, l'inoculation collective du vice et de la débauche. Les nécessités hygiéniques n'ont obtenu, dans le projet précité, qu'une indication laconique; la chambre des pairs, en l'absence de lumières spéciales, ne pouvait ni les exprimer plus amplement, ni les établir dans la loi; voilà ce qui résulte de l'ostracisme parlementaire dont on a frappé la roture hippocratique. En se bornant à stipuler l'âge nécessaire pour l'admission au travail dans les fabriques, la noble chambre n'a fait que stipuler la vie des enfans; les introduire avant l'âge de huit ans dans les vastes et tumultueux foyers de l'industrie, c'eût été condamner à une mort certaine beaucoup

à l'appareil vocal le degré d'ascension indispensable dans la voix blanche; l'autre, par cela même qu'il *sombre*, peut garder sa situation ordinaire, et conserver la liberté de varier sa pose suivant les exigences scéniques. Il serait sans doute intéressant de montrer l'influence différente de ces deux espèces de chant sur l'expression dramatique et la mutéose des chanteurs (1). Peut-être est-on souvent tombé dans d'injustes méprises sur tel acteur de mérite, en condamnant, comme effet de mauvais goût, une attitude vicieuse, mais commandée par la nature même de la méthode qu'il avait adoptée. Mais nous ne pouvons ici tracer même l'esquisse de ce tableau.

Nous avons dû insister sur ce fait nouveau, qu'on peut parcourir tous les tons de la gamme sans déplacer le larynx. Aucun auteur n'en avait soupçonné la possibilité; il y a plus : tous enseignent positivement le contraire. M. Malgaigne écrivait récemment : « Il est impossible de chanter dans le haut de la gamme..... quand on empêche le larynx de monter. » (Arch. de méd., 1831, t. xxv, p. 348.)

5. Trois conditions concourent, avons-nous dit (§ I, n. 3), à l'élévation du ton : si l'une d'elles manque dans la voix sombrée, les deux autres devront donc s'accomplir avec plus d'énergie. La raison seule l'indique; et l'observation nous apprend en effet que, dans cette espèce de chant, on a besoin, pour atteindre aux sons élevés, d'une constriction plus forte de la glotte, et d'une expiration plus active. Le resserrement simultané du thorax et de l'ouverture laryngienne est, dans ce cas, produit par une synergie dont l'effort nous offre l'exemple. La rigidité des régions sus et sous-thyroïdiennes pendant le chant sombré, la fatigue qu'on y éprouve après l'exercice prolongé de cette voix, l'intervention continuelle et obligée de la volonté pour maintenir et régler le jeu de l'organe, tout montre qu'il s'opère alors dans les muscles extrinsèques du larynx une contraction énergique, à la fois indice et soutien de celle qui a lieu intérieurement; nisus synergique destiné à fixer entre elles les différentes pièces du larynx pour faciliter et accroître la tension et la force de contraction des cordes vocales; et cela par un mécanisme d'ensemble dont une analogie frappante nous offre l'image et la preuve dans toute région musculaire qui doit déployer une grande puissance.

6. Quant à l'accélération du courant d'air, elle est facile à reconnaître en étudiant un chanteur qui se sert habituellement de la voix sombrée. Les morceaux d'un rythme lent sont ceux qu'il préfère; les passages trop vifs, il les ralentit pour trouver le temps de renouveler l'air qu'il dépense si abondamment; son grand art consiste à multiplier les inspirations; et, comme l'expulsion de l'air doit avoir d'autant plus de force que le ton est plus élevé, c'est surtout avant une note très haute qu'il sera forcé de respirer, et cela, même aux dépends de la phrase grammaticale ou musicale qui sera quelquefois coupée par les exigences de cette sorte de voix (2); car elle ne peut exister qu'à deux conditions : expiration énergique et forte contraction de la glotte. On conçoit qu'avec un mécanisme si distinct, il doit y avoir, dans ses qualités et son emploi, des différences notables entre elle et la voix ordinaire.

7. Ainsi, variation dans la constriction de la glotte et dans l'énergie du courant d'air, voilà pour *la voix sombrée* les deux causes; pour *la voix blanche*, deux des causes qui déterminent le changement de ton. Chacun de ces élémens a-t-il, dans l'exercice de cette fonction, une sphère d'action égale? Nous ne pouvons l'admettre; car la vitesse de la colonne d'air expiré varie, comme on le sait, presqu'à l'infini; et quant à la glotte, au contraire, nous allons prouver que, passé un certain degré, son resserrement n'agit plus sur l'élévation du ton, et que l'opinion opposée, généralement reçue et formulée explicitement par M. Magendie (1), est démentie par les faits. Si, comme il le dit, la coarctation de la glotte rendait les sons de plus en plus aigus jusqu'à occlusion complète, les basses-tailles qui certainement peuvent la fermer aussi bien que les ténors (comme cela a lieu dans l'effort) ne devraient-elles pas avoir la faculté de donner des sons aussi élevés qu'eux? Il n'en est rien cependant, et la différence que ces deux voix offrent entre elles, et qui est en rapport avec le diamètre différent de la glotte, existe pour les notes supérieures comme pour les inférieures. Ce qui nous conduit à penser que l'obstacle apporté par l'état de la glotte à l'élévation infinie du ton ne tient pas à l'oblitération de son ouverture, mais à ce que ses bords musculaires ne sont susceptibles de vibrer (2) que jusqu'à un certain degré de contraction. Cela expliquerait encore pourquoi les divers genres de voix (basses, barytons, ténors) ont à peu près la même étendue, quel que soit leur diapason.

Si donc l'action du courant d'air sur les tons n'a d'autre limite que celle de la force de l'expiration, celle du resserrement de la glotte ne s'exerce pas dans une égale étendue, puisque, au-delà d'un certain point, la contraction des cordes vocales n'influe plus sur l'élévation du ton. D'où nous sommes en droit de conclure que les notes extrêmes de la voix, soit graves soit aiguës, sont dues, non aux variations de diamètre de la glotte, mais à l'accélération ou au ralentissement excessif de l'air expiré. Cette conclusion qui s'étend à la voix blanche et à la voix sombrée recevra plus loin une application spéciale, ainsi que de nouveaux développemens.

8. Cherchons maintenant si, parmi les instrumens de musique, il en est un dont le mécanisme puisse être comparé à celui de la voix sombrée. Ce sera là une nouvelle manière d'expliquer notre pensée; et, malgré l'espèce de réprobation dont on a voulu frapper ce mode d'investigation, nous n'avons pas cru devoir renoncer aux lumières qu'il pouvait nous fournir. N'est-ce pas à l'application des sciences physiques que la science de la vie doit ses démonstrations les plus rigoureuses? Et ne fait-on pas tous les jours des rapprochemens de ce genre, en assimilant les os à des leviers, le thorax à un soufflet, le cœur à une pompe foulante et aspirante, etc.? Pourquoi donc, dans une question aussi obscure, s'interdire le secours des inductions tirées de l'analogie? Est-ce parce que la ressemblance entre les termes de ces comparaisons n'est jamais exacte? Mais c'est précisément pour cela qu'il faut les multiplier et chercher ce que le larynx offre de commun, non pas avec un instrument, mais avec tous les instrumens en usage. Et d'ailleurs, c'est à ces parallèles que nous devons

(1) On peut vérifier la justesse de ces remarques en étudiant le jeu de Duprez, celui de nos artistes qui porte à sa perfection le talent d'employer la voix sombrée. L'exemple sera surtout frappant, si, comme contre-partie, l'on se rappelle la tenue scénique si différente de Ponchard, qui ne se servait que de la voix blanche.

(2) Nous choisissons toujours le même artiste pour type d'exécution de la voix sombrée.

(1) « Il paraît que le terme de l'acuité des sons arrive, parce que la glotte se ferme entièrement, et que l'air ne peut plus sortir à travers le larynx. » (Ouvr. cité, t. 1, p. 308.)

(2) Nous ne voulons ici parler que de vibrations à la manière d'une anche.

---

de ces pauvres créatures; les autres aux langueurs valétudinaires d'un précoce étiolement. Mais il ne suffit pas que ces enfans vivent; il faut qu'ils aient l'assurance du libre développement de leurs organes; il faut que les dangers qui vont menacer incessamment leurs frêles existences soient écartés par une main vigilante; vous avez fait réserve de leur vie, faites aussi réserve de leur santé, de leur quantité de vigueur native; or, ce bénéfice est au prix d'une législation d'intérieur pour les établissemens industriels, et la chambre des pairs n'en a point tenté l'ébauche; elle avait, pour s'en abstenir, des raisons excellentes; après avoir fermé sa porte à la médecine, pouvait-elle s'adresser, pour la rédaction de ces mesures d'économie sanitaire, aux généraux ou aux magistrats qui garnissent les bancs du Luxembourg?

Destitué du contrôle médical, ce projet de loi semble receler en lui un principe de dissidences et d'oppositions; façonné laborieusement sur l'enclume parlementaire d'une chambre, il se décompose presque aussitôt entre les mains de l'autre; la commission de la chambre des députés n'a pu s'entendre encore sur le système à suivre dans l'organisation du travail des enfans : convient-il de tout spécifier, de tout prévoir dans la loi? — Peut-on se borner à y consigner le principe de l'intervention du gouvernement auprès des manufacturiers, et se décharger sur lui du détail d'exécution? — Ou bien, également éloigné de l'omnipotence administrative et de la minutie légale, faut-il combiner les dispositions de la loi avec l'action du gouvernement, suivant les circonstances locales? — C'est sous cette triple face que se présente à la commission du Palais-Bourbon la question soumise à son jugement. Pour nous, le niveau brutal de la loi nous paraît préférable à l'intelligente flexibilité des réglemens administratifs; ceux-ci devront varier, dit-on, suivant les localités; mais sur quelles bases seront-ils fondés, si ce n'est sur les renseignemens et les avis fournis par les autorités administratives des départemens? Dès lors, libre accès aux influences locales, si redoutées par les agens du pouvoir, dans l'élaboration des réglemens; diversité de mesures et d'arrangemens; la protection promise aux intérêts sanitaires de l'enfance n'aura plus rien de stable, d'uniforme, de constant; la philantropie des préfets fléchira aux transactions, et la loi, vague et muette, n'aura fait que servir de cadre passif aux exigences de l'égoïsme industriel, appuyé sur la notabilité politique. Plus donc la législation qui se prépare se fera détail et réglement, plus elle répondra au but qu'elle annonce; parmi les problèmes qu'elle embrasse, il en est plusieurs qui sont susceptibles d'une solution générale; ceux qui sollicitent des réserves se rattachent bien plus à la compétence médicale qu'à l'action administrative, et le législateur peut y pourvoir tout autrement que par un appel aux décisions du pouvoir local ou central.

La question de l'âge d'admissibilité aux fabriques domine le projet de loi; néanmoins une autre question a été placée avant celle-là; on a demandé si toutes les industries doivent être comprises dans la prohibition légale quant à l'âge; M. Gay-Lussac a répondu : non; mais l'hygiène dit : oui. On a fait valoir l'innocuité de certaines industries; il en est qui ne s'accompagnent d'aucun danger, d'aucun inconvénient; écartez les enfans des fabriques, des ateliers où des émanations nuisibles vicient l'hématose, où leurs organes délicats sont offensés par des agens délétères; mais, quel que soit leur âge, ne leur fermez point la porte des ateliers où toutes les conditions hygiéniques paraissent favorables. L'égoïsme industriel ressemble à l'avare Achéron; il ne lâche point facilement sa proie; il dispute le terrain à la phi-

presque toutes nos connaissances sur la théorie de la phonation, tandis que ceux qui comparent *le larynx à un larynx* n'ont pu tirer de ces prémisses une conclusion plus explicative que celle-ci : cet organe « a en lui toutes les conditions pour produire des sons aigus ou graves, forts ou faibles. » (Nouv. élém. de phys., par Richerand et M. Bérard, 40ᵉ édit., 1833, t. III, p. 311.)

Mais avant de spécifier l'instrument auquel la voix sombrée est comparable, cherchons à déterminer celui que représente la voix blanche. Il serait oiseux de reproduire ici les discussions élevées à ce sujet; car de toutes les hypothèses successivement en faveur, on peut dire que deux seulement s'offrent aujourd'hui avec quelque apparence de vérité. Celle que nous adopterons à cause de la simplicité dont toutes ses explications sont empreintes, est celle de M. Magendie, qui compare la voix chantée ordinaire aux sons d'un instrument à anche. Elle a été attaquée par un savant du premier ordre dont les travaux sur cette matière font autorité : les objections de M. Savart peuvent se résumer dans les deux propositions suivantes : 1° la théorie des anches ne rend pas compte de l'usage des cordes vocales supérieures, ni des ventricules du larynx; 2° les lèvres de la glotte ne se rapprochent pas jusqu'au contact, ce qui serait cependant nécessaire pour la production du son, si la voix était due au mécanisme de l'anche. Essayons de répondre à ces argumens.

Il est vrai que rien, dans la composition d'un instrument à anche, ne rappelle les ligamens supérieurs ni les ventricules, et que l'addition de parties semblables n'est pas nécessaire dans un instrument de ce genre. Mais, sans parler des expériences de M. Malgaigne, ni des autopsies de M. Colombat (1) peut-on légitimement conclure qu'une théorie qui ne leur donne pas un rôle dans la production de la voix est, par cela seul, défectueuse ? Non assurément; il faudrait d'abord avoir prouvé que ces parties sont indispensable à la phonation. Et ce qui nous autorise surtout à leur dénier cette attribution, c'est que M. Magendie explique sans elles, d'une manière complète, tous les phénomènes de la voix. Peut-on exiger autre chose d'une hypothèse? non, sans doute, car il ne suffit pas pour l'infirmer de dire qu'elle n'assigne pas d'usage à certains organes; on devrait avant tout démontrer leur importance, et, pour cela, signaler les lacunes que leur omission laisse dans la théorie. Or cette seconde condition n'ayant pas été remplie, on ne saurait faire à M. Magendie un reproche fondé d'avoir négligé, dans son système, les ventricules et les cordes vocales supérieures, puisque néanmoins il a pu interpréter toutes les circonstances de la production des sons.

Maintenant la glotte est-elle réellement trop large pour pouvoir vibrer à la manière d'une anche? C'est là une supposition purement gratuite, qu'aucune expérience directe n'est venue confirmer jusqu'ici. Le raisonnement même ne lui est pas favorable, car nous ferons observer : 1° que les cordes vocales sont rendues plus épaisses par la contraction de leurs fibres musculaires; 2° qu'elles sont tirées l'une vers l'autre par la juxtaposition et le renversement en arrière des cartilages aryténoïdes; 3° qu'elles représentent non une anche simple, mais une anche à double lame, ce qui facilite encore leur rapprochement. Nous sommes donc fondés à conclure que la glotte qui, sur le cadavre, a, en effet, beaucoup de largeur, présente néanmoins, à l'état de vie, toutes les conditions nécessaires pour vibrer à la manière d'une double anche.

Ainsi, dans l'émission de la voix ordinaire, le larynx est l'analogue d'un instrument à anche, tel que le hautbois; et les trois conditions qui, dans l'organe vocal, font varier le ton, se trouveront, dans cet instrument, représentées par la constriction que les lèvres du joueur exercent sur l'anche, par les dimensions variées que ses doigts donnent à chaque instant au tuyau, enfin par l'énergie du souffle qui change suivant l'acuité des sons. Quant à *la voix sombrée*, son mode de production tout différent ne permet de l'assimiler qu'à un instrument dans lequel le tuyan resterait invariable, et où les changemens de ton résulteraient uniquement du resserrement de l'anche et de la force du courant d'air. Nous trouvons l'exemple d'un mécanisme semblable dans le cor (1), et la trompe de chasse. Là tout dépend de la contraction de l'ouverture buccale et de la force du souffle. L'énergie variable de ces deux causes produit seule la différence des tons; et les lèvres du donneur de cor méritent véritablement le nom d'anche vitale. Ainsi se trouverait, en partie du moins, réhabilitée l'ancienne hypothèse de Dodart qui avait autrefois établi ce rapprochement. A la vérité, sa théorie, ne tenant pas compte des déplacemens du larynx dans les changemens de ton, ne pouvait convenir à la phonation ordinaire, et cette lacune l'avait fait avec raison rejeter comme erronée; mais elle demeure parfaitement juste si on se contente de l'appliquer aux phénomènes de la voix sombrée.

Un autre fait bien propre à nous donner une idée du mécanisme de cette voix, c'est l'exemple cité par Dodart : « d'un excellent musicien qui, en resserrant seulement l'embouchure du hautbois, séparée de cet instrument, donnait tous les tons. » (Instit. de méd. de Boerhaave, avec comment. de La Mettrie, t. V, p. 383.)

§ II. — De l'intensité du son dans la voix sombrée; nouvelle théorie des sons filés.

La force de la voix, d'après tous les auteurs, tient à trois causes, savoir : le volume du larynx, la vitesse de l'air expiré et la largeur du tuyau vocal. Nous ne parlerons que de ces deux dernières, car elles seules varient, suivant que la voix est *blanche* ou *sombrée*.

9. Et d'abord, elle dépend de la vitesse du courant d'air expiré : c'est là un fait incontestable et incontesté, dont chacun peut se convaincre en observant avec quelle rapidité le souffle s'épuise, dès qu'on donne à la voix plus de volume. Mais cette cause de variation dans la force du son contribue aussi à changer sa tonalité (voy. § I, n. 3). S'il en est ainsi, et que, par la seule différence de son impulsion, le courant d'air modifie en effet simultanément la force et le ton de la voix, il doit résulter de cette double influence des conséquences intéressantes dont notre théorie est tenue d'établir les lois, si elle est réellement l'expression de la vérité. Nous allons les exposer avec détail; car, bien qu'applicables aux deux espèces de voix, leur connaissance nous sera spécialement utile pour expliquer quelques particularités propres au chant sombré.

10. Nous avons démontré (§ I, n. 5 et 6) qu'on arrive à l'émission des

(1) Regardera-t-on comme concluantes les autopsies où M. Colombat dit avoir trouvé le larynx « dépourvu de ventricules et de ligamens supérieurs chez des individus, parmi lesquels il en est plusieurs qui avaient, pendant la vie, un beau timbre vocal? » (Ouvr. cité p. 54.)

(1) Il est bien entendu que, pour le cor, nous faisons abstraction des notes *bouchées*.

lantropie du législateur, fabrique par fabrique, atelier par atelier; debout sur le seuil, avec un sourire de bienveillance fatue et une bourse à la main, il s'écrie en parodiant l'évangélique invitation : « Laissez venir à moi les petits enfans; » il va disserter sur le degré de salubrité des industries, et si vous le laissez faire, il en assainira comme par enchantement les plus dangereuses, rien que pour y attirer les petits enfans. L'illustre chimiste qui n'a pas voulu comprendre toutes les industries dans la prohibition quant à l'âge, a vu les choses chimiquement; il a pensé qu'en l'absence d'émanations ou de vapeurs, point de périls pour les enfans; mais il ne s'agit pas seulement ici de l'insalubrité des industries; il s'agit encore du rapport des travaux imposés avec les conditions physiologiques de l'enfance, ainsi que des influences anti-hygiéniques qui sévissent dans toutes les localités industrielles; dans toutes, en effet, sont réunis un grand nombre d'ouvriers; dans toutes l'air est plus ou moins altéré; le travail disproportionné avec les facultés physiques de l'enfant, lui crée d'ailleurs un danger indépendant de tous les élémens de salubrité extérieure.

Pour la fixation de l'âge, on n'a considéré que le fait de la première admission au travail; on a perdu de vue la succession des périodes d'évolution organique dont se compose la deuxième enfance; une fois admis, que devient l'enfant condamné à parcourir ces périodes dans une atmosphère où sont plongés avec lui de nombreux travailleurs, dans un lieu ordinairement clos, au milieu des miasmes qui se dégagent des corps en sueur et des molécules végétales ou minérales qu'ils respirent? L'âge de huit ans est prématuré pour le début dans les carrières industrielles; quoi! l'époque de la deuxième dentition est à peine passée, les efforts de la nutrition se dirigent sur le système osseux, à tel point que s'il existe des causes de faiblesse originelle ou acquise, il survient ce rachitis du *deuxième* âge qui porte plus particulièrement sur le tronc et détermine les plus fâcheuses déformations, les muscles sont grêles, tous les tissus conservent encore de la mollesse et rappellent la nature gélatineuse des premières années, et vous livrez ce petit être ainsi fait au travail des fabriques! La croissance en longueur s'accélère et souvent l'enfant est fixé dans des situations gênantes; les mouvemens plus assurés se répètent sans cesse, un fréquent besoin d'exercice sollicite ses membres, et vous le clouez dans l'immobilité! A ce moment de la vie, les facultés intellectuelles et morales se développent, l'esprit s'est fortifié, le sens moral s'éveille, la notion du devoir pénètre au cœur; cette période doit appartenir à l'éducation religieuse et primaire; celle-ci doit précéder l'initiation aux labeurs industriels. Rien de fixe d'ailleurs dans les conditions physiologiques d'un âge; celles-ci sont modifiées par la constitution individuelle, par le climat, par l'alimentation, etc. Des enfans de huit ans, bien vêtus, bien nourris, bien logés, supporteront mieux la même quantité de travail que des enfans de douze ans élevés dans des circonstances inverses. Est-il donc possible de fixer un âge absolu pour l'introduction dans les ateliers? sans doute, et cette fixation est nécessaire; mais l'âge ne doit pas constituer l'unique condition de l'admission au travail; celle-ci ne devrait jamais avoir lieu que sur l'avis d'une commission mixte d'administrateurs, de fabricans et de médecins, choisis par tiers; un minimum d'âge, plus l'autorisation de cette commission permanente dans chaque centre d'arrondissement industriel, voilà, suivant nous, ce que doit stipuler la loi à cet égard. Cette réunion d'hommes, ainsi composée, représenterait tous les intérêts engagés : le pouvoir social, l'industrie, l'humanité, le nombre et la résidence de ses conseils se-

notes aiguës par une expiration très forte; mais comme cette condition ne saurait être remplie, sans que le son augmente en même temps de volume, on peut en inférer que, pour atteindre plus aisément aux tons élevés, il faut les attaquer avec beaucoup de force. Il est même quelques notes auxquelles on ne peut parvenir qu'en leur donnant une intensité extrême. Ce sont les plus hautes de la voix, celles dont la production (nous l'avons expliqué § I, n. 7) résulte plutôt de la force exagérée du courant d'air que du resserrement de la glotte. De même les notes les plus graves, celles qui terminent en bas l'échelle vocale, étant dues à l'affaiblissement excessif de la colonne d'air, on ne peut les *toucher* qu'à condition de diminuer l'intensité du son, à mesure qu'on descend. Ce sont là des corollaires rigoureusement déduits de nos principes; et pour se convaincre de leur réalité, il suffit d'observer la différence extrême qui existe, eu égard à la force du son, entre les notes les plus hautes des ténors et les plus graves des basses-tailles. Les artistes de ces deux ordres mettant leur amour-propre à reculer, chacun dans un sens opposé, la limite de leur voix, fourniront à chaque instant l'occasion de vérifier la justesse de nos remarques. Et en effet si, pour les premiers, la grande difficulté est de ne pas *crier* les notes supérieures; pour les seconds, au contraire, c'est de se faire entendre dans les notes inférieures.

11. Pour monter d'un son quelconque à un ton plus élevé, nous savons qu'il faut à la fois resserrer davantage la glotte et rendre l'expiration plus active. L'attention du chanteur se trouvant préoccupée, en un seul instant de ce double soin, on est exposé à attaquer la note supérieure avec moins de justesse et de netteté; et en effet l'intonation en est souvent défectueuse. Mais si l'on a la précaution de veiller à ce que le courant d'air soit pendant la première note aussi fort qu'il devra l'être pour produire la seconde, on n'aura plus, pour exécuter celle-ci, qu'à contracter la glotte; et la transition se fera avec toute la précision désirable. Aussi est-il d'observation en musique vocale que, pour passer plus aisément d'un son grave à un son aigu, il faut d'abord donner au premier d'autant plus de force qu'un intervalle plus grand le sépare du second. Des principes analogues, mais dans un ordre inverse, s'appliquent à la manière de descendre d'un ou de plusieurs tons. L'expérience avait déjà enseigné cet artifice aux maîtres de chant; et les conseils qu'ils donnent à leurs élèves pour faire *chanter la gamme en liant les notes,* et surtout pour apprendre à *porter la voix,* sont de tout point semblables à ceux que nous établissons d'après la théorie (1).

12. Ici se présente une question aussi intéressante à discuter que difficile à résoudre: c'est la *théorie des sons filés.* Nous avons dit que le courant d'air ne peut augmenter de vitesse sans que le ton devienne à la fois plus fort et plus aigu. Il semblerait dès lors qu'en cherchant à *renfler* une note, on devrait nécessairement faire monter le ton, puisque le même moyen qui produit le premier résultat est aussi de nature à produire le second. C'est en effet l'inconvénient que présentent la plupart des instrumens à vent; et cependant notre voix peut à volonté varier le degré d'intensité d'un même son, sans qu'il en résulte dans sa tonalité le moindre changement. D'où vient donc cette faculté que possède l'organe vocal, et dont les effets paraissent en opposition avec les principes que nous avons admis?

D'après M. Magendie, le seul auteur moderne qui ait songé à cette difficulté, on pourrait établir « que l'épiglotte *concourt* à donner à l'homme la faculté d'enfler le son vocal sans que celui-ci monte. » (Ouv. cité, t. I, p. 309.) Cette proposition émise avec une réserve remarquable semble ne pas attribuer uniquement à l'épiglotte la faculté dont il est question. Mais quoique tous les écrivains l'aient répétée depuis, sous une forme plus affirmative et plus absolue, nous ne croyons pas qu'elle soit acceptable. Et d'abord comment agirait l'épiglotte? Serait ce par un déplacement dû à la contraction musculaire, ou bien se laisserait-elle mécaniquement soulever par le courant d'air, comme pourrait le faire croire l'usage de la languette que M. Grenié place, pour le même motif, dans les tuyaux anchés? Nous ne trouvons à cet égard aucun détail ni dans M. Magendie, ni dans les auteurs qui ont reproduit son idée; et cependant il serait important de s'entendre à ce sujet, d'autant mieux qu'on aurait besoin d'expliquer l'explication elle-même: car tandis que M. Magendie inclinant pour la seconde version paraît croire que l'épiglotte, comme la soupape de M. Grenié, s'élève quand le courant d'air augmente de force, Richerand et M. Bérard enseignent positivement, au contraire, sans justifier leur opinion, que, dans la même circonstance, l'épiglotte s'abaisse progressivement sur l'ouverture du larynx. » (Ouvr. cité, t. III, p. 208.) Ce désaccord entre deux autorités graves est frappant; mais ne s'y expose-t-on pas, en admettant pour des faits obscurs une explication non moins obscure?

De ces deux opinions contradictoires, quelle est la plus probable? A laquelle devons-nous répondre? On le voit, en voulant réfuter la doctrine fondée sur le jeu de l'épiglotte, nous sommes arrêtés dès les premiers pas par le vague de cette hypothèse, que ses partisans eux-mêmes n'ont jamais nettement formulée d'après les lois de l'acoustique. Mais, malgré les difficultés qu'offre la discussion sur un terrain aussi mobile, nous croyons pouvoir démontrer que ce système est inadmissible, de quelque manière qu'on veuille l'entendre.

On sait que les mouvemens imprimés à la langue sont transmis à l'épiglotte par les connexions intimes qui unissent ces deux organes. Et cependant une traction exagérée de la langue en avant, non plus qu'une forte pression exercée à sa base, pendant qu'on chante, ne diminuent en rien la faculté de conserver le même ton, quelle que soit la force du son. En serait-il ainsi dans le cas où l'épiglotte aurait l'influence que lui attribuent si gratuitement les physiologistes?

Si, pour prouver que cette fonction lui appartient, ils ont argué de l'effet semblable que produit, dans les tuyaux anchés, une languette placée comme l'épiglotte, l'analogie qui leur a suggéré cet argument, ne fournit-elle pas aussi sa réfutation, en nous apprenant que, dans le cor, la trompe de chasse, le hautbois, le basson, la clarinette, etc., le ton peut être rendu indépendant de la force du souffle, sans qu'il y ait dans ces instrumens aucune partie assimilable à l'épiglotte? Et, pour prendre un point de comparaison plus rapproché du sujet, ne trouvons-nous pas, dans l'action de siffler avec les lèvres, un nouvel exemple, et de cette faculté, et de l'absence complète d'organe qui puisse en rendre compte d'après la doctrine de M. Magendie (1)?

(1) Le *trille* fameux que Rubini a introduit dans l'air: *Il mio tesoro,* de don Giovanni, et la manière dont il s'y prend pour exécuter ce tour de force musical, montrent l'utilité de ces préceptes, en fournissant aussi un exemple frappant de leur application.

(1) L'explication de cet auteur, nous l'avons vu, n'est pas fondée tout entière

raient déterminés par la loi; liés entre eux par un fréquent échange d'avis et de documens, ralliés à un conseil central qui siégerait à Paris et qui serait formé par la réunion des conseils supérieurs de salubrité et de commerce sous la présidence de magistrats, ils présenteraient une hiérarchie de sagesse constituée, un riche et multiple foyer de lumières et d'action; leurs attributions pourraient s'élargir singulièrement au profit des pauvres enfans, comme aussi dans l'intérêt de l'ordre et de l'avenir national. A ne les considérer que sous le rapport de l'admission des enfans, chacun d'eux formerait une espèce de conseil de recrutement industriel; et puisque des hommes de 21 ans sont soigneusement examinés pour être admis dans la carrière militaire, pourquoi ne visiterait-on pas ces enfans qui, eux aussi, vont endurer des fatigues, des privations, l'insomnie, et qui bravent même des dangers! Le pauvre être de huit à dix ans que l'atelier recrute doit être examiné dans la même vue et à droit égal: la visite des recrues est instituée dans l'intérêt de l'armée; c'est la société qui se prémunit contre l'individu; l'enfant, c'est la société; l'atelier, la fabrique, l'usine, c'est l'intérêt d'un seul; il ne faut point que l'exploitation industrielle adultère jusque dans ses sources la population des villes et des campagnes; il ne faut point que la défense de la patrie soit compromise dans l'avenir le plus reculé par la détérioration progressive des jeunes générations!

La question du salaire des enfans et de sa répartition est restée en dehors de la discussion, et elle touche, par tous les points, à l'hygiène de ces êtres: du salaire dépend, en effet, la nourriture, le vêtement des enfans qui travaillent; il leur fait leur mesure de réparation de leurs forces; et puisque ces forces, à peine agissantes, sont prématurément exploitées, c'est au législateur à les ménager, à les soutenir; il doit se placer entre l'avarice des fabricans et la dureté cupide des parens. Dans les prisons et maisons de détention, le produit du travail des condamnés est partagé en trois fractions, dont l'une leur est remise, l'autre réservée pour le terme de leur peine, et la troisième abandonnée à l'administration. Pourquoi les pauvres enfans seraient-ils traités avec moins de prévoyance, et pourquoi leur salaire n'est-il pas consacré par tiers à leur entretien, à leur avenir, à leurs parens, qui ne sont pas toujours pour eux ce que l'administration est pour les détenus? Nous ne faisons qu'indiquer ce côté de la réforme industrielle; c'est assez pour faire voir, suivant l'expression qui a cours, *qu'il y a ici quelque chose à faire.*

La justice et l'humanité veulent qu'on assure à ces enfans une surveillance sanitaire, régulière, permanente, désintéressée, indépendante vis-à-vis des parens et des fabricans. Beaucoup de manufacturiers stipendient des médecins attachés à leurs établissemens. En Alsace, où les rapports entre ouvriers et maîtres sont vivifiés par un profond sentiment de piété naturelle et par la bénignité du caractère allemand, les secours de l'art sont assurés de la sorte aux premiers, sans frais et sans difficulté; mais il vaut mieux que le médecin ne dépende point du chef de l'établissement, et que, par sa position, il se trouve comme le modérateur né entre les exigences de celui-ci et les besoins de l'ouvrier. L'institution des médecins cantonnaux, dont l'Alsace a également donné le premier exemple en France, si elle vient à s'y généraliser, est susceptible d'une extension qui facilitera ce nouveau rôle, dévolu à notre profession; les médecins cantonnaux, dont le ressort comprend des établissemens industriels, pourront recevoir, avec une indemnité proportionnelle, une augmentation d'attributions, une mission spéciale, qui les investira d'une sorte de magistrature conservatrice; ce seront des

Enfin, voici d'autres particularités du chant que cette hypothèse ne peut pas davantage expliquer. La possibilité que nous avons de *renforcer* ou de *faiblir* un son, sans que le ton monte ou baisse, ne s'étend pas à toutes les notes de l'échelle vocale. Cherchous quelles devraient être ses limites, en raisonnant d'après la théorie de M. Magendie, et nous verrons ensuite si ces conclusions seront confirmées par l'expérience.

Rappelons d'abord que la force du courant d'air augmente l'acuité du son (voy. § I, n. 5 et 6). Si donc on admet que l'office de l'épiglotte est d'empêcher le ton de monter quand on renfle le son, il serait naturel de penser que c'est dans les notes sur-aiguës que son influence devra rester insuffisante, puisque le courant d'air déjà très fort que nécessitait leur seule émission augmentera encore d'énergie. Il n'en est rien, cependant, et l'observation démontre qu'il est toujours possible de prévenir l'élévation d'une note très aiguë, quelle que soit la force du souffle, tandis que si vous voulez la faiblir, vous ne réussirez pas constamment à empêcher l'abaissement du ton. Un effet analogue a lieu pour les sons très graves dont il est plus facile de maintenir le ton, quand on les faiblit que lorsqu'on les renforce. Ce sont là des phénomènes constans, faciles à vérifier, et qui ruinent, ce nous semble, la doctrine aujourd'hui en faveur, puisque, loin de les expliquer, elle nous amènerait au contraire à un résultat tout opposé.

Ainsi, l'explication généralement admise jusqu'ici ne nous paraît pas pouvoir être conservée. Mais les faits dont elle prétendait rendre compte sont si réels, si importans, ont un rapport si direct avec l'objet de ce mémoire, que nous ne pouvons nous borner au rôle de critiques, et qu'après avoir combattu l'ancienne théorie, il faut, à notre tour, en donner une nouvelle. Voici, en peu de mots, celle à laquelle nous a conduits l'observation.

13. Il existe entre les puissances expiratrices et les muscles qui font varier le diamètre de la glotte, un consensus d'action, en vertu duquel la largeur de cette ouverture se proportionne à la vitesse du courant d'air, pour assurer la conservation du même ton. Ainsi, lorsque pour renforcer un son, on donne au souffle plus d'énergie, la glotte se dilate, non pas assez pour faire baisser le ton; mais assez cependant pour qu'il ne puisse monter. Veut-on au contraire faiblir le son? La glotte se resserre instinctivement pour prévenir la baisse de ton qu'amènerait le ralentissement de la colonne d'air. Il s'établit donc, dans ces deux cas, entre la vitesse de l'air et la largeur de l'orifice qu'il traverse, une *compensation* destinée à neutraliser l'influence qu'exerce sur le ton la différence d'énergie du souffle. C'est sur ce balancement entre deux forces opposées que repose l'explication tout entière, et l'on pourrait, en deux mots, la caractériser d'une manière aussi claire que simple, en l'appelant: *système de la compensation.* Voilà notre théorie; voici maintenant ses preuves.

Nous rappellerons d'abord que cette synergie entre les muscles expirateurs et ceux de la glotte se manifeste aussi dans d'autres circonstances. Pendant l'effort, par exemple, le resserrement du thorax s'accompagne de la constriction de la glotte; dans l'expiration, il co-existe au contraire avec la dilatation de son orifice, et ces deux phénomènes si distincts nous offrent, sous ce rapport, l'analogue de ce qui a lieu lorsqu'on veut ou faiblir ou renfler un son.

L'on conçoit aisément, du reste, l'influence réciproque par laquelle ces deux puissances corrigent mutuellement l'effet que produirait l'exagération de l'une d'elles; car si l'état de la glotte modifie l'élasticité de l'anche, l'impulsion du courant d'air fait varier la force qui la met en vibration. Ce sont, on le voit, deux élémens différens, mais concourant au même but, et grâce à la compensation qui s'opère entre eux, le résultat obtenu, c'est-à-dire le nombre des vibrations, demeure le même, quelque variation que chacun d'eux ait subie isolément, ce qui assure la conservation du ton.

Mais la véritable pierre de touche pour un système, c'est l'interprétation des phénomènes pour lesquels il a été imaginé. Or, l'on se rappelle que l'explication fondée sur le jeu de l'épiglotte est restée impuissante en présence de problèmes comme celui-ci: pourquoi peut-on renfler une note sur-aiguë, tout en la maintenant juste; tandis qu'on ne saurait que très difficilement la faiblir, sans faire baisser le ton? Avec notre théorie, rien ne nous arrête dans cette question, dont la solution devient au contraire un nouvel argument en notre faveur.

Nous avons établi (§ I, n. 7) que, une fois arrivée à un certain degré, la contraction des cordes vocales, quelque forte qu'elle devienne ensuite, ne contribue plus à l'élévation du ton, et cependant un peu alors, par une expiration très énergique, produire encore quelques notes sur-aiguës; ce qui nous a amenés à cette conséquence, que les sons les plus élevés ne sont dus qu'à l'impulsion de la colonne d'air. On comprend dès lors pourquoi il sera possible de renforcer une note sur-aiguë; car la glotte préviendra en se dilatant l'élévation du ton qui serait à craindre. Mais veut-on faiblir le même son? Le ton baissera, malgré tous les efforts du chanteur. Il faudrait, en effet, pour s'y opposer, que les cordes vocales se contractassent encore davantage, et nous savons que, pour produire cette note, elles étaient déjà parvenues au degré passé lequel leur contraction n'a plus d'influence sur le ton. De même il est aisé de maintenir juste le son le plus grave de l'échelle vocale, tout en le faiblissant; mais il sera impossible de le renforcer, car la glotte qui, pour le former, était déjà à son maximum d'ouverture, ne saurait se dilater davantage, et son agrandissement serait cependant indispensable pour prévenir l'élévation de ton que tend à produire l'accélération du courant d'air. Voilà, ce nous semble, une explication satisfaisante de phénomènes que l'hypothèse généralement admise ne pouvait comprendre; disons plus, qui étaient en opposition manifeste avec elle.

Si M. Magendie a puisé l'idée de sa théorie dans quelques modifications introduites par M. Grenié dans la construction des anches, à plus forte raison aurons-nous droit de chercher pour la nôtre une confirmation nouvelle dans l'étude du jeu des instrumens les plus semblables à la voix. Désirenx d'emprunter à l'expérience d'autrui d'autres argumens à l'appui d'une doctrine que l'analyse des phénomènes nous avait fait établir, nous avons posé à plusieurs professeurs de cor la question suivante: Quelles modifications subissent les lèvres lorsqu'on veut renforcer une note? Et toujours il nous a été répondu qu'il faut alors les relâcher à mesure qu'on donne plus de vent; que, pour prévenir l'élévation du ton, elles doivent perdre en contraction ce que le souffle acquiert en vitesse. Les joueurs de hautbois nous ont aussi appris que pour renfler un son, il faut tenir l'anche de cet instrument plus libre entre les lèvres, et la serrer au contraire davantage quand on le faiblit. Nous n'insisterons pas pour faire ressortir l'importance de ces documens. Si, comme on le voit, l'art a, sur ce point,

sur le jeu de l'épiglotte; néanmoins, nous sommes obligés, pour nous conformer à l'usage, de l'appeler doctrine de M. Magendie.

---

fonctionnaires d'un ordre nouveau, représentans vivans de la loi sur le travail dans les fabriques, et qui auraient charge de rendre compte de son exécution. A eux la faculté de provoquer auprès des conseils mixtes permanens la suspension du travail des enfans, suivant les accidens de leur croissance et les phases de leur santé, comme aussi de demander une prolongation de journée en faveur d'enfans doués d'une vigueur précoce; en un mot, par eux suivraient, après leur admission, les enfans dans les vicissitudes de leur développement et veilleraient à la régularité de leur vie physique.

Mais la loi dont nous discutons le projet, ne porte pas en elle-même une si abondante sollicitude: qu'a-t-elle établi? des visites facultatives, qui seront faites dans les manufactures; par qui? par les magistrats départementaux, municipaux et autres, en un mot, par toutes gens incompétens en matière d'hygiène publique; seulement, s'ils sentent leur insuffisance (ce qui ne leur est point obligatoire) ils ont la faculté de se faire accompagner par un médecin; mais c'est à prendre ou à laisser, ce médecin; que dire encore ici du rôle qui nous est concédé par merci, et comme ingrédient accessoire, comme incident? Que dirons-nous de cette intervention secondaire, précaire, que la loi nous fait en toutes choses? Nous croyions le moment venu d'une meilleure intelligence de ce qui peut s'effectuer par notre ministère social; mais il y a dans nos publiques officines de lois et réglemens une routine de défiance et d'ingratitude superbe envers la médecine. Eh bien! messieurs les pairs, réservez-nous dans l'ultième article de cette loi cette ridicule portion de compétence furtive, d'intervention octroyée à l'ombre de l'écharpe municipale. Eh bien! messieurs les députés, consacrez, dans une loi qui ressort presque tout entière de l'hygiène et de la physiologie, cette dé-

pression de la médecine. Pairs et députés, je vous déclare que, sans les médecins, votre loi n'atteindra point le but désiré; sans la médecine, elle avortera.

M. L.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur JULES GUÉRIN, chargé du service spécial des difformités à l'Hôpital des Enfans malades, rue de Sèvres, reprendra ses Conférences cliniques sur les difformités du système osseux dans l'amphithéâtre de l'hôpital, le MERCREDI, 20 de ce mois, à dix heures du matin; il les continuera tous les mercredis et samedis de chaque semaine, à la même heure. — Le professeur traitera spécialement cette année des difformités de la colonne vertébrale et des opérations qu'elles réclament. — Opérations les mercredis après la conférence, et les samedis, consultation pour les malades du dehors.

devancé la science, notre système y gagne en certitude; car le langage de l'expérience s'accordant avec les déductions du raisonnement forme en sa faveur une masse de preuves difficile à ébranler.

A côté de ces observations dont l'application à notre doctrine est aussi simple que probante, nous pouvons citer des expériences non moins faciles à interpréter qu'à reproduire. En soufflant dans un tuyau d'orgue à anche, nous avons constaté qu'on peut empêcher l'élévation de ton que produit l'accélération du courant, en laissant vibrer une portion de lame d'autant plus étendue qu'on donne au souffle plus de force. On obtient ce résultat en appuyant le bout du doigt sur la languette, et le rapprochant de plus en plus de son bord fixe, mécanisme parfaitement analogue à celui qui s'opère à la glotte dans le même but.

Nous avons fait cette observation d'une manière encore plus frappante. On sait que dans une anche de hautbois, l'acuité du son augmente avec la vitesse du courant d'air. Et cependant, en exerçant sur ses deux bords tranchans une pression progressivement croissante à mesure que nous soufflions plus fort, nous avons réussi à maintenir le même ton, quelque intensité qu'eût la puissance expiratrice, et cette compensation faite sous nos yeux même est, pour son mécanisme et ses effets, une image fidèle de celle qui se produit dans le larynx. Seulement c'est avec plus de précision encore que le même résultat s'obtient dans l'organe vocal, comme le prouvent la perfection à laquelle parviennent certains chanteurs. Cette contraction si prompte et si délicate par laquelle nous réglons le diamètre de la glotte sur la vitesse du courant d'air est, pour son instantanéité, tout à fait comparable à ces mouvemens prompts et sûrs du violoniste qui, sentant la fausse note presque avant qu'elle soit faite, la corrige et la prévient même en avançant ou reculant le doigt d'une quantité presque imperceptible.

Or, cette contraction *compensatrice* des muscles de la glotte dépend-elle de la volonté? Bien que se dérobant à la conscience, nous croyons qu'elle est toute volontaire, et nous n'avons, pour le prouver, qu'à rappeler l'attention toute particulière qu'il faut apporter lorsqu'on veut *filer* un son, c'est-à-dire lorsqu'on veut par degrés le renforcer d'abord, puis le faiblir. Une surveillance active sur l'appareil vocal est alors indispensable pour prévenir les changemens de ton, qui ont une tendance continuelle à s'opérer. En un mot, non seulement la volonté, mais l'attention la plus soutenue sont ici nécessaires, et la sûreté de l'intonation pour le chanteur, comme la justesse du doigté chez le violoniste, ne s'acquiert qu'à cette condition.

Un argument précieux nous est encore offert par l'étude du cri. Expression instinctive chez l'homme et les animaux, les sons qui le constituent se produisent sans que le son en surveille la tonalité. Or, il est remarquable que la plupart des cris, ceux de douleur, par exemple, se terminent par un abaissement de ton; et cela doit être, car l'expiration qui leur donne lieu va naturellement en s'affaiblissant. Cette modification constante du son, dans un cas où sa formation est abandonnée à l'instinct, ne prouve-t-elle pas que, s'il en est autrement dans le chant musical, où le même ton peut être maintenu, cela dépend de la volonté, qui coordonne alors dans ce but les mouvemens de la poitrine et ceux du larynx.

14. Ces considérations, qui nous ont servi à rendre raison des phénomènes de la voix sombrée, ont aussi l'avantage de s'appliquer à la voix blanche. Nous avons dû y insister, parce qu'un rapport plus direct les lie à l'étude de la première. Il est facile de prévoir les conséquences de leur application, si l'on se rappelle les différences qui séparent ces deux modes de chant.

L'élévation du ton, qui, dans le mécanisme vocal ordinaire, résulte de trois causes distinctes, n'est due qu'à deux seulement d'entre elles dans la voix sombrée. L'exagération d'action doit donc alors compenser le défaut de nombre. Et d'abord, pour donner une même note, le courant d'air aura besoin d'être plus accéléré que dans la voix blanche; mais, comme cette condition produit *l'intensité* en même temps que *l'acuité* du son, les notes sombrées ne pourront être obtenues qu'en leur donnant une force, un volume remarquables, et c'est, en effet, ce que démontre l'observation.

D'autre part, il sera très difficile pour celui qui emploie le sombrer, de faiblir une note sur-aiguë, car l'accélération du courant d'air ayant ici sur la tonalité une action beaucoup plus marquée que dans la voix blanche, son retentissement, quand on voudra faiblir le son, exposera bien davantage à le faire baisser.

De ce double motif résulte nécessairement pour la voix sombrée une sorte d'imperfection, sous quelques rapports. Ainsi, en l'employant, on devra constamment chanter avec force, et l'on ne pourra faiblir les notes sur-aiguës sans craindre d'entendre baisser le ton. Sans doute, l'exercice continuel et une éducation musicale bien dirigée atténueront ces effets vicieux et pourront peut-être même en triompher; mais comme ils sont inhérens au mécanisme de cette voix, on aura souvent occasion de constater leur réalité, soit en observant les chanteurs qui n'ont pas encore acquis par l'habitude le pouvoir de les effacer, soit en reconnaissant que, même chez les artistes les plus habiles, c'est toujours sous ce double rapport que l'exécution présente son côté faible, soit enfin en comparant la faculté avec laquelle ces défauts sont évités par ceux qui ne se servent que de la méthode ancienne.

15. Signalons, en terminant, un élément qui contribue encore, bien que d'une manière accessoire, à l'intensité du son. La force du courant d'air n'en est pas la seule cause; la dilatation de la cavité buccale y concourt aussi, en donnant à l'extrémité du tuyau vocal une disposition en porte-voix. On ne peut obtenir ce résultat qu'en abaissant le maxillaire inférieur et retirant en arrière la base de la langue. Mais ces mouvemens restent nécessairement très-bornés, quand on donne de voix blanche des notes aiguës, car elles nécessitent pour leur production l'ascension exagérée du larynx, et l'os hyoïde, fortement élevé, ne peut plus dès lors servir de point fixe aux déplacemens de la mâchoire et de la langue. Dans le chant sombré, au contraire, l'immobilité du larynx permet de porter plus loin l'abaissement de ces deux parties: nouvelle différence dont il faut tenir compte quand on veut s'expliquer l'intensité remarquable que prennent les notes hautes dans ce mode de vocalisation.

§ III. — DU TIMBRE DE LA VOIX SOMBRÉE.

Il règne encore tant d'obscurité dans la théorie du timbre des sons que, pour ne rien avancer de hasardé, nous nous bornerons souvent ici au rôle d'observateurs. Si les physiciens ont, pour ainsi dire, renoncé à chercher la solution d'un problème dont ils pouvaient étudier à part tous les élémens, c'est pour nous un devoir de nous attacher à l'exposition bien plus qu'à l'interprétation de phénomènes que leur nombre, leur complexité, la profondeur à laquelle ils se passent rendent si difficiles à bien apprécier.

16. Un premier fait à signaler, c'est que la voix sombrée et la voix blanche ont chacune leur timbre particulier et bien distinct. La différence qu'elles offrent sous ce rapport est assez tranchée pour qu'avec un peu d'habitude on puisse aisément s'apercevoir si un chanteur, même placé hors de la vue, emploie l'un ou l'autre mécanisme. Il y a plus: on distingue sans peine dans un ensemble de voix s'il en est qui appartiennent au chant sombré; et cela n'aura rien d'étonnant pour ceux qui savent avec quelle précision une oreille exercée reconnaît à la qualité du son l'instrument qui l'a produit, et discerne, dans un chœur comme dans un orchestre, la part que prend chaque exécutant à l'effet général.

Il est difficile de bien exprimer quel est le timbre propre à la voix sombrée; et ce que l'observation apprendrait en un instant, les paroles ne le feront, sans doute, que très imparfaitement concevoir. Cependant, en comparant, sous ce rapport, le sombrer à la voix blanche, on peut affirmer qu'il a quelque chose de voilé, de moins éclatant; et lorsqu'il est donné sans mélange (nous montrerons, § IV, n° 22, qu'on peut le combiner à la voix blanche), il réveille dans l'esprit de l'auditeur l'idée qu'un effort pénible a été nécessaire pour le produire. Aussi les personnes qui entendirent pour la première fois le chant sombré furent elles unanimes à dire que c'était un genre de voix forcé, factice, artificiel (1).

17. Pour la voix comme pour les instrumens, on est d'accord que les variétés de timbre doivent être rapportées à deux sortes de modifications physiques: d'abord l'état de l'ouverture où se produit le son, puis la disposition du tuyau qui le transmet à l'extérieur. Cherchons en quoi chacune d'elles diffère, suivant que la voix est blanche ou sombrée.

Or, nous avons assez insisté sur le mécanisme et la théorie du *sombrer* pour qu'on sache que la glotte est alors dans un état tout différent de celui qu'elle offre dans la voix blanche: ses bords sont plus tendus, son ouverture plus rétrécie, double cause bien susceptible de changer le timbre.

Cette condition, qui modifie le timbre de ce genre de voix, exerce aussi une grande influence sur l'étendue de son échelle. En effet, pour sombrer une note, nous l'avons prouvé (§ I, n°s 4, 5 et 6), il faut, des trois agens qui, en voix blanche, concourent à la former, en supprimer un (le déplacement du larynx), et le remplacer par un surcroît d'action des deux autres. C'est à cette substitution compensatrice qu'est essentiellement dû le mécanisme du *sombrer*; et, sans elle, ce chant ne saurait être produit. Si cela est, on peut prévoir qu'en descendant la gamme il y aura une note qu'on ne pourra faire suivant la nouvelle méthode, et ce

(1) Si l'on qualifia ainsi cette espèce de voix, malgré la perfection avec laquelle savait la manier l'artiste qui en a répandu l'usage en France, à plus forte raison ce jugement sera-t-il applicable à la plupart de ceux qui s'en servent; et c'est, en effet, un reproche qu'on leur adresse souvent.

sera celle qui, pour être chantée de voix blanche, nécessiterait que le larynx occupât la même hauteur que celle où il se trouve fixé quand on *sombre*, c'est-à-dire une position moyenne entre l'élévation et l'abaissement extrêmes (voy. § I, n° 4); sombrer cette note est impossible; car la situation du larynx ne pouvant être changée, il n'y a plus lieu dès lors à la substitution dont nous venons de parler, et qui est une condition de rigueur pour ce mode de chant.

Quelques-unes de ces particularités se comprendront à présent sans peine. Ainsi, lorsqu'on monte une gamme en sombrant, plus on s'élève, plus le timbre spécial se prononce; le descend-on, au contraire : la phonation se rapproche peu à peu du mécanisme ordinaire, et le timbre perd graduellement son caractère distinctif; enfin, il disparaît complètement au-dessous d'une certaine limite. Or, nous savons qu'elle est marquée par la note dont l'émission en voix blanche exige dans le larynx la même hauteur que pour le *sombrer*; et cette note, qui correspond à la hauteur dont il s'agit (1), se trouvant plus rapprochée du terme supérieur dans l'échelle de la basse-taille que dans celle du ténor, le chant sombré, qui n'est possible qu'au-dessus, s'exercera dans une étendue bien plus grande chez le second que chez la première. Nous reviendrons plus tard (§ IV, n° 21) sur ces modifications qu'éprouve le timbre suivant la hauteur des notes et la diversité des *registres*.

18. Le tuyau vocal, de son côté, modifie le timbre, et ici, comme dans nos instrumens, cette influence dépend soit de sa forme, soit de sa structure. Or, il a été démontré (§ II, n° 15) que la partie sus-laryngienne de l'appareil phonateur a, dans la voix sombrée et dans la voix blanche, une disposition toute différente.

Quant à la composition des parois du tuyau, leur structure musculaire permet de comprendre les changemens qu'elles subissent, suivant qu'on emploie l'un ou l'autre mécanisme. En effet, dans l'ancien mode, l'élévation du ton nécessitant l'ascension du larynx, les muscles sus-hyoïdiens sont contractés énergiquement. Ils le sont moins, au contraire, dans le sombrer, où le larynx doit rester immobile. On peut s'assurer de cette différence en palpant la région sus-hyoïdienne. Plus souple et dépressible lorsqu'on sombre, sa surface devient tendue et résistante si l'on chante dans un ton élevé, suivant le mécanisme ordinaire. Et cette différence, que la physiologie nous révèle, la physique nous en montre toute l'importance; car si, dans les instrumens à anche, en remplaçant un tuyau à parois rigides par un tube de substance flasque et molle, on rend sourds des sons auparavant éclatans, à coup sûr voilà aussi clairement expliquée qu'elle peut l'être une des causes du caractère particulier qu'offre le timbre de la voix sombrée.

§ IV. — DE L'EMPLOI MUSICAL DE LA VOIX SOMBRÉE; DU SOMBRER MIXTE.

Nous avons jusqu'ici étudié, au point de vue de la science, le mécanisme et les caractères physiologiques de la voix sombrée. Il nous reste, pour compléter son histoire, à déterminer quel rôle cette nouvelle espèce de voix est appelée à jouer dans l'art musical, quels services elle peut rendre aux chanteurs, de quelle manière et dans quelles limites elle doit être utilisée pour agrandir la sphère, augmenter la force et varier l'expression de l'instrument : recherches d'autant plus intéressantes que des exemples nombreux nous permettront à chaque pas d'en montrer l'application. Toutefois quelque séduisant qu'il nous semblât, nous aurions peut-être hésité à entreprendre ce travail un peu en dehors de nos habitudes, si nous n'avions reconnu que nos principes y trouveraient une confirmation nouvelle; qu'il en serait à la fois le développement et le contrôle; qu'en un mot, faire servir la science à l'art, c'était aussi faire servir l'art à la science. Nous allons donc énoncer sommairement les principales règles qu'on peut tirer, pour la musique vocale, des considérations théoriques précédemment établies.

19. Mais ces préceptes pour l'application de la voix sombrée resteraient incomplets, si nous ne mettions le lecteur à même de répéter les expériences qui leur servent de base. Avant de montrer l'usage du *sombrer*, il faut donc indiquer comment il se produit; et, sans vouloir ici faire de l'enseignement musical, nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter quelques conseils à ce qui a déjà été dit (§ I, n° 4) sur les moyens de l'obtenir. Pour acquérir ce genre de voix, il sera bon de s'exercer d'abord sur les notes un peu élevées, comme étant les plus favorables à son émission. Ainsi, un ténor choisira le *fa* de la dernière ligne; une basse-taille, l'*ut* de la portée (clef de *sol*). Ceci posé, au lieu de renverser la tête en arrière, comme vous le feriez pour donner ces notes de voix blanche, maintenez-la droite ou légèrement abaissée, en contractant vivement les muscles du cou; appliquez-vous surtout à resserrer énergiquement la glotte; exécutez en même temps, de toute votre force, une expiration large et franche, et le son sortira avec une intensité et un timbre tout à fait caractéristiques. Ces conseils, sans doute insuffisans pour les personnes tout à fait étrangères à l'art du chant, pourront efficacement diriger dans leurs études ceux qui ont déjà quelque habitude de l'instrument vocal; surtout si, pour aplanir les difficultés, ils ont soin d'observer les artistes qui emploient ce mode de vocalisation. Pour chanter, comme pour prononcer, l'exemple en apprend plus que les meilleurs préceptes; et c'est surtout en écoutant et en regardant que l'on parviendra à saisir et à reproduire, dans toutes leurs nuances, les conditions de ce nouveau mécanisme.

20. Quant à l'étendue de la voix sombrée, nous avons précédemment (§ III, n° 17) expliqué pourquoi sa limite, du côté des sons graves, est beaucoup moins reculée que celle de la voix blanche. Il est plus difficile de déterminer exactement le point où elle s'arrête en haut. Voici néanmoins ce que nous croyons pouvoir avancer à cet égard. Le raisonnement fait pressentir que cette voix, obligée de remplacer une des causes d'élévation du ton par l'exagération des deux autres, ne peut tout au plus qu'égaler en étendue celles où ces trois conditions agissent réunies. L'observation nous a, en outre, appris que ces deux voix ont, chez le même sujet, une limite supérieure à peu près identique.

La question ainsi résolue épargnera, sans doute, plus d'un désappointement à ceux qui cultivent la musique vocale. Il est rare, en effet, que, parmi les artistes à qui on enseigne la manière de sombrer, la plupart ne s'imaginent y trouver le moyen de gagner quelques notes aiguës, et de changer ainsi le registre naturel à leur voix : ainsi les barytons croient qu'ils parviendront à se transformer en ténors. Cette erreur tient vraisemblablement à ce que les sons élevés, qui, donnés de voix blanche, étaient imparfaits et criards, deviennent dans le sombrer plus pleins et mieux timbrés. Mais là se borne toute la différence; et bien qu'il soit vrai de dire que les dernières notes de l'échelle, prenant alors plus de rondeur et de volume, sont une acquisition nouvelle pour le chanteur, on est presqu'en droit d'affirmer aussi que les sons auxquels il ne pouvait atteindre par le mécanisme ordinaire ne seront pas non plus obtenus en sombrant. Néanmoins il n'appartient qu'à une expérience plus prolongée de décider si, à force d'exercice, l'on ne pourrait ainsi rien ajouter à l'étendue de la voix.

21. Mais ce qui caractérise essentiellement le sombrer, c'est moins son étendue que sa force et son timbre spécial. C'est par là qu'il se fait reconnaître et qu'il est constitué genre à part et distinct. Résultant des modifications vitales qui président à sa production, ces deux qualités, nous l'avons dit (§ II, n° 10, et § III, n° 17), ne se prononcent qu'à partir d'un certain point; par conséquent, le sombrer, toujours borné à cette limite, servira d'autant plus à un chanteur que le diapason de son organe sera naturellement plus élevé. Aussi (sans parler des voix de femmes), prête-t-il surtout un merveilleux secours aux ténors qui peuvent l'employer, au lieu de la voix blanche, pour la plupart des notes de l'échelle qu'ils ont à parcourir; tandis que, chez les basses-tailles, il ne saurait guère participer qu'à l'émission des trois ou quatre tons les plus aigus de leur registre. Mais, avant d'aller plus loin, il importe d'indiquer ici la méthode suivant laquelle on fait intervenir le sombrer dans l'exécution des morceaux de chant.

La force toute particulière qu'il donne à la voix est souvent un avantage; mais comme elle augmente à mesure que le ton s'élève, il pourrait en résulter, dans l'émission des notes très hautes, quelques inconvéniens, comme un excès parfois désagréable dans l'intensité du son, une fatigue extrême pour le chanteur, et, par suite, le danger qu'il courrait de baisser involontairement le ton à la fin d'une note longtemps soutenue. De son côté, le timbre spécial à cette espèce de voix se prononçant aussi, d'autant plus que le son est plus aigu, il deviendrait à la fin rude et sourd, de manière à affecter péniblement l'oreille.

Quoique ces défectuosités soient inhérentes à la nature même du sombrer, les chanteurs parviennent cependant à les éviter par un artifice, dont ils usent, à la vérité, toujours d'une manière purement instinctive.

22. La théorie nous permettra de formuler les lois de cette méthode nouvelle, que nous appellerons *sombrer mixte*. Son mécanisme est plus facile à saisir qu'à bien exprimer; cependant on peut dire que pour l'acquérir il ne s'agit que de combiner entre elles la voix sombrée et la voix blanche, au lieu d'employer le sombrer pur et tel que nous l'avons décrit. L'effet vocal qui résulte de cette fusion, ayant la force de la première

(1) Cette hauteur est sensiblement la même chez tous les sujets, quel que soit le diapason de leur voix. On pourrait croire qu'elle varie suivant les différens *registres*, de manière à tenir, dans chacun d'eux, le milieu entre l'élévation et l'abaissement extrêmes que le larynx y subit; mais s'il en était ainsi, comme toutes les notes pour lesquelles le larynx dépassait cette hauteur, dans la voix blanche, peuvent être sombrées, ce nouveau mécanisme devrait avoir une étendue égale chez le ténor et chez la basse-taille. Or, l'expérience démontre le contraire.

et l'éclat de la seconde, sans offrir aucun de leurs défauts, devient pour l'art une heureuse conquête.

On ne peut déterminer d'une manière générale le rôle qui est dévolu dans ce mélange à chacune des deux voix, car cela dépend des habitudes de l'exécutant et du caractère qu'il veut donner à son chant. Mais ce qui règle surtout la proportion dans laquelle intervient chacune d'elles, c'est la hauteur du ton auquel on chante. Ainsi la force et le timbre propres au sombrer se prononçant toujours à mesure qu'on l'élève, nous pouvons poser en principe que, si l'on veut donner à toutes les notes d'une gamme ascendante le même degré d'intensité et la même qualité de timbre, on sera obligé d'accorder à la voix blanche, dans la formation des sons, une part d'autant plus large qu'on s'approchera davantage de la limite supérieure.

Il est encore une circonstance où ce mode de *phonation mixte* trouve son emploi. Nous savons (§ II, n° 14), qu'avec le sombrer pur il serait impossible de faiblir une note sur-aiguë sans qu'elle baissât. L'intervention de la voix blanche permet seule de la maintenir juste pendant toute sa durée. Aussi ce procédé est-il instinctivement usité parmi les chanteurs, et lorsqu'ils veulent *filer* une note élevée, ils ont toujours soin de la terminer de cette manière. Ce sujet serait susceptible de développemens pleins d'intérêt; mais il nous suffira, pour montrer l'importance de cette variété intermédiaire, sous le double rapport de la science et de l'art, d'en avoir esquissé à grands traits le mécanisme et les principales applications.

23. Ainsi modifiée, ou employée seule, la voix sombrée est donc une ressource précieuse pour le chanteur qui saura en user avec discernement. Il y trouvera d'abord le moyen de donner à son organe l'énergie qui pourrait lui manquer. Mais ce n'est point par ce seul avantage qu'elle se recommande aux artistes. Ce qui leur importe aussi, c'est que le timbre de la voix sombrée, sans être absolument le même chez tous les sujets, ne présente pas du moins des différences individuelles aussi tranchées que dans la voix blanche. C'est une vérité que l'observation a mise pour nous hors de doute, et dont tout le monde pourra aujourd'hui se convaincre. On devine aisément le parti qu'en sauront tirer les ténors dont la voix blanche était suffisamment étendue, mais mal timbrée. En adoptant le sombrer, ils dissimuleront ce défaut capital, et leur voix, rentrant, sous ce rapport, dans la classe ordinaire, n'aura plus rien de désagréable pour l'auditeur. Gagnant ainsi, pour la force et pour le timbre des sons, ils pourront, grâce à cette nouvelle méthode, dépasser les bornes qu'avec la voix blanche ils n'eussent jamais franchies. Nous avons dit, il est vrai, que souvent l'initiation à ce nouveau mode de chant était pour les artistes une source de déceptions. Mais s'ils savent borner leurs espérances, ils les verront se réaliser, car ce mécanisme peut ajouter beaucoup aux ressources naturelles de la voix. S'il n'en augmente pas réellement l'étendue, il produit indirectement le même résultat en modifiant certaines *cordes* hautes, que leur mauvaise qualité ne permettait point d'utiliser; et c'est, sans doute, à sa découverte qu'il faut attribuer cette foule de ténors qui ont tout à coup surgi sur nos théâtres, où l'on se plaignait naguère encore de la disette presqu'absolue des voix de ce genre.

24. Si les chanteurs trouvent souvent dans le sombrer un utile auxiliaire, l'hygiène nous apprend qu'il peut aussi produire quelques effets désavantageux, soit sur la voix elle-même, soit sur l'état fonctionnel de l'artiste qui en fait usage.

Et d'abord, par cela même que c'est un nouveau mécanisme, son maniement n'est plus le même et demande d'autres études, un exercice particulier. Le jeu de cet instrument, son expression, la nature des morceaux qui lui conviennent, tout est différent; et en reprenant, dans un autre but une comparaison qui nous a déjà servi, on pourrait dire que, sous ces divers rapports, le sombrer est à la voix blanche ce que le cor est au hautbois; car la différence de flexibilité, qui est si marquée pour ces deux instrumens, se trouve aussi entre les deux genres de voix que nous leur assimilons; rien n'est plus facile à comprendre. Les conditions d'où résulte le changement de ton s'accomplissent dans le sombrer avec plus de force (voyez § I, n° 5); mais, comme la force n'augmente qu'aux dépens de l'agilité, l'on peut, *à priori*, assurer que ces deux qualités seront toujours développées en raison inverse l'une de l'autre. En effet, tandis que les phrases les plus rapides, les traits de vocalisation les plus épineux s'exécutent, de voix blanche, avec une précision remarquable, le sombrer réunit à plus de force une certaine pesanteur qui ajoute à son caractère majestueux, mais le prive, par compensation, de cette souplesse si nécessaire dans quelques passages. Ce n'est pas qu'on ne puisse, à la longue, et par un travail assidu, diminuer ces imperfections, mais, nous le répétons, c'est toute une éducation à refaire, et l'art ne réussit jamais à donner à cette espèce de chant toute la légèreté de la voix blanche.

Ainsi, ces deux genres si distincts ont chacun leurs défauts et leurs qualités. Le sombrer imprime au chant plus d'énergie, mais il lui ôte beaucoup de son agilité; la voix blanche a moins de force, mais elle reprend l'avantage dès que la vivacité devient indispensable. Le premier a quelque chose de lent et de plus solennel; la seconde offre plus de facilité dans son mode, plus de délicatesse dans ses formes. Le son dans celui-là est plein, mais voilé; dans celle-ci il est éclatant, mais un peu maigre. L'un transporte et maîtrise par sa puissance; l'autre séduit et captive par sa flexibilité. Enfin, s'il est vrai que l'expression musicale doit être toujours en harmonie avec les sujets dont elle est l'interprète, peut-être pourrait-on soutenir que le sombrer semble fait plutôt pour nos grandes scènes lyriques, et la voix blanche pour l'opéra comique et la romance.

Hâtons-nous de le dire, il n'est presque jamais possible de séparer ainsi ces deux genres de voix, et de départir à chacun un rôle aussi distinct, car le même chanteur s'en sert alternativement, ou les confond au moyen du *sombrer mixte* (§ IV, n° 22), dans l'émission du même son. Mais alors même on peut reconnaître la vérité de nos remarques, en observant que, dans ce chant mixte, et composé de deux élémens, la voix blanche ou le sombrer dominent, selon que la phrase musicale demande de la légèreté ou de la force. C'est, du reste, ce qu'on vérifiera aisément en suivant nos principaux chanteurs (1).

25. Si les sujets dont la voix blanche est mal timbrée ne peuvent que gagner en adoptant le sombrer (voyez § IV, n° 23), ceux qui ont naturellement, au contraire, une belle qualité de son perdraient infailliblement à cet échange, et nous pourrions citer, comme preuve à l'appui, l'exemple de plusieurs chanteurs, qui n'ont pas eu à s'applaudir d'avoir tenté cette substitution.

26. Au point de vue de l'hygiène, le sombrer va nous offrir d'autres inconvéniens plus sérieux. Si l'on examine un acteur qui l'emploie, et surtout à la suite d'un passage où le chant a été soutenu, ou à l'occasion d'une note très aiguë qu'il a fallu *enlever*, on verra la coloration du visage, le gonflement des jugulaires, les gestes les plus violens témoigner de la puissance qu'il a dû déployer pour atteindre le but; c'est qu'en effet la voix sombrée et l'effort ont, dans leur mécanisme, la plus frappante analogie. Accumuler beaucoup d'air dans la poitrine, et le chasser avec force et sans interruption vers une ouverture rétrécie ou oblitérée : voilà, en deux mots, la théorie de ces deux actes si semblables. Mais ces conditions ne peuvent être remplies sans que les poumons soient distendus par l'air qui s'y trouve retenu en plus grande quantité que dans la respiration naturelle. De là, retard dans le renouvellement de ce fluide, langueur de l'hématose, obstacle au cours du sang, etc. On conçoit toute la fatigue qui doit en résulter pour le chanteur: fatigue telle que, comme plusieurs l'ont avoué, le théâtre est pour eux un véritable champ de bataille. Ce qu'il est aussi aisé de prévoir, c'est l'influence que ces efforts répétés et soutenus exercent sur les principales fonctions, par la gêne qu'ils apportent à la circulation veineuse, et l'engorgement de tous les systèmes capillaires qui s'en suit infailliblement. Aussi cet exercice trop prolongé peut-il devenir la cause de troubles divers, de lésions viscérales plus ou moins profondes.

27. Mais ce qu'il nous importe surtout de constater ici, c'est l'altération de la voix elle-même qui en est l'inévitable conséquence. Après un excès de travail en ce genre, on éprouve une chaleur brûlante derrière le sternum, un resserrement pénible à la gorge; et ces symptômes qui s'exaspèrent si l'on continue rendent l'exécution vocale moins facile et plus fatigante. Persiste-t-on? l'impuissance suit bientôt la fatigue. En vain l'artiste voudrait-il redoubler ses efforts, la douleur qu'ils réveillent l'arrête malgré lui: et si cette lutte entre l'instinct conservateur et la passion du chant est souvent prolongée par l'ignorance ou l'amour propre, elle se termine tôt ou tard, au détriment de la voix, par l'épuisement des organes qui, suivant une expression vulgaire, refusent à la fin le service.

Cette conclusion est une conséquence rigoureuse de tout ce qui a été dit sur le mode de production de la voix sombrée; aussi dès que nos idées furent fixées sur son mécanisme, nous nous crûmes en droit d'établir cette proposition importante: *La voix sombrée souvent exercée et donnée sans mélange n'a qu'une durée très limitée.* Cette proposition dont un grand exemple n'a pas tardé à démontrer la justesse, recevra encore, nous osons le prédire, plus d'une confirmation nouvelle.

Ce qu'il y a de curieux à observer, c'est que malgré tout l'artifice dont les chanteurs usent pour dissimuler le dépérissement de leur voix, la circonstance où il commence à paraître est précisément celle où la théorie nous a enseigné que se trouvent les plus grands obstacles à vaincre, c'est-

(1) Pour ne citer qu'un exemple, le chant de Duprez, qui emploie presque exclusivement le sombrer, se distingue moins par la légèreté que par son caractère imposant et majestueux; au contraire, Rubini, qui sait varier au suprême degré la part qu'il donne dans son chant à l'une ou l'autre espèce de voix, unit à ces qualités une flexibilité qu'il doit surtout à l'intervention de la voix blanche.

à-dire lorsqu'on veut faiblir des sons aigus (§ II, n. 14). Et en écoutant tout récemment un célèbre ténor, c'est dans la difficulté qu'il éprouve à filer les notes hautes, que nous avons vu le premier signe et de la vérité de nos assertions et de la perte inévitable de sa voix sombrée.

28. Faut-il donc qu'avertis par cet exemple, les artistes renoncent à une méthode de vocalisation qui, sous d'autres rapports, leur offre tant d'avantages? Loin de nous cette conclusion qui tendrait à dépouiller l'art d'une conquête précieuse. D'ailleurs les dangers qu'entraîne son abus ne menacent pas ceux qui en useront avec sagesse. Pour en jouir longtemps, le grand secret consiste à la remplacer quelquefois par la *voix blanche*, à employer souvent le *sombrer mixte*, et à ne donner le *sombrer sans mélange* que dans les morceaux qui demandent beaucoup de force. Au reste, l'observation de ces règles (1) ne servira pas seulement à maintenir l'intégrité de l'organe vocal; l'expression musicale y gagnera elle-même, puisqu'en devenant plus variée, elle deviendra aussi plus vraie.

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME; par le docteur ÉDOUARD PETIT, de Corbeil.

> 34. Mais un des soldats lui perça le côté avec une lance, et aussitôt il en sortit du sang et de l'eau.
>
> (ÉVANGILE SELON ST. JEAN, ch. 9.)

§ Ier.

L'opération de l'empyème a été, il n'y a pas longtemps, le sujet d'une longue discussion qui a successivement mis en lumière quelques faits nouveaux; mais rien n'a été précisé sur l'opportunité de l'opération.

Dans quelles circonstances, cependant le praticien peut-il se permettre de recourir à ce moyen? Le danger est-il dans l'opération elle-même ou dans les circonstances qui déterminent à la pratiquer? Ces questions qui intéressent vivement les médecins sont bien plus importantes encore pour les malheureux qui y sont exposés.

La guérison d'abcès dans la poitrine par les seuls efforts de la nature, par des accès de toux violente, par l'effet de l'émétique à hautes doses, est aujourd'hui une vérité constatée par un assez grand nombre de faits et bien reconnue par le plus grand nombre des médecins.

Mais l'exemple de guérisons par des causes externes a trop d'analogie avec l'opération de l'empyème pour que nous passions sous silence un fait qui a tant d'analogie avec celui cité par Valère Maxime (2), d'un Romain guéri d'une vomique par le glaive de son ennemi qui le frappa si à point qu'il perça l'abcès qu'aucun médecin n'avait pu guérir.

Tel fut le résultat de la blessure reçue par l'officier Ponaque, aide-de-camp du général Dalton; cet officier, connu de toute la vieille armée, était regardé comme voué à une mort certaine, étant atteint d'une maladie de poitrine déjà avancée, lorsqu'un combat de la Dwina, chargeant l'ennemi à la tête de sa compagnie, il reçut un coup de lance dans la poitrine qui perça un abcès; cette blessure fut si heureuse que ce brave officier se rétablit complètement.

Nous avons observé un fait qui présente une très grande analogie avec ceux-ci.

ABCÈS DANS LE CÔTÉ GAUCHE DE LA POITRINE.

OBS. I. — Labourianne, âgé de 36 ans, tailleur de pierre, d'une assez forte constitution, a été atteint dans sa jeunesse de plusieurs affections syphilitiques. Depuis il a eu des hémoptisies et des douleurs de côté, pour lesquelles il reçut les conseils de plusieurs médecins habiles.

Depuis deux années il n'avait pas craché de sang, lorsque, le 22 août 1814, étant occupé à la restauration du grand pont sur la Seine, les deux pieds venant à lui manquer à la fois, il tomba de l'échafaud où il travaillait sur la terre et les pierres qui encombraient le lit de la rivière. Cette chute est au moins de 7 mètres de hauteur.

Aussitôt : perte de connaissance, pâleur de la face, pupilles dilatées, col renversé en arrière, froid général, petite plaie à la partie postérieure de la tête. Je ne pus constater aucune fracture.

On enveloppa ce malade dans la peau d'un mouton fraîchement écorché; mais il en est presque aussitôt retiré. Il urine. Un lavement produit un bon effet. Le malade recouvre la connaissance; il se plaint de l'épaule gauche. Quatre heures après l'accident : saignée du bras; tisane de chiendent nitrée.

Les 23 et 24, il ne survient pas de fièvre; le malade désire manger; toux fréquente sans expectoration; douleur dans l'épaule et le bras gauches. (Looch simple; frictions sur l'épaule avec le baume opodeldoch.)

27. Même état, jusque dans la nuit; il survient une oppression très forte; le ventre est tendu; il se développe de la fièvre. Toutes les heures une cuillerée de la potion suivante:

Feuilles digitales pourprée, 2 onces; eau bouillante, 3 onces: faites infuser pendant dix minutes, passez; ajoutez sirop d'éther, 1 once; un emplâtre de poix de Bourgogne sous chaque mamelle.

Le matin, pouls moins plein et faible; dyspnée très forte; sueurs de la face. Tout à coup, vers dix heures, expultion d'une masse considérable de crachats puriformes: une cuvette en était remplie; cette expectoration continue toute la journée.

Le soir, le malade est plus calme; il continue alternativement la potion de digitale et le looch.

28. Fièvre moins forte; nouvelle expectoration de crachats volumineux, épais, agglomérés, formant une masse homogène et d'apparence puriforme, plus blancs, que ceux d'hier; la douleur de l'épaule gauche est toujours très forte; le malade remue le bras gauche avec peine.

29. Expectoration moins abondante; le malade se lève, fait quelques pas dans sa chambre. Il prend un peu de bouillon.

30. Apyrexie complète, diminution notable de l'expectoration. (Infusion d'hysope; potages.)

31. L'expectoration est presque nulle.

1er septembre. Quelques crachats muqueux. La douleur de l'épaule et du bras persiste.

11 septembre. Il n'y a plus d'expectoration.

12 octobre. Le malade est parfaitement rétabli.

La rupture de l'abcès par le fait d'une chute si grave et si élevée est certainement une guérison par une cause externe bien inattendue et peu intelligente. Elle augmente néanmoins le nombre des faits qui prouvent la possibilité de ces guérisons.

Je dois ajouter que, quelques années après, Labourianne succomba à une phlegmasie chronique de la poitrine.

PLEURÉSIE LATENTE DROITE; EMPYÈME SPONTANÉ.

OBS. II. — Au mois de juin de cette année, je fus consulté par Jean Triolle, jardinier, âgé de 60 ans; cet homme avait, il y a quinze mois, fait un effort assez grand en voulant soulever un meuble. Cet effort ne fut suivi d'aucun dérangement notable dans la santé, lorsqu'il y a quatre mois il est survenu une tumeur entre la sixième et la septième côte; cette tumeur s'est ouverte spontanément : elle a fourni du pus séreux, et aujourd'hui elle est fistuleuse, il n'existe ni toux, ni oppression, mais l'égophonie est remarquable à la base de la poitrine.

Je n'ai plus revu ce malade.

PLEURÉSIES CHRONIQUES DOUBLES AVEC ÉPANCHEMENT; EMPYÈME DOUBLE; GUÉRISON.

OBS. III. — Bourbier (Antoine), 22 ans, soldat au 34e régiment de ligne, reçoit, dans le mois d'octobre 1818, un coup de pied de cheval sur la jambe gauche; il est assez promptement guéri quoiqu'il ait éprouvé des douleurs dans cette jambe pendant l'hiver de 1818 à 1819.

Le 23 avril 1819, il entre au Val-de-Grâce, ayant de la fièvre, de la toux et les jambes enflées. Ces accidens sont survenus après qu'il eut été mouillé en revenant de monter sa garde.

On lui prescrivit la diète et l'usage d'un looch; mais pour obtenir des alimens, ce militaire n'accuse jamais ses douleurs.

Après vingt-trois jours de séjour à l'hôpital, il obtint un congé, s'empressa de partir, mais il était si faible qu'il mit six jours pour faire sept lieues.

16 mai. Il entre à l'hospice de Corbeil; on remarque une petite toux, accompagnée d'une expectoration seulement muqueuse; apyrexie, adynamie. (Infusion pectorale; looch simple.)

Pendant quelques jours le malade perd ses forces, sans que d'autres accidens se manifestent.

22. Bouillons pectoraux; vésicatoire au bras gauche.

31. Face bouffie; langue blanche, humide; expectoration blanche, muqueuse, épaisse. Son mat de toute la poitrine; douleurs des jambes, qui sont œdématiées; adynamie; pouls petit, fréquent, régulier.

Lait matin et soir; un vésicatoire sur chaque côté de la poitrine.

5 juin. Diarrhée; l'usage du lait est supprimé; un nouveau vésicatoire sur chaque côté de la poitrine.

6. L'expectoration devient verdâtre; la région épigastrique est un peu tuméfiée; la diarrhée continue; les pieds et les jambes sont infiltrés. Cet état va s'aggravant jusqu'au 17, que l'anasarque a gagné tes membres supérieurs.

Je fais appliquer un morceau de potasse caustique sur chaque côté de la poitrine. Ce caustique est de chaque côté placé en avant, très près de l'union de la sixième côte avec le sternum; les escarres sont plus étendues et plus profondes qu'on ne s'y attendait; la peau est si mince que la cautérisation a porté son action jusqu'aux os.

Le 4, sept jours après, les cartilages des côtes se sont séparés du sternum, de manière à laisser couler de chaque côté une sérosité limpide abondante.

Cette sérosité a continué de couler ainsi par les fistules pendant les mois de juillet et août.

En septembre, il s'est opéré une légère exfoliation des cartilages des côtes, tant l'action de la potasse avait été profonde.

(1) Pour trouver un parfait modèle de leur exécution, nous ne pourrions mieux choisir qu'en citant Rubini qui lui doit et la longue conservation et la beauté de son talent.

(2) *Externa de miraculis*, n° 6.

Ce malade s'est graduellement rétabli; les fistules qui s'étaient fermées d'abord se sont ouvertes de nouveau et ont laissé écouler une sérosité beaucoup plus puriforme que la première fois; la toux était revenue lorsque les fistules s'étaient fermées. Le vésicatoire au bras est rétabli.

Les fistules se ferment de nouveau, et le 4 décembre, Bourbier sort de l'hospice guéri de ce double empyème.

Lorsque par une circonstance imprévue la nature indique si bien la marche qu'elle peut suivre pour arriver à une guérison que d'abord on devait regarder comme improbable, pourquoi l'art ne chercherait-il pas à l'imiter? Cette réflexion naît naturellement de l'observation que nous venons de produire.

§ II.

PLEURÉSIE DROITE; EMPYÈME.

OBS. IV. — Le docteur Wallard, médecin à Riz (Seine-et-Oise), fut, au mois de septembre 1826, atteint d'une pleurésie droite. Malgré cette affection, il faisait tous ses efforts pour remplir les devoirs si pénibles et si mal récompensés du praticien à la campagne. Aussi ne se mit-il au lit que fort tard. Lorsqu'il me fit appeler, la suffocation était imminente, l'épanchement très manifeste; il y avait peu de fièvre; le malade avait épuisé l'usage des moyens les plus énergiques.

Je ne vis d'autres ressources que dans l'opération de l'empyème; je la proposai à notre courageux confrère qui y consentit.

Le 19 septembre, je pratiquai à l'aide du bistouri une petite incision entre la quatrième et la cinquième côte, un peu en avant; le pus sortit en abondance. J'en évaluai la quantité à 2 kilogrammes environ. L'opération fut suivie d'un calme parfait.

Cependant, la fièvre resta continente; le pus continua de s'écouler, mais moins abondamment; la prostration des forces augmenta. Six jours après, j'eus la douleur de voir succomber notre honorable confrère.

PLEURÉSIE DROITE; EMPYÈME.

OBS. V.—Au mois de juin 1835, M. Labbé, notaire à Boie (Seine-et-Marne), fut atteint d'une pleurésie droite; le docteur Fernet, médecin d'une instruction solide, lui donna les premiers soins, et malgré la thérapeutique la plus méthodique et la plus active, l'épanchement se forma, il devint de plus en plus manifeste et fut accompagné d'accès de suffocation imminente.

Dans une première consultation avec le docteur Honoré, nous ne crûmes pas devoir recourir à l'opération; mais les accidens marchant avec une rapidité effrayante, le malade ne put résister aux accès d'oppression, et justement alarmé, il réclama avec instance les secours de l'opération.

Alors nous appliquâmes un morceau de pierre à cautère sur le côté, entre les quatrième et cinquième côtes un peu en arrière. Sur l'escarre qui en résulta, nous pratiquâmes une incision qui fut suivie d'une évacuation considérable de pus infect. L'abcès communiquait avec les bronches, puisqu'à chaque inspiration il sortait quelques bulles d'air par la plaie.

Le lendemain il était mieux, il se sentait soulagé; mais les jours suivans les forces diminuèrent, et le dixième jour après l'opération, le malade succomba.

Quoique dans ces deux circonstances les suites de l'opération de l'empyème n'aient pas été heureuses, il est impossible d'attribuer la mort à l'opération en elle-même. Sans aucun doute, si l'opération n'avait pas été faite, les malades n'en auraient pas moins succombé, et peut-être un peu plus tôt.

Nous aurions cru manquer à notre devoir de ne pas relater ces deux faits, puisque nous produisons tous ceux que nous avons observés.

PÉRIPNEUMONIE GAUCHE; EMPYÈME.

OBS. VI.—Juchoux (Louis), âgé de 18 ans, maçon, mal nourri, résidant à Paris depuis trois mois. Un mois après son arrivée, il fut pris de fièvre, avec paroxisme le soir; il s'alita quelques jours, prit de simples boissons délayantes et se crut guéri; il reprit ses travaux pendant une huitaine de jours, puis il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu le 14 octobre 1831. Alors la fièvre était continente, avec des paroxismes irréguliers; œdème général; douleurs vagues dans toute la poitrine; respiration gênée; matité et égophonie légère des deux côtés; inappétence; prostration des forces.

Il reste ainsi quelques jours avec un état fébrile peu prononcé, se levant toute la journée et prenant quelques alimens, lorsque le 1er novembre, après une sortie faite sur le bord de la Seine, il ressent un violent frisson suivi de fièvre plus prononcée, avec toux fréquente et douleur dans le côté gauche, où l'on reconnaît un épanchement déjà considérable.

La saignée, les vésicatoires, les pectoraux ne modifient pas les accidens.

Le dix-septième jour, amaigrissement considérable; fièvre continue; diarrhée; matité de tout le côté gauche; le bruit respiratoire ne se perçoit que dans les grandes inspirations, et seulement au sommet du poumon près la colonne vertébrale; poitrine bombée; espaces intercostaux élargis; le décubitus n'est plus possible qu'à gauche; suffocation imminente.

On pratique l'opération de l'empyème entre les quatrième et cinquième côtes, au milieu de l'espace compris entre le sternum et la colonne vertébrale, au moyen du troisquart.

Quatre à cinq litres d'un liquide séreux au milieu duquel surnagent des flocons pseudo-membraneux sortent de la canule du troisquart, qui parfois en est obstrué, ce qui fit employer la seringue pour en extraire les dernières portions. On ferma la plaie au moyen d'un emplâtre de diachylon gommé.

L'opération fut peu douloureuse, elle soulagea le malade qui rendit quelques crachats sanguinolens. Le soir, la respiration était plus étendue; on perçoit une espèce d'égophonie caverneuse.

18. Le malade peut se coucher sur le côté droit; il a du sommeil; l'œdème de la face et des membres est considérablement diminué; deux évacuations alvines.

Un quart maigre; potion gommeuse; décoction blanche.

21. Le malade en remontant dans son lit perçoit le bruit d'un liquide épanché dans la poitrine; opinion qui se confirme par la percussion. (Potion avec l'extrait de quinquina, 2 gros; vésicatoire entre les épaules.)

25. Le malade peut se promener dans la salle.

26. Face altérée, yeux caves, pommettes colorées, toux fréquente, oppression; le malade indique lui-même l'étendue de l'épanchement. (Nouveau vésicatoire sur la partie antérieure de la poitrine.)

6 décembre. Retour de l'œdème de la face et des membres; l'épanchement augmente; il refoule la rate; égophonie très caractérisée. (Nouveau vésicatoire.)

18. Le malade ne peut plus se lever; l'usage de vésicatoires volans est continué; leur usage n'augmente ni la chaleur de la peau, ni la fréquence du pouls.

24. Douleur de côté plus intense; sangsues sur le point douloureux; l'œdème augmente; diarrhée.

13 janvier. Insomnie, adynamie, oppression, suffocation, œdème général. (Nouvelle ponction au-dessus de la première, 4 litres environ de liquide purulent, sans flocon pseudo-membraneux.)

14. Nuit assez bonne. Fièvre moins forte. Le malade se trouve mieux; la succussion fait reconnaître que l'épanchement se renouvelle très rapidement. (Décoction blanche; un quart d'alimens.)

24. L'épanchement fait de nouveaux progrès; l'anasarque se développe encore plus fortement; la diarrhée augmente; l'adynamie est plus prononcée. Le malade succombe le 30 à une heure du matin.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort.

Infiltration de la face, des jambes, du scrotum; le côté gauche de la poitrine est bombé; les espaces intercostaux sont élargis.

Epanchement dans la plèvre gauche, qui est partout tapissée de couches pseudo-membraneuses, de quatre litres environ de sérosités puriformes.

Le poumon est diminué de volume, ratatiné sur la partie supérieure de la colonne vertébrale et entièrement hépatisé.

Le cœur est refoulé à droite; le péricarde contient de la sérosité citrine; le poumon droit est sain.

Les intestins sont rosés; les autres organes sont à l'état normal.

Cette observation qui m'a été communiquée par le docteur Fernet est en quelque sorte le complément des deux qui précèdent. Nous n'avons pu, en effet, les compléter par l'examen du cadavre; cependant l'état pathologique des plèvres est un des points les plus importans lorsqu'il s'agit de discuter les chances de l'opération de l'empyème.

Toutes les fois que cette opération devient opportune, on peut être assuré que l'introduction de l'air par la plaie est tout à fait sans danger.

Bassos jeune, dans sa dissertation inaugurale, cite le fait de l'ouverture des deux côtés de la poitrine faite dans un des grands hôpitaux de Paris, sur un malade qui n'avait pas les épanchemens présumés; cette double opération inutile ne fut suivie d'aucun accident fâcheux.

Mais lorsque l'épanchement succède à la pleurésie, les malades ne sont plus dans la même condition: la plèvre n'est plus dans son état normal; cette membrane est assez épaissie pour n'être plus compressible ou elle est recouverte de fausses membranes et même arrêtée par des lames de même nature, de manière à être encore moins dilatable, par conséquent les poumons ne peuvent recevoir d'influence fâcheuse de l'introduction de l'air par la plaie, ainsi que cela pourrait avoir lieu sur une plèvre saine.

Les expériences faites sur les animaux sains et vivans ne peuvent donc servir à quoi que ce soit en faveur de l'innocuité ou du danger de l'opération. Pour en déduire quelques inductions raisonnables, il faudrait donner aux animaux qui servent à ces expériences des pleurésies avec des épanchemens. Puis ces épanchemens étant bien constatés, on procéderait à l'opération; encore faudrait-il ajouter aux inductions qui résulteraient de ces expériences l'état particulier de l'espèce sur laquelle on opérerait. Tous ceux qui se sont occupés d'expérimentations sur les animaux vivans, de vivisections, savent combien les pauvres bêtes supportent d'opérations graves, de tortures, sans succomber.

Il n'en reste pas moins constant que dans les observations que nous venons de relater, il est impossible d'attribuer la mort à l'opération en elle-même.

A l'époque où la médecine opératoire était entièrement réservée aux chirurgiens, on devait moins s'étonner de voir des médecins combattre l'opération de l'empyème, tandis que les chirurgiens l'approuvaient tous. C'est pourquoi, sans doute, Corvisart assurait qu'il n'en avait jamais vu d'autre résultat qu'un soulagement éphémère, tandis que Lassus affirme

que dans tous les livres de l'art, on ne cite aucun exemple de malade mort de cette opération; cette opinion est partagée par Rullier (1).

Mais aujourd'hui que presque tous les médecins, ceux surtout qui exercent dans les départemens, s'honorent à juste titre de tenir le bistouri, le dissentiment qui a pu exister sur le danger ou l'innocuité de cette opération ne peut se perpétuer.

§ III.

PLEURÉSIE DROITE; EMPYÈME; GUÉRISON.

OBS VII.—Defrance (François-Pascal, âgé de 17 ans, journalier, s'alite le 27 juin 1817, avec une fièvre continue, sans douleur locale; il présente les symptômes de la fièvre muqueuse qui, au quatrième jour, s'accompagne d'une vive douleur dans le côté droit, avec toux sans expectoration ni oppression.

La saignée, les pectoraux, le kermès, la poudre tempérante de Sthal, les vésicatoires sont successivement employés; ces moyens modèrent la fièvre qui, cependant, reste continente.

Le 20 juillet, vingt-quatrième jour, la bouche est recouverte d'une pellicule muqueuse considérable. Le malade agite sa tête par petites saccades assez régulières et involontaires. La toux est fréquente, accompagnée d'une expectoration assez abondante d'un mucus filant, épais, homogène. L'oppression est voisine de la suffocation. La douleur du côté droit est permanente. Ce côté est plus élevé, plus arrondi que l'autre; les palpitations sont fortes. Le décubitus est impossible sur l'autre côté. Le ventre est libre, les urines sont claires et rares; chaleur modérée de la peau; pouls petit, faible, peu fréquent. (Infusion pectorale, trois tasses; décoction kina oximel; crême d'orge.)

21. Je me détermine à pratiquer l'opération de l'empyème; je pose dans l'espèce intercostal, et de la quatrième à la cinquième côte, un petit morceau de pierre à cautère.

Le soir, l'escarre est déjà blanchâtre; le pourtour en est œdémateux; alors j'incise doucement sur cette partie, et je pénètre dans la poitrine; aussitôt un jet, par arcade, d'un pus séreux, abondant, d'une odeur infecte sort par l'ouverture; l'odeur est si forte qu'il faut s'empresser d'ouvrir la croisée; la quantité de pus évacué peut être d'une livre au moins.

22. Dès le lendemain le moral du malade est relevé; les aphtes se détachent, l'expectoration est moins abondante; la fièvre est plus forte. (Lait coupé, trois tasses kina oximel; frictions camphrées sur le côté.)

23. Le malade ne souffre pas; la bouche se nettoie; le pus a une odeur toute particulière; elle rappelle parfaitement celle qu'on observe sur des malades atteints de vomique. Le diachylon que l'on applique sur la plaie devient noir; le ventre est gros; urines claires, une garderobe; chaleur de la peau, pouls faible et fréquent.

Dès le 26, le malade peut se lever; il tousse moins, les aphtes sont disparues, la plaie suppure toujours. (Légers alimens.)

29. Le malade est sorti un instant; la suppuration est devenue verdâtre; il n'y a plus de fièvre; la paume des mains reste brûlante.

3 août. Les forces reviennent avec l'appetit; la suppuration diminue; la plaie résultant de l'escarre se rétrécit; graduellement la suppuration diminue, la plaie se ferme et le malade retourne à ses travaux.

En 1821, Defrance est exempté de la conscription sur un certificat que je lui délivre et sur l'inspection de la plaie.

1823. Il se marie.

1834. Du 18 octobre au 5 novembre, il séjourne à l'hospice pour une vomique dont il guérit.

1839 (novembre). Defrance, qui est père de plusieurs enfans, se porte à merveille.

Le docteur Fernet m'a encore communiqué deux observations recueillies par lui en 1834, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Gendrin. La première a été pratiquée pour un cas presque identique à celui de Defrance; la seconde pour un épanchement dans la plèvre gauche. Ces deux opérations ont été faites à l'aide du troisquart. Dans le second cas, on a pratiqué plusieurs injections dans la poitrine. Ces deux malades sont sortis de l'Hôtel-Dieu; ils n'ont pas été suivis plus loin. Cependant ces deux faits, à notre avis, militent encore en faveur de l'opération qui, pour nous, ne constitue pas de gravité par elle-même, mais seulement par le fait même pour lequel on la pratique. N'en est-il pas de même le plus souvent pour le trépan, pour l'opération de la hernie étranglée ?

Toutes les fois qu'un épanchement pleurétique circonscrit et manifeste ne sera pas compliqué d'une phlegmasie pulmonaire ou de la présence de tubercules, nous pensons qu'il n'y a pas de danger à pratiquer l'opération; lorsque les accidens inflammatoires sont dissipés, lorsque l'on n'obtient aucune diminution des accidens par l'usage de l'émétique à haute dose et celui des vésicatoires volans répétés, alors il faut recourir à l'opération.

Quant à la méthode la plus convenable, il me paraît très utile de faire précéder l'incision de l'application d'un morceau de pierre à cautère sur l'espace intercostal qui paraît le plus rapproché de la collection séreuse ou purulente (1). Avec le bistouri, on incise plus lentement, plus prudemment, l'on s'expose moins à blesser le poumon. L'incision de l'escarre est tout à fait indolore; au-dessous, la chair est également peu sensible; je n'ai entendu crier aucun des malades que j'ai opérés.

La cautérisation préliminaire a encore cet avantage qu'elle fait appel à la collection purulente. C'est par conséquent un moyen précieux d'investigation. La facilité avec laquelle l'escarre blanchit, la disposition œdémateuse des tégumens au-dessous et autour de l'escarre, sont autant de signes confirmatifs de la présence d'un fluide sous-jacent. Cette remarque s'applique d'ailleurs au diagnostic de toutes les collections simples ou purulentes.

J'ajouterai cependant qu'il est de la plus haute importance de bien constater l'état du foie et de la rate, et par conséquent de ne pas appliquer le cautère trop bas; j'ai dû regretter dans un cas bien manifeste d'épanchement dans la plèvre droite, chez un chasseur d'Afrique, d'avoir posé mon cautère entre les cinquième et sixième côtes. J'incisai toute l'épaisseur des muscles intercostaux; je ne trouvai pas le fluide que je cherchais. Quelques jours après survint une péritonite qui enleva le malade.

Je pus m'assurer que je l'aurais probablement prévenue en pratiquant mon incision plus haut; car l'épanchement était si considérable que l'on ne retrouvait plus de trace du poumon droit; il était détruit par l'épanchement séreux.

Cet insuccès fortifie encore cette opinion, que dans les circonstances que nous venons d'exposer, avec la méthode que nous venons d'indiquer, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'opération.

(1) DICTIONN. DES SC. MÉD., *Empyème.*

(1) Heyfelder a pratiqué sept opérations avec succès avec le bistouri, quoiqu'il ne lui donne pas la préférence sur le troisquart. Je préfère le bistouri.

(GAZETTE MÉDICALE.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 MAI.

L'Académie procède, par voie de scrutin à l'élection d'un président pour la fin de l'année 1840. Le choix ne peut avoir lieu que parmi les membres appartenant, comme celui que l'on a à remplacer (M. Poisson), à une des sections des sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, M. Poncelet, sur un nombre de 46 votans, obtient 41 suffrages, et, en conséquence, il est proclamé président.

L'Académie procède ensuite, également par voie de scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de M. Olbers.

La commission chargée de proposer une liste de candidats avait présenté :

En première ligne, M. Bessel à Kœnigsberg;

En seconde ligne et par ordre alphabétique, MM. Brewster, à Saint-Andrew; Astley Cooper, à Londres; Herschell, à Slough; Jacobi, à Kœnigsberg; Mitscherlich, à Berlin; OErsted, à Copenhague; Oken, à Zurich.

Au premier tour de scrutin, sur 45 votans, M. Bessel obtient 41 suffrages, et est déclaré élu, sauf l'approbation du roi; M. OErsted obtient 2 suffrages, et MM. Oken et Plana chacun 1.

STRUCTURE DU CERVEAU.

M. de Blainville fait un rapport sur un mémoire de M. Foville, ayant pour titre : RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DU CERVEAU ET SES RAPPORTS AVEC LE CRANE.

Ne pouvant suivre le savant rapporteur dans tous les développemens où il a cru nécessaire d'entrer, nous nous bornerons à reproduire le résumé qu'il donne lui-même du travail de M. Foville, en rappelant d'ailleurs que ce travail n'est qu'une continuation de recherches dont l'auteur avait présenté, il y a près de quinze ans, les premiers résultats à l'Académie. Voici en quels termes s'exprime M. de Blainville :

« La moelle vertébrale se continue dans le crâne avec les caractères essentiels qu'elle avait dans le rachis; c'est-à-dire avec les trois faisceaux de fibres qui constituent chaque moitié latérale; sa substance grise, ses commissures et les deux sillons d'origine des nerfs.

Les ganglions sans appareil extérieur qui couronnent la moelle dans l'encéphale, en se relevant pour ainsi dire et se soudant l'un à l'autre au-dessus d'elle, sont en communication directe avec elle par deux ordres de fibres; les unes par continuation de son faisceau postérieur; les autres avec l'antérieur, ce qui constitue leur pédoncule. Le pédoncule du cerveau, en se subdivisant, va former, au moyen des fibres qui viennent des pyramides, tout le côté externe et convexe des hémisphères, et au moyen de celles qui viennent des faisceaux postérieurs, il va former le corps calleux, les circonvolutions inférieures internes et postérieures, et se termine dans les lobes olfactifs au quadrilatère perforé (espace perforé de Vicq-d'Azyr). Mais avant de se subdiviser, ce pédoncule est successivement entouré par six espèces d'anneaux qui ont leur origine et leur terminaison dans le

quadrilatère perforé; savoir, en marchant de dedans en dehors, les couches optiques, la bandelette semi-circulaire, un autre cercle fibreux décrit pour la première fois par l'auteur du mémoire, la voûte à trois piliers comprenant la bandelette frangée, et enfin une bande de fibres blanches distinctes que M. Foville nomme l'ourlet, bande qui, de la partie antérieure du quadrilatère perforé, se porte en avant au-devant du bord antérieur du corps calleux, le suit à la face supérieure, se recourbe au bord postérieur de la voûte, et vient en longeant la scissure longitudinale de Bichat, se terminer vers la saillie inférieure du lobe temporal et atteindre le quadrilatère perforé.

Le pédoncule du cervelet est également formé de deux ordres de fibres supérieures et inférieures : les supérieures disposées en trois faisceaux, un médian, un descendant et un ascendant, en connexion intime avec les faisceaux postérieurs de la moelle; les inférieures constituant le pont de Varole, et naissant du bord externe ou de presque toute la face inférieure des pyramides.

Le pédoncule des tubercules quadrijumeaux, beaucoup plus court et plus serré, est formé de même d'un faisceau qui monte des pyramides, et d'un autre qui vient du cordon postérieur de la moelle le long de l'aqueduc de Sylvius.

Les nerfs cérébraux naissent aussi par deux ordres de racines, comme les nerfs vertébraux, qu'ils soient ou non séparés dans toute leur étendue, sauf cependant les nerfs ou lobes olfactifs qui ne sont qu'une prolongation des cordons supérieurs de la moelle.

Les nerfs optiques sensoriaux ne sont encore qu'un prolongement de ces mêmes cordons provenant d'un pédoncule, et les filets locomoteurs, même les pathétiques viennent des pyramides.

Les nerfs de la septième paire, dans leur partie sensoriale (portion molle), sont en connexion évidente avec les corps restiformes appartenant aux faisceaux postérieurs, et dans leur partie locomotrice (portion dure) avec les pyramides.

Les circonvolutions du cerveau sont dans un rapport de développement et d'origine avec les parties du pédoncule. Du plan supérieur naissent les circonvolutions primitives de l'*insula*, de la face intérieure temporale, sus-frontale, sus-cérébelleuse et de la face interne; et du plan inférieur externe toutes les autres circonvolutions de la face externe, commençant au quadrilatère perforé, bordant la scissure de Sylvius; puis toute la grande circonférence de l'hémisphère, en revenant au point de départ.

Ces circonvolutions en particulier n'ont aucun effet sur la forme de la boîte osseuse du crâne, mais seulement en masse, et comme formant, pour ainsi dire, la doublure épaissie des ventricules; aussi les bosses frontales, occipitales supérieures, pariétales et temporales sont-elles en rapport de position et de développement avec la circonférence et les particularités des ventricules.

Ici, dit le rapporteur, devrait se terminer ce que nous aurions à dire sur le travail de M. Foville, tel qu'il a été présenté à l'Académie; mais par suite des entretiens qu'il a eus avec les membres de la commission chargée de l'examen de son mémoire, et surtout avec l'un d'eux, M. de Blainville, qui, sur ces entrefaites, avait, dans son cours d'anatomie comparée, exposé en sa présence l'état actuel de nos connaissances sur l'ensemble du système nerveux, et spécialement sur la partie cérébro-spinale, M. Foville s'est trouvé conduit tout naturellement à éclaircir quelques difficultés anatomiques, contradictoires en apparence, avec la théorie de Bell, et c'est là-dessus que nous croyons nécessaire d'arrêter encore l'attention de l'Académie.

Depuis longtemps, poursuit le rapporteur, nous avions admis que les nerfs cérébraux pouvaient être considérés comme ne formant réellement que quatre paires; c'est-à-dire autant qu'il y a de vertèbres céphaliques et de trous de conjugaison, et que chacune de ces paires, sauf la première olfactive, était composée, comme les vertébrales, de filets d'origine supérieure et d'origine inférieure; c'est-à-dire dans la théorie de Bell, de nerfs sensoriaux et de nerfs locomoteurs; mais alors l'origine attribuée au nerf pathétique et au nerf facial était évidemment en contradiction avec cette manière de voir, puisque, essentiellement locomoteurs, leur origine paraît cependant avoir lieu à la partie supérieure de la moelle; c'est sur ce point que portent les additions à son mémoire, remises à la commission par M. Foville. Pour le pathétique, par exemple, que les anatomistes font généralement naître sur la valvule de Vieussens, en arrière des tubercules quadrijumeaux, mais dont M. Grainger descendait l'origine à travers le pédoncule du cerveau jusqu'au moteur oculaire commun, M. Foville pense qu'elle a réellement lieu dans la partie du faisceau des pyramides qui monte obliquement vers la paire postérieure des tubercules quadrijumeaux, en sorte que les trois nerfs oculaires auraient une origine commune.

L'étendue que nous avons donnée à notre rapport, afin que l'Académie pût établir son jugement d'une manière plus assurée, disent en terminant les commissaires, lui aura déjà fait pressentir notre opinion sur le travail de M. Foville; aussi, quoique nous ne puissions assurer d'une manière positive que toutes les assertions nouvelles qu'il renferme soient déjà acceptables, c'est-à-dire qu'elles seront toutes rigoureusement confirmées par les trois moyens d'investigation que la science de l'organisation invoque aujourd'hui pour l'établissement et l'acceptation d'un fait scientifique, savoir l'anatomie comparée, l'anatomie de développement et l'anatomie pathologique, nous ne craignons pas d'affirmer que le plus grand nombre des faits découverts par M. Foville nous semblent hors de doute, et surtout que la marche, le mode d'investigation suivi par cet anatomiste dans ses recherches sur l'encéphale sont complètement rationnels; aussi sommes-nous bien convaincus que si les circonstances nécessaires pour les poursuivre convenablement lui sont offertes, on doit attendre de la continuation de ses travaux des résultats de la plus haute portée, tant pour l'anatomie que pour l'étiologie et le traitement des maladies mentales, et, par suite, pour la physiologie et la psychologie.

En conséquence, nous proposons à l'Académie d'inviter fortement M. Foville à continuer ses travaux, et d'ordonner l'impression de son mémoire, ainsi que des développemens qu'il y a ajoutés dans le recueil des savans étrangers.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

STRUCTURE DU FOIE.

M. Lambron adresse une note contenant les résultats de ses recherches sur ce sujet.

Dès 1826, M. Dutrochet avait annoncé que les tissus des animaux étaient composés de cellules comme ceux des végétaux; mais il restait à donner des preuves matérielles et faciles à répéter de ce que l'analogie avait indiqué, ou l'observation fait entrevoir; il restait surtout à déterminer comment le sang se comporte autour de ces cellules pour fournir à la sécrétion, et comment les produits sécrétés sortaient de ces cellules. Pour arriver à ce but, M. Lambron a entrepris des recherches sur la structure du foie de l'*hélix pomatia*; dans ce mollusque, le foie est énorme, proportionnellement au corps, et à l'œil nu, on le voit formé d'une infinité de petits grains d'environ 0,15 de millimètre de diamètre; donc la forme polyédrique est le résultat de leur groupement. Si l'on examine au microscope un morceau de ce foie, on reconnaît que ces granulations ne sont que de petites poches remplies de bile d'un jaune rougeâtre, qu'on en peut faire sortir au moyen d'un léger frottement entre deux lames de verre, et alors il ne reste plus qu'une membrane transparente.

Mais, dit M. Lambron, comment le sang se comporte-t-il pour fournir à la sécrétion de la bile; comment chaque cellule se vide-t-elle du produit sécrété? Les injections que je suis parvenu à faire dans les vaisseaux sanguins du limaçon et dans les conduits biliaires me mettent à même de répondre à ces questions.

L'injection faite par le vaisseau qui part du ventricule du cœur, après avoir parcouru les artères jusque dans leurs ramifications les plus déliées va se répandre dans les petits espaces que les cellules laissent entre elles, et baigne ainsi les parois de ces cellules. Cette disposition du sang, par rapport aux cellules hépatiques, rappelle celle qui existe chez les insectes dont les organes sécréteurs de la bile sont des canaux aveugles en contact immédiat par leur extérieur avec le fluide nourricier.

En injectant les conduits biliaires, les cellules auxquelles ils aboutissent ont été remplies par l'injection, et les espaces intercellulaires sont demeurés vides et incolores. Lorsque l'injection a été poussée par les artères, le liquide injecté n'a jamais pénétré dans les cellules hépatiques.

M. Lambron annonce s'être assuré que la structure du foie des mammifères est analogue à celle que l'on observe dans le foie des limaçons; chez eux chaque lobule hépatique ne serait qu'un assemblage de cellules dont le sang épanché dans les espaces intercellulaires baignerait immédiatement les parois, et ce serait de ces cellules que naîtraient les conduits biliaires.

EAUX MINÉRALES.

M. Fontan adresse un mémoire sur les eaux minérales de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie. Il annonce avoir reconnu que toutes les eaux sulfureuses de ces pays sont *accidentelles*, et résultent de la désoxigénation d'un sulfate, quelquefois de soude, mais le plus souvent de chaux et de magnésie, par des matières organiques en décomposition.

Toutes ces sources, dit-il (à l'exception de l'eau de Schisnac, en Suisse, qui résulte de la décomposition d'un sulfate de chaux), sont très peu sulfureuses, quatre ou cinq fois moins en général que les principales sources des Pyrénées. Ainsi, les eaux d'Aix-la-Chapelle, qu'on a considérées jusqu'ici comme très sulfureuses, le sont si peu qu'elles perdent tout leur principe actif par la seule chute de l'eau dans une baignoire.

La plupart de ces sources sont froides, et quant à celles qui sont chaudes, elles sont d'autant plus sulfureuses dans chaque localité qu'elles se refroidissent davantage en s'éloignant de la source saline principale dont elles tirent leur origine.

Les sources sulfureuses accidentelles de l'Allemagne, de la Belgique et de la Savoie, produisent de la sulfurane sur leur passage, quand leur température est au-dessous de 50°, comme celles des Pyrénées; mais elles ne contiennent pas de la barégine en dissolution.

FIXATION DES IMAGES PHOTOGRAPHIQUES.

M. Choiselat fait connaître le procédé qu'il a imaginé à cet effet. Ses résultats nous ont paru fort inférieurs à ceux qu'avait présentés M. Fizeau; quoi qu'il en soit, voici la marche qu'il indique:

Le chlorure et surtout l'iodure argentique dissous dans l'hyposulfate sodique peut être employé avantageusement pour la fixation des images daguerriennes; car celles-ci plongées dans sa dissolution se trouvant sous l'influence électrique exercée par le cuivre sur l'argent dissous deviennent elles-mêmes fixes et ineffaçables. L'iodure d'argent le plus convenable pour cette opération est celui qu'on obtient en traitant à chaud une plaque de métal par de l'alcool iodure précipité par l'eau, dissolvant ensuite l'iodure formé et inhérent à la plaque dans l'hyposulfate.

M. Prechtl (de Vienne) fait connaître un autre procédé, mais n'envoie pas de produits qui permettent de juger du succès qu'il a obtenu. Ce procédé consiste à traiter les images photographiques par une dissolution de sulfate d'ammoniaque.

Pour cet effet, on mêle une dissolution très concentrée de ce liquide avec trois ou quatre volumes d'eau pure qu'on verse dans un vase plat en quantité suffisante pour que la plaque métallique qui porte l'image daguerrienne y puisse être submergée quand on l'a placée horizontalement et recouverte de deux à trois lignes de liquide. En moins d'une minute, les teintes de la plaque sont changées suffisamment, et on la retire alors pour la plonger dans un vase plein d'eau où on la laisse séjourner quelque temps. Quand on l'a retirée, on la laisse sécher à l'air. Par ce procédé, dit l'auteur, les parties polies du métal sont teintes en gris par le

sulfure, et les parties amalgamées ne sont pas attaquées ou ne le sont que peu. Cependant, si le liquide est trop concentré ou que l'immersion soit trop prolongée, les lumières prennent une teinte jaune.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le président apprend à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Planche. M. Bussy lit le discours prononcé par M. Boulay sur la tombe du défunt.

L'Académie procède à la nomination des onze membres qui doivent décider à quelle section appartiendra la place laissée vacante par le décès de MM. Faure, Barruel et Gnerbois.

L'absence motivée de M. Bonsquet fait remettre à la séance prochaine la nomination des membres correspondans.

BIBERONS ET BOUTS DE SEIN EN IVOIRE.

M. Capuron a la parole pour un rapport sur les biberons et bouts de sein en ivoire flexibles, présentés à l'Académie, le 25 juin 1839, par M. Charrière. Le rapporteur fait ressortir les principaux avantages de ces nouveaux biberons, qui sont d'un entretien facile, deviennent incorruptibles quand on prend la précaution de les préserver de l'humidité, hors le temps de leur usage, s'adaptent, par leur flexibilité, à toutes les formes de vase, et, pour dernière qualité, sont d'un prix fort modique. C'est une heureuse application que l'habile M. Charrière a faite des procédés très anciennement connus pour le ramollissement de l'ivoire et des os en général, et le rapporteur propose de lui voter des remerciemens et des encouragemens.

Ce rapport soulève une discussion assez vive. Il est renvoyé à la même commission, qui doit en modifier les termes, sans d'ailleurs changer les conclusions.

COMMUNICATION DE SENSATION DU FOETUS A LA MÈRE.

M. Capuron donne lecture d'un deuxième rapport sur un mémoire du docteur Piedagnel, intitulé : Violences exercées sur l'enfant pendant l'accouchement et ressenties par la mère. Nos lecteurs doivent se rappeler cette observation, publiée cette année dans un des numéros de notre journal. M. Piedagnel et M. Cottereau assistaient une femme en couches. Une tumeur se présente à la vulve, sa nature ne peut être nettement déterminée par ces deux médecins. En cherchant à la reconnaître, ils s'aperçoivent que les pressions exercées sur elle sont ressenties par la mère. Ils prennent vivement la tumeur avec les ongles entre leurs doigts, à différentes reprises, et chaque fois la mère pousse des cris et se plaint d'être pincée. Or, l'accouchement se termine et c'était le scrotum de l'enfant qui avait été pressé, pincé.

M. Piedagnel a cherché à se rendre compte d'un phénomène aussi merveilleux et s'est naturellement arrêté à l'existence des nerfs qui du fœtus suivent le cordon ombilical, traversent le placenta et arrivent à l'utérus. Sans, d'ailleurs, prendre cette opinion sous sa responsabilité, il a cité les travaux des anatomistes, qui prétendent avoir entrevu ces nerfs, et vient faire hommage à l'Académie de cette observation, pour qu'elle puisse servir à infirmer ou confirmer les assertions contradictoires sur cette matière.

Quelque soin que MM. Piedagnel et Cottereau aient pris à n'agir que sur la tumeur présente à la vulve, et à préserver la mère, M. le rapporteur pense que les douleurs ressenties par celle dernière n'étaient que des tiraillemens involontairement communiqués à l'utérus. Dans la seconde partie du mémoire, M. Capuron réfute l'existence des nerfs dans le cordon et le placenta. Sommering dit vaguement que dans le cordon ombilical on trouve quelques filamens nerveux, mais jamais il ne les a disséqués, et ces filamens n'étaient que de simples brides cellulaires. Wrisberg, connu par ses travaux anatomiques, par un mémoire sur les nerfs des artères, n'a jamais dit un mot sur les nerfs du cordon ombilical. C'est à tort qu'on l'invoque souvent pour soutenir l'existence de ces nerfs. S. E. Home prétend, dans un mémoire publié, en 1825, dans les Transactions philosophiques, de concert avec un auteur dont le nom nous échappe, qu'il a trouvé des nerfs sur le cordon ombilical du tapis. L'honorable rapporteur met en doute l'exactitude des recherches d'Evrard Home, dont la valeur scientifique est singulièrement déchue chez nous et de l'autre côté du détroit. Dans cette partie de son rapport, M. Capuron, qui possède, outre les idiômes anciens, plusieurs idiômes modernes, a égayé l'Académie par la lecture de quelques phrases anglaises, dont nous ne garantissons pas la prononciation.

On lit dans l'Anatomie de Portal que M. Ribes avait trouvé des filamens nerveux sur le cordon ombilical; mais M. Chaussier, qui ne voyait que par le scalpel, et M. Ribes lui-même n'ont pas vu ces nerfs; et ce dernier anatomiste, présent à la séance, a plusieurs fois affirmé n'avoir jamais dit ce que Portal a attaché à son nom. D'ailleurs Portal faisait venir les nerfs du cordon ombilical des plexus hépatiques; or ce phénomène de transmission de la sensibilité de l'enfant à la mère n'en demeurait pas moins inexplicable, même avec l'admission de ces filamens nerveux.

M. Capuron propose de remercier l'auteur du mémoire d'avoir envoyé une observation qui peut préserver les accoucheurs d'une erreur facile, et de l'inscrire sur la liste des correspondans étrangers.

M. Dubois, membre de la commission, M. Londe et M. Guénean de Mussy réclament contre les conclusions et demandent le dépôt aux archives du mémoire de M. Piedagnel.

M. Breschet : J'ai souvent cherché des nerfs sur le cordon ombilical, non seulement de l'homme, mais encore de beaucoup d'animaux. Un jour je crus avoir découvert des nerfs, je montrai ces petits cordons à M. Bérard aîné qui crut aussi à l'existence des nerfs. Depuis j'ai reconnu notre erreur. Ces petits cordons appartiennent au tissu cellulaire, sont accolés aux vaisseaux et imitent, par leur coloration et leurs formes, des filets nerveux. J'ai eu occasion de chercher ces nerfs sur le cordon ombilical de la baleine, et là où ils paraîtraient devoir être assez volumineux, je n'ai rien trouvé; d'ailleurs c'est une loi générale d'anatomie comparée que la substance nerveuse, quelle que soit sa forme, ne se montre que dans les organes supérieurs et non dans les organes temporaires et caduques.

M. Gerdy : Je ne crois pas qu'il y ait des nerfs sur le cordon ombilical et sur le placenta; on me dira vainement que ces nerfs peuvent exister si fins de tissu qu'ils échappent à nos sens grossiers. Les nerfs, comme tous les tissus, ont une composition élémentaire que le microscope a dévoilée. S'il existait des nerfs sur les organes en question, les microscopes nous démontreraient la présence des corpuscules élémentaires des nerfs, et il ne montre rien de semblable. Il n'y a donc pas de nerf sur le cordon ombilical. Cependant je n'approuve pas la logique de M. Capuron qui semble ne vouloir trouver de sensibilité que là où il trouvera des nerfs. Il est quelques phénomènes de sensation qui semblent indépendans du système nerveux. La science n'est pas faite sur cette grande fonction. Nous ne connaissons guère que ce genre de sensations qui naissent sous la stimulation des agens physiques.

Il y a une autre espèce qu'on peut appeler sensations morbides, c'est-à-dire qui se développent spontanément dans les maladies. Prenons pour exemple la sensibilité morbide des os. Coupez, brûlez sur un homme un os bien dépouillé des parties molles, l'homme ne sent pas; car l'os est privé de sensibilité physique. Mais que cet os devienne malade, et alors il va devenir sensible, d'une sensibilité exquise, indépendante de tout stimulus extérieur. Que si on objecte que les os peuvent avoir des nerfs que nous n'avons pas pu découvrir, je ferai la même réponse que précédemment pour les nerfs du cordon ombilical; il m'est arrivé plusieurs fois, dans des opérations de hernies étranglées, de m'informer si le malade souffrait au moment où je divisais le sac bien dénudé. Jamais aucun d'eux n'a accusé de sensibilité. J'ai pressé, froissé, râclé le sac entre mes doigts après son ouverture, et je n'ai excité aucune plainte du malade qui ne sentait pas. Voyez maintenant la déplorable sensibilité de cette membrane dans les péritonites, où la plus légère pression sur le ventre est une douleur.

Il se pourrait donc qu'un enfant encore en rapport avec sa mère par le placenta pût lui communiquer ses sensations, quoiqu'il n'y eût pas de chaîne nerveuse entre ces deux êtres. Néanmoins, dans le cas actuel, je ne crois pas que la mère ait pu recevoir quelque impression des violences exercées sur son enfant.

Conformément à la demande de plusieurs membres, le mémoire de M. Piedagnel est déposé aux archives et son auteur remercié.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettre sur la fièvre miliaire; par A. Robert, D. M. P. — A Paris, chez Béchet jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

L'un des principaux devoirs du médecin, l'un de ceux qu'il a contractés avec la société, c'est de contribuer suivant ses moyens et les circonstances où il se trouve, à l'agrandissement et aux progrès de la science médicale; ce devoir nous semble non moins sacré que les autres qui pèsent sur l'homme de l'art; il lie le médecin à la science et assure l'avenir progressif de cette dernière. Il s'en faut cependant que tous le remplissent avec la même ardeur. Si, dans les grandes villes, quelques-uns le paient avec un empressement qui n'est pas toujours désintéressé, et fournissent des matériaux qui semblent plus propres à encombrer la science ou à la faire reculer qu'à accélérer le progrès, un trop grand nombre d'autres ne prennent aucune part à ce mouvement. Les médecins des petites localités surtout s'abstiennent trop fréquemment de publier le résultat de leurs observations, qui seraient d'un si grand prix pour l'étude des maladies endémiques et épidémiques, ou des différentes formes des maladies sporadiques. C'est spécialement depuis qu'il n'y a de succès en littérature médicale que pour les ouvrages qui sont uniquement remplis de longues séries d'observations, sans autres réflexions que les titres des chapitres et la comparaison numérique des symptômes et des altérations anatomiques, que cette absence de matériaux puisés en dehors des grands centres d'observation se fait sentir. Tous les médecins n'ont pas le temps de se livrer à ces sortes de travaux. Quelques-uns, sans s'astreindre à suivre exactement la formule adoptée aujourd'hui, ne négligent pas cependant complètement pour cela les intérêts de la science. C'est ainsi que l'auteur de la Lettre sur la fièvre miliaire, non content d'avoir observé lui-même la fièvre miliaire qui a régné depuis quelques années aux environs de Chaumont (Haute-Marne), a voulu aussi donner les moyens de comparer cette épidémie aux autres épidémies de la même maladie qui ont été observées à des époques antérieures ou dans d'autres endroits.

La fièvre miliaire a pour caractère particulier de se reproduire pen-

dant longtemps et à plusieurs reprises dans les mêmes localités. Cependant, il ne paraît pas qu'elle eût déjà régné dans les lieux où le docteur Robert l'a observée; elle s'y est montrée pour la première fois en juin 1832, et y a toujours persisté depuis avec les mêmes caractères.

La cause de cette affection épidémique est restée entièrement inconnue, à peu près comme dans toutes les autres épidémies; car il n'y a eu, dans le pays, à l'époque de son apparition, aucun changement physique appréciable auquel on pût l'attribuer. Elle affectait de préférence les femmes, et ordinairement quelques jours avant ou après l'époque menstruelle, ou bien à la suite des couches. Parmi les hommes, elle attaqua de préférence ceux qui étaient d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse. Nous dirons encore qu'elle a présenté les différentes formes que l'on observe dans les fièvres. Le plus souvent continue, surtout dans les cas où elle était épidémique, elle s'est présentée aussi sous le type rémittent, et a été observée comme complication dans le cours de différentes maladies, de l'angine, du rhumatisme articulaire, de l'affection typhoïde et de diverses phlegmasies.

La fièvre miliaire continue s'annonçait comme les fièvres continues et comme beaucoup d'affections de nature diverse par un sentiment de malaise, de lassitudes, spontanées, croissantes, et commençait ordinairement par un frisson violent suivi de chaleur et de sueurs aigres, dont l'odeur, semblable à celle du vinaigre moisi, est extrêmement désagréable aux malades et leur occasionne des nausées et des défaillances; l'éruption caractéristique apparaissait du quatrième au sixième jour, quelquefois plus tôt, et était précédée par un sentiment de picotement et de fourmillement général; cette éruption consistait en une infinité de petites taches rouges, au centre desquelles s'élevait un point plus sensible au toucher qu'à la vue et qui se changeait bientôt en une vésicule hémisphérique ou conique, remplie d'une sérosité limpide; mais dont la couleur offre de nombreuses variétés, même chez les mêmes individus.

Dans le plus grand nombre des cas, les symptômes qui avaient redoublé avant l'éruption, la céphalalgie, l'agitation, l'angoisse, la douleur épigastrique, le sentiment de défaillance, se dissipent aussitôt que l'éruption a paru, et la maladie suit son cours. Si les vésicules sont cristallines, elles se crèvent au bout de quelques jours, et sont aussitôt remplacées par d'autres, et cela pendant deux ou trois septénaires, rarement davantage. On est certain que les vésicules ne se renouvelleront plus, lorsque les urines deviennent troubles et sédimenteuses. Chez quelques sujets l'éruption pâlit ou disparaît plusieurs fois par jour, et alors il survient une plus grande fréquence du pouls et les premiers symptômes paraissent plus graves encore qu'auparavant. Après cette succession de mal et de mieux, l'éruption prend une marche franche, la fièvre diminue et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence; ou bien, après une alternative plus ou moins longue de ces symptômes, le malade était pris de mouvemens convulsifs, de délire, de vomissemens; l'éruption disparaissait, et, au bout d'une ou deux heures, le malade mourait dans un état convulsif ou comateux.

Les données que fournit l'auteur sur les lésions anatomiques laissent beaucoup à désirer; celles qu'a trouvées M. Robert se réduisent à peu de choses. Les organes centraux étaient généralement gorgés de sang; le tissu du cœur était flasque et mou et la rate volumineuse. «On trouva le plus souvent, dit l'auteur, un développement plus ou moins considérable des follicules intestinaux auxquels on a donné le nom de glandes de Brunner.» Cette dernière circonstance paraîtra d'abord assez importante, parce qu'elle a été notée dans quelques épidémies de suette miliaire, et surtout par M. Bourgeois, dans la suette miliaire de Picardie, dont MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy ont donné la description (Gazette médicale, 26 octobre 1839). Mais comme on trouve une éruption semblable dans une foule d'autres cas qui n'ont aucun rapport avec la fièvre miliaire ni avec la suette, et que cette altération n'a réellement aucune valeur symptomatique dans l'état actuel de la science, elle est réellement peu importante. D'ailleurs, M. Robert dit qu'on trouve ce développement le plus souvent; mais il ne nous fait pas connaître le nombre d'autopsies qu'il a faites.

A l'occasion du traitement, l'auteur entre dans des développemens qu'il nous semble très utile de reproduire. Nous ne parlerons pas des moyens hygiéniques, et nous nous bornerons à dire que les boissons acidulées étaient préférées aux boissons mucilagineuses qui provoquent des nausées, des vomissemens, etc.

La saignée générale ne lui a jamais réussi. « Presque toutes les fois, dit-il, que j'ai eu recours à ce moyen, soit à dessein, soit par suite d'erreur de diagnostic, j'ai vu, quel que soit d'ailleurs la constitution du sujet, la fréquence du pouls, sa petitesse augmenter, l'éruption se faire plus difficilement, acquérir plus de mobilité et les symptômes cérébraux devenir plus fréquens et plus intenses. » Les vésicatoires lui ont paru le moyen le plus propre à empêcher la rétrocession, et lorsque l'éruption se faisait difficilement, ou lorsqu'après avoir disparu elle était longtemps sans reparaître, il promenait plusieurs fois par jour des sinapismes sur les membres inférieurs, et appliquait des vésicatoires volans; il prescrivait en même temps à l'intérieur les stimulans diffusibles, et il était rare qu'après deux ou trois cuillerées d'une potion stimulante, les malades n'éprouvassent, surtout aux mains, de la sueur et un picotement général insupportable qui était bientôt suivi du commencement ou de l'augmentation de l'éruption.

Dans le cas de congestion vers la tête, la glace en topique lui réussissait merveilleusement. « Je ne saurais, dit-il, trop insister sur ce puissant moyen qui a diminué d'un quart la mortalité parmi mes malades, depuis que je l'emploie. Sous son influence on voit diminuer rapidement la céphalalgie, la chaleur de la tête; cesser les bruits incommodes, le malaise, l'angoisse épigastrique, les défaillances. On favorise l'action de ce moyen par les révulsifs, les émissions sanguines locales peu abondantes, mais avec la plus grande circonspection; car souvent les plus légères pertes de sang sont suivies de la petitesse et de la fréquence extrême du pouls, d'un sentiment de défaillance, et de plus d'intensité des symptômes cérébraux; il semble que le principe de la vie, l'*aura seminalis* s'échappe avec le sang. »

Le diagnostic de cette affection n'a offert de difficulté que dans les cas où la maladie s'annonçait comme une affection typhoïde, ou chez les femmes en couche, comme une inflammation de l'utérus avec une réaction violente vers le cerveau; mais les sueurs abondantes, leur odeur caractéristique et la présence d'autres cas de fièvre miliaire dans la même localité, la petitesse et la fréquence du pouls suffirent pour prévenir une méprise qui aurait pu être funeste au malade si elle avait conduit le médecin à l'emploi d'abondantes évacuations sanguines.

Le pronostic fournit à l'auteur l'occasion d'insister sur quelques-uns des traits principaux de l'affection; ainsi, sa plus grande gravité au début de l'épidémie, comme dans toutes les autres maladies épidémiques. Sur 13 malades atteints, dans une même commune, dans les huit premiers jours, 12 ont succombé, et cependant la mortalité n'a été pour toute l'épidémie que d'un quart à un huitième; la maladie était encore plus grave chez les hommes forts et robustes et à l'âge moyen de la vie que dans les circonstances opposées; mais ce qui dominait tous les symptômes c'était la frayeur. « Malheur aux malades que l'on ne peut rassurer et que le médecin ne peut voir très souvent pour remonter leur imagination; l'affection est presque toujours mortelle si la crainte est poussée à l'extrême. Il en est que je n'ai pu sauver qu'en les quittant à peine pendant dix et quinze heures. Si les devoirs de ma profession m'obligeaient à m'éloigner, ou si je n'arrivais pas à l'heure promise, la fréquence du pouls, l'agitation, le dessèchement de la peau, la pâleur de l'éruption, tous les symptômes graves se reproduisaient, et tour à tour je les voyais s'évanouir peu à peu par l'effet de discours rassurans, et reparaître plus menaçans en mon absence lorsque le malade restait soumis à l'influence de la peur. »

Après avoir décrit la fièvre miliaire avec cette exactitude que l'observation personnelle peut seule donner, M. Robert rapporte treize observations qui ont été recueillies avec soin et qui offrent des exemples des formes différentes sous lesquelles elle s'est offerte à lui, et termine par quelques réflexions judicieuses sur la nature de cette maladie. Le passage suivant, par lequel nous terminerons nos citations, fera connaître assez exactement son opinion sur cette question : « Les symptômes nerveux qui prédominent sans lésion appréciable des organes de l'innervation et sans que les sympathies puissent les expliquer, l'état du sang modifié dans sa consistance, la difficulté qu'il offre à se coaguler et à se couvrir d'une couenne à moins d'inflammation concomitante; la mollesse du coagulum, le ramollissement, l'engorgement, la flaccidité des organes qui reçoivent une grande quantité de sang, me portent à penser que la fièvre miliaire consiste dans une altération du sang et dans une modification du système nerveux soit primitive, soit consécutive à cette altération. Je pense que cet état du sang est dû à un principe morbifique, soit importé du dehors, soit formé au sein même de l'économie, et que l'éruption n'est que le résultat des efforts de la nature qui tend à pousser en dehors le principe léthifère. »

FORMULAIRE DE POCHE A L'USAGE DES PRATICIENS, OU RECUEIL DES FORMULES LES PLUS USITÉES POUR LA PRATIQUE MÉDICALE, AVEC L'INDICATION DES DOSES, EXPRIMÉES EN POIDS DÉCIMAUX ET EN POIDS ANCIENS; par M. A. RICHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Septième édition. Paris, etc. Béchet jeune et Labé, place de l'École de médecine, 4. 380 pages petit in-8°, 1840.

NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL (AVEC LES POIDS ANCIENS ET NOUVEAUX EN REGARD), PRÉCÉDÉ D'UNE NOTICE SUR LES HÔPITAUX DE PARIS, DE GÉNÉRALITÉS SUR L'ART DE FORMULER; SUIVI D'UN PRÉCIS SUR LES EAUX MINÉRALES NATURELLES ET ARTIFICIELLES; D'UN MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE; ENRICHI DE L'HISTOIRE DE PLUSIEURS MÉDICAMENS NOUVEAUX, etc.; par A. BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. — 600 pages in-24. Paris, 1840. Chez Gardembas, rue de l'École-de-Médecine, 10.

Si nous réunissons ici, dans le même article, ces deux formulaires, qui, par leur volume et leur format, sont également portatifs, ce n'est pas dans le but d'en faire une comparaison exacte et d'être plus favorable à l'un qu'à l'autre : ils ont chacun leur mérite et ne perdraient rien à se trouver ensemble sur le rayon d'une même bibliothèque. Celui de M. Richard a fait ses preuves depuis longtemps. Quelle critique et quels éloges pourraient avoir plus de poids que ces deux petits mots seuls, qui résument toute l'histoire d'un livre : SEPTIÈME ÉDITION. Il lui manquait cependant quelque chose : les besoins de la science, de l'uniformité, du commerce, du fisc, peut-être, ayant réclamé l'adoption des poids nouveaux, même pour la médecine et la pharmacie, M. Richard a dû remplacer les poids anciens, indiqués dans la première édition, par les nouveaux, ou plutôt les indiquer comparativement.

Bien d'autres améliorations ont été introduites dans cette nouvelle édition ; elles pourraient, suivant le dire de l'auteur (préface), la faire considérer comme un ouvrage nouveau. Nous ne les indiquerons pas : il nous suffira de dire que cette édition nous paraît réellement supérieure aux précédentes ; qu'elle est parfaitement au courant de la science pour les nouvelles formules, et que, sous le rapport de l'élégance du volume et des caractères, le formulaire de M. Richard ne le cède à aucun autre, et même est supérieur à plusieurs.

Le travail de M. Bouchardat est d'une origine plus récente ; aussi son auteur n'a-t-il rien négligé pour le compléter, pour le mettre à la portée de tout le monde, faire même qu'il puisse tenir lieu de tout autre ouvrage. Nous y trouvons, outre une notice assez complète sur les hôpitaux de Paris, un précis des eaux minérales naturelles et artificielles, des notions sur l'emploi des contre-poisons et les secours à donner aux asphyxiés et aux noyés ; un mémorial thérapeutique destiné à présenter, dans quelques pays, toutes les médications différentes employées dans les différentes maladies, avec indication des doses et des modes d'administration. Ce petit travail, qui n'est qu'une compilation assez informe, ne peut être d'une grande utilité pour le médecin, car on ne doit pas donner ce nom à l'homme qui ne connaît pas les différentes préparations employées habituellement dans le traitement d'une maladie, bien qu'il puisse avoir oublié les doses et le mode d'administration d'un médicament, en raison de la rareté des occasions de l'administrer ; mais aussi il pourra être très nuisible entre les mains d'ignorans médicastres, des charlatans et même des gens du monde, qui trouveront là, à la suite du nom d'une maladie, tous les moyens propres à la combattre. Nous apprécions les motifs qui ont porté M. Richard à ne pas charger son formulaire de ce mémorial thérapeutique, qui serait superflu pour les médecins et dangereux pour les étrangers à l'art.

Nous devons, par compensation, signaler, dans le formulaire de M. Bouchardat un tout petit travail, qui nous semble devoir être utile aux médecins : c'est la table alphabétique des auteurs, avec renvoi à leurs préparations. Cette indication suffit pour que chacun en apprécie l'utilité immédiatement.

Enfin, M. Bouchardat, pour assurer le succès de son livre et rassurer ses lecteurs contre l'apparition rapide de nombreuses éditions, qui sont toujours infiniment supérieures aux précédentes, annonce qu'il publiera chaque année un *Annuaire de matière médicale, de pharmacie et de thérapeutique*, du prix de l'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES, dans lequel il décrira tous les médicamens nouveaux, toutes les recettes nouvelles contenues ou dans les recueils périodiques de médecine ou de pharmacologie, ou dans les traités généraux ou spéciaux qui paraîtront dans l'année.

TASCHENBUCH FUR GERICHTLICHE SEKTIONEN UND GUTACHTEN, etc. (MANUEL DE POCHE POUR L'EXAMEN ANATOMIQUE ET LES RAPPORTS EN MÉDECINE LÉGALE), à l'usage des médecins et chirurgiens praticiens, tiré des papiers de feu JEAN-GEORGES ROHATZSCH, D. M., et dans lequel on a mis à profit tous les écrits relatifs à la matière, actuellement existans; publié par R.-H. ROHATZSCH. — Munich, 1838, in-12, 240 pages.

Il est arrivé sans doute à maint praticien qu'enlevé soudainement par l'autorité judiciaire aux soins de sa clientelle, pour se transporter à plusieurs lieues de son domicile, afin de se livrer aux investigations difficiles nécessitées par un cas de médecine légale, il a ressenti vivement le manque d'un guide fidèle qui pût en peu de mots lui rappeler les détails nombreux des sciences qui doivent concourir à la solution des questions posées par le magistrat instructeur, détails arides, réfractaires à la mémoire, et trop rarement applicables au lit du malade pour ne pas être promptement oubliés par celui qui n'en fait pas sa spécialité.

L'opuscule dont le titre précède est destiné à remplir cette lacune, et nous sommes heureux de le signaler à nos lecteurs. Par sa nature, il échappe à l'analyse; car il n'est lui-même que le produit d'une analyse exacte des travaux nombreux publiés en Allemagne sur cette matière importante. Nous dirons seulement qu'il se divise naturellement en trois parties. Dans la première, différens chapitre contiennent l'énumération méthodique de tout ce qui doit fixer l'attention du médecin dans l'examen des lésions d'un corps vivant ou mort pour arriver à la solution des questions qui intéressent la justice. La deuxième présente un tableau précieux des moyens propres à découvrir les traces des substances vénéneuses des trois règnes, dans les différentes parties du corps humain, d'après les travaux les plus récens des Berzelius, des Roose et autres chimistes renommés de l'Allemagne. Une troisième partie contient plusieurs rapports originaux fournis par des médecins légistes distingués sur les questions les plus importantes de la science. Enfin, un appendice contient, dans un petit nombre de pages, un excellent manuel d'anatomie des régions appliquée à la médecine légale; c'est-à-dire qu'examinant successivement toutes les régions du corps humain, en y supposant l'existence de lésions diverses, on trace les règles à suivre, le *modus faciendi* des opérations manuelles auxquelles le médecin doit se livrer.

Nous regrettons que dans la première partie l'auteur n'ait point ajouté à chaque objet énuméré la valeur relative ou absolue qu'il peut avoir sur la solution de la question proposée. Toutefois, et malgré cette lacune, nous pensons que ce petit ouvrage est un excellent article à ajouter au bagage de tout praticien appelé à se transporter au loin pour venir en aide à la justice.

— M. AUGUSTE MERCIER commencera son cours *sur la structure, les fonctions et les maladies des organes urinaires et génitaux*, le mardi 12 mai, à six heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 1 de l'école pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivans, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 21. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 23 MAI 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses.—Expériences cliniques sur le sulfate de cuivre étudié comme agent vomitif.— Maladies de la peau; clinique de l'hôpital Saint-Louis par M. Gibert.— II. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 19 mai—III. Correspondance médicale. Observation d'ostéosarcome du maxillaire supérieur gauche. — IV. Revue bibliographique. Traité des altérations du sang.—Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines. —V. Feuilleton. Lettres sur l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine en France.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES, lu à l'Académie des sciences le 13 janvier 1840; par M. le docteur Jules Guérin.

Les physiologistes se sont assez peu occupés du mécanisme à l'aide duquel les exhalations ou sécrétions séreuses s'exécutent. La plupart d'entre eux se sont bornés à faire l'histoire des phénomènes dans leurs derniers résultats, sans se préoccuper des phases qu'ils présentent et des causes qui les produisent. Je ne parle pas des explications purement hypothétiques empruntées à l'action générale de la vie, à l'irritabilité et à la sensibilité propre des organes, explications qui n'expliquent rien, qui ne reposent sur aucune donnée véritablement scientifique, sur aucune expérience positive, et dont la grande généralité ne constitue qu'un lien provisoire entre des faits dont les véritables rapports avec la vie et avec le monde extérieur n'ont pu encore être déterminés. C'est ainsi que le mécanisme de l'exhalation de la synovie dans les articulations, celui de la sérosité des plèvres, du péricarde, du péritoine, du fluide céphalo-rachidien, de l'exhalation séreuse du tissu cellulaire, sont restés jusqu'ici dans la plus complète obscurité.

Les observations et les expériences suivantes, relatives à la part que m'a paru avoir la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, concourront peut-être à jeter quelque jour sur cette importante question de physiologie générale.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS ANATOMIQUES.

DES DISPOSITIONS ET DES RAPPORTS ANATOMIQUES DES PARTIES QUI SONT LE SIÉGE DES EXHALATIONS SÉREUSES.

Je vais examiner successivement les dispositions et les rapports anatomiques des parties qui sont le siége des exhalations séreuses, à savoir : les cavités articulaires, celles du péricarde, des plèvres, du péritoine, des méninges cérébrales et rachidiennes; en un mot, des différentes cavités qui sont le siége des exhalations séreuses. Et d'abord, qu'on ne s'étonne point de me voir aborder dans un même travail l'étude anatomique de tant de parties dont les dispositions matérielles sont si complexes qu'elles constituent à elles seules une des portions les plus étendues et les plus délicates de l'anatomie topographique. Le but que je me suis proposé n'est point de rappeler, sous quelque prétexte que ce soit, ce que l'on sait à cet égard; mais bien de signaler quelques dispositions nouvelles, communes aux différentes cavités dont il s'agit, dispositions qui me paraissent, par leur généralité, se rattacher à un but commun, et rendre les organes où elles se répètent tributaires des mêmes influences dans le mécanisme des exhalations dont elles sont le siége.

a. CAVITÉS ARTICULAIRES.

En examinant dans quels rapports se trouve la tête du fémur avec la cavité cotyloïde pendant les mouvemens de la cuisse sur le bassin, je me

Feuilleton.

LETTRES SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

Faut-il augmenter le nombre des Facultés de médecine en France?

Monsieur le rédacteur,

La grande activité qu'apporte M. le ministre de l'instruction publique dans les diverses branches de son administration a réveillé les espérances de ceux de nos confrères qui croient utile une révision de la législation qui régit aujourd'hui l'enseignement et l'exercice de la médecine en France. Vous-même, en annonçant dans la Gazette Médicale les changemens récens apportés par le ministre dans l'organisation des agrégés près les facultés de médecine, vous avez exprimé et ces espérances et ce vœu.

Loin de nous de croire qu'il n'y ait plus de perfectionnemens à introduire dans l'enseignement de la médecine, non plus que dans les formes de la réception de nos docteurs. Loin de nous également de méconnaître le malaise qui existe dans le corps des médecins, et le chagrin que chacun de nous éprouve de voir s'affaiblir la dignité et l'honneur de la profession. Mais, nous le déclarons, c'est moins aux vices de la législation médicale actuelle, qu'à la non exécution de cette législation, que nous attribuons les abus dont nous sommes témoins. Nous en accusons surtout les fautes des médecins eux-mêmes, et l'état général de la société. Nous ne croyons pas qu'une loi nouvelle soit aussi propre qu'on le dit généralement à porter remède à ces abus. Nous ne sommes pas aussi impatiens de cette loi que beaucoup de nos confrères; et même, comme nous n'aimons pas les choses mal faites ou qui ne sont faites qu'à demi, et que nous pensons qu'il en serait ainsi de la loi médicale, si elle était faite sous l'empire des préoccupations actuelles des esprits, nous ajouterons que nous la redoutons.

Il est peu de numéros de votre estimable journal où une opinion contraire ne soit exprimée; et c'est précisément à cause de cette opposition entre la Gazette Médicale et nous, que, dans le but de nous éclairer réciproquement, nous avons eu la pensée de vous adresser quelques lettres sur l'organisation médicale. Nous ne nous flattons pas d'apporter dans ces lettres le talent qui vous distingue, vous et vos spirituels collaborateurs. Mais, nous nous efforcerons de raisonner le plus possible, d'après des faits et de ne tirer de ces faits que d'irrécusables déductions. Nous sommes sûrs au moins d'être toujours dignes d'eux et de vous, par un amour sincère de la vérité, et par le désir que tout honneur et toute justice soient rendus à notre si pénible, si difficile et si utile profession.

Ainsi donc, Monsieur le rédacteur, si vous accédez à notre projet, nous commencerons par une question tout à fait à l'ordre du jour, actuellement pendante devant les chambres, et que nous avons inscrite en tête de cette première lettre :

Faut-il augmenter le nombre des Facultés de médecine en France?

suis assuré de ce fait, à savoir que dans l'extension la surface de la tête fémorale dans toute sa périphérie est en rapport immédiat avec les points correspondans de la cavité qui la reçoit, en sorte qu'on peut dire, comme l'a démontré M. Weber, de Munich, que la tête fémorale et la cavité cotyloïde décrivent des courbes exactement du même rayon. Mais il n'en est pas ainsi dès qu'on imprime à la cuisse des mouvemens de flexion, d'adduction ou d'abduction. Contrairement à ce qu'a établi le physiologiste de Munich, j'ai vu que pendant chacun de ces mouvemens il se forme un espace assez considérable entre la surface de la tête fémorale et le fond de la cavité cotyloïde, espace qui varie de siége et d'étendue, suivant l'étendue et la direction des mouvemens de l'articulation. J'ai mis ce fait hors de doute en fixant d'une manière invariable l'os de la hanche et l'extrémité fémorale dans les positions dont il s'agit, et en enlevant avec précaution, et couche par couche, une partie du plancher de l'acétabulum par l'intérieur du bassin. On voit alors manifestement que, dans certains points de son étendue, la cavité cotyloïde est séparée de la tête fémorale par un espace qui peut s'étendre en profondeur jusqu'à près de trois millimètres, et en largeur jusqu'à deux ou trois centimètres.

MM. Weber frères ont démontré, comme on sait, par l'expérience, que les surfaces de cette articulation sont maintenues en rapport immédiat, principalement par la pression atmosphérique. Ces ingénieux physiologistes ont perforé le plancher de la cavité cotyloïde, et ils ont vu aussitôt la tête fémorale, sous l'influence de l'introduction de l'air, descendre d'une certaine quantité, en cédant au poids du membre. Mais MM. Weber n'avaient pas vu que pendant certains mouvemens de l'articulation coxo-fémorale, le centre de ces mouvemens ne répond pas au centre de la sphère fémorale, mais est intermédiaire à ce point et au corps de l'os; celui-ci servant de bras de levier fait décrire à la tête du fémur des arcs de cercle proportionnels à la longueur du rayon qu'elle mesure, et qui forcent sa surface cotyloïdienne à abandonner dans une certaine étendue les points correspondans de la voûte de l'acétabulum. Or, en admettant comme chose démontrée que la pression atmosphérique est la cause la plus puissante qui empêche la sortie de la tête du fémur de sa cavité, on ne peut méconnaître que les espaces établis extemporanément entre certains points de ces surfaces articulaires, en vertu d'efforts supérieurs à l'action de la pression atmosphérique, ne constituent des espaces vides ou tendant au vide, placés eux-mêmes sous l'influence de cette pression. Il résulte donc de cette première observation que l'articulation coxo-fémorale, hermétiquement fermée par ses capsules fibreuses, et offrant dans l'extension de la cuisse sur le bassin une coaptation parfaite de ses surfaces articulaires, coaptation entretenue par la pression atmosphérique, présente, pendant les mouvemens de flexion, d'adduction et d'abduction de la cuisse, des espaces vides au fond de l'articulation, résultant de la disjonction des surfaces articulaires sous l'influence d'efforts supérieurs à ceux de la pression atmosphérique, laquelle continue d'ailleurs à fermer l'orifice de l'articulation.

Ce premier fait établi, j'ai cherché à savoir, premièrement, si toutes les surfaces articulaires du squelette sont maintenues en rapport par la pression atmosphérique, indépendamment des muscles et des ligamens qui les environnent; et, secondement, s'il existe pour chaque articulation des mouvemens pendant lesquels certains espaces articulaires s'établissent immédiatement, ou bien si ceux qui existent subissent un accroissement quelconque.

Relativement au premier point, je me suis assuré par des expériences directes que l'influence contentive de la pression atmosphérique constatée par MM. Weber pour l'articulation coxo-fémorale seulement est un fait général commun à toutes les articulations arthrodiales. J'ai appris récemment qu'un frère des deux physiologistes de Munich est arrivé, de son côté, au même résultat, et a étendu comme moi l'observation particulière de ses frères à toutes les articulations du squelette : en sorte qu'il est aujourd'hui parfaitement établi que, indépendamment des autres moyens qui concourent au maintien en rapport des surfaces articulaires, la pression atmosphérique est une condition commune à toutes, et que chacune d'elles offre dans sa situation la plus naturelle, position qui est presque pour toutes l'extension, une coaptation exacte et hermétique des surfaces correspondantes, et l'application également hermétique sur leur pourtour des capsules fibreuses et fibro-celluleuses qui les enveloppent.

Partant de ce fait préalable de l'action de la pression atmosphérique comme principal agent du maintien en rapport et de la fermeture hermétique de toutes les articulations du squelette, et du fait de l'existence d'espaces vides pratiqués extemporanément entre une portion des surfaces de l'articulation coxo-fémorale, pendant certains mouvemens de la cuisse, j'ai cherché à savoir si toutes les articulations du squelette ne sont pas construites de manière à offrir comme l'articulation de la hanche, dans la succession et la variété de leurs mouvemens, des espaces nouveaux, ou des accroissemens marqués des espaces déjà existans.

Pour éviter des détails inutiles et qui tous conduisent aux mêmes conséquences, j'énoncerai immédiatement les résultats les plus généraux de mes recherches sur ce point. Or toutes les articulations du squelette, les grandes, les moyennes, les petites, les articulations qui sont le siége de mouvemens marqués, et dans l'intérieur desquelles on trouve de la synovie, offrent à différens degrés des conditions matérielles telles, que pendant ces mouvemens, elles présentent nécessairement des espaces qui n'existent pas au repos, ou un agrandissement des espaces préalablement existans. Ces changemens qui s'effectuent dans l'intérieur des articulations sont le résultat de deux ordres d'élémens : premièrement, des changemens de rapports des surfaces articulaires qui cessent de se correspondre suivant les mêmes plans et perdent ainsi les conditions respectives de leur contact et de leur parfaite coaptation; secondement, de la tension des muscles et des ligamens entourant l'articulation, lesquels, en vertu de l'écartement de leurs points d'insertion, se soulèvent, se tendent entre ces points et forment les parois résistantes des cavités improvisées ou agrandies. Ces deux ordres d'élémens constituent les conditions les plus générales de la formation de ces espaces ou cavités, conditions auxquelles peuvent être rapportés les divers cas présentés par toutes les articulations du squelette. Quelques exemples choisis parmi les cas les plus saillans montreront tout à la fois les faits eux-mêmes que je cherche à établir et les conditions les plus générales de leur production.

Au genou, pendant l'extension de la jambe sur la cuisse, les condyles du fémur sont appliqués contre la surface articulaire du tibia, de manière à la toucher par le plus grand nombre des points de leur surface. Les ligamens semi-lunaires placés en intermédiaires sont comme des coins destinés à compléter ce contact en comblant les espaces laissés entre ces surfaces et la portion la plus excentrique des condyles du fémur, là où ils se terminent en surfaces légèrement arrondies. De son côté, la rotule et les ligamens qui s'y attachent peuvent, en vertu du relâchement du tri-

---

Beaucoup de médecins, plusieurs corporations médicales, ont exprimé l'opinion qu'il ne suffisait pas des trois facultés de médecine de *Paris*, de *Montpellier* et de *Strasbourg*, et qu'il fallait en créer de nouvelles. On en a demandé tour à tour une, deux, trois de plus; et les partisans de cette opinion, peu d'accord entre eux sur le nombre des facultés nouvelles à créer, l'ont été moins encore sur celles des villes de France dans lesquelles il faudrait les placer. On a indiqué tour à tour *Lyon*, *Bordeaux*, *Nantes*, etc.; toujours, toutefois, une ville notable par ses lumières, ses richesses, sa population, son mouvement social et intellectuel.

Nous déclarons tout d'abord que nous professons sur ce point une opinion toute contraire ; que, selon nous, il suffit et au-delà, pour les besoins, des trois facultés actuelles; et que, si ce n'était le respect des droits acquis, dans un bon système d'enseignement médical, et à ne considérer les choses que sous le point de vue de la médecine, ce serait assez d'une seule faculté de médecine ou de deux au plus (1).

Avant d'exposer nos motifs, disons d'abord ce qu'est, ou ce que doit être une faculté de médecine.

Une Faculté de médecine est un collége de médecins institué par la loi pour remplir une double mission : 1° *Enseigner la médecine* d'une manière assez complète pour qu'au sortir de cet enseignement l'élève qui en aura profité soit en état de pratiquer la médecine. 2° *Graduer* les médecins ; c'est-à-dire procéder aux épreuves d'après lesquelles se confère le grade de docteur en médecine ou en chirurgie.

Pour qu'une Faculté de médecine puisse remplir cette double mission, elle doit réunir certaines conditions.

1° Il faut que son enseignement embrasse tout ce qu'il est nécessaire d'apprendre pour l'exercice de l'art; et, de là, un *personnel* considérable, et par conséquent dispendieux. Il lui faut, en effet, au moins 13 chaires théoriques (1); 3 chaires pratiques (2), et parmi ces chaires plusieurs exigent que plus d'un professeur leur soit attaché. Dans toute Faculté, donc, nécessité d'un assez grand nombre de *professeurs*, lesquels auront encore avec eux et sous eux, pour les aider dans leurs services respectifs, beaucoup d'auxiliaires à titres divers : *agrégés, chefs de clinique, prosecteurs et aides d'anatomie, aides de chimie, de botanique*, etc.

2° Il faut pour le service de ce large enseignement un *matériel* non moins considérable, et partant aussi coûteux : bibliothèque; amphithéâtres d'anatomie, de chimie; cabinet de physique; jardin botanique; muséum riche en substances mé-

(1) Cette lettre était déjà écrite lorsque m'est arrivé votre numéro du 9 mai, et j'ai vu avec plaisir que, dans un article sur la faculté de médecine projetée à *Rennes*, la même opinion était exprimée par le spirituel auteur de cet article, et que nous avions les mêmes pensées sur beaucoup de points.

(1) Chaires de *physique*, de *chimie*, d'*histoire naturelle*, d'*anatomie*, de *physiologie*, de *pathologie externe* ou chirurgie, de *pathologie interne* ou médecine, d'*opérations*, de *thérapeutique et matière médicale*, de *pharmacie*, d'*accouchement*, d'*hygiène*, et de *médecine légale*.

(2) Les chaires dites de *clinique*, savoir : *clinique de chirurgie, clinique de médecine*, et *clinique d'accouchement*.

ceps fémoral, du droit antérieur et des portions antérieures de la capsule articulaire du genou, s'appliquer complètement contre la dépression qui sépare antérieurement les deux condyles du fémur; en sorte que la pression atmosphérique établit dans cette position de l'articulation une coaptation parfaite entre les surfaces articulaires qui se correspondent; et une application de toutes les parties extérieures environnantes contre les pourtours de l'articulation. Mais aussitôt que le genou se fléchit, tous ces rapports et les conditions osseuses et ligamenteuses qui les déterminent changent. Les condyles du fémur ne touchent plus la surface articulaire du tibia que par leur partie la plus postérieure, c'est-à-dire par un nombre de points et dans une étendue beaucoup moins considérables. La partie la plus plane des condyles, c'est-à-dire celle qui correspondait au plan articulaire du tibia, devient libre et regarde en avant; elle forme la paroi postérieure d'un espace quadrilatère nouveau, limité en haut par la moitié inférieure de la face postérieure de la rotule qui est elle-même attirée ou au moins maintenue par la résistance du triceps; la rotule ainsi soulevée et maintenue en haut par la tension des muscles qui s'y insèrent, tend et soulève à son tour le ligament qui l'attache au tibia et forme avec ce dernier la paroi antérieure de l'espace quadrilatère dont il s'agit, tandis que la moitié antérieure de la surface articulaire du tibia, laissée libre par le soulèvement du ligament rotulien et le soulèvement de la moitié correspondante de l'extrémité articulaire du fémur forme sa paroi inférieure. De leur côté, les portions antérieures et latérales de la capsule articulaire se trouvant distendues par un écartement plus grand de leurs points d'insertion complètent l'ampliation de l'espace dont il s'agit, et empêchent la dépression de ses parois et leur refoulement vers l'intérieur de la cavité articulaire, sous l'influence de la pression atmosphérique. Voilà donc un espace considérable extemporanément produit par la réunion des deux conditions générales signalées plus haut, à savoir, un changement de rapport des surfaces osseuses correspondantes, qui ne se touchent plus que par un moins grand nombre de points, et par la tension et le soulèvement des muscles et des ligamens qui constituent des parois résistantes aux espaces nouvellement établis, et empêchent les parties extérieures environnantes d'être refoulées par la pression atmosphérique vers ces espaces pour les combler.

Les articulations de la jambe avec le pied, l'articulation huméro-cubitale et les articulations des phalanges des doigts, offrent d'autres exemples variés du même fait, répété dans des conditions un peu différentes et avec des résultats variés.

Au repos, l'articulation de la jambe avec le pied offre en avant et en arrière, à partir du rebord antérieur et postérieur de l'extrémité articulaire du tibia, un double espace résultant des prolongemens de la surface articulaire de l'astragale, et borné en avant par la capsule articulaire et les gaînes apouévrotiques des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe, et en arrière par les muscles extenseurs du pied sur la jambe et les ligamens correspondans. Pour peu que le pied soit étendu ou fléchi sur la jambe, ces espaces changent d'une manière remarquable. Si le pied est fléchi, le rebord antérieur du tibia vient s'appliquer contre la dépression qui sépare en haut la tête de l'astragale de son corps, et les ligamens correspondans, relâchés par le rapprochement de leurs points d'insertion, s'appliquent immédiatement contre les plans profonds correspondans, et tout espace est comblé : en arrière, le contraire a lieu. Pendant que l'espace que j'appellerai tibio-astragalien antérieur se comble, l'espace postérieur correspondant et que j'appellerai tibio-astragalien postérieur s'agrandit par le glissement du tibia qui laisse une plus grande partie de l'astragale à découvert, en même temps que la capsule articulaire et les muscles extenseurs du pied sur la jambe sont soulevés et tendus par un éloignement plus grand de leurs points d'insertion, et forment ainsi la paroi postérieure de l'espace dont il s'agit. Lorsque au lieu d'être fléchi, le pied est étendu sur la jambe, un résultat opposé se manifeste; une portion plus considérable de la surface articulaire de l'astragale est mise à découvert en avant par le glissement du tibia en arrière; la capsule articulaire antérieure et les gaines musculaires correspondantes sont tendues et soulevées par l'écartement de leurs points d'insertion, et agrandissent ainsi l'espace tibio-astragalien antérieur déjà existant, en même temps que le postérieur est d'autant diminué et envahi par les parties molles correspondantes.

Au coude, on retrouve des dispositions analogues. L'articulation huméro-cubitale présente pendant l'extension et la flexion de l'avant-bras sur le bras, deux espaces, l'un antérieur, triangulaire, formé par la cavité coronoïde, dépression qui occupe le point de séparation de la trochlée humérale avec le corps de l'os, et fermé en avant par la paroi potérieure du brachial antérieur et les portions de capsules articulaires correspondantes; l'autre, également triangulaire, postérieure, limitée en arrière par la face antérieure du triceps brachial et les portions de capsules articulaires correspondantes, lesquelles complètent le triangle formé par le sommet de l'olécrâne et la cavité olécrânienne de l'humérus. Or ces deux espaces changent d'une manière remarquable pendant les mouvemens de flexion et d'extension de l'avant-bras. Dans la flexion, l'olécrâne laisse une plus grande portion de la trochlée humérale à découvert; il entraîne avec lui l'extrémité inférieure du triceps, ainsi que les attaches de la capsule articulaire qui s'y fixent; d'où résultent la tension et le soulèvement de ces parties. En avant, un résultat contraire se manifeste : par suite du glissement de l'apophyse coronoïde, les parties molles correspondantes sont relâchées et refoulées sans résistance par la pression atmosphérique contre les plans osseux profonds. L'inverse s'observe dans l'extension de l'avant-bras sur le bras, c'est-à-dire que l'espace triangulaire postérieur est diminué et l'antérieur augmenté. Ajoutons toutefois que par suite de la contraction des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'articulation des triceps et biceps brachiaux, il y a toujours un certain degré de tension et de soulèvement des parties qui devraient être complètement relâchées par le rapprochement de leurs points d'insertion, ce qui ajoute un élément de plus aux causes d'agrandissement des espaces articulaires pendant les mouvemens de flexion et d'extension.

Pour terminer ces indications anatomiques par des articulations d'un ordre moins important, mais plus délicat, et montrer que les conditions matérielles que je viens de signaler dans la hanche, le genou, le pied et le coude se généralisent jusque dans les moindres articulations, je citerai celles des phalanges des doigts. Lorsque l'on examine, au moyen d'une coupe longitudinale et parallèle au plan de la flexion d'un doigt, ce qui se passe au niveau de l'articulation de la troisième avec la seconde phalange, on voit les dispositions suivantes : le tendon du fléchisseur profond se tend, soulève avec lui la paroi antérieure de la capsule articulaire, à laquelle il adhère, au moyen de sa capsule propre, et laisse entre la paroi ligamenteuse et les surfaces profondes correspondantes un espace triangulaire, dont le sommet est formé par l'angle résultant de

---

dicamenteuses, en pièces naturelles et artificielles d'anatomie, en machines et instrumens de chirurgie, etc.

3° Enfin, une Faculté de médecine doit forcément être située dans une ville capable de subvenir à toutes ces nécessités de personnes et de choses, et surtout assez populeuse et assez riche en hôpitaux, pour qu'elle ait à sa disposition le nombre de morts et de malades que réclament son enseignement et les études auxquelles elle préside.

De cet aperçu rapide sur ce que doit être une Faculté, nous tirerons déjà plusieurs conséquences :

1° Que de toutes les institutions créées pour l'enseignement de la médecine, une Faculté est une des plus coûteuses, et, il faut le dire, la plus coûteuse.

2° Que si l'on veut que les frais en soient faits exclusivement par les élèves, sous forme de droits de scholarité et de réception, il faut que ceux-ci y affluent en grand nombre.

3° Qu'à juger par le nombre d'élèves qui aujourd'hui se destinent en France à l'exercice de la médecine, et que tout le monde s'accorde à dire plus considérable qu'il ne faut pour les besoins de la population, il n'en faudrait qu'une seule en France, si l'on voulait que les élèves en fissent seuls les frais, et qu'elle ne coutât rien à l'état.

4° Que, dès lors, plus on augmentera le nombre des Facultés de médecine en France, plus on augmentera le chiffre de ce que le trésor public doit fournir en subvention pour leur entretien.

5° Qu'on ne doit conséquemment créer de nouvelles Facultés de médecine que si elles sont absolument nécessaires, ou que si de leur création résultent des avantages sociaux que l'état ne pourrait obtenir autrement ou à moindres frais, et tels qu'ils compensent le surcroît de dépenses qu'entraîneraient ces nouvelles Facultés.

6° Enfin, qu'il n'est qu'un très petit nombre de villes en France dans lesquelles on puisse placer une Faculté de médecine.

Pour contester ces conséquences, on objectera peut-être que nous organisons les Facultés sur un trop vaste plan, et qu'elles ne sont si coûteuses que parce que nous les dotons de trop de chaires. Nous répondrons que nous n'y avons introduit que ce que nécessite absolument leur double mission d'*enseigner* et de *graduer*. D'une part, soit que les Facultés donnent à elles seules l'enseignement médical, soit qu'elles soient chargées seulement de compléter cet enseignement, les Facultés, par cela seul qu'elles sont le corps enseignant médical supérieur, doivent avoir l'enseignement le plus large, un enseignement qui embrasse tout ce qu'un élève a besoin d'étudier pour devenir apte à pratiquer la médecine. D'autre part, les Facultés *graduent*, font les réceptions, et de là l'obligation de faire entrer dans leur composition des représentans de toutes les sciences médicales.

Cette fonction de *graduer* est surtout, selon nous, ce qui exige que l'enseignement des Facultés soit complet. Si les Facultés ne faisaient qu'*enseigner*, peut-être serait-il possible de ne les charger que d'une partie de l'enseignement médical, confiant l'autre partie à d'autres corps enseignans, aux écoles secondaires de médecine, par exemple, et encore croyons-nous que ce système serait défectueux. Mais, par cela seul que les Facultés *graduent*, c'est-à-dire sont chargées de constater si l'élève a les connaissances requises pour que, sans danger

l'inclinaison des deux phalanges l'une vers l'autre, et la base par le tendon soulevé du fléchisseur profond. Cet espace augmente ou diminue ainsi par la flexion ou l'extension de la phalange.

Telles sont les circonstances les plus générales que présentent les espaces articulaires pendant les mouvemens des articulations du squelette.

Ces circonstances établissent, comme je l'ai dit, que, pendant ces mouvemens, des espaces nouveaux se forment, ou ceux qui existent s'agrandissent sous la double influence du changement de rapport des surfaces articulaires et du soulèvement et de la tension des membranes capsulaires environnantes. Ces productions d'espaces nouveaux, ou ces agrandissemens des espaces existans, ne peuvent avoir lieu dans les articulations du squelette, fermées hermétiquement pendant le repos sans offrir un vide plus ou moins complet, ou au moins une tendance au vide, entre les points extemporanément et passagèrement séparés. Nous verrons plus tard les conséquences immédiates qui résultent de ces premières conditions, propres aux cavités articulaires. Poursuivons les mêmes conditions dans les autres cavités qui les répètent.

b. Cavités du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale.

Je réunis l'examen de ces différentes parties parce qu'elles offrent toutes les mêmes dispositions au point de vue où je veux les considérer et parce que ces dispositions ne sont que la répétition de celles que je viens de signaler dans les cavités articulaires.

Et d'abord, l'on sait que le péricarde, les plèvres, le péritoine et l'arachnoïde cérébro-spinale forment des cavités fermées de toutes parts, au moyen de leur double feuillet continu, lequel se réfléchit et s'étend successivement, en y adhérant, sur les parois du viscère et sur l'enveloppe extérieure qui le protège. Il y a donc entre ces deux feuillets, dits viscéraux et pariétaux, un espace quelconque, qui est susceptible de varier, de s'accroître ou de diminuer sous l'influence de deux conditions principales. Le feuillet pariétal étant maintenu fixé contre les parties environnantes, ces parties peuvent être soulevées, se développer et agrandir d'autant la cavité de la séreuse, si l'organe sur lequel se réfléchit et adhère son feuillet viscéral n'obéit pas au mouvement de soulèvement ou d'expansion du feuillet pariétal; ou bien, seconde condition, le feuillet pariétal restant fixé avec la paroi contre laquelle il se réfléchit, le viscère éprouve des déplacemens, des contractions, des resserremens sur lui-même, qui entraînent consécutivement et proportionnellement le feuillet viscéral de la séreuse. Dans les deux cas, comme on le voit, soit que le feuillet pariétal soit éloigné du viscéral, soit que le viscéral soit éloigné du pariétal, ce changement de rapport ne peut exister sans produire entre les deux feuillets de la séreuse un espace nouveau ou un accroissement quelconque de la cavité qu'ils constituent. Ce résultat général ainsi formulé dans ses conditions principales de développement, il est facile de démontrer tour à tour son existence matérielle pour la cavité du péricarde, des plèvres, du péritoine et de l'arachnoïde cérébro-spinale.

Lorsqu'on ouvre le péricarde sur le cadavre, on acquiert la preuve que le cœur ne remplit pas complètement sa cavité, mais qu'il s'en faut d'un certain espace, que l'on admet comme nécessaire et suffisant à la liberté des mouvemens du cœur. Mais l'étendue de cet espace varie et doit varier singulièrement pendant les mouvemens respiratoires et de contraction du cœur. L'ampliation de la cavité du péricarde s'effectue pendant les mouvemens respiratoires, sous l'influence de la première condition que j'ai établie par le soulèvement et le dédoublement du feuillet pariétal du péricarde, par suite du soulèvement des parties extérieures, avec lesquelles il a des rapports intimes. On sait, en effet, que le péricarde adhère intimement d'une part au sternum, de l'autre au diaphragme; qu'il adhère supérieurement et postérieurement aux gros vaisseaux qu'il renferme à leur origine. Il est donc retenu par trois puissances en haut et en arrière, en avant et en bas, de manière à obéir aux déplacemens que ces parties éprouvent, en sens inverse, pendant l'acte respiratoire. Or, de ces parties, la première, le sternum, est portée en haut et en avant; la seconde, le diaphragme, est abaissée, tandis que les gros vaisseaux, formant résistance, empêchent le péricarde de céder exclusivement dans le sens du sternum et du diaphragme. Voilà donc le cas de l'ampliation d'une cavité séreuse par le soulèvement ou l'écartement des parties auxquelles adhère son feuillet pariétal. Ce n'est pas tout; pendant la contraction ou le relâchement de ses cavités, le cœur n'offre ni la même forme ni le même volume; la contraction de ses ventricules diminue nécessairement l'espace qu'il occupe d'une quantité égale à celle de la réduction de son volume pendant cet état; or, le péricarde ne pouvant suivre ce mouvement de retrait du cœur que par son feuillet viscéral, il en résulte un nouvel accroissement d'espace au profit de la cavité intérieure. Voilà une application de la seconde condition que j'ai établie pour l'ampliation des espaces formés par les cavités des séreuses.

Sans avoir besoin d'entrer dans autant de détails pour les plèvres et le péritoine, il suffit de signaler les dispositions les plus générales des cavités qu'elles occupent et des viscères qu'elles revêtent pour montrer que les espaces compris entre leurs feuillets varient, comme dans le péricarde, sous la double influence du déplacement des parties auxquelles elles adhèrent et des viscères sur lesquels elles s'étendent.

Les plèvres costale et diaphragmatique sont, comme on sait, intimement unies aux parois thoraciques et à la surface pectorale du diaphragme; d'autre part, elles tapissent toute la surface du poumon; ses deux feuillets laissent entre eux un espace très étendu, susceptible de varier par l'ampliation ou le resserrement du thorax et l'ampliation ou la résistance des poumons. Il est presque superflu de montrer comment, pendant l'acte respiratoire, le feuillet pariétal thoracique et diaphragmatique de la plèvre est graduellement éloigné de son feuillet viscéral, ou du moins tend à accroître les espaces existans entre ces deux feuillets pendant le repos du thorax. Pour que le contraire existât, il faudrait que le poumon suivît instantanément et rigoureusement tous les mouvemens du diaphragme et de l'enveloppe thoracique. Or, bien que l'introduction rapide de l'air dans les poumons tende à ce résultat, la résistance que ce fluide éprouve de la part du tissu élastique du poumon, et le temps plus ou moins long qu'il met à envahir toutes ses cellules laissent entre l'instant de l'ampliation du thorax et celui de l'expansion du poumon un intervalle quelconque, pendant lequel les deux feuillets de la plèvre cessent de se toucher et de se correspondre dans tous leurs points. D'autres causes moins évidentes, telles que le mouvement expiratoire, le retour élastique du poumon sur lui-même, la circulation, la parole, la marche, les efforts, circonstances sur lesquelles je ne m'appesantirai point, peuvent encore modifier les rapports de contact et de correspondance des deux plèvres. Si la réalité de ces changemens ne ressortait pas d'une manière assez

pour la société, ou puisse lui permettre l'exercice de l'art, il est nécessaire que leur enseignement embrasse tout ce que cet élève a dû étudier et doit savoir.

Du reste, le Pouvoir législatif, l'Université, ont toujours pensé ainsi sur ce que doit être une Faculté. Voyez la loi du 14 frimaire an III, sur l'organisation des *Ecoles de santé*, origine de nos Facultés actuelles. Voyez surtout l'ordonnance du 2 février 1823 sur la *nouvelle organisation de la Faculté de médecine de Paris*; l'article 19 de cette ordonnance prescrit toutes les chaires que nous avons nommées. Voyez, enfin, le projet de loi du 20 avril dernier, relatif à la création d'une nouvelle Faculté de médecine à *Rennes*; la même pensée s'y montrera. Il est vrai qu'en ce dernier projet on n'institue que huit chaires théoriques et deux chaires pratiques; mais la différence n'est qu'apparente; le même besoin est avoué, seulement on n'y satisfait pas complètement. Ainsi, si ce projet n'institue pas les chaires de *physique*, de *chimie* et d'*histoire naturelle*, c'est que le ministre espère qu'une Faculté des sciences, qu'il fonde en même temps à *Rennes*, pourra satisfaire à ces enseignemens. Ainsi, si dans le projet il n'y a qu'une seule chaire pour l'enseignement de l'*hygiène* et de la *médecine légale*, il n'en résulte pas moins l'aveu que ces deux sciences médicales doivent être comprises dans l'enseignement d'une Faculté. Enfin, si le projet ne mentionne pas une chaire d'*opérations*, peut-on y applaudir? et n'est-ce pas là, au contraire, une lacune reprochable dans l'enseignement d'une Faculté appelée à graduer des docteurs en chirurgie?

A cette occasion, émettons une opinion que nous croyons d'une vérité incontestable, bien que l'Autorité Universitaire s'en soit écartée fort souvent, et vienne encore de le faire dans son projet de création d'une nouvelle Faculté de médecine à Rennes. Cette opinion est que si on institue dans un même pays plusieurs Facultés de médecine, toutes doivent avoir une organisation uniforme en ce qui est indispensable, et posséder toutes les chaires reconnues absolument nécessaires. Nous ne prétendons pas que l'Université ne puisse doter une Faculté de quelques chaires qu'elle ne donnera pas à d'autres, si cette Faculté présente à l'égard de ces chaires quelques facilités qui manquent aux autres Facultés. Ainsi, nous avons vu récemment instituer dans la Faculté de médecine de Paris une *chaire d'anatomie pathologique*, en exécution d'un riche legs fait par le professeur *Dupuytren*. Mais cette différence ne peut porter que sur des chaires autres que celles déclarées indispensables; celles-ci, toute Faculté doit les avoir, sinon elle ne devrait pas être élevée au rang de Faculté. Nous n'hésiterons pas à dire que la différence d'organisation qui existe, sous ce rapport, dans nos Facultés actuelles, est non-seulement un grand vice sous le point de vue des études et des réceptions, mais est une injustice à l'égard de la Faculté laissée incomplète. D'une part, il n'est pas possible que ce qui a été jugé dans une Faculté devoir entrer nécessairement dans les études du médecin, ne soit plus jugé de même dans une autre Faculté. D'autre part, la Faculté laissée incomplète peut légitimement attribuer son insuccès à ce qu'elle ne fournit pas un enseignement médical suffisant.

Prenons pour exemple les différences que nous venons de signaler dans l'organisation de la Faculté projetée à *Rennes*.

1° On ne lui confie pas, comme aux autres Facultés, l'enseignement de la *physique*, de la *chimie* et de l'*histoire naturelle*. Mais, si on a jugé que l'étude de

évidente des circonstances que j'ai indiquées, l'expérimentation directe ajouterait, comme on le verra plus bas, ses lumières à celles du raisonnement.

La cavité du péritoine offre des circonstances et des dispositions analogues à celles des plèvres; c'est pour cela que nous n'avons pas insisté sur toutes les particularités propres à établir la variabilité des espaces résultant des changemens de rapport de ces dernières. Ce que nous avons à dire de la cavité péritonéale s'appliquera donc en grande partie à la cavité des plèvres et tendra à compléter la démonstration du fait de l'ampliation périodique de cette cavité sous l'influence des mouvemens périodiques de la respiration.

Et d'abord, la cavité du péritoine offre une disposition toute spéciale, en vertu de laquelle il doit nécessairement s'établir, entre ses deux feuillets, des espaces incessamment variables pour le siége, le nombre, la forme et l'étendue. Cette disposition consiste dans le défaut de rapport entre la forme, l'étendue et les distributions du feuillet pariétal, lequel correspondant à la paroi régulière de l'abdomen, et la forme, l'étendue et les sinuosités infinies du feuillet viscéral, si varié et si changeant dans ses distributions nombreuses entre tous les viscères et toutes les parties de l'intestin qu'il enveloppe. Or quelque élasticité qu'on suppose aux intestins, quelles que puissent être la souplesse et la ténuité des replis de la séreuse qui les recouvre, il est impossible de supposer entre les deux feuillets, ni même entre les replis du feuillet viscéral, des rapports assez exacts pour qu'à chaque déplacement des parties tout espace soit immédiatement comblé et que tous les points des deux surfaces restent constamment appliqués l'un contre l'autre. D'ailleurs il est sur certains points des obstacles matériels au contact complet et à la pénétration des parties environnantes, comme, par exemple, le repli gastro-hépatique qui joint le sillon horizontal du foie et la petite courbure de l'estomac, sorte de pont transversal dont il y a plusieurs autres exemples. Mais la diversité seule des surfaces en rapport, dont les unes, comme celles de l'intestin, offrent des contours plus ou moins arrondis, les autres, comme le foie, des bosselures et des bords saillans, doit nécessairement empêcher leur coaptation hermétique entre elles et avec la paroi abdominale. Un assemblage de plans et de reliefs si divers, comme celui qui résulte de l'agglomération du paquet intestinal et des viscères abdominaux, exclut donc l'idée d'un contact parfait. On conçoit qu'avec de telles dispositions anatomiques le mouvement respiratoire, le ballottement du ventre par la marche et les attitudes; les mouvemens péristaltiques des intestins, provoquent des tiraillemens incessans, des glissemens, des roulemens qui, en séparant les parties et changeant leurs rapports, déterminent la formation incessante d'espaces divers; espaces qui ne pourraient être comblés aussitôt que produits que par des corps assez ténus et assez subtils pour s'y adapter comme ferait un fluide élastique. Or, tels ne sont pas le foie, la rate, les reins, l'estomac et les intestins: tous solidaires des mouvemens imprimés au corps, tous obéissant à l'action de la pesanteur, tous jusqu'à l'intestin lui-même, lorsqu'il est rempli de matière alimentaire, soumis à une forme déterminée. Certes les parois abdominales sont éminemment compressibles, susceptibles de se réduire ou de se dilater considérablement; mais elles ne le peuvent faire que suivant un même plan, et non suivant les plans si mobiles, si accidentés, des parties qu'elles recouvrent.

Je termine ces considérations anatomiques par celles qui ont trait aux cavités des séreuses cérébro-spinales. Les dispositions de ces cavités exigent d'être étudiées à part, parce qu'elles dépendent de quelques rapports du cerveau et de la moelle avec ses membranes, qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment précisées.

Les auteurs qui ont indiqué avec le plus de soin les rapports du cerveau et de la moelle avec les méninges ne font pas mention d'une disposition qu'il me paraît utile de signaler ici. Tous s'accordent à dire qu'entre la moelle et la dure-mère, entre le cerveau et la dure-mère, se trouve l'arachnoïde, dont un des feuillets, le feuillet viscéral, se réfléchit sur la dure-mère, et l'autre sur le cerveau et la moelle dont elle est séparée par la pie mère. M. Magendie qui a mieux précisé, comme on sait, tout ce qui a trait au fluide céphalo-rachidien, a montré le premier que ce fluide est renfermé dans l'espace sous-arachnoïdien, et se trouve en communication directe avec les ventricules du cerveau au moyen d'une ouverture spéciale placée entre l'extrémité supérieure de la moelle et le quatrième ventricule. M. Magendie s'est arrêté là; mais notons qu'il a été plus loin que ses devanciers, qui ne parlent pas des communications des ventricules du cerveau avec l'espace sous-arachnoïdien. Cependant ce n'est pas tout. Il y a un autre espace entre la dure-mère et le feuillet libre de l'arachnoïde, qui se continue avec le même espace correspondant au cerveau, en sorte que la cavité sous-arachnoïdienne communique avec l'intérieur du cerveau, et la cavité arachnoïdienne, proprement dite, communique avec la cavité arachnoïdienne extérieure du cerveau. Du mercure injecté dans l'espace sous-arachnoïdien se rend dans les quatre ventricules, et injecté dans la cavité arachnoïdienne de la moelle, il se rend partout à la surface du cerveau. Cette double disposition, qu'on pouvait conclure des notions acquises, mais qui n'avaient pas été suffisamment précisées, sur les rapports de l'arachnoïde cérébro-spinale avec la masse encéphalo-rachidienne, était indispensable à spécifier nettement pour faire apprécier les rapports différens qui s'établissent successivement entre les parties extérieures et intérieures du cerveau. Voici, en effet, comment les choses se passent.

Dans le mouvement d'expansion du cerveau, les cavités intérieures se dilatent; leurs parois se séparent et agrandissent d'autant les ventricules qu'elles circonscrivent. A ce mouvement d'expansion de la masse encéphalique, correspond un rapprochement des parois de la cavité arachnoïdienne cérébrale périphérique. Le contraire a lieu lorsque le cerveau se contracte et s'abaisse; c'est-à-dire qu'il y a resserrement de ses cavités intérieures et ampliation des espaces arachnoïdiens extérieurs. Voilà, comme on le voit, la répétition des circonstances que nous avons notées pour toutes les cavités séreuses. Je m'abstiens pour le moment de tirer de ces dispositions les conséquences qui peuvent en sortir pour éclairer le mécanisme de la sécrétion et de la double circulation des fluides cérébro-rachidiens dans la double cavité arachnoïdienne et sous-arachnoïdienne, et pour rendre compte, surtout, de la circulation générale de l'encéphale.

DEUXIÈME PARTIE. — EXPÉRIENCES.

Si les dispositions que j'ai fait connaître dans la première partie de ce mémoire sont réelles, c'est-à-dire s'il se forme extemporanément, sous l'influence de certains mouvemens, des espaces nouveaux ou des accroissemens d'espaces existans à l'intérieur de cavités fermées de toutes parts, il peut arriver l'un ou l'autre de ces deux cas : ou bien des matières en-

---

ces sciences était indispensable aux médecins; si surtout on a jugé que l'étude devait en être faite par eux sous des rapports tout spéciaux, cela ne sera-t-il pas à *Rennes* comme à *Paris*, à *Montpellier*? D'ailleurs, la faculté de *Rennes* n'aura-t-elle pas comme les autres Facultés à *examiner* sur ces sciences les élèves qu'elle graduera? 2° A *Rennes*, on a réuni en un même cours l'*hygiène* et la *médecine légale* : mais, si à *Paris*, et aux deux autres Facultés, on a jugé que ces deux sciences étaient assez étendues pour qu'elles fissent chacune la matière d'un cours distinct, pourrait-il en être autrement à *Rennes*? 3° Enfin, à *Rennes*, on n'institue pas un cours d'*opérations*; et déjà nous nous sommes expliqués sur le tort de cette omission.

De ces réflexions sur ce qu'est ou sur ce que doit être une Faculté de médecine, on peut conclure déjà, ce nous semble, qu'il ne peut et qu'il ne doit y avoir qu'un petit nombre de facultés de médecine. Mais abordons maintenant plus directement la question de savoir : *s'il y a nécessité ou au moins avantage à augmenter le nombre des Facultés qui existent actuellement en France.*

Beaucoup de médecins, avons-nous dit, ont résolu affirmativement cette question et ont cru trouver des argumens dans l'histoire du passé. Avant la révolution, disent-ils, il existait dix-huit facultés de médecine en France; comment dès lors trois pourraient-elles suffire, aujourd'hui que la France a, sinon plus d'étendue, au moins plus de population?

L'histoire du passé nous paraît, au contraire, bien plus favorable à ceux qui combattent l'augmentation des Facultés.

1° Les anciennes Facultés n'étaient pas organisées sur le large plan de nos Facultés actuelles; bien qu'elles fissent partie des universités, chacune avait un régime divers; leurs réglemens provenaient d'autorités diverses aussi, tantôt les évêques, tantôt les chanceliers des universités, souvent les autorités locales du lieu de leur résidence; et on ne peut nullement conclure d'elles à nos Facultés actuelles.

2° Les dix-huit Facultés étaient évidemment de beaucoup trop nombreuses; elles s'étaient déjà d'elles-mêmes réduites à moitié; en 1789, il n'en restait plus que neuf; et encore sur ces neuf, deux seulement, celles de *Paris* et de *Montpellier*, réunissaient un concours imposant d'élèves et faisaient un nombre suffisant de réceptions.

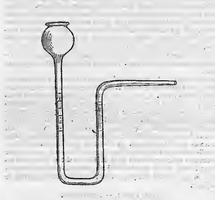
3° Par une loi du 18 août 1792, l'*Assemblée législative* abolit les Universités, et avec elles les facultés de médecine. Cette assemblée ne détruisait alors que dans la pensée de réédifier promptement et sur un meilleur plan; et le premier acte de cette réédification eut lieu par la loi du 14 frimaire an III (4 décembre 1794). Par cette loi, la *Convention nationale* institua, sous le nom d'*Écoles de santé*, trois grandes écoles, embrassant un vaste plan d'enseignement médical, situées à Paris, Montpellier et Strasbourg; et ces écoles, les seules qui aient existé depuis lors, sont nos trois Facultés actuelles.

Mais remarquons que le projet primitif présenté par *Fourcroy* ne proposait qu'une seule École, celle de *Paris*. Ce n'est que dans la discussion de la loi que l'Assemblée en décréta deux de plus : une à *Montpellier*, à cause de l'ancienne et légitime réputation de l'ancienne Faculté de Montpellier; et une autre à *Strasbourg*, parce que par ces écoles on se proposait surtout de préparer des officiers

vironnantes peuvent, en se déplaçant, combler instantanément les espaces nouvellement pratiqués, ou bien il existe réellement et passagèrement des espaces vides ou tendant au vide, incessamment placés sous l'influence concentrique de la pression atmosphérique. Dans le premier cas, il y aurait une expansion, une dilatation des parties environnantes qui ne permettraient de constater par aucun moyen le vide ou la moindre tendance au vide. Dans le second cas, on pourrait, au contraire, prouver par des expériences directes qu'il y a réellement une certaine tendance au vide, ou, pour parler plus rigoureusement, un défaut d'équilibre entre la pression intérieure et la pression extérieure, défaut d'équilibre qui n'est immédiatement comblé par rien, et qui par conséquent laisse à la pression extérieure la plus grande part de son influence concentrique. Pour résoudre cette difficulté, j'ai fait les expériences suivantes.

a. EXPÉRIENCES SUR LES CAVITÉS ARTICULAIRES.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — J'ai pris le cadavre d'un adulte. La jambe étant placée dans l'extension sur la cuisse, j'ai pratiqué au niveau de la partie antérieure et externe de l'articulation du genou une petite ouverture pénétrant jusqu'à l'intérieur de cette articulation. J'ai introduit par cette petite ouverture l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué de deux lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré.



Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube, de manière à lui permettre (au liquide) de s'élever d'un côté d'une certaine quantité, et de s'abaisser d'une quantité correspondante de l'autre côté, en cas de pression inégale de la part des deux milieux en rapport avec chaque colonne de liquide. La circonférence de la portion du tube introduite dans l'articulation du genou fermait hermétiquement l'ouverture qui lui avait donné passage, et son extrémité correspondait au point de réunion des deux surfaces articulaires du fémur et du tibia. Les choses étant ainsi disposées, j'ai fait exécuter à la jambe un mouvement de flexion sur la cuisse; j'ai vu immédiatement le liquide renfermé dans le tube monter vers l'extrémité correspondant à l'intérieur de l'articulation, et reprendre sa première position dès que je replaçais la jambe dans l'extension. Le mouvement d'ascension du liquide suivait exactement le mouvement de flexion du genou, se reproduisait et cessait avec lui. Cependant la rapidité et le degré d'ascension du liquide variait suivant certaines positions du tube, à tel point que, dans une position déterminée, le liquide s'est élevé brusquement et a fait irruption dans la cavité articulaire.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — J'ai pratiqué la même expérience à l'articulation coxo-fémorale. La cuisse étant maintenue dans l'extension sur le bassin, de manière à ne laisser aucun espace entre la surface de la tête fémorale et le plancher cotyloïdien, j'ai perforé ce dernier avec les plus grandes précautions, au moyen d'un foret appliqué par l'intérieur du bassin sur le point correspondant au sommet de l'articulation, et de manière à tomber perpendiculairement à leur plan de tangence. Pendant ce travail, je faisais maintenir le fémur fixe et en rapport immédiat avec le fond de la cavité cotyloïde. Lorsque j'ai eu la certitude d'être arrivé jusqu'à la surface de la tête fémorale, j'ai introduit l'extrémité de mon tube, revêtue d'un bouchon en liége, d'un diamètre suffisant pour fermer hermétiquement l'ouverture pratiquée au plancher de l'acétabulum. J'ai fait ensuite décrire à la cuisse des mouvemens de flexion, d'adduction et d'abduction, très limités d'abord, et j'ai vu à chacun de ces mouvemens la colonne de liquide coloré s'élever vers l'articulation, suivre chacun des mouvemens dont il s'agit, et redescendre au niveau de la colonne en rapport avec l'air extérieur, chaque fois que je ramenais la cuisse dans l'extension. Après avoir répété la même pratique un certain nombre de fois, j'ai porté brusquement la cuisse dans la flexion et un peu dans l'abduction, et tout le liquide du tube s'est précipité dans l'intérieur de l'articulation, moins la dixième partie de la colonne environ qui dépassait en dehors l'orifice de l'articulation, et qui était continue avec les neuf autres dixièmes de la colonne du liquide qui avait envahi sa cavité. Après quelques autres mouvemens, la totalité du liquide fut attirée dans l'intérieur de l'articulation, et à chaque retour de la cuisse à l'état d'extension, il en sortait une certaine quantité mêlée de bulles d'air, qui avait pénétré avec la dernière portion du liquide. Je ferai remarquer que pendant tous ces mouvemens j'ai eu soin de maintenir la tête du fémur appliquée contre le fond de la cavité cotyloïde, pour m'opposer à l'action du poids du membre.

Ces deux expériences me parurent suffire pour établir d'une manière directe les faits qui n'avaient été d'une manière moins positive par l'observation anatomique. Il résulte donc de ces deux ordres de faits, de l'observation et de l'expérience, que pendant certains mouvemens ou certaines positions du membre, qui ne sont pas l'extension, il se forme dans l'intérieur de l'articulation du genou et de la cuisse des espaces nouveaux, ou des agrandissemens des espaces existans, ce qui rompt l'équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure, et produit au sein de ces articulations une tendance au vide ou un certain degré de

---

de santé pour le service des armées, et que Strasbourg était alors la ville la plus rapprochée du principal théâtre de la guerre.

Ainsi le *gouvernement conventionnel*, qui n'a jamais encouru le reproche de faire des institutions scientifiques mesquines, auquel on doit l'*Institut*, l'*École polytechnique*, etc.; ce gouvernement, opérant le lendemain presque de la destruction des Facultés, et ayant présens les abus auxquels il fallait remédier; opérant dans la vue de faire mieux que ce qui avait été détruit; ne proposait d'abord qu'une *seule École de médecine*, et s'il en institua trois, ce ne fut que par des motifs locaux et transitoires.

4° Enfin, depuis cette création, pendant une période de 46 ans, et quelques changemens qu'ait subis pendant cette période l'organisation de l'instruction Publique en France; ces trois écoles sont les seules qui aient existé, sans qu'on ait ajouté à leur nombre. Ainsi lorsque la *Convention nationale*, sur le rapport de M. *Daunou*, eut admis, par une loi du 2 brumaire an IV (24 octobre 1795) un système d'enseignement public qui se composait, d'une *école primaire* par canton, d'une *école centrale* par département, et d'*écoles spéciales* pour les hautes sciences et les beaux-arts; parmi ces hautes sciences figura la médecine, et furent déclarées *Écoles spéciales* de médecine, et maintenues avec leur régime antérieur, les trois Écoles de santé de la loi du 14 frimaire an III. Ainsi, lorsque par la loi du 19 ventose an XI (9 mars 1803), loi qui est celle qui nous régit aujourd'hui, le *gouvernement consulaire* rétablit la nécessité des réceptions et en régla les formes, c'est aux trois *Écoles spéciales de médecine*, ci-devant *écoles de santé*, qu'il confia les réceptions de docteur en médecine et en chirurgie. Enfin lorsque le *gouvernement impérial*, par la loi du 10 mai 1806, réunit tous les corps enseignans de la France en un seul corps qu'il appela *Université*, lors de l'organisation de celle-ci, les trois écoles spéciales de médecine furent maintenues sous le nom de *Facultés*.

Nous devons convenir cependant, que dans cette période de 46 ans, la proposition d'augmenter le nombre des facultés a été faite souvent, même dans nos assemblées législatives. Ainsi, dès l'origine de la révolution, avant la destruction des Facultés anciennes et avant la création des *écoles de santé*, de *Talleyrand*, dans un rapport sur l'organisation de l'instruction publique en France, proposait à l'*Assemblée constituante*, au nom de son comité de constitution, les 10 et 11 septembre 1791, la création de *quatre grands colléges* pour l'enseignement complet de la médecine. Ainsi, dans les essais que fit le *gouvernement Directorial* pour organiser les écoles spéciales ordonnées par la loi du 2 brumaire an IV, il fut à diverses reprises proposé au *conseil des Cinq-cents* de porter à cinq et même à six le nombre des écoles spéciales de médecine. Voyez le rapport du député *Calès* du 12 prairial an V (juin 1797); celui du député *Vitet*, le 17 ventose an VI (février 1798); celui de *Cabanis*, 29 brumaire an VII (novembre 1798). Nous devons citer surtout une loi du *gouvernement consulaire* du 11 floréal an X (1 mai 1802), et un arrêté du même gouvernement, du 20 prairial an XI (9 juin 1803). La loi institue une nouvelle organisation de l'instruction publique en France: il y est dit que l'instruction sera donnée en France par des *écoles primaires*, des *écoles secondaires*, des *lycées* et des *écoles spéciales*: à ces dernières étaient rattachées les *écoles de médecine*; l'article 24 de la loi maintenait les trois écoles existantes; et l'article 25 ajoutait qu'il *pourrait être créé trois écoles de médecine* de plus. Par l'arrêté du

vide instantané, d'où résulte un effort de succion sur leurs parois internes et sur les parties qu'elles renferment.

Il m'a paru inutile de répéter les mêmes expériences pour toutes les articulations du squelette : leurs dispositions anatomiques sont les mêmes, leurs fonctions les mêmes; j'ai pu par conséquent m'en tenir aux résultats fournis par les articulations du genou et de la cuisse.

b. EXPÉRIENCES SUR LES CAVITÉS DU PÉRICARDE, DES PLÈVRES, DU CERVEAU ET DE LA MOELLE.

L'analogie que j'ai montrée entre les dispositions anatomiques du péricarde, des plèvres, du péritoine, des cavités cérébro-spinales et celles des cavités articulaires des membres, impliquait pour être admise dans toute sa puissance, une sanction analogue de la part de l'expérimentation. On devait partout démontrer par l'expérience directe que les cavités, des séreuses sont comme les cavités articulaires, soumises incessamment à des conditions d'ampliation, qui détruisent l'équilibre existant entre la pression intérieure et la pression extérieure. Pour mettre ce fait hors de doute, j'ai procédé de la manière suivante.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — J'ai fait au niveau du cinquième espace intercostal gauche d'un jeune chien une ponction pénétrant dans l'intérieur des plèvres; immédiatement j'y ai appliqué l'extrémité de mon tube recourbé, en ayant soin de le faire arriver jusque dans l'intérieur de la cavité pleurale, et de fermer complètement autour du tube l'orifice qui lui avait donné passage. A peine ces précautions avaient-elles été prises, que j'ai vu, à chaque mouvement respiratoire, pendant le temps de l'inspiration, j'ai vu, dis-je, le liquide s'élever dans la portion du tube correspondant à la plèvre, et descendre à chaque temps d'expiration et répétant la succession de ces deux mouvemens d'une manière exactement isochrone à ceux de la respiration. En variant l'inclinaison du bec du tube, son degré de pénétration, j'ai obtenu des degrés d'ascension différens du liquide qu'il renfermait.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE. — J'ai mis à découvert sur un jeune chien la portion antérieure gauche du péricarde, en enlevant une partie de la moitié inférieure du sternum et des cartilages costaux correspondans. J'ai fixé avec une pince à dissection une portion du péricarde, et j'y ai pratiqué une très petite ouverture, pour recevoir le bec de mon tube recourbé. A peine fut-il introduit dans la cavité de la séreuse, qu'au même instant le liquide coloré remonta, comme dans l'expérience précédente, à chaque contraction des ventricules, d'une quantité qui variait à chaque mouvement du cœur, mais dont les variations étaient toujours isochrones à ces mouvemens : j'ai répété plusieurs fois la même expérience, et jusqu'au dernier battement du cœur de l'animal, le liquide a marqué, par ses oscillations périodiques, les ampliations périodiques de la cavité du péricarde, sous l'influence de la respiration et des contractions du cœur.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE. — J'ai mis à découvert, sur un jeune lapin, à la partie postérieure du cou, les membranes de la moelle, au niveau de l'espace compris entre le rebord de l'occiput et l'arc de l'atlas, la tête de l'animal maintenue dans une forte flexion; j'ai soulevé sur une aiguille courbe très fine la dure-mère et le feuillet libre de l'arachnoïde. La portion soulevée des membranes comprises entre les deux piqûres de l'aiguille ayant été divisée, j'ai introduit immédiatement l'extrémité de mon tube, et j'ai vu aussitôt le liquide monter et descendre alternativement, comme dans les expériences précédentes, d'une manière isochrone aux mouvemens du cerveau. Je dois dire qu'il ne m'a jamais été possible, quelque précaution que je prisse, de passer mon aiguille entre le feuillet pariétal et le feuillet libre de l'arachnoïde, en respectant ce dernier; toujours celui-ci a été compris dans l'ouverture pratiquée sur l'aiguille, et c'est toujours dans la cavité triangulaire, qui correspond à la jonction de la moelle avec le bord postérieur et inférieur du cervelet, et qui est formée par le feuillet libre de l'arachnoïde, que mon tube a pénétré. Cet espace est, comme l'a établi M. Magendie, l'aboutissant des cavités ventriculaires, qui met ces cavités en communication libre avec la cavité spinale du liquide céphalo-rachidien. Or, dans plusieurs expériences, répétées avec le plus grand soin sur les animaux de la même espèce, j'ai constamment obtenu le même résultat. J'ajouterai que, sans avoir besoin d'introduire mon tube, je pouvais, en découvrant l'arachnoïde en ce point, constater l'existence d'un double mouvement d'expansion isochrone au mouvement d'élévation ou d'abaissement du liquide coloré du tube.

Il me restait à vérifier si j'obtiendrais les mêmes résultats à l'égard de la cavité crânienne. Voici comment j'y suis parvenu.

SIXIÈME EXPÉRIENCE. — J'ai enlevé au crâne d'un lapin adulte, vers la bosse pariétale gauche, une portion de la paroi osseuse, de 15 millimètres de diamètre environ. J'ai ensuite perforé la dure-mère en la soulevant avec une pince, et j'ai introduit, par une ouverture du diamètre de l'extrémité de mon tube, cette extrémité, en prenant les précautions nécessaires pour ne pas perforer l'arachnoïde viscérale, ni atteindre la pulpe cérébrale. Dans ce but, et pour ne pas fermer l'ouverture du tube en l'appliquant contre la surface des circonvolutions cérébrales, je maintins son extrémité dirigée obliquement; et je vis, comme dans l'expérience précédente, la colonne de liquide correspondant au cerveau monter et descendre à chaque mouvement de retrait et d'expansion de la masse encéphalique. J'ai répété l'expérience plusieurs fois, et le résultat s'est toujours manifesté le même.

Que conclure de ces expériences? Qu'elles confirment en tout point les inductions tirées des dispositions anatomiques des parties, à savoir que, pendant les mouvemens du cœur, des poumons, du péritoine, du cerveau et de la moelle, comme pendant les mouvemens alternatifs de flexion et d'extension des articulations du squelette, il s'établit des espaces nouveaux dans les cavités correspondantes, ou des accroissemens des espaces existans, en vertu desquels la pression exercée à l'intérieur de ces cavités est sensiblement moindre que celle exercée à l'extérieur par la pression atmosphérique; d'où il suit que cette dernière pèse de toute la différence de ces deux actions sur l'extérieur des cavités, tend à refouler à leur intérieur les fluides qui doivent établir par leur exhalation l'équilibre des deux pressions.

TROISIÈME PARTIE. — CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET APPLICATIONS PATHOLOGIQUES.

Je n'ai presque fait jusqu'ici qu'exposer les conditions matérielles d'un phénomène, en démontrer l'existence par des expériences directes, sans me préoccuper de son résultat final, de son importance, et des applications dont il peut être susceptible. Nous allons aborder ces différens points de vue de la question.

Il est évident et incontestable que les cavités des séreuses articulaires et autres du corps humain, présentent périodiquement pendant certains mouvemens, les conditions d'une pompe, d'une ventouse, qui raréfient

---

20 prairial, le même gouvernement consulaire, usant du droit que lui donnait cet article 25, instituait en effet deux nouvelles écoles! une à *Turin* et une autre à *Mayence*. Enfin pour terminer cet historique, nous dirons qu'en 1826 une commission de la Chambre des Pairs, ayant à statuer sur un projet de loi adopté par la Chambre des Députés, et dans lequel on ajoutait aux trois Facultés de médecine vingt-deux écoles secondaires, proposa, par l'organe de *Chaptal*, de refuser la création des écoles secondaires, et de remplacer cette création par celle de trois nouvelles Facultés.

Ainsi, nous reconnaissons que depuis la fondation des Facultés actuelles, il a été proposé plusieurs fois d'ajouter à leur nombre; mais nous ne croyons pas qu'on puisse en tirer argument pour l'augmentation actuelle des Facultés. En effet,

1° La France avait, aux divers temps que nous venons de passer en revue, une étendue supérieure à celle qu'elle a de nos jours. Dès le temps de la *Convention*, la Belgique, la Savoie lui étaient réunies; et aussi des deux écoles nouvelles que proposait Calès, une devait être placée à *Bruxelles*. Sous le *gouvernement consulaire*, l'extension de la France était encore plus grande : une partie du Piémont comptait parmi les départemens; et aussi voyez où ce gouvernement plaçait les deux écoles nouvelles qu'il instituait; c'était à *Turin* et à *Mayence*.

2° Lorsque, sous le *gouvernement directorial* en 1797 et 1798, et à la Chambre des Pairs en 1826, on proposait d'ajouter deux ou trois écoles à celles qui étaient en activité, c'était en exclusion d'un système d'enseignement médical, qui adjoignait aux trois écoles de médecine supérieures vingt-cinq ou vingt-deux écoles secondaires de médecine; les auteurs de la proposition combattaient la création de ces écoles secondaires et préféraient augmenter de deux ou trois les écoles de médecine supérieures. Or cette question de savoir : s'il vaut mieux augmenter le nombre des facultés et n'avoir qu'elles pour enseigner la médecine; ou, au contraire, n'avoir qu'un petit nombre de facultés, les trois facultés actuelles, et leur adjoindre un certain nombre d'écoles secondaires, est une question de haute importance, que nous nous réservons de traiter ci-après, et dans laquelle nous nous prononcerons en faveur des écoles secondaires. Nous ajouterons même qu'elle est déjà résolue ainsi par le gouvernement, car, outre les trois facultés actuelles de médecine, il existe aujourd'hui dix-huit écoles secondaires de médecine. Ces écoles, dont les premières remontent à 1806, instituées d'abord pour la plupart par les autorités locales, et n'ayant conséquemment rien d'uniforme dans leur organisation, sont aujourd'hui sous la règle de l'université; une ordonnance du roi du 18 mai 1820 les y plaça; et depuis, divers arrêtés universitaires en ont déterminé le régime et la discipline. Nous citerons surtout un arrêté du 7 novembre 1820, concernant *la discipline et l'enseignement de ces écoles secondaires de médecine :* un autre du 20 mars 1827 qui leur impose une feuille d'inscription uniforme; et enfin un arrêté plus récent du 26 septembre 1837 qui spécifie le nombre des cours qui devront être faits en ces écoles, et indique ceux qui devront être suivis par les élèves en chacune des années de leur scolarité. Le motif, qui faisait alors proposer la création de nouvelles facultés, n'existe donc plus aujourd'hui, et conséquemment on ne peut se faire de cette proposition un argument en faveur de l'augmentation des facultés.

3° Enfin, les termes mêmes de la loi de floréal an X sur les trois écoles nouvelles qui, disait-elle, pourraient être créées, prouvent que le législateur n'avait

les fluides renfermés dans leurs cavités, et établissent par cette raréfaction un défaut d'équilibre entre la pression extérieure atmosphérique et la pression intérieure de ces cavités, pressions qui, au repos, se font équilibre. Cette différence de pression entraîne, de toute nécessité, une action de succion et d'aspiration analogue à celle de la pompe ou de la ventouse. Le fait est matériellement incontestable; ce qui peut être contesté, c'est le degré plus ou moins énergique de cette succion; aussi n'abordé-je pas cette évaluation pour le moment: je me borne à établir comme une chose démontrée que les cavités des séreuses sont périodiquement soumises à une action de succion qui doit provoquer et faciliter la sortie des fluides exhalés, soit que ces fluides soient préalablement élaborés dans les petits canaux qui les versent, soit que la succion qui les provoque soit elle-même l'agent essentiel de cette production. En m'en tenant à ce rapport entre le fait de l'exhalation des séreuses et les efforts de succion qui les favorisent, les provoquent ou les déterminent, sans rien préjuger jusqu'ici, à laquelle de ces trois actions ce rapport peut être élevé, je m'arrête devant son existence comme devant une condition qui joue un rôle important, n'importe lequel, dans l'accomplissement des exhalations séreuses. Je joindrai à ces preuves quelques considérations qui me semblent devoir compléter la démonstration.

Tous les physiologistes ont remarqué que l'on éprouve d'autant plus de difficulté à mouvoir les articulations qu'on se trouve sur des montagnes plus élevées, c'est-à-dire que la pression atmosphérique est moindre. Il est encore d'observation presque vulgaire que les membres maintenus longtemps dans l'immobilité éprouvent une grande difficulté à se mouvoir; les articulations éprouvent des frottemens plus sensibles et accusés par des bruits de crépitation douloureuse. On sait même qu'une des conditions de l'ankylose des articulations c'est la parfaite immobilité. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait maladie de l'articulation: l'immobilité seule des parties, continuée un temps assez long, amène l'ankylose. Est-il besoin de montrer les rapports de ces faits avec l'action de la pression atmosphérique sur la production des exhalations synoviales et des autres séreuses? Voilà, si je ne me trompe, autant de circonstances physiologiques qui tendent à compléter la démonstration du principe qui fait l'objet de ce mémoire et qui reçoivent à leur tour de ce principe une solution qu'elles n'avaient pas eue jusqu'ici. D'autres faits appartenant à l'ordre pathologique auront ce double résultat d'appuyer la doctrine et d'en recevoir des lumières.

Tout le monde sait, depuis l'ingénieuse expérience de notre honorable confrère, M. Jobert, de Lamballe, que l'adhésion des feuillets de la séreuse péritonéale est facile à obtenir lorsqu'on les maintient dans un contact parfait; on sait, au contraire, que les surfaces des muqueuses ne peuvent pas contracter ces adhérences, quelque précaution qu'on emploie; dans le premier cas, la séreuse, n'étant plus soumise à une des conditions indispensables à l'exhalation du fluide, peut contracter immédiatement une adhésion qui ne sera pas troublée par la présence incessante de la matière sécrétée, cette adhésion immédiate devenant un obstacle à la continuité de cette sécrétion. Dans le second cas, la muqueuse continuant à verser son fluide dans l'intervalle de ses deux feuillets, la présence de ce fluide incessamment renouvelé empêche les deux surfaces d'adhérer immédiatement. Les mêmes notions n'expliquent-elles pas d'une manière toute simple et toute rationnelle les adhérences que contractent si facilement les surfaces correspondantes des diverses séreuses, à la suite des épanchemens dont elles sont le siége; comme au péritoine, au péricarde et entre les feuillets des plèvres. Terminons ces applications par des faits d'un ordre plus élevé et plus important pour la pathologie.

Tous les médecins savent de quel danger sont entourées les plaies qui pénètrent dans les articulations, dans le péritoine, dans les plèvres, dans le péricarde; la notion empirique de ce fait était aussi bien établie que la gravité des accidens qui s'y trouvent liés. Personne, cependant, n'en avait donné, ni même essayé d'en donner une raison quelconque; de là l'ignorance des moyens véritables de s'opposer à ces accidens. Cependant quoi de plus simple à déterminer maintenant que nous connaissons l'influence de la pression atmosphérique sur le mécanisme des exhalations séreuses, que les résultats produits par la cessation de cette condition? L'air qui pénètre librement dans les cavités des séreuses entrave le mécanisme de leur exhalation; les fluides dont la sécrétion doit être nécessairement provoquée par une succion périodique exercée à l'orifice des vaisseaux exhalans, stagnent dans ces vaisseaux, les engorgent et amènent des accidens proportionnés à cet engorgement. Nous avons à peine besoin de formuler ici les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance de ces rapports; éviter l'introduction de l'air dans les cavités des séreuses, l'en expulser et lui fermer tout passage; ces principes d'ailleurs existaient en partie comme résultats de l'empirisme, mais à l'état de préceptes incohérens, incomplets et non acceptés par tous.

Nous ne pousserons pas plus loin ces applications physiologiques et pathologiques du principe que nous avons cherché à établir dans ce mémoire; quelque effort de généralisation que l'on fasse, il n'est jamais possible de prévoir immédiatement toutes les applications dont un fait nouveau est susceptible; l'expérience nous porte bien souvent au-delà de nos prévisions.

Je me suis borné, dans ce premier mémoire, à établir l'existence du fait de l'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif des exhalations séreuses, et à indiquer les conséquences les plus générales de ce fait; il me reste à apprécier plus rigoureusement le degré d'action de cette influence, à la mesurer s'il est possible dans son intensité, et à en déterminer la portée relative dans le mécanisme de la fonction; ces différens résultats, propres à compléter la notion du rôle que joue dans la production des sécrétions séreuses l'intervention de la pression atmosphérique, n'ajouteront rien à la démonstration de l'existence de cet élément fonctionnel nouveau, lequel me paraît suffisamment établi par les observations anatomiques, les expériences physiologiques et les faits pathologiques consignés dans ce mémoire. En conséquence, je me crois fondé à tirer de ce premier travail les conclusions suivantes.

1° Les articulations du squelette présentent pendant la plupart des mouvemens dont elles sont le siége une ampliation extemporanée des cavités qu'elles forment, on donnent lieu à la formation d'espaces nouveaux, qui n'existent pas au repos des articulations. Ces accroissemens des espaces existans, ou ces développemens d'espaces nouveaux sont le résultat de deux ordres de conditions, à savoir: les changemens de rapports des plans des surfaces articulaires, et la tension des parois ligamenteuses et musculaires des articulations, par suite de l'écartement de leurs points d'insertion.

2° Toutes les cavités des séreuses du corps humain, les cavités des plèvres, du péricarde, du péritoine, des méninges rachidiennes et cérébra-

---

pas alors en vue une institution aussi élevée que le sont nos Facultés actuelles; ces écoles, y est-il dit, auront huit professeurs au plus; et l'une d'elles *devra être spécialement consacrée à l'étude et au traitement des maladies des troupes de terre et de mer*. Est-ce là l'organisation large que nous avons dit devoir être donnée à toute Faculté? Et qui ne voit que le législateur ne pensait alors qu'à donner le droit de subvenir à un besoin local d'enseignement, s'il s'en présentait un quelque part? Ce qui confirme notre opinion à cet égard, c'est qu'en l'an X les réceptions n'étaient pas encore rétablies et ne le furent qu'un an plus tard.

Concluons donc que l'histoire du passé est plus favorable que contraire à l'opinion qui conteste, qu'il y ait *nécessité* ou au moins *avantage* à augmenter le nombre des Facultés.

Mais laissons ces détails historiques et pénétrons au fond des choses pour nous prononcer sur la question que nous avons posée. Nous avons dit que les facultés avaient la double mission d'*enseigner la médecine* et de *graduer*; examinons la question sous ces deux rapports, et voyons si, sous l'un et l'autre point de vue, il y a *nécessité* ou au moins *avantage* à ajouter de nouvelles Facultés aux trois qui existent seules depuis quarante-six ans.

Ce sera l'objet d'une seconde lettre.

A. M. P.

— Smyrne, le 14 avril. — M. le docteur Floquin a terminé ses jours vendredi dernier, après une longue et cruelle maladie. La société entière de Smyrne a été profondément affligée d'un événement aussi triste. La science et l'humanité qu'il honorait, l'une par ses connaissances étendues, l'autre par son dévouement à toutes les souffrances, ont fait là une perte des plus sensibles. La terre a recouvert samedi les dépouilles mortelles du jeune médecin; mais sa mémoire restera éternellement gravée dans le cœur de ses nombreux amis, et de tous ceux qui, l'ayant approché, ne pouvaient faire moins que de l'aimer et de l'estimer comme il méritait de l'être.

les, présentent comme les cavités articulaires des ampliations périodiques des espaces qu'elles circonscrivent. Ces ampliations résultent du soulèvement du feuillet pariétal de la séreuse, entraîné par le développement des parties qu'elle tapisse, et de l'abaissement du feuillet viscéral, par suite de la contraction ou du déplacement des viscères qu'elle enveloppe.

3° Les ampliations des cavités articulaires et des diverses séreuses du corps humain réalisent extemporanément des espaces fermés de toute part, sous l'influence desquels l'équilibre des pressions intérieure et extérieure se trouve détruit au profit de la pression extérieure, d'où un refoulement des fluides vers l'intérieur des cavités et un effort de succion périodiquement exercé sur les surfaces et les orifices ouverts à l'intérieur de ces mêmes cavités.

4° L'intervention de la pression atmosphérique comme élément actif dans le mécanisme des sécrétions séreuses, établie par les dispositions anatomiques des parties, par l'expérience directe, l'est encore par les faits pathologiques. L'adhésion facile des séreuses juxta-posées, la diminution, la suspension de l'exhalation de la synovie, et finalement l'ankylose liée à l'immobilité plus ou moins complète des articulations; leur rigidité sous l'influence d'une diminution de la pression atmosphérique pendant le séjour sur les montagnes élevées, et les accidens spéciaux des plaies pénétrantes de toutes les cavités séreuses, tirent leur signification réelle de l'action de la pression atmosphérique sur les sécrétions séreuses, et sont autant de témoignages à l'appui de cette doctrine.

Dans un prochain mémoire, je chercherai à fixer le degré d'action de la pression atmosphérique dans la production des sécrétions séreuses, et à déterminer l'influence relative de ce nouvel élément par rapport à ceux qui peuvent concourir à l'exécution de cet ordre de fonctions.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR LE SULFATE DE CUIVRE ÉTUDIÉ COMME AGENT VOMITIF; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc., et professeur à l'école secondaire de médecine de Rennes.

La médecine pratique s'étant de tout temps appuyée sur un empirisme raisonné, le principal moyen de contribuer à ses progrès doit donc consister à essayer les agens thérapeutiques, à multiplier les essais cliniques, à noter les phénomènes qui surviennent après leur emploi, et enfin à rapprocher tous les faits sur un même point de thérapeutique, pour s'élever à des considérations générales et d'application.

S'il n'est pas donné aux hommes les plus éclairés de faire des découvertes, au moins est-il en leur pouvoir de chercher à utiliser leurs observations, à les coordonner et à en tirer des conséquences utiles pour la pratique et propres à rendre plus positifs les préceptes de leur art.

C'est ce que j'ai eu l'intention de faire pour le sulfate de cuivre, relativement à l'appréciation des doses auxquelles on peut l'administrer avec plus de sûreté pour remplir la médication vomitive.

Si j'ai tenu à éclairer ce point clinique, c'est que j'avais reconnu toute l'incertitude qui régnait à cet égard dans les divers traités de matière médicale. On s'en convaincra par la lecture de l'analyse rapide que je vais présenter de tout ce qui a été écrit sur cette substance minérale, considérée comme agent vomitif. Après cette revue, je relaterai les résultats des épreuves cliniques auxquelles je l'ai soumise; puis j'en présenterai le tableau; ensuite je citerai deux ou trois expériences dans chaque section relative aux doses, et enfin je terminerai par des conclusions pratiques.

1° Geoffroy, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, à l'article *Cuivre*, parle assez longtemps de ce métal et de son sulfure, mais il ne connaissait pas son sulfate.

2° Desbois (de Rochefort), dans son COURS ÉLÉMENTAIRE, ne se préoccupe du sulfate de cuivre que comme d'un caustique employé à l'extérieur et produisant intérieurement l'empoisonnement, et ensuite des moyens de combattre ce dernier; mais il n'en traite point comme vomitif.

On peut faire la même observation par rapport à une seconde édition de cet ouvrage, publiée en 1817 par M. Lullier-Winslow.

3° Cullen, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, ne dit rien, à l'article *Vomitif*, du sulfate de cuivre.

4° Dans celui de SCHWILGUÉ, troisième édition, publié par Nysten, en 1818, il n'est parlé de ce sel que sous le rapport de sa composition chimique.

5° Alibert, dans son ouvrage sur la thérapeutique et la matière médicale, fait l'histoire naturelle du cuivre, décrit ses propriétés physiques et chimiques, l'espèce d'empoisonnement qui résulte de l'administration de ses oxides; cite pour son action médicale le sel ammonical cuivreux, mais ne parle aucunement du sulfate de cuivre comme vomitif.

6° M. Barbier, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, n'a écrit que sur le sulfate ammoniacal et l'acétate de cuivre.

7° Dans le premier dictionnaire de médecine, publié en 1813, M. Guersant, à l'article *Cuivre*, ne dit rien des propriétés thérapeutiques de son sulfate. Il rappelle seulement que les médecins du siècle dernier le donnaient comme vomitif, mais il n'indique point à quelle dose; tandis qu'Alston, Hannmann, Hoffmann, le prescrivaient à celle d'à peu près 5 centig. par 31 gr. 25 centig. d'eau; et en Angleterre, le docteur Simmons, à celle de plusieurs centig. Mais combien? et Thomas Maryat, à celle de 10 centig., associés à 10 autres de tartrite antimonié de potasse. Mais alors, c'est indubitablement ce dernier agent qui provoque les vomissemens, comme le prouveront les expériences auxquelles j'ai soumis ce sel cuivreux.

8° Dans le second en vingt-un volumes, publié en 1828, M. Orfila, à l'article *Cuivre*, après avoir à peu près répété celui du premier, dit qu'il ne croit pas qu'on doive se servir du sulfate de cuivre comme vomitif, parce qu'*il est extrêmement vénéneux, même lorsqu'il est expulsé en grande partie par le vomissement*. On verra par les épreuves cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel, qu'il y a quelque exagération dans cette assertion, au moins par rapport à l'homme. Il n'a indiqué les doses de cet agent thérapeutique que comme tonique, à 13 milligr. ou à 26 milligr. qu'on peut augmenter, dit-il, graduellement, tant qu'on ne détermine pas d'évacuations par le haut.

Le même auteur, dans son TRAITÉ DES POISONS, publié en 1818, parle bien de la composition chimique du sulfate de cuivre, cite trois expériences faites par lui sur des chiens, sur lesquels il l'appliquait extérieurement à la surface de plaies, spécifie les réactifs à l'aide desquels on pourrait le reconnaître dans le cas d'empoisonnement, mais nullement à quelles doses il agit comme vomitif, excepté à l'article *Poisons narcotiques*, du même ouvrage, où il désigne celle de 15 à 20 centigr., ajoutant qu'à plus forte il pourrait occasionner la mort, en déterminant l'inflammation de quelque portion du canal intestinal, comme il l'a observé dans plusieurs expériences. Ici, encore, il ne l'a sans doute pas essayé sur l'homme; car les miennes prouvent qu'on peut doubler impunément cette dose.

Enfin, dans ses ELÉMENS DE CHIMIE, publiés en 1828, il ne précise aucunement à quelle dose le sulfate de cuivre a été prescrit, comme agent vomitif, dans les empoisonnemens par l'opium.

9° Henry, dans sa PHARMACIE RAISONNÉE, n'a traité du sel cuivreux que sous le rapport de la composition chimique.

10° Dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, publié en 1830, M. Ratier, à l'article *Cuivre* (propriétés thérapeutiques), dit que l'usage interne de son sulfate est presqu'abandonné, l'habitude ayant consacré l'émétique et l'ipécacuanha comme vomitifs ordinaires, excepté quand ils se montrent infidèles; mais il n'indique nullement à quelle dose il faudrait alors le donner.

11° Enfin, MM. Mérat et Delens, dans leur DICTIONNAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE, après avoir décrit à l'article *Cuivre*, ce sulfate, sa composition chimique, les dangers de son adjonction à la fabrication du pain, son emploi comme vomitif à cinq ou dix centigr, et quelquefois davantage, par les médecins anglais, depuis le siècle dernier, disent qu'il vaut mieux forcer un peu la dose, mais n'en précisent point la quotité : c'est donc laisser le même vague qu'on retrouve dans tous les écrits de pharmacologues.

Voici le résultat des expériences cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel pour tâcher de le dissiper.

A la dose de 10 centigr., je l'ai administré à 12 femmes; il a déterminé onze fois des vomissemens : cinq fois, au nombre d'un seul et sans présence de bile; trois autres, au nombre de trois, et deux à celui de quatre. Il n'a produit que quatre fois deux à trois selles liquides.

A 20 centigr., donné à 36 femmes, il a provoqué 32 fois, ou dans la presque totalité des cas, des vomissemens, dont la moyenne a été de trois à quatre; et 32 fois des selles, au nombre d'une à trois. Son effet vomitif a cette dose l'emporterait donc de beaucoup sur celui laxatif.

Les sujets sur lesquels j'expérimentai avaient presque tous en la grippe.

Prescrit à la même dose à cinq hommes, il suscita chez tous des vomissemens au nombre de huit, et chez quatre des évacuations alvines légères. Ainsi, pour les deux sexes, dans les 41 cas, il agit 33 fois, ou presque constamment comme vomitif, et dans 27 comme léger purgatif.

A 30 centigr., administré à 8 femmes, il fit vomir dans tous les cas, et la moyenne des vomissemens fut de trois. Il ne provoqua des selles li-

quides, au nombre de deux ou trois, que six fois, ou dans les trois quarts des cas.

A 40 centigr., il fut donné à 8 femmes, presque toutes atteintes d'embarras gastrique; il détermina chez toutes de trois à quatre vomissemens, et chez quatre, ou dans la moitié des cas, des évacuations alvines dont la moyenne fut de quatre.

Prescrit à la même dose à 2 hommes, il ne fit vomir que l'un d'eux, et chez l'autre il ne produisit aucun effet : ainsi donc, pour les deux sexes, dans 10 cas, il provoqua neuf fois des vomissemens, et cinq fois, ou dans la moitié, des évacuations alvines.

Enfin, le même sel fut donné une fois, à la dose de 60 centigr., à une femme, mais sans résultats. Devrait-on en inférer qu'à cette dose, ou à toute autre plus élevée, il aurait eu, dans d'autres expériences, la même innocuité et le même effet négatif? Je n'ose décider la chose : la prudence et mes devoirs s'étant opposés à ce que je portasse plus loin les quantités de cette substance, sur laquelle je n'expérimentais, d'ailleurs, que dans le but de constater à laquelle d'entre elles, on pouvait remplir, avec le plus de certitude, la médication vomitive.

Le tableau suivant indiquera le résultat de chaque expérience, en tenant compte du sexe, de l'âge, de la nature de la maladie, et des doses du sulfate de cuivre.

FEMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomissemens.	Selles.
		Centigr.		
23	Nulle maladie	10	0	3, coliques.
35	Idem	10	1	0
30	Embarras gastrique	10	1	0, coliques.
29	Idem	10	3	0, coliques.
48	Idem	10	1	0, coliques.
29	Idem	10	4	0
19	Idem	10	1	0
40	Nulle maladie	10	2	0
34	Embarras gastrique	10	4	2
47	Nulle maladie	10	1	1
41	Bronchite	10	3	0
43	Embarras gastrique	10	3	2
52	Grippe	20	8	1
23	Idem	20	6	1
27	Idem	20	5	3
27	Idem	20	4	1, coliques.
24	Idem	20	1	1, coliques.
24	Idem	20	5	0, coliques.
30	Idem	20	4	3, coliques.
24	Idem	20	2	1
26	Idem	20	2	0, coliques.
26	Idem	20	3	1
50	Idem	20	4	3, coliques.
38	Idem	20	1	0
34	Idem et aphonie	20	3	1
51	Grippe	20	2	0
24	Idem	20	4	2, coliques.
55	Idem	20	3	4, coliques.
60	Bronch. chron. et emphysème.	20	2	0
40	Grippe	20	0	10, le lend. 9 autr.
40	Idem	20	0	0, coliques.
31	Idem	20	0	0
27	Idem	20	4	0, coliques.
23	Idem	20	5	1
26	Idem	20	3	6
17	Idem	20	1	3, coliques.
35	Idem	20	3	0
40	Idem	20	1	0
38	Idem	20	3	5, coliques.
46	Idem	20	1	3, coliques.
36	Idem	20	1	0
17	Idem	20	0	3, coliques.
22	Idem	20	1	1
27	Idem	20	3	3, coliques.
29	Idem	20	1	0
54	Idem	20	8	1
30	Embarras gastrique	20	1	5
23	Idem	20	1	0
40	Grippe	30	4	2
35	Idem	30	3	3, coliques.
30	Idem	30	7	6
29	Idem	30	3	3, coliques.
30	Embarras gastrique	30	3	0
19	Idem	30	3	3
18	Idem	30	1	0
23	Idem	30	5	1
37	Embarras gastrique	40	5	0
29	Idem	40	4	0
24	Idem	40	2	1
26	Idem	40	4	4, coliques.
45	Idem	40	5	9, coliques.
48	Idem	40	3	0
24	Fièvre tierce	40	4	4, coliques.
37	Embarras gastrique	40	1	0
37	Embarras gastique	60	0	0

HOMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomissemens.	Selles.
26	Grippe	20	1	2
37	Idem	20	8	2
28	Idem	20	10	0
37	Idem	20	8	2
31	Idem	20	8	1, coliques.
37	Embarras gastrique	40	4	1
31	Idem	40	0	0

PREMIÈRE SECTION. — EXP. I. — Passagel, femme âgée de 29 ans, ayant un embarras gastrique, prit à la fois 10 centig. de sulfate de cuivre. Immédiatement après, elle eut quatre forts vomissemens d'un liquide amer verdâtre, accompagnés de coliques assez intenses, mais sans évacuations alvines.

EXP. II. — Lamouroux, âgée de 30 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala 10 centig. du même sel. Deux minutes après, elle vomit le remède qui ne produisit aucun autre effet; elle eut seulement des coliques.

EXP. III. — Audri, âgée de 23 ans, d'une forte constitution, but une dissolution de 10 centigr. de sulfate de cuivre; elle n'en éprouva aucun vomissement; mais elle eut trois selles liquides accompagnées de legères coliques.

DEUXIÈME SECTION. — EXP. IV. — Guillerie, homme âgé de 37 ans, ayant la grippe, prit le matin à jeun, dans une once d'eau distillée, 20 centigr. du sel cuivreux. Une demi-heure après, il eut huit vomissemens d'un liquide jaune, bilieux et deux selles. Le lendemain, il n'existait aucune douleur à l'épigastre.

EXP. V. — Legoff, fille âgée de 23 ans, affectée de grippe, s'administra de la même manière 20 centigr. de sulfate de cuivre. Une demi-heure après, elle eut six vomissemens abondans d'un liquide amer verdâtre, une évacuation alvine et des coliques.

EXP. VI. — Ledellec, âgée de 24 ans, ayant la même affection morbide, avala en une dose 20 centigr. de ce même sel. Une demi-heure après, elle eut cinq vomissemens bilieux, mais ni selles ni coliques.

TROISIÈME SECTION. — EXP. VII. — Bais, âgée de 40 ans, ayant aussi la grippe, prit à la fois 30 centig, de sulfate de cuivre. Un quart d'heure après, elle vomit quatre fois des matières liquides, jaunes, amères, suivies de trois déjections alvines sans coliques.

EXP. VIII. — Moris, femme de 50 ans, avala 30 centigr. du même sel. Un quart d'heure après, elle eut sept vomissemens très abondans, verdâtres, amers, suivis de six selles liquides sans coliques. Elle n'eut le lendemain aucun mal d'estomac, seulement la langue était encore un peu chargée.

EXP. IX. — Hervé, femme de 37 ans, atteinte d'embarras gastrique, but en une fois une dissolution de 30 centigr. de sulfate de cuivre, dans une once d'eau distillée. Une demi-heure après, elle eut successivement cinq vomissemens abondans, d'un liquide vert bilieux, et nulles selles. Le lendemain, il n'y avait aucune douleur à l'épigastre, et la langue était moins saburrale.

QUATRIÈME SECTION. — EXP. X. — Chapelain, fille de 26 ans, ayant un embarras gastrique, prit à jeun et en une seule dose 40 centigr. du même sel. Un demi-quart d'heure après, elle vomit quatre fois abondamment une matière jaune amère, évidemment bilieuse, et elle eut, en outre, quatre selles liquides, accompagnées de légères coliques. Le lendemain, elle était parfaitement bien.

EXP. XI. — Goulu, femme de 45 ans, admise à l'infirmerie pour la même maladie que la précédente, mais accompagnée d'une légère irritation intestinale, s'administra à jeun, en une dose, 40 centigr. de sulfate de cuivre. Un quart d'heure après, elle eut quatre vomissemens abondans d'un liquide ayant une légère coloration jaune et une saveur amère. Pendant la journée et la nuit, elle eut huit à neuf évacuations alvines avec coliques. Le lendemain, elle se plaignait d'être très faible, mais elle n'éprouvait ni mal à l'estomac, ni coliques; seulement la diarrhée qu'elle avait avant continuait, mais cessa au bout de deux jours.

EXP. XII. — Mauris, jeune fille de 24 ans, ayant une fièvre tierce, mais ayant caché qu'elle fût dans ses règles, prit 40 centig. de sel cuivreux. Un quart d'heure après, elle eut quatre forts vomissemens jaunes, amers, suivis de quatre selles liquides, accompagnées de légères coliques. L'accès de fièvre ne fut pas coupé et l'écoulement menstruel nullement supprimé. Il continua.

CINQUIÈME SECTION. — EXP. XIII. — Geslin, âgée de 37 ans, qui était atteinte d'embarras gastrique, avala en une dose 60 centigr. de sulfate de cuivre, et n'en éprouva rien. Quelques jours après, 40 centigr. seulement la firent vomir une fois au bout d'un quart d'heure et ne provoquèrent aucune évacuation alvine.

J'ajouterai, qu'en faisant le relevé général des expériences faites, il n'y eut sur 72 de celles-ci, que 25 fois des coliques, ou dans beaucoup moins de la moitié des cas où le remède avait déterminé la médication purgative, et encore le plus souvent furent-elles légères et de courte durée.

Des expériences ci-dessus, je me crois en droit de conclure :

1° Qu'à 10 centig., le sulfate de cuivre produit constamment l'effet vomitif (11 fois sur 12); mais que le nombre des vomissemens est peu considérable, puisqu'il n'est que d'un à trois;

2° Qu'à 20, il est un vomitif sûr et dont l'action est constante, puisqu'il n'a manqué son effet que 4 fois sur 37;

3° Qu'à la dose de 30 et de 40 centig., il est encore plus sûr que le tartre stibié, puisqu'il n'a pas failli une seule fois, soit chez l'homme, soit chez la femme;

4° Qu'il n'est pas plus dangereux à administrer à ces doses que le sel antimonial, et que par conséquent il y a beaucoup d'exagération chez la plupart, et même tous les auteurs de traités de matière médicale;

5° Qu'enfin on ne pourrait compter sur son action purgative d'une manière aussi certaine, ni la produire isolément, c'est-à-dire, sans être précédée de l'action vomitive, que dans un peu moins du tiers des cas, et que ce sel provoque des coliques, en général légères ou seulement parfois plus intenses, en sorte qu'il n'irriterait la muqueuse intestinale que d'une manière assez faible.

DERMATOLOGIE.

MALADIES DE LA PEAU. — CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT LOUIS PAR M. GIBERT.

(Deuxième article.)

La seconde leçon de M. Gibert a été consacrée à l'exposé de la classification des dermatoses et à la description de la *gale*. Dans la troisième, où il a été traité de l'*herpès* et de l'*eczema*, nous avons recueilli quelques considérations générales dont nous ferons part à nos lecteurs.

Déjà du temps de *Lorry* (dont le savant ouvrage sur les maladies de la peau a été publié à Paris, en 1777), on se plaignait de la confusion apportée dans la pathologie cutanée par l'invasion des noms vulgaires qui étaient venus se mêler aux noms scientifiques et qui avaient fini par en usurper la place. Le mot *herpes* qui, dans les écrits de l'antiquité, désignait une espèce particulière de maladie de la peau, avait fini par être appliqué à presque toutes les affections décrites sous des noms divers par Celse, Alex. de Tralles et les auteurs arabes; et le mot de *dartre*, par lequel avait été traduit en français le mot grec *herpes*, était venu encore augmenter la confusion. Aussi *Sauvages* avait cru pouvoir employer ce terme générique de *dartre* pour désigner presque toutes les maladies chroniques de la peau, et il en avait décrit neuf espèces.

Lieutaud, conservant quelques-uns des anciens noms, avait cependant admis dans son *synopsis*, publié en 1770, quatre espèces de dartres, savoir : la dartre volante, la dartre farineuse, la dartre miliaire et la dartre serpigineuse ou rongeante. Cette classification fut légèrement modifiée par *Roussel* qui obtint en 1778 le prix proposé par la société de médecine de Lyon *sur les dartres*, et par *Poupart*, qui, en 1782, reconnaissait, comme Lieutaud, quatre espèces de dartres, mais sous des noms un peu différens, savoir : dartre *farineuse* et *écailleuse*, dartre *miliaire érysipélateuse discrète*, dartre *croûteuse* et dartre vive ou *rongeante*.

Alibert, qui arrivait à une époque où la manie de l'ordre, si l'on peut ainsi parler, succédait aux bouleversemens politiques et scientifiques, s'empressa de sacrifier au génie du temps et fonda une classification et une nomenclature nouvelles. Personne alors en France ne se souciait des traditions scientifiques, et l'on n'accueillait avec faveur que les systèmes propres à fonder une nouvelle ère. Trouvant donc le terrain tout préparé par l'introduction déjà opérée avant lui du langage vulgaire, Alibert s'empara du mot *dartre* pour en faire la clé de voûte de son édifice, et c'est sous ce nom générique, escorté d'épithètes plus ou moins pittoresques, qu'il décrivit les maladies de la peau signalées par les auteurs anciens sous les noms d'*herpes*, d'*eczema*, de *lichen*, de *lepra*, d'*impetigo*, etc.

Willan, au contraire, qui, de son côté, s'occupait en Angleterre d'une classification rigoureuse des maladies de la peau, conservant les traditions historiques qu'une révolution violente n'était pas venue renverser dans son pays comme dans le nôtre, s'attacha à restreindre dans des limites exactes l'extension abusive donnée au mot *herpes*, de manière à l'appliquer à une seule espèce bien déterminée. Pour les autres espèces furent gardés les vieux noms grecs et latins déjà cités, avec des caractères tellement précis que la confusion dont se plaignaient avec raison les auteurs du dix-huitième siècle fut désormais rendue impossible. De la sorte, la classification et la nomenclature anglaises, importées en France par Biett, devinrent un obstacle naturel à la domination exclusive de celles qu'*Alibert* avait imposées à ses compatriotes avec toute l'autorité que devaient lui donner son talent et sa position spéciale.

Fondée sur l'étude des formes les plus constantes et les plus élémentaires des maladies de la peau (*papules*, *vésicules*, *bulles*, *pustules*, etc.), la classification de *Willan* fut bientôt préférée à celle du dermatologue français par tous ceux qui se livrèrent à une étude approfondie de la pathologie cutanée.

Jaloux de ressaisir la popularité qui menaçait de lui échapper, *Alibert* fit de vains efforts pour établir sur de nouvelles bases une classification qui comprît à la fois les élémens de celle qu'il était obligé de réformer et quelques-uns de ceux qui avaient fait le succès de la classification rivale..., l'*arbre des dermatoses* n'a pas survécu au professeur qui l'avait planté!

Dans la classification adoptée par M. Gibert, le genre *eczema* représenterait mieux que le genre *herpes* l'idée attachée par le vulgaire et par un assez grand nombre de médecins au mot *dartre*.

A l'*eczema*, désigné par Alibert sous le nom de *dartre squammeuse humide*, peuvent être rattachées, en effet, presque toutes les généralités émises sur les dartres par les auteurs de pathologie interne.

La non contagion, l'hérédité, la prédisposition offerte par le tempérament lymphatique et lymphatico-nerveux, une crase humorale particulière qui nécessite des éruptions dépuratives dont la suspension peut alterner avec certaines lésions viscérales, l'influence puissante du régime, des habitudes, des impressions morales...., tous ces caractères étiologiques des affections dartreuses se trouvent surtout dans l'histoire de l'*eczema*.

De tout temps les médecins ont reconnu que ces affections étaient liées chez beaucoup de sujets à une diathèse spéciale qui les provoquait, les entretenait et les reproduisait. Le printemps et l'été sont les saisons où elles sévissent de préférence. La malpropreté est une cause très ordinaire de leur développement et rend compte de leur fréquence dans les classes indigentes des grandes villes. Sous ce rapport, c'est un grand bienfait que la distribution gratuite des bains à l'hôpital Saint-Louis que l'administration accorde aux indigens de la capitale.

L'alimentation a sur la production des affections dartreuses l'influence la plus directe et la plus évidente. Outre les faits nombreux rapportés par *Lorry*, par *Alibert*, et par tous les auteurs qui ont traité ce sujet, une observation curieuse publiée récemment par M. le docteur Martins, et citée dans le Traité pratique des maladies de la peau, de M. Gibert, à l'occasion de la description de la lèpre on *éléphantiasis*, est digne d'être rappelée ici. La lèpre du Nord, ou *radesyge*, était inconnue dans le district de Troaisoe, en Norwège; une baleine fut jetée sur le rivage par une tempête; les malheureux habitans en firent leur nourriture pendant plusieurs mois, et, peu de temps après, il y eut parmi eux des cas de *radesyge*.

Alibert avait observé à Paris, lors de la disette amenée par les tempêtes révolutionnaires, que le peuple, réduit à se nourrir d'alimens insalubres, était devenu très sujet aux maladies de la peau.

M. Gibert a eu bien des fois l'occasion de constater l'influence pernicieuse des mets épicés et des liqueurs spiritueuses. Il a vu chez une femme galante l'usage habituel de la charcuterie provoquer, au bout de quelque temps, le développement d'une dartre squammeuse (*eczema rubrum*) du mont de Vénus. Il a observé une maladie du même genre, envahissant les membres chez une femme que de vives contrariétés avaient agitée, et qui avait en même temps fait un abus quotidien de café à l'eau, pour supporter les veilles et la fatigue qui lui étaient imposées. Il a vu chez un homme sanguin une éruption prurigineuse envahir les membres supérieurs à la suite de plusieurs excès de table, et se dissiper rapidement sous l'influence d'un régime sobre et de quelques émissions sanguines. C'est ainsi que *Lorry* a rapporté l'exemple d'un homme vigoureux, chez lequel l'usage habituel du vin avait amené le développement de dartres, accompagnées de démangeaisons insupportables au visage et aux membres. Il suffit pour opérer la guérison de substituer un vin faible et mêlé d'eau au vin fort, préféré jusque-là par le malade.

Les impressions morales vives sont une source féconde de maladies dartreuses. Il est assez remarquable que ce sont surtout les exanthèmes et les affections squammeuses qui se développent sous cette influence. Bien des fois M. Gibert a vu, chez les femmes surtout, le chagrin ou la frayeur provoquer le développement d'un *pithyriasis rubra* (dartre furfuracée d'*Alibert*) plus ou moins général. Il traitait, il y a peu de temps

encore, dans ses salles, une jeune femme atteinte de cette affection, qui avait environ dix ans de date, et qui avait paru à la suite des vives émotions éprouvées par le sujet au milieu des événemens de juillet 1830. *Alibert* a rapporté l'observation d'une jeune fille chez laquelle une frayeur vive provoqua la suppression de l'époque menstruelle et l'apparition d'une dartre furfuracée générale. Le même auteur cite l'exemple d'un domestique atteint brusquement de la même affection, par suite de l'impression terrible qu'il ressentit en voyant traîner son maître à l'échafaud, dans le temps des exécutions révolutionnaires. M. Cibert lui-même a mentionné dans son ouvrage le cas d'un vieillard frappé également d'une affection squammeuse générale par suite de la révolution soudaine qui s'opérait en lui en voyant sa femme périr de mort subite.

Toutefois, c'est un fait d'observation que l'on peut vérifier tous les jours que l'ignorance complète d'une cause appréciable soit au malade, soit au médecin, dans le plus grand nombre des maladies dartreuses.

De ces maladies, les unes doivent être regardées comme *constitutionnelles*, et liées soit au tempérament lymphatique, soit même à une disposition scrofuleuse bien prononcée; les autres tiennent à une *diathèse* particulière, dont il n'est pas toujours facile de saisir le caractère; enfin, quelques-unes sont accidentelles, transitoires, et dépendent de quelque trouble passager de l'économie, qui n'a pu être reconnu à des indices certains et caractéristiques.

Quant à cette classe nombreuse d'éruptions que provoque et entretient le vice syphilitique, elle se reconnaît ordinairement à certains signes qui servent à distinguer ce genre d'éruptions des maladies dartreuses de divers ordres, dont elles peuvent simuler les formes.

Très rarement voit-on une *syphilide* se présenter sous la forme *vésiculeuse*. Le terme de *gale vénérienne*, par exemple, est tout à fait impropre, et doit s'entendre d'une éruption papuleuse, qui se rapproche plus ou moins du *lichen*. Il n'existe guère dans les traités modernes de dermatologie que trois ou quatre observations de *syphilide vésiculeuse*, simulant soit l'*eczema*, soit la *varicelle*. Ainsi, sous ce rapport, le praticien n'a guère à craindre de commettre d'erreur de diagnostic quand il s'agit de la *gale*, d'un *herpes* ou d'un *eczema*, seules maladies spéciales contenues dans l'ordre des *vésicules*.

A la suite de ces généralités, M. Cibert est entré dans la description particulière des genres *herpes* et *eczema*, que nous ne saurions reproduire ici.

Parmi le grand nombre des malades présentés à l'issue de chaque leçon, nous avons remarqué les cas suivans:

1° Plusieurs exemples d'*érythème*, d'*urticaire*, de *roséole* provoqués, sans aucun doute, par la chaleur de la saison;

2° Plusieurs *herpes* des membres supérieurs et un *h. zoster* (lequel avait été assez intense pour amener la formation d'ulcérations consécutives, qui laisseront des cicatrices) dus à la même cause.

3° Un *eczema* des mains, qui avait été pris pour la gale, et qui occupait, en effet, l'intervalle des doigts, c'est-à-dire le siége d'élection par excellence de cette maladie. Il a cédé en huit jours aux simples émolliens.

4° Plusieurs exemples de gale compliquée d'éruptions pustulo-croûteuses d'*impetigo*, de pustules d'*ecthyma*, de papules de prurigo, complications provoquées presque toujours par la négligence et la malpropreté, quelquefois cependant aussi par l'irritabilité particulière des tégumens.

5° Des éruptions *papuleuses* de *lichen* et de *prurigo* occupant les membres supérieurs, mais différant de la gale par la forme élémentaire et par le siége spécial de l'éruption.

6° Un exemple de dartre pustuleuse *mentagre* (*acne-sycosis*) chez une femme, qui avait d'ailleurs la peau du menton aussi lisse et aussi dénuée de poils que toutes les personnes de son sexe. C'est là un fait exceptionnel des plus rares: tout le monde sait que la mentagre est l'apanage presque exclusif de l'homme adulte. Quoique l'éruption fût d'apparence assez bénigne, et ne se composât que de quelques pustules d'*acne-indurata* assez clair-semées, elle s'était montrée rebelle à des médications assez actives, telles que purgations répétées à l'aide des pilules de Belloste; application de cataplasmes émolliens quotidiens; onctions avec la pommade au proto-iodure de mercure; bains de vapeur, etc.

7° Un cas de *lupus* très étendu chez une jeune fille d'ailleurs forte et vigoureuse, avantageusement modifié par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure et les onctions avec la pommade à l'antrakokali.

8° Un vaste *impetigo* chronique de la même région (dartre crustacée flavescente ou *mélitagre* d'Alibert) existant depuis fort longtemps chez une femme lymphatique et même légèrement atteinte de scrofules, que des purgations répétées avec les pilules de Belloste, suivies de l'administration de la poudre d'anthrakokali à l'intérieur, et d'onctions avec la pommade à l'anthrakokali, bains de vapeur en dernier lieu, paraissaient enfin avoir mis en voie de guérison.

9° Deux cas de *lepra vulgaris* (dartre furfuracée arrondie d'*Alibert*), l'un chez une jeune fille non encore menstruée, et l'autre chez une femme adulte, offrant l'exemple de ces récidives si communes dans ce genre d'éruption, après une guérison apparente et temporaire obtenue par des traitemens antérieurement subis dans les salles de l'hôpital St-Louis. Chez la jeune fille, l'éruption était de nouveau sur le point de s'effacer sous l'influence des bains sulfureux et des frictions avec la pommade au proto-iodure de mercure. La femme adulte était du nombre des sujets sur lesquels M. Cibert expérimente l'*anthrakokali*, concurremment appliqué à l'extérieur et à l'intérieur.

10° Enfin, plusieurs exemples de *syphilides* tuberculo-croûteuse du visage, tuberculo-squammeuse du col, du front et de quelques points de la face, et pustuleuse. Cette dernière forme, beaucoup plus rare chez l'adulte que chez l'enfant nouveau-né, était présentée par une femme qui portait au front, à la nuque, sur le dos, sur les membres, un grand nombre de pustules d'*ecthyma*, isolées les unes des autres, à base rouge et cuivrée, acquérant à peu près dans leur plus grand développement le volume d'un gros pois, et se séchant au bout de quelques jours en petites croûtes minces et superficielles qui laissaient après elles une maculature d'un rouge livide. Une pilule de proto-iodure de mercure de cinq centigrammes tous les matins, un bain alcalin tous les deux jours, tel fut le traitement prescrit à cette malade.

M. Gibert fit remarquer à cette occasion que les *syphilides* exagèrent, en général, les traits des éruptions dont elles revêtent la forme; qu'ainsi, pour le cas particulier d'*ecthyma* syphilitique, que nous venons de mentionner, les pustules étaient plus volumineuses et surtout répandues beaucoup plus généralement à la surface du corps que cela ne s'observe dans le cas d'*ecthyma simplex*.

Ces remarques pratiques, suggérées au professeur par l'examen individuel des malades, sont, sans contredit, la partie la plus intéressante et la plus instructive des leçons de M. Gibert; mais c'est aussi la partie la plus difficile à recueillir et à reproduire, parce qu'elle demande le plus souvent, pour être bien saisie, à être appuyée sur l'observation directe des signes sensibles de chaque espèce morbide soumise successivement à l'œil du spectateur. Nous espérons toutefois que le peu que nous en avons dit ne laissera pas que d'offrir quelque utilité à nos lecteurs.

M.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

RAPPORT SUR LES BIBERONS ET BOUTS DE SEIN EN IVOIRE FLEXIBLE.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le président donne la parole à M. Capuron pour la lecture du rapport sur les biberons et bouts de sein en ivoire flexible de M. Charrière. Nos lecteurs doivent se rappeler que dans la dernière séance l'Académie avait demandé que les termes de ce rapport qu'elle avait déjà entendu fussent modifiés.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE DE SAINT-DENIS (ILE BOURBON).

A M. Capuron succède M. Chervin: M. Follet, médecin à l'île Bourbon, a adressé à l'Académie un mémoire sur une fièvre épidémique qui a sévi en février, mars et avril 1838 sur la population de Saint-Denis (île Bourbon). Cette épidémie est le sujet du rapport. Quelques conditions atmosphériques particulières paraissent avoir présidé à son développement. A des vents froids de l'ouest et du nord succéda, au commencement de février, une chaleur accablante. La fièvre épidémique parut alors, et pendant l'espace de deux mois attaqua successivement presque toute la population de Saint-Denis, car il n'y eut d'épargné qu'un cinquième des habitans. Chose singulière et bien rare dans ces contrées, les militaires, d'habitude les premières victimes de toute épidémie, lui restèrent cette fois complètement étrangers. Heureusement cette fièvre n'avait aucune gravité. Sa durée habituelle était de trois à six jours. Sur un seul malade elle dura dix jours. Lassitudes, injection des conjonctives, céphalalgie, douleurs aux lombes, annonçaient son invasion. Ses symptômes principaux étaient la rapidité et la petitesse du pouls, une grande anxiété, des vomissemens muqueux; des coliques; dans quelques cas, une grande loquacité et rarement un peu de délire, la nuit. L'excrétion de l'urine était habituellement difficile. La terminaison de la maladie a été surtout remarquable par des hémorragies critiques, des muqueuses du nez, de la bouche, de l'utérus; dans quelques cas elles étaient assez abondantes pour donner au premier abord quelques inquiétudes. Le traitement délayant a seul toujours suffi, et aucun malade n'a succombé par le fait seul de la fièvre épidémique.

L'honorable rapporteur se range de l'avis de M. Follet qui regarde cette affection comme tenant à une gastro-entérite légère née sous l'influence des causes habituelles des épidémies. Il rapproche les symptômes observés de ceux de la fièvre jaune avec lesquels, sauf la gravité, il leur trouve un air de ressemblance. Il pense donc qu'elle est comme le premier degré de ce terrible fléau.

M. Rochoux combat le rapprochement fait par le rapporteur entre la fièvre de Saint-Denis et la fièvre jaune. Cette méthode, qui consiste à classer les maladies légères comme des degrés moindres d'affections plus graves, est, dit-il, une grande erreur qui nous a été léguée par Broussais. Chaque maladie et surtout les épidémiques offrent non seulement des nuances dans les symptômes, mais un ensemble de caractères distincts qui en font des êtres indépendans; et je ne trouve dans le récit de M. Follet aucune raison de parenté entre la fièvre épidémique de Saint-Denis et la fièvre jaune.

M. le rapporteur admet les principes que vient d'émettre M. Rochoux. Toutefois il pense que, comme, dans une même épidémie, la maladie se montre à des degrés divers, il peut arriver que des épidémies nées en des temps et des lieux différens et d'une inégale intensité soient des maladies de la même famille. Il se propose d'ailleurs de développer prochainement cette thèse.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE L'ENCÉPHALE CONSIDÉRÉES DANS LEURS RELATIONS AVEC LA SENSIBILITÉ ET LA MIOTILITÉ.

La parole est à M. Bouillaud pour un rapport sur un mémoire de M. Nonat intitulé : Recherches expérimentales sur les fonctions de l'encéphale considérées dans leurs relations avec la sensibilité et la miotilité.

Ce travail, dit le rapporteur, qui s'adresse aux questions les plus ardues et les plus controversées de la physiologie, se divise en trois paragraphes. Dans le premier, l'auteur a cherché à déterminer le degré de sensibilité des différentes parties de l'encéphale; et comme beaucoup d'autres expérimentateurs, il arrive à cette conclusion ; que ni la substance grise des circonvolutions, ni le centre ovale, ni les couches optiques, ni les corps striés, ni la voûte à trois piliers, ni le corps calleux, ni les pédoncules, ni le cervelet, ne jouissent de la moindre sensibilité.

Quels argumens, dit M. Nonat, la seule induction eût-elle pu fournir pour la découverte de cette vérité! Haller, qui avait voulu se servir d'elle pour traiter ce sujet, est tombé dans une grande erreur, car il a parlé de la sensibilité du cerveau. M. le rapporteur rappelle que l'erreur de Haller à cet égard ne venait point seulement de la méthode d'induction, car il avait fait des expériences, et c'était aussi d'après elles qu'il s'était prononcé. L'induction et l'expérimentation sont deux instrumens que tout physiologiste sévère doit toujours employer en même temps.

Le deuxième paragraphe traite de l'influence de l'encéphale sur la perception des sensations. L'auteur établit 1° que la moelle épinière est indépendamment de ses autres fonctions l'organe de la sensibilité tactile, que la moelle sent, par elle-même, les impressions du toucher, et agit d'après ces impressions ; mais qu'alors l'animal sur lequel on expérimente n'en a plus la conscience. Pour preuve, M. Nonat cautérise le cervelet, les lobes cérébraux, et la sensibilité persiste sans que l'animal en ait conscience; 2° que l'encéphale est l'organe qui perçoit ces impressions, les élève au rang des sensations complètes dont l'animal a véritablement conscience et qui influencent sa volonté.

Le troisième paragraphe est consacré à la détermination de l'influence des diverses parties de l'encéphale sur la station et la progression. Nous ne rapportons ici des faits observés par M. Nonat que les principaux qui ne diffèrent pas d'ailleurs sensiblement de ceux rapportés par MM. Magendie et Desmoulins, etc. La section des corps striés, des couches optiques, des pédoncules du cervelet donne les résultats connus par les travaux antérieurs. Après la section du cervelet (l'auteur ne dit pas dans quel sens), l'animal veut se précipiter en avant; mais retenu par une force invincible, il ne peut que reculer, et encore ses membres postérieurs sont-ils à demi-paralysés, son corps dans un grand désordre de mouvemens; mais la volonté et la sensibilité restent intactes.

M. le rapporteur ajoute que les faits de rotation involontaire observés sur les animaux par la section d'un des pédoncules du cervelet sont confirmés par les maladies, soit chez les animaux, soit sur l'homme.

Les conclusions de M. Nonat sont les suivantes.

1° Les trois grands centres nerveux, la moelle et les nerfs, le cerveau, le cervelet ont des fonctions distinctes et spéciales.

2° A la moelle et aux nerfs appartiennent le sentiment et le mouvement.

3° Au cerveau, la manifestation de la volonté et la conscience des sensations.

4° Au cervelet, une influence encore mal définie sur la locomotion et la station.

M. le rapporteur propose 1° d'écrire une lettre de remercîmens à l'auteur; 2° d'envoyer son mémoire au comité de publication; 3° de l'inscrire comme candidat aux places vacantes.

MM. Gerdy, Rochoux et Castex demandent la parole sur le rapport; mais l'heure avancée fait remettre la discussion à la séance prochaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. le docteur Bouillé présente à l'Académie plusieurs pièces d'anatomie pathologique venant d'opérations par lui pratiquées : 1° une moitié de mâchoire inférieure, carcinomateuse, réséquée, de la symphyse jusqu'à l'un des condyles, sur une vieille femme âgée de 62 ans, portant cette tumeur depuis quarante ans. L'opération date de deux ans, et la malade jouit d'une excellente santé; 2° moitié de mâchoire inférieure réséquée pour la même maladie et avec le même succès; 3° quatre pouces et demi de l'extrémité inférieure du rectum enlevés à une jeune fille pour une dégénérescence cancéreuse. L'orifice anal était sain. Il y a onze mois que l'opération est faite et la malade vit encore. La guérison s'est maintenue huit mois. Depuis deux mois, il y a récidive, et la jeune fille est actuellement menacée d'une mort prochaine; 4° une tumeur enlevée il y a huit mois avec succès de la région parotidienne. L'opérateur pense que cette tumeur est une portion de parotide dégénérée, car après son ablation le bord postérieur de la branche maxillaire était entièrement dénudé; 5° La glande sous-maxillaire et la moitié de la parotide, dégénérées, enlevées à une femme qui a survécu trois mois à l'opération et est morte de récidive; 6° une tumeur cancéreuse emprenant l'os maxillaire supérieur, une portion du molaire, l'os palatin, l'amygdale correspondante enlevée à une jeune fille de 15 ans. Pour l'incision des parties molles, l'opérateur a suivi le procédé de Dieffenbach, et pour la section des os, celui de Gensoul. En dix jours, la plaie était cicatrisée, mais la malade a bientôt succombé à une récidive. Les observations relatives à ces opérations sont renvoyées à l'examen de MM. Velpeau et Bérard.

ANÉVRISME DE L'ILIAQUE EXTERNE DU CÔTÉ DROIT.

M. Deguise, membre correspondant et chirurgien de la capitale, donne verbalement connaissance à l'Académie d'un fait chirurgical des plus intéressans. Nous ne mentionnons que les détails principaux, nous réservant d'en rendre un compte plus détaillé quand MM. Velpeau et Bérard donneront lecture de leur rapport sur cette observation. Un homme de 40 ans à peu près, habitant Charenton, portait un anévrisme de l'iliaque externe du côté droit. M. Deguise tente la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, le 2 février 1840. Dans l'incision des parties molles, le sac anévrismal est ouvert. La ligature portée au voisinage de la tumeur et au-dessus coupe l'artère, le chirurgien porte alors la ligature sur l'iliaque primitive. Craignant une hémorragie par le bout inférieur, à cause, dit-il, de l'ouverture du sac, il fait la ligature de la fémorale au-dessous de l'arcade crurale; mais comme si tout, dans ce fait devait être singulier, il trouve une anomalie, la veine fémorale située en dehors de l'artère. Le malade a été présenté à l'Académie. Il porte parallèlement à l'arcade crurale et immédiatement au-dessus une plaie cicatrisée et irrégulière qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'anneau inguinal externe, et, de plus, une plaie cicatrisée, dirigée à peu près sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Nous répétons qu'un fait aussi remarquable a besoin de plus de détails pour être inscrit dans les fastes de la chirurgie.

FRACTURE DU CORPS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Baudens présente à l'Académie un jeune militaire qui s'est fracturé, dans une chute de cheval, le corps du maxillaire inférieur près de la branche droite. Il y a plaie communiquant avec la fracture qui est oblique. M. Baudens a imaginé le procédé suivant pour maintenir les fragmens. Une aiguille longue de quelques pouces, légèrement courbe, percée de chas à ses deux extrémités, rase la face postérieure de la mâchoire de bas en haut, et sort dans la bouche, où le chirurgien saisit l'extrémité du fil assez près de la pointe. Celle-ci est alors retirée par le même chemin jusqu'à la base de la mâchoire, puis passe au-devant de l'os, de bas en haut, amenant avec elle l'autre extrémité de fil qui sort ainsi derrière la lèvre ; les deux bouts du fil sont liés fortement sur l'arcade dentaire. Voilà certainement un moyen de contention solide; l'expérience apprendra si la présence de ce corps étranger dans les tissus ne sera pas suivie d'accidens.

L'Académie se forme en comité secret pour la nomination des membres correspondans.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'OSTÉOSARCOME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE, recueillie par M. E.-J. Fleury, D. M., chirurgien major de la marine au port de Rochefort, chevalier de la Légion-d'honneur, etc.

Obs. — Madame Vir., née Biarnès, avait un tempérament éminemment sanguin et une constitution forte. Issue de parens sains et robustes, parmi lesquels pas un n'avait été atteint d'affection cancéreuse; fraîche et d'un coloris admirable, gaie et d'un enjouement rare, elle se maria jeune et eut plusieurs enfans. Malgré ses nombreuses occupations et quelques contrariétés intestines, elle fut parfaitement heureuse dans son ménage; aussi sa santé n'en éprouva-t-elle aucune altération notable. Exactement réglée jusqu'au moment où elle a terminé sa douloureuse carrière, elle avait acquis beaucoup d'embonpoint, sans pourtant que cette obésité qu'entretenait une nourriture substantielle et abondante détruisît sa gaîté ou nuisît à ses occupations de ménage. Cependant il y a quelques années, que madame V. se plaignit d'une légère douleur au sein où elle crut remarquer une certaine grosseur. Elle m'en parla ; j'examinai la partie, et en vérité rien ne justifiait ses craintes; elle cessa donc de s'en occuper, et continua son train de vie habituel. Ainsi que ses frère et sœurs, madame V. avait une fort mauvaise dentition, et souvent elle était prise d'odontalgies fort aiguës; mais ce fut particulièrement vers l'époque de sa troisième grossesse, c'est-à-dire il y a quinze ans environ, que ces douleurs acquirent de l'intensité et qu'elles attirèrent surtout son attention. Elle consulta alors un homme de l'art, et comme toutes ou presque toutes ses dents étaient plus ou moins cariées, on fit l'extraction de celle de laquelle paraissait irradier le mal. Cette extraction, bientôt suivie d'une deuxième, en précéda une troisième, qui peu après fut suivie d'une quatrième, sans que pour cela le mal ne persistât, ou bien si les douleurs se calmaient ce n'était que pour reparaître plus tard.

Bientôt madame V., ne trouvant plus, dans les remèdes qu'on lui prescrivait ou dans les opérations qu'elle avait subies, et auxquelles elle était disposée à se

soumettre de nouveau pour en finir enfin avec un ennemi qui ne lui laissait ni paix, ni repos, ne trouvant plus le soulagement qu'elle en attendait, s'abandonna aux conseils des commères, puis aux soins des charlatans. Des drogues excessivement violentes, me dit-on, et dans la composition desquelles l'alcool servait d'excipient, composèrent la base d'un traitement qui, loin d'apporter du calme, exaspérait davantage le mal. Dès lors, les douleurs devinrent intolérables et ne se bornèrent plus aux dents cariées, mais retentirent dans tout le côté de la mâchoire supérieure sans que pourtant aucun signe extérieur vînt témoigner du travail pathologique qui commençait à s'y opérer. On eut recours à une médecine plus rationnelle et le calme reparut; mais soit insouciance, soit habitude de souffrir, lorsque de nouvelles douleurs, alors accompagnées de gonflement de la joue apparaissaient, on les traitait de fluxion, et si parfois elles ne cédaient pas aussi vite que l'aurait désiré la malade dont le caractère s'aigrissait et qui devenait d'une vivacité extrême; alors, dis-je, et par un penchant bien naturel elle accueillait encore favorablement les conseils des voisines ou les insinuations des visiteurs, et de nouveaux moyens incendiaires étaient mis aussitôt en usage. Ce manége se fit si bien et si longtemps qu'enfin ces douleurs vagues, envahissant la joue gauche ou fixées à la tempe du même côté d'où elles semblaient partir, se montrèrent enfin constantes au maxillaire supérieur, en comprenant toute cette partie de mâchoire. Madame V. était donc dans cet état alternatif de souffrance et de calme depuis nombre d'années, quand, vers le mois de juin ou juillet 1839, les douleurs se firent intolérables et devinrent continues. Toutefois on ne prit point garde à ce que l'olfaction se perdait, que la voix était nasillarde, et que tous ces phénomènes et ces souffrances attribués naguère aux nerfs, rempart derrière lequel on se retranche volontiers quand on ne peut plus se rendre compte du mal ou qu'on le méconnaît, furent considérés dans cette dernière circonstance comme résultant du développement d'un abcès qui se formait dans la joue. En effet, d'après ce qui me fut dit, il y avait eu du gonflement, de la rougeur; on avait cru reconnaître une sorte de fluctuation, mais vainement attendit-on que ce prétendu dépôt abcédât. Ni les applications réitérées de sangsues, ni les topiques émolliens n'empêchèrent la maladie de faire de continuels progrès; les douleurs s'accrurent, devinrent intenses et ne laissèrent plus un moment de relâche; les forces, d'un autre côté, allaient s'affaiblissant, et déjà la maigreur se manifestait.

Ce fut dans cet état désespérant que le médecin ordinaire crut devoir m'appeler en consultation; j'y allai quelques jours après; c'était vers le mois d'octobre 1839. Voici la position dans laquelle je la trouvai :

Madame V. avait perdu sa fraîcheur, elle ne jouissait plus de cet embonpoint signalé plus haut; ses forces singulièrement affaiblies par les souffrances et un régime sévère lui permettaient à peine de se lever un instant dans la journée; son teint était pâle, mais la joue était tuméfiée, luisante, les tégumens tendus rouges; elle était dure, rénitente, indolente au toucher; cette tumeur de la grosseur d'un œuf de poule faisait saillie dans la fosse canine et avait déformé les traits. La voix était de plus en plus nasillarde, l'haleine infecte, l'œil gauche proéminent, le nez déjeté à droite. A cet aspect, je crus tout d'abord à l'existence d'un polype, je le dis au mari, et pour en acquérir l'assurance, je fis approcher la malade d'une croisée bien éclairée, et j'explorai plus attentivement la bouche et les fosses nasales. La fosse canine me parut entièrement envahie par la tumeur qui (1) là paraissait un peu ramollie; la voûte palatine était intacte, sans douleur; les doigts enfoncés dans l'arrière-bouche et faisant crochet furent passés en arrière du voile du palais où je ne découvris rien; mais en regardant dans la narine gauche j'aperçus une tumeur de nature polypeuse, molle, fongueuse, sensible, saignante au moindre attouchement. Je ne pus à l'aide d'une sonde la contourner et en déterminer ni les dimensions, ni l'étendue, ni la position précise : je pensai qu'elle n'était qu'un appendice de la tumeur principale, laquelle, selon moi, était un polype fongueux ayant pris naissance dans le sinus maxillaire; je le déclarai, en prévenant que, quoique la maladie me parût déjà fort avancée, je pensais cependant qu'il serait possible de l'enlever au moyen d'une opération qui consisterait à aller le chercher dans l'antre d'hygmore : la malade et ses proches y consentirent. Toutefois je ne voulus point entreprendre une opération aussi grave sans, au préalable, m'être éclairé des lumières de quelques-uns de mes confrères. En conséquence une nouvelle consultation fut arrêtée, et huit ou dix jours après M. T., deuxième médecin en chef, vint confirmer mon diagnostic. Dans cet intervalle, les douleurs n'avaient point cessé, la position de la malade avait empiré au contraire, et la maladie proprement dite avait fait d'immenses progrès. A l'extérieur, la tumeur s'était considérablement accrue, l'œil sorti de son orbite, la vue sensiblement affaiblie, le nez déjeté de plus en plus; à l'intérieur, mêmes désordres, mais développement énorme de la tumeur dans la fosse canine, ramollissement de la voûte palatine, abaissement du voile; les deux dents qui restaient branlantes et déjetées; l'arcade dentaire elle-même gonflée et un peu ramollie aussi; la bouche remplie d'une sanie purulente, infecte.

D'après ces progrès, il nous parut évident que ce polype devait être ulcéré, ou que la tumeur ainsi qualifiée était un ostéosarcome déjà fort avancé. Il fut donc convenu qu'il n'y avait pas lieu à opération, et qu'il fallait se borner à administrer des palliatifs, de manière à faire supporter avec le moins de douleur possible le peu de temps que madame V., désormais vouée à une mort certaine et affreuse, avait encore à passer avec les siens. En conséquence, les sudorifiques, le sirop de Majault, les gargarismes de décoction de kina chlorurée, les cataplasmes de ciguë, les opiacés furent prescrits, ou tour à tour, ou concurremment. Comme on voit, la maladie avait rapidement marché; sa progression qui, dans le principe, avait eu lieu en avant et semblait faire craindre une rupture prochaine, s'était surtout opérée en haut et en bas. Ici, elle avait envahi tout le maxillaire supérieur gauche qu'elle avait entièrement détruit et réduit en un corps molasse; là elle avait soulevé l'os propre du nez, et s'était portée dans les sinus frontaux, soulevé le globe oculaire dont le nerf tiraillé et comprimé ne transmettait plus l'impression des corps lumineux au *sensorium commune*. L'œil sorti de l'orbite proéminent était recouvert, ainsi que son congénère, par leurs paupières respectives devenues tuméfiées; celles-ci soulevées, la pupille se montrait dilatée, mais impressionable, et la malade assurait ne rien apercevoir. Le nez déjeté à droite était déformé, et la bouche, presque complètement remplie par la tumeur, qui y avait acquis un énorme développement, expulsait avec peine les crachats purulens et infects que celle-ci fournissait abondamment dans les derniers jours surtout. Dans ce désordre général et rapide, l'arcade dentaire, en se ramollissant, avait rejeté de leur alvéole les deux seules dents qui restaient; puis elles étaient disparues, et l'une d'elles, comme nous le verrons plus tard, avait fini par faire corps avec la tumeur, et en faire partie intégrante.

Elle était dans cet état, lorsque le 1er janvier, un accident affreux, conséquence rigoureuse de l'affection devenue générale, vint accroître les souffrances de madame V., et en précipiter le dénoûment. Madame V. s'était levée ce jour-là pour faire son lit; elle y remontait avec l'aide de son mari et d'une domestique, quand le genou gauche sur lequel elle était appuyée lui faisant défaut, elle glissa et tomba à plat ventre sur son lit, sans pouvoir se relever. Aussitôt un gonflement énorme et presque instantané se manifesta, et fut bientôt accompagné de douleurs intolérables. Quelques précautions que prît le médecin ordinaire pour s'assurer de la nature des désordres survenus, il ne put y parvenir; la malade, devenue excessivement méticuleuse, ne voulant pas lui permettre de faire les recherches nécessaires à cet effet; alors il réclama de nouveau mon assistance. Au seul aspect de la partie, et malgré le gonflement, qui pourtant était moins considérable, je crus reconnaître une fracture de cuisse, indiquée, et par la position du membre, et par son raccourcissement et par sa rondeur, par la manière dont la fracture s'était opérée, et enfin par l'état général de la malade et les circonstances de sa chute. Cependant, comme ces signes, communs aux luxations, pouvaient m'induire en erreur, je fis exercer quelques légers mouvemens, malgré les craintes et les cris de notre pauvre malade, et j'acquis alors la conviction intime, au moyen de la crépitation, de l'existence d'une fracture et de son siége. Sûrs de mon diagnostic, nous nous disposâmes, non à la réduire, mais à la maintenir dans une position telle, que la malheureuse, dont je ne supposais pas l'existence devoir se prolonger longtemps encore, pût la supporter aisément et sans beaucoup trop souffrir. En conséquence, je fis opérer de douces tractions, et empruntant à un praticien italien, dont vainement je cherche le nom, le carquois en carton mouillé, qui servait tout à la fois d'attelles et de moyen de contention, et à Pott sa position demi-fléchie sur le côté externe du membre, je procurai alors à madame V. du calme, une diminution dans ses nouvelles souffrances et quelques bonnes nuits. Mais, de plus en plus, la fin du drame approchait, la déglutition se faisait difficile; la respiration pénible, gênée; la suffocation imminente; la tête se prenait; on remarquait du délire ou de l'incohérence dans les idées; la fièvre, enfin, s'allume, et le terme fatal arrive dans la nuit du 30 janvier; elle cessa de souffrir sans avoir cessé un seul instant de croire à la guérison de tant de maux.

Autopsie. — Pour m'éclairer le plus que je pourrais dans une circonstance où je tenais à connaître exactement les désordres produits par la maladie, je pensai qu'il serait convenable d'agir avec méthode, et que le meilleur moyen d'atteindre le but que je visais était d'opérer l'ablation de la mâchoire supérieure, de la même manière que si je l'eusse enlevée du vivant de la malade. Mais d'abord, l'aspect de la figure n'était plus le même; les tégumens de la joue gauche, rouges, luisans, et prêts de se rompre avant la mort, étaient pâles et paraissaient avoir diminué de volume après la cessation de la vie. Je procédai de la sorte : une incision partant à quelques millimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche descendait un peu obliquement à quelques millimètres de la commissure des lèvres que je fendis pour réunir l'ouverture orale à l'incision que je venais d'achever. Je disséquai avec soin ce lambeau composé d'un tissu cellulaire déjà lardacé, dur, compacte, aminci; puis une autre incision qui, suivant la direction de la ligne médiane nasale, m'ouvrait la narine gauche et isolait la tumeur de ce côté, en me permettant de suivre les progrès de la tumeur dans cette cavité et dans l'arrière-bouche. De cette manière, j'avais obtenu un lambeau à peu près quadrilatère que je relevai aisément, et qui me permit de voir la tumeur, de la bien juger, de la circonscrire, de pouvoir facilement l'isoler des parties saines, et de l'enlever ensuite sans difficulté. Ainsi découverte, l'extérieur de la tumeur était sillonné d'artères considérablement accrues en volume et gorgés de sang.

La portion polypeuse, cet appendice que nous avons signalé plus haut, et dont une partie encore molle et fongueuse existait dans la narine gauche, n'avait point changé d'aspect; mais celle qui la terminait en arrière, et qui en effet n'était qu'un prolongement de la masse sarcomateuse qui la constituait, ainsi que nous l'avions pensé d'abord, avait la grosseur d'une grosse chataigne, elle obturait entièrement l'ouverture postérieure de cette cavité. Je soulevai alors cette portion, la suivis en haut dans les fosses nasales, où il nous fut aisé de pénétrer, l'os propre du nez étant déjà détaché et en partie converti en une substance de même nature que la tumeur. La branche montante du maxillaire avait disparu, une portion du plancher de l'orbite et du malaire correspondant était dans le même cas; je pus donc facilement l'enlever de ces divers endroits et venir la chercher sous ce dernier os, dont les tissus étaient déjà ramollis. Là, à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat, j'allai la suivre dans les nombreuses anfractuosités de la face, et vins la détacher en arrière du maxillaire inférieur sur l'apophyse coronoïde où elle était appuyée. Ainsi soulevée dans tout son contour, je la tirai à moi et j'obtins alors une masse de la grosseur d'une tasse à café, pesant environ cent quatre-vingts grammes, de nature cérébriforme en arrière, dure, compacte en avant et en bas où elle affectait les caractères de l'ostéosarcome. Le maxillaire supérieur n'existait plus; il n'en apparaissait pas le moindre vestige, non plus que d'une des deux dernières dents dont nous avons parlé. Quoique d'un tissu beaucoup plus dur que celui de l'os, et dans lequel elles étaient implantées, elles n'en ont pas moins subi les mêmes lois de dé-

(1) Je supposais que celle-ci pour faire saillie de la sorte à la joue avait brisé la portion antérieure du maxillaire et était venue se fixer dans la fosse en question.

composition; c'est en vain que j'en cherchai quelque reste au milieu de la masse lardacée et criante sous le scalpel que je supposais devoir exister encore dans l'arcade dentaire dont le système artériel était fort développé. Il fut aisé de le détacher, le maxillaire, de son congénère, au moyen d'une simple incision suivant leur séparation normale; du reste, le système musculaire de la face n'existait plus, le masséter lui-même n'avait d'apparent que ses attaches fibreuses supérieures.

Après l'ablation de la tumeur, il restait une cavité vaste, profonde, susceptible de contenir la base d'un verre ordinaire, cavité représentant un cône tronqué dont le sommet était en arrière; la base à l'ouverture ovale et les côtés formés, à la partie interne, par la cloison médiane du nez, et l'externe représentée par l'incision perpendiculaire faite la première, laquelle était limitée par la branche montante du maxillaire inférieur et la portion tégumentaire du reste de la face. En arrière la tumeur offrait une caverne ulcérée qui nous parut être le sinus dans lequel elle s'était développée et en bas, correspondant à la voûte palatine, des ulcérations nombreuses qui, les unes et les autres, fournissaient sans doute le pus qui remplissait incessamment la bouche. Relativement aux parties limitrophes aucune n'était parfaitement intacte; ainsi, indépendamment de l'enlèvement de la tumeur, il eût fallu cautériser largement et profondément toutes les faces plus ou moins irrégulières de cette immense caverne sur laquelle, après coup, j'ai rabattu le lambeau et pratiqué quelques points de suture pour le maintenir convenablement en place. L'œil ne reposait plus que sur une portion fort minime de la face orbitaire qui faisait une saillie aiguë et considérable au milieu de ce côté de la figure.

J'ai été effrayé, je l'avoue, de l'étendue des désordres, de l'énorme profondeur résultant de l'ablation du maxillaire, de la quantité de perte de substance qu'avait nécessité cet enlèvement, et, poussant mes investigations plus loin, du peu de progrès de consolidation que la fracture avait faite depuis trente jours, et, ainsi que je le supposais, le siége était à deux pouces environ du col; un simple commencement de boursoufflement se remarquait et préparait le travail d'ossification. La fracture, quoique enrave, était irrégulière, à plusieurs aspérités fort aiguës, et le fragment inférieur présentait, en outre, des esquilles de formes et de dimensions diverses, prises sur l'une et l'autre face. L'os, enfin, était ramolli et dans des conditions qui, selon nous, indiquaient une diathèse cancéreuse ancienne, profonde, etc.

Cette observation offre de l'intérêt, ce nous semble, sous plus d'un rapport. D'abord elle nous démontre, d'une manière positive, cette diathèse cancéreuse, sujet de tant de controverses, niée, même encore de nos jours, malgré les nombreux exemples que nous pourrions apporter nous-mêmes en faveur de la théorie de nos pères, vers laquelle on revient peu à peu. Ensuite elle nous suggère quelques réflexions, que nous soumettons avec confiance aux personnes qui, mieux éclairées que nous, se sont, en quelque sorte, spécialement occupées de ce genre d'affection, constamment impardonnable. Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de demander pourquoi cette maladie, l'ostéosarcome, paraît affecter de préférence le maxillaire supérieur gauche, c'est du moins ce qui semble ressortir de nos recherches, soit dans les mémoires de l'Académie, soit dans les archives générales de médecine, les divers journaux, ou dans les traités modernes d'opération, que nous avons consultés. Je crois que cette remarque nous est particulière. Peut-être se refuse-t-elle à toute explication; quant à moi, je confesse n'avoir pu en trouver une valable.

Mme V. était-elle dans le cas d'être opérée lorsque je la vis la première fois, c'est-à-dire au mois d'octobre? Croyant à l'existence d'un polype fongueux, je me prononçai pour l'affirmative, et fis en conséquence toutes les dispositions nécessaires pour procéder à son arrachement, en pénétrant dans le sinus, où je supposais qu'il avait pris naissance. Mais huit jours s'écoulèrent, durant lesquels la maladie acquit un tel degré de développement et d'envahissement que ce que j'avais pris pour un polype fongueux, et dans le principe c'en était un, sans doute, fut envisagé comme un ostéosarcome énorme, qui déjà avait détruit le maxillaire supérieur en entier, et dont l'ablation fut jugée dangereuse, inopportune, infaisable par la consultation. Toutefois elle n'ignorait pas que Dupuytren, Dieffenbach, Gensoul, Velpeau et autres avaient pratiqué avec succès de telles ablations, procédé à l'enlèvement de tumeurs cancéreuses développées au sein de la mâchoire; mais aucune ne lui a paru être parfaitement identique avec celle que portait mad. V.; pas une n'était parvenue à ce degré d'accroissement; nulle autre n'avait compromis autant de parties et les désordres qui, dans mon imagination, devaient résulter d'une semblable opération, me paraissaient tellement affreux que je reculai devant son exécution. Ai-je bien fait? Je n'ose me prononcer; cependant ma conscience me le dit, le raisonnement appuie ma conduite, l'autopsie qui, à son tour, est venue dévoiler les désordres, bien autrement considérables que je me les faisais, la sanctionne. Mad. V. n'aurait-elle pas succombé pendant l'opération? Cela a été une de mes craintes. L'expérience apprend du reste que dans ces sortes de tumeur les vaisseaux qui rampent à leur surface, comme ceux qui s'observent à l'intérieur, acquièrent toujours un degré considérable d'accroissement, c'est effectivement ce que nous avons vu à l'autopsie. D'un autre côté le voisinage des carotides ne devait-il pas non plus inspirer quelques craintes? A cela on répondra : on aurait pu commencer par les lier; c'est ainsi que je l'ai vu faire pour un cas de tumeur parotidienne énorme; mais ici les désordres étaient moindres, la constitution générale n'était pas en souffrance encore; aussi un succès complet couronna-t-il cette opération faite à Brest en 1827 avec autant de savoir que d'habileté par M. Fouilloy, aujourd'hui premier chirurgien en chef de ce port. Ici la position était différente, et quand enfin cette opération eût été faite heureusement, nous doutons que mad. V. eût vécu longtemps après. Au reste, j'ai l'intime conviction que la maladie avait envahi trop de parties pour tenter de l'enlever sans courir les risques de compromettre les jours de la malade; que c'eût été l'entreprendre sans probabilité de prolonger son existence; que c'était compromettre l'art et la réputation de l'opérateur. Ce sont toutes ces raisons auxquelles je pourrais aisément donner une plus grande extension qui m'ont déterminé à faire publier cette intéressante observation, après être entré dans des détails qui pourront paraître minutieux, mais que j'eusse été bien aise de trouver dans toutes celles que j'ai lues et méditées.

Enfin, quand la mort vint mettre un terme à une existence aussi pénible, qu'il nous fut permis d'agir sur un cadavre, que nous n'eûmes plus en perspective, et les appréhensions de voir périr notre infortunée parente entre nos bras et les reproches non moins cuisans que la malveillance n'eût pas manqué de répandre en cas d'insuccès, etc.; alors nous exécutâmes avec méthode l'enlèvement de la mâchoire, et néanmoins nous ne pûmes nous défendre d'un mouvement de surprise, je le répète, à la vue de l'immense perte de substance qui en fut le résultat; de cette cavité incommensurable qui avait pour base la langue, pour voûte les restes irréguliers du plancher orbitaire, et pour côtés, d'une part, la saillie aiguë du malaire; d'autre part, la cloison nasale. Toutefois, je m'inclinai devant le génie qui, le premier, conçut et eut la hardiesse d'exécuter une opération semblable.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ DES ALTÉRATIONS DU SANG; par MM. PIORRY et L'HÉRITIER. — 1 vol. in-8. Paris, chez Bury, rue de l'Observaance, 1.

Qui ne croirait, à la lecture de ce titre, trouver dans l'ouvrage en tête duquel il est placé un traité plus ou moins complet des altérations du sang? Et pourtant il n'en est rien. Dès les premières pages, nous reconnaissons un ouvrage dont nous avons entretenu nos lecteurs il y a quelques années, et dont les premières livraisons, les seules qui alors eussent paru, avaient pour titre : TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE (V. GAZ. MÉD., année 1836, p. 238). La publication des livraisons suivantes ayant été continuée pendant quelque temps, puis interrompue, et l'ouvrage ayant passé aux mains d'un libraire différent, et par des circonstances indépendantes de la volonté des auteurs, le nouvel acquéreur a jugé à propos, profitant de l'attention avec laquelle on s'occupe aujourd'hui des altérations du sang, de changer le titre de l'ouvrage, et de lui en donner un qui pût faciliter l'écoulement des exemplaires qui se trouvaient entre ses mains. Tout en blâmant cette supercherie industrielle, à laquelle, nous en sommes persuadés, les auteurs sont étrangers, nous saisissons avec plaisir l'occasion de dire quelques mots de ce travail qui, malgré de nombreux défauts, ne méritait pourtant pas le sort qu'il a éprouvé.

Nous blâmons le nouveau titre sous lequel nous est représenté l'ouvrage MM. Piorry et Lhéritier, non seulement parce qu'il peut le faire revenir de entre les mains de ceux qui l'ont acheté sous son premier titre, et qu'on pourrait regarder ce changement comme un piége tendu à la bonne foi des consommateurs; mais encore parce qu'il n'est pas exact, car ce n'est pas un traité des altérations du sang. Et, en outre, parmi les maladies qui y sont traitées, il y en a plusieurs qui n'ont pour ainsi dire aucun rapport avec l'altération du sang considérée comme agissant primitivement; c'est tout simplement un recueil de mémoires, par MM. P... et L..., dont plusieurs sur des affections qu'ils se sont efforcés de rattacher à l'altération du sang, et dont quelques-uns n'ont qu'un rapport éloigné avec cet état morbide. Ne pouvant examiner en particulier chacun de ces mémoires, en ayant même déjà fait connaître quelques-uns dans l'article cité ci-dessus, nous allons nous contenter d'indiquer les titres sous lesquels ils se trouvent, après avoir toutefois rappelé qu'un essai de nomenclature organo-pathologique se trouvait et est encore en tête de ces mémoires, et que leurs titres tirent tous leur origine de cet essai.

Les deux premiers contiennent l'histoire de la pléthore sanguine et de

l'anémie générale sous les noms de *polyperhémie* et de *polyanhémie*, par M. Piorry.

Dans les quatrième, cinquième et sixième, le même auteur décrit l'*anhématosie*, ou asphyxie considérée en général; l'*anhématosie abdominale*, par refoulement du diaphragme, et l'*anhématosie par l'écume et les liquides bronchiques*.

M. Piorry a traité aux mots : *hémite*, de l'inflammation du sang, ou du sang couenneux; *hémo-arthrite*, du rhumatisme articulaire; *pyohémie*, de la fièvre hectique, suite de résorption purulente; *entérorrhée pyohémique*, de l'entérite causée par le mélange du pus avec le sang; *toxicohémie*, de l'empoisonnement du sang; *typhohémie*, du typhus, fièvre typhoïde, ou altération du sang par les matières animales putrides.

M. Lhéritier, de son côté, a décrit aux mots anhématosie et loxicohémie, l'empoisonnement du sang par le gaz du charbon; *hémo-dermite-morbilleuse*, la rougeole, la scarlatine, la fièvre rouge; *laryngo-pathie* ulcéreuse, la phthisie laryngée; *métro-pathie cancéreuse*, le cancer de la matrice; *sclérème*, l'induration du tissu cellulaire des nouveau-nés.

Enfin, MM. Piorry et Lhéritier paraissent avoir fait ensemble les mémoires sur la *colihémie* ou ictère et *dermite varioleuse* ou variole.

Tous ces mémoires où, comme on doit bien le penser, les auteurs n'ont pu donner le dernier mot de la science, où même quelquefois les faits sont interprétés avec une facilité et une assurance qui peuvent laisser des doutes sur l'exactitude des inductions, contiennent une foule de documens très intéressans, d'observations de valeur, et doivent accélérer le mouvement qui porte aujourd'hui tant d'hommes avides de recherches nouvelles vers l'étude des altérations des fluides de l'économie, jusqu'ici si négligée.

RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES, ET PARTICULIÈREMENT SUR CETTE QUESTION: l'air en s'introduisant spontanément par une veine blessée pendant une opération chirurgicale peut-il causer subitement la mort? par J.-Z. AMUSSAT. — In-8. Chez G. Baillière. Paris 1839.

Après les nombreuses discussions qui se sont élevées dans le sein de l'Académie royale de médecine, à l'occasion de ce problème important de physiologie pathologique, nous n'aurons pas à revenir longuement sur un travail dont les principaux élémens se trouvèrent rendus publics à cette époque (1). M. Amussat a consigné dans ce mémoire les nombreuses expériences qui furent entreprises alors, et les résultats généraux auxquels il avait été conduit. On ne possède pas moins de 35 faits maintenant depuis que le phénomène a été établi. Sans doute il y en a un plus grand nombre, mais ils n'ont pas été publiés ou reconnus. D'un autre côté, on ne saurait mettre en doute que les veines n'aient été blessées un bien plus grand nombre de fois; mais il importe de ne pas oublier qu'il faut de nombreuses conditions pour que le phénomène se produise. Si nous groupons les faits nombreux relatifs soit aux expériences instituées chez les animaux, soit aux exemples recueillis chez l'homme, nous pourrons en déduire avec M. Amussat les conclusions générales suivantes :

1° On peut établir que l'introduction spontanée de l'air par une veine blessée près du sommet de la poitrine, sur des animaux de volume fort différent, produit presque toujours la mort d'une manière plus ou moins subite, c'est-à-dire dans un temps variable entre une minute et deux heures trente minutes. Cette dernière limite n'a pu être observée que chez les chevaux. Dans presque toutes ces expériences, les cavités droites du cœur contenaient seules du sang écumeux. Les poumons étaient sains; les veines du cerveau contenaient rarement quelques bulles d'air.

2° La déplétion des vaisseaux par la soustraction d'une certaine quantité de sang a une grande influence sur la promptitude des effets de l'introduction spontanée de l'air dans les veines. L'épuisement par la douleur a une grande influence. Il est bon de noter que l'affaiblissement par la fatigue, la vieillesse ou la maladie, n'ont pas le même résultat. Les expériences sur les chevaux prouvent que ce ne sont pas ceux qui sont le plus affaiblis en apparence qui résistent le moins.

(1) Voyez le Compte-rendu des séances de l'Académie de médecine, fin de 1837 et 1838, et spécialement le résumé général de la discussion (GAZ. MÉD., 1838, p. 97.

3° La canalisation des veines par une cause quelconque favorise singulièrement la production du phénomène.

4° L'introduction forcée et brusque de l'air dans les veines produit la mort avec une bien plus grande rapidité, puisque sur dix-huit animaux soumis à ce genre d'expérience la limite extrême (chez les chevaux) a été de 16 minutes.

5° Dans l'introduction forcée et lente de l'air dans les veines, les phénomènes sont les mêmes que par l'introduction forcée et brusque, seulement la mort est plus lente; elle est en rapport avec l'introduction ménagée de l'air, parce que l'harmonie des fonctions circulatoires et respiratoires n'est pas brusquement détruite.

Les moyens de remédier aux effets de l'introduction de l'air dans les veines avaient besoin d'être étudiés expérimentalement chez les animaux, de la même manière que les circonstances qui favorisent ou aggravent ces accidens. M. Amussat est arrivé de la sorte à de nouvelles conclusions, dont les applications pratiques chez l'homme se trouvent immédiatement justifiées.

Dans cette seconde série de faits difficiles à classer, il était nécessaire de choisir avec sévérité et d'établir des catégories; dans une première section ont été réunis les faits regardés comme irrécusables; ceux dans lesquels le bruit particulier, les symptômes, la mort et les lésions cadavériques sont les mêmes que dans les expériences sur les animaux. Ces faits irrécusables sont au nombre de 10, 9 sur l'homme, 1 sur le cheval.

Dans la deuxième catégorie se rangent tous les cas analogues aux précédens, auxquels il ne manque que l'ouverture du corps pour les rendre aussi irrécusables que ceux de la première catégorie. Ces faits sont au nombre de 6.

Dans la troisième, M. Amussat a classé les faits de guérison : ils sont au nombre de 14, 12 sur l'homme, 2 sur le cheval.

La quatrième renferme les cas douteux au nombre de 5.

Enfin, la cinquième catégorie comprend les faits par blessures du cou et introduction de l'air dans les veines: ils sont au nombre de 2.

Quant à la théorie du phénomène, M. Amussat a cherché à l'établir, soit par l'observation de ce qui s'est passé dans les différens faits connus, soit par l'expérimentation sur les animaux ou sur le cadavre; il en arrive à ces conclusions:

1° Que pour première condition il faut que la veine ouverte soit béante dans un point de son étendue où a lieu le reflux du sang;

2° Que le mouvement d'aspiration de l'air ait lieu;

3° Que plus l'inspiration est forte, plus le phénomène de l'introduction de l'air est marqué.

L'ouvrage se termine par d'importantes déductions pratiques, corollaires nécessaires des faits, des expériences et des théories; c'est la partie prophylactique et thérapeutique.

Le moyen le plus sûr d'empêcher l'accident d'avoir lieu quand on pratique une opération chirurgicale dans cette région du corps, c'est de faire comprimer la veine principale entre le cœur et la partie sur laquelle on opère. Lorsque l'accident arrive, il faut le faire cesser le plus promptement possible, en bouchant l'ouverture de la veine. Si le malade ne revient pas promptement à lui, il est urgent de fermer définitivement l'ouverture de la veine, ou de détruire simplement la canalisation du vaisseau par l'aplatissement de ses parois, etc.

Dans un court appendice, M. Amussat a rassemblé des cas de morts subites après l'accouchement attribuées à l'entrée de l'air dans les veines. Ces derniers faits ne nous paraissent point encore décrits; seulement ils fixeront à l'avenir l'attention des praticiens et les porteront à éclairer par de nouvelles recherches cette importante question.

Enfin, dans une notice bibliographique se trouve l'indication de tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, depuis Redi (1667) jusqu'à nos jours (1); ce qui met le dernier sceau à un des beaux travaux de physiologie expérimentale entrepris et achevés de nos jours.

(1) Aux ouvrages cités par M. Amussat, on ajoutera la thèse du docteur Cormack soutenue en 1837, à l'université d'Edimbourg : ON THE PRESENCE OF AIR IN THE ORGANS OF CIRCULATION. Edinburgh, 1837.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Orthopédie sous-cutanée. — Mémoire sur la véritable cause et le mécanisme de l'incontinence, de la rétention et du regorgement d'urine chez les vieillards. — Sur l'emploi du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux fièvres intermittentes. — II. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 26 mai. — III. Correspondance médicale. Histoire remarquable d'une hydropisie probable de l'ovaire, prise pour diverses tumeurs de cet organe ou de l'abdomen, suivies de réflexions sur la difficulté du diagnostic des tumeurs qui se développent dans le ventre. — IV. Revue bibliographique. Nouveaux élémens de philosophie médicale et scientifique. — Essai sur les harmonies physiologiques. — Considérations générales sur l'état de la médecine. — De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux. — Traité de pharmacologie, de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicamens. — Traité élémentaire de pharmacologie. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Lettres sur l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine en France (2e lettre).

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

ORTHOPÉDIE SOUS-CUTANÉE.

Nous empruntons l'article qu'on va lire au dernier numéro de la Gazette des Médecins-Praticiens. Voici quelques courtes explications au sujet de cet article :

M. le docteur Philips, collaborateur et ami de M. Dieffenbach, vient de publier, à Berlin, une brochure, écrite en français, sur les opérations de ténotomie et de myotomie pratiquées depuis quelque temps par ce chirurgien. Cette brochure, dont nous n'avons en jusqu'ici connaissance que par un extrait inséré dans l'avant-dernier numéro de la Gazette des Médecins-Praticiens, tranche, de la manière la plus étonnante, toutes les questions d'invention et de priorité au sujet de la méthode sous-cutanée et des nombreuses applications dont elle a été l'objet dans ces derniers temps. Si nous nous en rapportons à l'extrait publié par la Gazette des Médecins-Praticiens, M. Dieffenbach se déclarerait, par la plume de son officieux secrétaire, l'inventeur de tout ce qui a été fait jusqu'ici par cette méthode. En attendant que nous sonmettions nous-mêmes les curieuses prétentions du professeur de Berlin à un examen détaillé, nous sommes heureux de pouvoir leur opposer provisoirement l'article que nous trouvons dans le journal même qui les a fait connaître : c'est un puissant correctif, dont nous savons gré à l'impartialité éclairée de notre honorable confrère M. Latour. Voici son article :

« Nous avons donné, sons ce titre, dans l'avant-dernier numéro, un fragment d'un opuscule français, publié en Allemagne, intitulé : Chirurgie de M. Dieffenbach; par M. Ch. Philips, collaborateur du professeur de Berlin. Nous avons inséré cet extrait sans examen ni commentaire, et simplement comme document d'histoire chirurgicale contemporaine, laissant aux auteurs la responsabilité de leurs assertions. Toutefois, comme cet article paraît rédigé sous l'influence d'une partialité nationale et personnelle, qui a excité de la surprise parmi les chirurgiens français, il nous importe d'aller nous-mêmes au-devant des réclamations dont il pourrait être l'objet, et de rétablir la vérité historique des faits.

» Il est dit dans le fragment du médecin de Berlin que M. Stromeyer est le père de la *théorie ingénieuse* des sections sous-cutanées des muscles pour la guérison des difformités, et que cette théorie *a reçu son baptême par le sang* que M. Dieffenbach, *l'audacieux* chirurgien allemand, a fait couler, en exécutant, le premier, ces *terribles* opérations. Ce premier passage contient deux erreurs : 1° M. Stromeyer n'a point fait de théorie générale sur les opérations sous-cutanées; il s'est borné à répéter avec succès, et avec quelques modifications manuelles, la sec-

Feuilleton.

LETTRES SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

(Deuxième lettre. — Voir le numéro précédent.)

Faut-il augmenter le nombre des Facultés de médecine en France ?

Monsieur le rédacteur,

Dans notre première lettre, nous avons cherché à établir, d'après ce que doit être une Faculté de médecine, et par l'histoire du passé, qu'il ne pouvait et ne devait y avoir qu'un petit nombre de Facultés de médecine en France, au plus les trois qui y existent aujourd'hui.

Dans celle-ci, nous allons examiner si, en égard aux deux fonctions qu'ont à remplir les Facultés, *enseigner la médecine* et *graduer les docteurs*, il y a *nécessité* ou au moins *avantage* à en augmenter le nombre.

Nous commencerons par ce qui est des *réceptions*, parce que la fonction de *graduer* est la plus importante, comme étant exclusive aux Facultés, celle pour laquelle elles ne peuvent être suppleées.

Y a-t-il *nécessité*, ou au moins *avantage* à créer de nouvelles Facultés de médecine, sous le point de vue du conférément *des grades*, sous le point de vue *des réceptions?*

Nous n'hésitons pas à répondre négativement.

1° Il est certain que depuis trente-sept ans, époque du rétablissement des grades, les Facultés actuelles ont suffi pour satisfaire à tous les besoins des réceptions. En aucun temps, pendant cette période de trente-sept ans, les candidats au doctorat n'ont été dans les Facultés en nombre tel qu'il y ait eu obligation aux Facultés de doubler les heures de leur service, de prolonger ce service dans la nuit, d'abréger la durée des épreuves pour avoir le temps d'en faire un plus grand nombre, etc. La Faculté de *Paris*, qui, comme nous allons le dire, a toujours fait le plus grand nombre des réceptions, n'y a jamais consacré, et n'y consacre jamais que deux heures et un quart par jour; et chaque professeur n'est appelé à ce service que deux fois ou trois fois au plus par semaine. Cependant les épreuves sont au nombre de six; et la durée de l'épreuve est pour chaque candidat, de trois quarts d'heure aux quatre premiers examens, et d'une heure au cinquième examen et à la thèse.

2° Il est également certain que des trois Facultés actuelles, celle de *Paris* fait à elle seule plus de la moitié des réceptions; et qu'aucune des deux autres n'en fait assez pour que les droits représentent leurs dépenses. Ainsi, à *Paris* le chiffre des docteurs gradués par cette Faculté a, de 1823 à 1838, varié par an de 172 à 481. Ce chiffre, à *Montpellier*, n'a été, dans ce même intervalle de temps, que de 96 dans l'année où a été fait le moins de réceptions, et de 215 dans celle où on en a fait le plus. A *Strasbourg*, la différence a été plus grande encore; le

tion du tendon d'Achille pour le redressement du pied-bot. Mais cette opération est restée entre ses mains un fait isolé, empirique, dont les conséquences n'ont été développées et généralisées que plus tard et par des hommes étrangers à l'Allemagne. 2° M. Dieffenbach n'est pas le *premier* qui ait exécuté ces *terribles* opérations. De quelles opérations veut-on parler? Probablement de la section sous-cutanée des tendons et muscles autres que le tendon d'Achille, car cette dernière opération a précédé de longtemps M. Dieffenbach. Or, quels sont ces tendons et muscles? Quelques muscles du pied, du cou, du bras, de la hanche et du genou, de l'œil, de la poitrine, du dos, etc. On ne peut discuter en détail chacune de ces applications, qui ont été faites concurremment, depuis quelques années, par une foule de chirurgiens, dans toute l'Europe.

» Nous ferons une remarque seulement sur la section des muscles du *dos* et de la *hanche*, pour les déviations de l'épine et les luxations congéniales ou anciennes du fémur, qui semble aussi être attribuée pêle-mêle avec les autres à M. Dieffenbach. S'il s'agit d'applications, nous ne le contesterons pas, quoique nous les ayons ignorées jusqu'ici; mais s'il s'agit d'invention et de priorité nous sommes forcés de le nier. Tout le monde sait que c'est M. J. Guérin qui, *en fait*, a le *premier* pratiqué la section des muscles du dos et de la cuisse, et, *en principe*, établi la nécessité de ces opérations, déduite de la nature et des causes des difformités.

» Maintenant, examinons en général l'histoire de la ténotomie. S'il nous fallait apprécier la part qu'ont eue au développement de cette méthode MM. Stromeyer et Dieffenbach, nous dirions que le premier n'a fait qu'exécuter avec plus d'habileté opératoire et de précision et remettre en honneur une opération isolée, déjà connue, mais pratiquée par lui et après lui, de même qu'avant lui, comme moyen empirique borné à un seul tendon, sans point de départ rationnel et sans applications générales. C'est là qu'en sont restés ensuite les chirurgiens en répétant cette même opération. M. Dieffenbach, il est vrai, a fait, à ce qu'il paraît, un grand nombre de sections de tendons et des muscles; mais il partage l'honneur de ces applications avec une foule de chirurgiens français et étrangers. Ce qu'il importe de fixer, c'est le véritable point de départ de la constitution scientifique de la méthode et de l'établissement des principes qui ont inspiré, provoqué et démontré la nécessité de toutes ces applications. Or cette méthode scientifiquement et rationnellement considérée a pour base deux faits, à savoir :

» 1° Que presque toutes les difformités articulaires sont le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles du tronc et des membres; d'où résulte, par conséquent, comme conséquence pratique, la nécessité d'appliquer à toutes les difformités, quel que soit leur siége et leur forme, l'opération empiriquement circonscrite autrefois à peu près au seul tendon d'Achille.

» 2° Que les plaies sous-cutanées sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative; d'où la conséquence pratique qu'on peut, sans danger aucun, faire toutes les sections indiquées par la théorie.

» Par le premier de ces principes, on a su qu'il *fallait*, pour guérir les difformités, couper les muscles ou tendons; par le second, on a su qu'on le *pouvait*. Par là donc, on a eu une théorie et une pratique rationnelles, d'une valeur absolue et définitive, applicables à tous les cas connus et à connaître.

» Or, cette théorie et cette pratique sont authentiquement françaises, et appartiennent de droit à notre honorable confrère M. J. Guérin, dont le titre à la priorité et originalité sont publics et connus de tous, même en Allemagne.

» Quant aux opérations ténotomiques qui ont conduit à l'établissement scientifique de cette méthode, ou qui en ont été la conséquence plus ou moins directe, la chirurgie française peut se glorifier d'une masse de faits qui, s'il s'agit du nombre et de la variété, ne redoute aucune comparaison. Il suffit de rappeler les noms de Delpech, Dupuytren, de MM. Bouvier, Duval, Stœss, Velpeau, Serres, Blandin, J. Guérin. Ce dernier, par suite de sa position de chef d'établissement orthopédique et de chirurgien d'hôpital, a fait, depuis quatre ans seulement, plus de mille sections de muscles ou tendons du tronc et des membres. Mais, encore une fois, il ne s'agit pas ici de statistique, mais de l'origine et des principes de la ténotomie, et nous sommes fondés à dire que ce n'est ni à Berlin, ni autre part en Allemagne que cette belle méthode chirurgicale a été inventée, systématisée et scientifiquement démontrée.

» Voilà ce que la connaissance des faits permet d'opposer aux exagérations du collaborateur de M. Dieffenbach. »

NOTA. Nous n'avons pu jusqu'ici publier a[illegible]il les nombreuses opérations dont il est parlé dans l'article qui précède. Mais, pour ne laisser aucun prétexte d'ignorance à ceux qui auraient à enrégistrer les opérations de ténotomie, myotomie et de syndesmotomie, pratiquées jusqu'ici par la méthode sous-cutanée, nous indiquerons, par le nom seulement des parties divisées, celles des opérations que nous avons faites soit à l'hôpital, en présence du public, soit dans notre établissement, sous les yeux d'un ou de plusieurs médecins.

J'ai successivement divisé sous la peau, pour remédier à des difformités du tronc et des membres :

1° AU COU :

Le sterno-mastoïdien,
Le cléido-mastoïdien,
Le trapèze,
L'angulaire de l'omoplate,
Le splenius,
Le grand complexus,
Le cervical descendant.

2° AU DOS :

Le trapèze dans toute l'étendue de son insertion au scapulum,
Le rhomboïde dans toute l'étendue de son insertion au scapulum,
Le grand dorsal,
Les masses communes,
Le sacro-lombaire,
Le long dorsal,
Les faisceaux spinaux du long dorsal,
Les transversaires épineux, cervicaux, dorsaux et lombaires.

3° AUX MEMBRES SUPÉRIEURS :

Le deltoïde,
Le biceps brachial,
Le long supinateur,
Le radial antérieur,
Le cubital antérieur,
Le fléchisseur superficiel des doigts,
L'extenseur commun des doigts.

4° AUX MEMBRES INFÉRIEURS :

Le psoas-iliaque,
Le long-adducteur,
Le couturier,
Le droit antérieur,
Le tenseur du fascia-lata,
Les fessiers,
Le biceps,
Le demi-tendineux,
Le demi-membraneux,
Le droit interne,
Le tendon d'Achille,
Le jambier postérieur,
Les long et court fléchisseurs communs,
Les long et court fléchisseurs propres du gros orteil,
Le jambier antérieur,
Le long extenseur commun,
L'extenseur propre du gros orteil,
Les péroniers antérieurs et latéraux,
Le pédieux,
L'adducteur du gros orteil,
L'abducteur du petit orteil.

chiffre le plus haut des réceptions a été de 57, et le plus faible de 14. Dans un rapport de M. *Orfila*, sur le nombre comparatif des réceptions faites en 1839 dans chacune des trois Facultés, nous lisons que, tandis que la Faculté de *Paris* a, dans cette année 1839, gradué 429 docteurs, celle *Montpellier* n'en a gradué que 162, et celle de *Strasbourg*, 23. Or, qui pourra dire que la gradation de 23 docteurs à Strasbourg, plutôt qu'en une autre Faculté, soit une compensation suffisante à la dépense qu'impose à l'université et à l'état cette Faculté? et qui ne sent que si la Faculté de *Strasbourg* n'existait pas, et n'était pas utile sous d'autres rapports, il n'y aurait certainement pas lieu à la créer dans la seule vue de la réception de 23 docteurs?

Il est bien certain au moins qu'on ne peut prétendre que la tâche des Facultés de *Montpellier* et de *Strasbourg*, sous le point de vue des réceptions, soit trop lourde et nécessite qu'on l'allége par la création de nouvelles Facultés. Le chiffre moyen de ces réceptions est, par an, pour *Montpellier*, de 120 à 130, et pour *Strasbourg* de 25 à 40. Le doute ne peut tout au plus être soulevé que pour la Faculté de *Paris*. Or, ce que nous avons dit plus haut du temps que cette Faculté consacre par jour au service des réceptions, et de la tâche imposée à cet égard à chaque professeur par semaine, montre qu'il n'est pas davantage nécessaire pour elle de créer de nouvelles Facultés.

Peut-on croire d'ailleurs qu'une quatrième Faculté, une cinquième, une sixième auraient, pour diminuer la tâche imposée à la Faculté de Paris, plus de puissance que n'en ont actuellement les Facultés de *Montpellier* et de *Strasbourg*? Très vraisemblablement ces Facultés nouvelles ne gradueraient aussi chacune qu'un petit nombre de docteurs, un nombre bien inférieur à celui qui serait nécessaire pour que les droits de réception couvrissent leurs dépenses; et la Faculté de *Paris* conserverait toujours sous ce rapport sa prééminence. Où est, du reste, l'impérieuse nécessité de diminuer le nombre des réceptions qui se font à *Paris*? Les réceptions de *Paris* sont-elles, à raison de leur plus grand nombre, moins bien faites que dans les autres Facultés? C'est le contraire qui a lieu. Nous prouverons ci-après par des chiffres, que la Faculté de Paris est de toutes la plus sévère, et celle dont les réceptions offrent à la société le plus de garanties.

3° Nous venons de prouver que jusqu'à aujourd'hui les trois Facultés actuelles avaient suffi, et sans efforts, à faire les réceptions; et nous en concluons que si le nombre des réceptions restait ce qu'il a été pendant les trente-sept ans qui viennent de s'écouler, il n'y aurait pas *nécessité* sous ce rapport à créer de nouvelles Facultés. Mais combien cette conclusion sera plus légitime, si nous montrons que dans ces trente-sept années les candidats au doctorat ont été bien plus nombreux qu'ils ne le sont aujourd'hui, et que probablement ils ne seront jamais dans l'avenir!

C'est une croyance générale qu'il existe aujourd'hui plus de médecins que n'en exige la population actuelle de la France; il n'est presque pas de localités, dit-on, où il n'en soit établi plus que n'en réclament les besoins. Et de là, ajoute-t-on, la difficulté qu'éprouvent partout les médecins de se faire une position sociale qui compense les sacrifices d'études et d'argent qu'ils ont faits : de là, cette concurrence qui partout les embarrasse, et qui trop souvent conduit beaucoup d'entre eux à des actes qui déconsidèrent la profession.

A supposer que cette croyance soit trop légèrement acceptée, et que la concurrence dont se plaignent les médecins tienne moins à leur trop grand nombre,

5° LES APONÉVROSES:	Scapulo-huméraux,
Fascia lata et plantaire.	Coxo-fémoraux,
6° LIGAMENS:	Latéraux du genou,
	Tibio-astragaliens latéraux et postérieurs,
Sterno-claviculaire,	Capsule astragalo-scaphoïdienne,
	Scaphoïdo-cunéenne.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA VÉRITABLE CAUSE ET LE MÉCANISME DE L'INCONTINENCE, DE LA RÉTENTION ET DU REGORGEMENT D'URINE CHEZ LES VIEILLARDS; lu à l'Institut (Académie des sciences) le 10 juin 1839; par M. le docteur L. AUGUSTE MERCIER (1).

Chacun sait l'influence qu'ont toujours eue les doctrines médicales sur le traitement des maladies; aussi tout ce qui touche à la médecine, quelque indirectement que ce soit, touche au sort de l'humanité. Combattre des erreurs, c'est soustraire l'homme souffrant à des traitemens inutiles, ordinairement douloureux, souvent même funestes: à ces erreurs substituer la vérité, c'est faire plus encore, c'est indiquer les seules méthodes thérapeutiques véritablement efficaces. Je me proposais ce double but relativement à l'incontinence, à la rétention et au regorgement d'urine considérés spécialement chez les hommes âgés; mais réfléchissant que ce serait vous ravir un temps trop précieux, je me bornerai à la seconde partie de ma tâche; je n'essaierai donc pas de vous démontrer que ces graves maladies ne sont pas l'effet d'une paralysie de la vessie ou de son col, comme on le croit assez généralement; mais après vous avoir prié d'admettre pour un instant avec moi qu'elles dépendent de conditions matérielles, organiques, ce sont ces conditions et leur mode d'agir que je vais vous exposer.

Le symptôme le plus grave des maladies des voies urinaires, c'est la rétention d'urine; c'est elle qui, arrivée à des degrés divers, enfante, ainsi que j'espère le démontrer plus tard, presque toutes celles de ces affections qui assiègent la vieillesse. Nous ne devons donc pas être étonnés que tous les auteurs qui ont écrit sur les engorgemens de la prostate n'aient parlé que de la rétention d'urine, et quand ce symptôme n'existait pas, que la prostate fût hypertrophiée ou non, on n'y faisait nullement attention. Boyer, il est vrai, a dit, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE (t. IV, p. 482, 1805), avoir trouvé la *luette vésicale* très gonflée sur des cadavres dont la vessie n'était nullement distendue par l'urine; mais cette remarque, il l'a jetée, pour ainsi dire, en passant: il lui suffisait qu'il n'y eût pas rétention, et il n'a pas recherché s'il pouvait en résulter quelque autre dérangement. Sœmmering dit que la tuméfaction de la prostate détermine l'incontinence d'urine *lorsqu'elle dilate le col de la vessie* (TRAITÉ DES MALADIES DE LA VESSIE, etc., p. 122); mais il n'appuie cette assertion sur aucun fait, sur aucune autorité, sur aucun raisonnement. Comment se fait cette dilatation? il n'en dit pas un mot. D'ailleurs cette phrase prise dans un sens aussi absolu est une grave erreur; car je crois pouvoir démontrer que cette dilatation se présente dans tous les cas d'hypertrophie sans exception; et cependant combien de fois, au lieu d'incontinences, n'avons-nous pas des rétentions d'urine! D'autres auteurs ne parlent de l'incontinence des vieillards que pour en restreindre beaucoup trop la fréquence, ou plutôt pour l'expliquer d'une autre manière. Desault, par exemple, dit que chez eux l'incontinence est rare, et que ce n'est presque toujours qu'un regorgement (ŒUV. CHIR., t. III, p. 95). Cependant il admet, ainsi que les auteurs précédens, ainsi que Chopart et beaucoup d'autres encore, une incontinence produite par la paralysie des organes qui président à la rétention normale des urines.

Je n'admets pas cette prétendue paralysie de la vessie ou de son col quand elle ne coexiste pas avec l'affaiblissement ou la paralysie d'autres parties du corps; mais comme il existe réellement des vieillards qui laissent échapper involontairement leurs urines, sans qu'il y ait regorgement, je dis plus: *comme la plupart des vieillards affectés de rétention d'urine ont d'abord été tourmentés par une difficulté plus ou moins grande à retenir ce liquide*, circonstance à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'à présent, recherchons si l'anatomie ne peut pas nous rendre compte de ces phénomènes.

Dans un travail que je vais publier incessamment sur la disposition de la couche musculaire de la vessie et de son col, travail qui, si je ne m'abuse, ne laissera plus d'incertitude sur ce sujet, je démontre que le col de cet organe ne se ferme pas par un resserrement de tout les points de sa circonférence, mais par le rapprochement, la coaptation de ses deux moitiés latérales; en un mot, il représente une fente dirigée d'avant en arrière. Par l'hypertrophie antéro-postérieure des lobes latéraux de la prostate, cette fente augmente de longueur; mais on conçoit que tant que ses bords resteront en coaptation parfaite, l'urine sera retenue comme auparavant; de sorte qu'une hypertrophie même considérable de cette glande pourra survenir sans qu'il en résulte un changement notable dans l'excrétion de ce liquide. Mais maintenant supposons qu'un point quelconque de ces bords vienne à s'écarter, alors les urines s'y précipiteront, et si cet écartement est permanent et considérable, il y aura une incontinence complète. C'est précisément ce qui a lieu dans beaucoup de circonstances.

Supposons qu'un corps s'interpose entre les deux bords du col vésical, à leur extrémité postérieure, et les tienne éloignés, alors au lieu d'une fente, nous aurons une ouverture triangulaire dont la base sera tournée en arrière, le sommet dirigé en avant et par l'aire de laquelle l'urine s'échappera d'autant plus facilement que l'écartement des bords latéraux sera plus grand et leur rapprochement moins possible. C'est précisément cet écartement que produit l'hypertrophie de la portion transversale, ou lobe moyen de la prostate; c'est là la cause ordinaire de l'incontinence d'urine qui afflige les vieillards, et c'est là ce qui m'a fait dire, il y a déjà plusieurs années (BULLET. DE LA SOC. ANAT., fév. 1836), que l'hypertrophie générale et uniforme de la prostate s'accompagnait *plutôt* d'incontinence que de rétention d'urine. Ainsi, cette portion de la glande qui dans l'état ordinaire est si petite qu'on peut à peine la mettre en évi-

(1) Ce mémoire est un chapitre abrégé d'un ouvrage qui va paraître incessamment sous ce titre: RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES ET GÉNITAUX CONSIDÉRÉES SPÉCIALEMENT CHEZ LES VIEILLARDS.

---

qu'à leur dissémination inégale sur le territoire, et à leur concentration sur quelques points et particulièrement dans les villes; au moins est-il certain, que dans les douze dernières années on a gradué beaucoup plus de médecins qu'on ne l'avait fait dans les années précédentes, et qu'un plus grand nombre de personnes avaient dans ces douze dernières années embrassé la carrière de la médecine. Des chiffres sur le nombre des inscriptions prises et des réceptions faites dans chacune de nos trois Facultés, de 1823 à 1830 d'une part, et de 1830 à 1837 d'autre part vont prouver notre assertion.

De 1823 à 1830, la Faculté de médecine de Paris a gradué, par an, de 172 docteurs, chiffre le plus bas, à 300, chiffre le plus élevé. Ses inscriptions dans le même intervalle de temps ont été, au commencement de cette période, de 2,536, et à la fin de 5,390. Or, de 1830 à 1837, l'augmentation a toujours été progressive et est arrivée à un chiffre double: les *réceptions*, par exemple, n'ont jamais été moindres de 300, chiffre le plus élevé de la période précédente, et on les a vu s'élever jusqu'à 481. Les *inscriptions* qui en 1826 n'étaient que de 2,536 se sont élevées en 1835 jusqu'à 8,271, c'est-à-dire sont arrivées à être triples de ce qu'elles étaient au commencement de la première période, et presque doubles de ce qu'elles étaient au commencement de la seconde.

Le même fait statistique se montre dans les deux autres Facultés. De 1820 à 1830, le chiffre des *réceptions* à la Faculté de *Montpellier* a varié de 96 à 131; et depuis 1830 les réceptions n'ont jamais été moindres de 105, et en 1837 elles se sont élevées à 215. Nous ne pouvons pas indiquer le chiffre des *inscriptions*; nous n'avons pas eu le temps de nous le procurer; mais le parallèle du chiffre des épreuves de réception subies devant la Faculté de *Montpellier*, antérieurement et postérieurement à 1830, suffit pour nous prouver que le nombre des élèves y est allé aussi en augmentant. Le chiffre de ces épreuves qui avant 1830 n'avait jamais été supérieur à 639, à partir de 1830 est allé toujours en augmentant; successivement il a été de 820 en 1831, de 949 en 1833, de 1,104 en 1836, de 1,346 en 1837.

Enfin, il en a été de même encore à la Faculté de *Strasbourg*; les *réceptions* à cette faculté n'avaient été que de 14 en 1820, de 19 en 1821, de 21 en 1823, etc. A partir de 1830, elles n'ont jamais été moindres de 22, et elles se sont souvent élevées à 30, 37, 39. Les *inscriptions*, qui, en 1826, n'étaient que de 82, sont allées chaque année en augmentant, et, en 1835, elles se sont élevées à 173.

Ainsi, l'on peut admettre comme chose certaine, que le nombre des élèves en médecine a presque doublé dans les dix et douze années qui ont précédé 1837. Ce fait n'avait pas échappé à l'Université, et trouvant cette direction vers la carrière de la médecine exagérée et en disproportion avec les besoins, elle a cherché à la réprimer; mais elle n'a employé pour cela que des moyens libéraux et dignes de notre époque. Elle a imposé à l'étude de la médecine et au grade de docteur des conditions scientifiques qui avaient existé déjà antécédemment, mais qu'on avait supprimées en 1830, et que réclamait, d'ailleurs, la nature élevée du grade de docteur. Outre le grade de bachelier ès-lettres, pour être inscrit élève en médecine dans une Faculté, elle a exigé le baccalauréat ès-sciences pour que l'élève puisse prendre au-delà de la cinquième inscription, et soit admis à subir le premier examen du doctorat. Ainsi, garantie a été acquise que désormais il ne se destinerait au doctorat que des jeunes gens ayant fait leurs humanités, ayant

dence, prend assez souvent un accroissement considérable chez les hommes âgés; par son accroissement dans le sens transversal, elle éloigne les lobes latéraux l'un de l'autre, et *quelle que soit sa forme, si elle ne recouvre pas l'orifice de l'urètre à la manière d'une soupape, elle dispose à l'incontinence d'urine.* Cette incontinence sera plus ou moins grande, suivant le degré d'écartement, et suivant la densité du tissu hypertrophié; car si ce tissu est mou, il pourra céder assez facilement aux puissances musculaires qui le compriment.

L'hypertrophie de la portion transversale n'est pas la seule qui puisse produire l'infirmité dont nous parlons; j'ai vu, mais bien plus rarement, les lobes latéraux, en s'hypertrophiant, faire tous deux saillie du côté de l'urètre, et former deux éminences adossées par leur sommet, de sorte qu'au dessus d'elles les bords latéraux du col vésical se trouvaient écartés de la même manière que deux cylindres qui se touchent déterminent un sillon au-dessus et au-dessous de leur ligne de contact. Ainsi *les portions latérales, en s'hypertrophiant toutes deux du côté de l'urètre, produisent elles-mêmes l'écartement de leur partie supérieure, et déterminent un infundibulum par lequel l'urine s'échappe avec facilité et spontanément.*

Il est inutile de dire que dans le premier cas l'accroissement antero-postérieur des lobes latéraux augmentera la disposition à l'incontinence en rendant plus grande la distance du sommet de l'ouverture triangulaire dont j'ai parlé à sa base, et qu'il en sera de même dans le second cas, si la portion transversale vient à s'hypertrophier, parce qu'alors elle écartera les bords latéraux de l'orifice uretro-vésical, et favorisera la formation de l'infundibulum.

Je ne ferai que signaler ici l'incontinence d'urine résultant d'ulcérations de la prostate, soit spontanées, soit causées par des calculs ou par des sondes. Il suffit que ces ulcérations envahissent la portion de l'urètre qui avoisine la vessie pour livrer à l'urine un écoulement involontaire. C'est un fait trop facile à comprendre pour qu'il soit besoin de s'y arrêter. Je passe maintenant à la rétention d'urine.

La rétention, comme l'incontinence, peut être causée par une hypertrophie soit de la portion transversale, soit des portions latérales de la prostrate.

Tout accroissement de la portion transversale pourra produire ce phénomène dès qu'il sera capable de fermer l'urètre non par une sorte de resserrement, de stricture, comme le disent les Anglais, mais à la manière d'une soupape. Quand cette hypertrophie s'est manifestée sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, s'élevant derrière le col de la vessie, s'inclinant en avant au-dessus de l'orifice urétral, et y restant d'autant plus fortement appliquée que l'urine fait plus d'efforts pour sortir, ce mécanisme de soupape est ou ne peut plus évident. Tous ceux qui ont écrit sur les caroncules, les carnosités, les polypes, les fongus, les squirrhes, les tumeurs de la prostate, etc., l'ont connu. Souvent, dans ces cas, la rétention survient brusquement et à une époque seulement où la tumeur est déjà parvenue à un développement qui semblerait incompatible avec l'écoulement libre des urines. Ce sont ces rétentions brusques et que rien ne faisait prévoir qui souvent ont fait croire à tort qu'un calcul vésical oblitérait l'urètre. Voici comment ce phénomène se produit : Tant que la tumeur s'élève verticalement, elle ne ferme pas le canal; mais supposons que peu à peu l'écoulement de l'urine l'incline en avant, il pourra venir un temps où tout à coup l'impulsion du courant l'appliquera contre l'orifice urétro-cystique et l'obstruera complètement. C'est ce qui fait que bien des fois c'est pendant l'émission même de l'urine que son cours se trouve interrompu; c'est ce qui fait aussi que chez certains malades cette fonction s'exécute d'autant moins bien qu'ils font plus d'efforts pour l'activer. D'autres fois c'est pendant le sommeil que l'urine en s'accumulant presse de plus en plus sur la tumeur déjà préalablement inclinée en avant, et l'applique contre le col vésical. Alors le malade qui avait uriné avant de se coucher se réveille avec une rétention complète. Dans d'autres circoustances l'ischurie survient pendant qu'il existe une accumulation de matières fécales dans le rectum. Beaucoup de chirurgiens pensent qu'elle est due à la compression de l'urètre par les matières; c'est une erreur. La portion prostatique de ce canal ne se rétrécit pas par l'engorgement de la glande; au contraire, son diamètre antéro-postérieur ou coccy-pubien acquiert une étendue plus considérable. En outre, comme cette portion traverse un tissu doué d'une certaine résistance, elle ne peut s'aplatir ainsi d'avant en arrière; ses bords s'écarteraient plutôt comme ceux d'une boutonnière dont on rapprocherait les extrémités. L'accomulation des matières, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus, peut bien gêner le cours de l'urine en comprimant la portion membraneuse; mais il faudrait que cette compression fût bien forte pour empêcher que ce liquide, une fois engagé dans la portion prostatique, se trouvât dans l'impossibilité absolue de s'écouler au-delà; d'ailleurs son cours se rétablirait aussitôt que le rectum serait débarrassé.

Voici une manière plus rationnelle, ce me semble, d'expliquer comment la constipation produit quelquefois, chez les vieillards, une rétention d'urine qui persiste presque toujours, lors même que la cause déterminante a cessé d'agir. Supposons qu'une tumeur s'élève verticalement derrière le col de la vessie; elle n'en oblitérera pas l'orifice. Mais la prostate n'est pas complètement immobile dans le lieu qu'elle occupe; une accumulation de matières, dans le rectum, surtout si elle se fait au-dessus de l'anneau musculaire d'O-Beirn, pourra donc faire faire à cette glande une espèce de bascule, porter plus en avant son extrémité supérieure, et incliner, par conséquent, la tumeur dans le même sens. Celle-ci se trouve alors dans les conditions dont j'ai parlé plus haut; l'impulsion de l'urine achève de l'appliquer contre l'orifice urétral et l'y maintient assez longtemps pour que dorénavant elle ne tende plus à reprendre sa position verticale.

C'est probablement aussi de la sorte qu'agissent l'usage des boissons abondantes ou diurétiques et une trop longue résistance au besoin d'uriner. La vessie se distend, et du moment que son centre de sphéricité a dépassé le bord supérieur des pubis, elle tend à se porter de plus en plus en haut et en avant, et entraîne la prostate dans le même sens, de la même manière qu'à une certaine époque de la gestation, la matrice entraîne la partie la plus élevée du vagin. Nous retrouvons alors les mêmes conditions que dans le cas précédent, c'est-à-dire que, la prostate s'élevant plus en arrière qu'en avant, à cause de ses attaches aux pubis, la tumeur prostatique s'incline plus en avant, et donne plus de prise à l'impulsion de l'urine lorsque ce liquide tend à s'échapper.

Ces considérations sont peut-être bien longues, mais elles étaient nécessaires pour démontrer que toutes ces particularités, qui étaient si souvent causes d'erreurs, parce qu'on ne les avait pas expliquées, se passent d'après les règles de la mécanique la plus simple.

---

la connaissance des langues anciennes, et par conséquent le pouvoir de puiser aux sources de l'antiquité; que des élèves ayant étudié les diverses sciences avec lesquelles la médecine a des points de contact si multipliés. Ainsi, a certainement été perfectionné le personnel futur des candidats au doctorat.

Mais de ces mesures il est résulte cet autre grand avantage, que la carrière de la médecine a été délaissée par les jeunes gens qui manquaient de l'éducation première nécessaire à l'etude de cette science, et que le nombre des élèves en médecine a depuis lors beaucoup diminué. Des chiffres vont encore fournir la preuve de cette assertion. Dans le rapport cité, cité plus haut, de M. Orfila, nous lisons qu'en 1835 1522 élèves nouveaux se sont présentés aux trois Facultes de médecine et aux dix-huit écoles secondaires de médecine, pour y commencer l'étude de cette profession. Or, en 1837, époque à laquelle fut exigé le baccalauréat ès-sciences, ce nombre était déjà diminué de plus de moitié; il n'était plus que de 744. En novembre 1839, ce nombre n'était plus que de 596; la diminution était presque des deux tiers. Sur un relevé des premières inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris dans chacune des huit dernières années, nous voyons, que le chiffre de ces inscriptions, qui, en 1834, était de 1,022, et en 1835, de 825, à partir de 1837 a été moindre de moitié, et depuis est allé toujours en diminuant; de 345 en 1837, ce chiffre n'a été que de 293 en 1838, et de 291 en 1839.

Nous pouvons donc admettre, que les candidats au doctorat sont aujourd'hui en moindre nombre qu'ils n'ont été il y a dix ans; qu'il est probable que ce nombre n'augmentera pas dans l'avenir, si on maintient la condition des baccalauréats; et surtout qu'il est désirable que ce nombre n'augmente pas. Or, si les trois Facultés actuelles ont suffi pour faire les réceptions dans un temps où ces réceptions étaient doubles, triples en nombre de ce qu'elles sont aujourd'hui et de ce qu'elles seront à l'avenir, à plus forte raison suffiront-elles aujourd'hui; et conséquemment il n'y a pas nécessité à augmenter, sous le point de vue des réceptions, le nombre des Facultés.

4° Pour justifier la nécessité de créer de nouvelles Facultés, on a parlé de deux éventualités qui, dit-on, doivent être réalisées dans la future loi sur la médecine, et qui multiplieraient les actes de réception. Ces deux éventualités seraient la suppression des officiers de santé, et l'addition d'un ou de deux examens aux épreuves du doctorat. Si, d'un côté, il ne doit plus y avoir que des docteurs, tous les élèves qui auparavant bornaient leurs études à se faire recevoir officiers de santé aspireront à se faire graduer docteurs, et de là une grande augmentation dans les actes de réception. D'un autre côté, ces actes augmenteraient aussi, si les épreuves qui aujourd'hui sont au nombre de six, sont portées au nombre de sept ou huit.

Voici nos réponses à ces deux objections :

En premier lieu, c'est une grave question de législation que de savoir : s'il ne faut admettre dans notre art qu'un seul ordre de médecins, et s'il ne faut graduer pour son exercice que des docteurs. Sans aucun doute, s'il y a possibilité de faire faire le service de la médecine en France exclusivement par des docteurs, il n'y a pas à hésiter; il vaut certainement mieux ne confier la santé des hommes qu'à ceux qui ont donné le plus de garantie d'études et de science. Mais la question est de savoir si la chose est possible et praticable : aura-t-on assez de docteurs pour tous les lieux? Des docteurs se résigneront-ils à se confiner en des localites qui ne pourront leur offrir en lucre, en considération, l'équivalent de leurs

La rétention d'urine produite par les tumeurs de la portion transversale de la prostate, peut être précédée d'incontinence, par les raisons que j'ai déjà indiquées; mais c'est surtout dans le cas que je vais examiner que cette succession se manifeste.

Nous avons vu qu'en se développant d'un côté à l'autre, la portion moyenne de la prostate écarte les lobes latéraux et donne à l'orifice vésical de l'urètre une forme triangulaire, qui permet à l'urine de s'échapper involontairement; mais, en même temps, cette portion se développe dans les autres sens, et notamment en avant, où elle forme une espèce de valvule tendue transversalement au-dessus de la partie postérieure du col. Plus cette valvule s'accroît, plus les lobes latéraux s'écartent en arrière, mais plus aussi la base du triangle se rapproche du sommet; il arrive même un temps où elle l'atteint et où l'orifice vésical, au lieu d'une fente antéro-postérieure, représente une courbe, ou une ligne presque droite, dirigées d'un côté à l'autre. Alors la valvule ou moitié postérieure du col s'applique sur la moitié antérieure, l'urètre se trouve fermé, et c'est ainsi que la rétention d'urine succède à l'incontinence.

Cette forme se rencontre très fréquemment, et c'est certainement elle qui en a le plus souvent imposé, et a fait croire à une paralysie essentielle de la vessie; voici pourquoi : la première cause d'erreur, c'est que ce mode d'hypertrophie ne fait pas une saillie bien sensible du côté de la vessie; la seconde, c'est qu'en faisant l'autopsie, on fend longitudinalement l'urètre sur sa paroi antérieure, qu'on prolonge l'incision jusqu'au sommet de la vessie et qu'on écarte ensuite les deux parties latérales; alors la valvule, se trouvant tiraillée d'un côté à l'autre, perd dans le sens antéro-postérieur ce qu'elle gagne dans le sens transversal, et n'est plus assez saillante pour frapper les yeux de personnes non prevenues, et surtout pour leur rendre compte de la rétention d'urine. Il faut pour cela, avant d'ouvrir l'urètre, inciser la paroi antérieure de la vessie sur la ligne médiane jusqu'au col exclusivement; alors on voit parfaitement comment la valvule ferme complètement l'orifice.

L'hypertrophie des portions latérales de la prostate peut également produire la rétention d'urine sous deux formes différentes. La première, c'est lorsqu'il s'élève dans la cavité vésicale des tumeurs semblables à celles que nous avons vues, il n'y a qu'un instant, sur la portion moyenne. Comme ces dernières, elles s'opposent à l'excrétion urinaire en s'abaissant sur le col de la vessie, à la manière d'une soupape. Cette forme est la plus rare de toutes. La seconde consiste dans le développement d'une des portions latérales du côté de l'urètre, de manière à déformer ce canal, à le dévier du côté opposé. Certainement ces deux portions de la glande exercent l'une sur l'autre une pression manifeste, puisque celle qui est le siége du développement morbide creuse, pour ainsi dire, l'autre portion; mais dans les cas où, sans autre complication, ces deux lobes sont fortement et également hypertrophiés, et doivent, par conséquent, exercer l'un sur l'autre une pression considérable, il n'en résulte qu'une difficulté, et non une impossibilité d'uriner. Je pense que, dans ces cas, la rétention a encore lieu par un mécanisme de soupape. Comme le canal est dévié latéralement, le bord du col, qui correspond au côté vers lequel la déviation s'est opérée, appuie sur la partie convexe de la paroi opposée, et s'y trouve pressée par l'impulsion de l'urine qui tend à s'échapper. Mais, ainsi qu'on peut le concevoir, cette coaptation n'est pas aussi exacte que lorsque c'est une tumeur qui forme valvule; aussi arrive-t-il souvent de grandes variations dans l'excrétion urinaire. Il est rare alors que la rétention soit continue : souvent elle cesse pour reparaître ensuite.

D'ailleurs, c'est ici le lieu de faire une remarque très importante, c'est que, si je n'admets pas de paralysie essentielle de la vessie, je suis bien loin de nier que l'inflammation, l'épaississement, et la désorganisation de la tunique charnue ne puissent anéantir sa contractilité. Or, ces accidens succèdant souvent à la dysurie, on conçoit comment, l'obstacle restant le même, la vessie peut lutter contre lui avec des degrés d'énergie très variables. C'est pour n'avoir pas fait attention à cette espèce de solidarité que beaucoup d'idées fausses se sont vulgarisées. Les guérisseurs de caroncules, de carnosités, etc., ne voyaient toujours qu'obstacles; d'autres ne voient que paralysies.

En résumé, l'incontinence et la rétention d'urine dont les vieillards sont si souvent affectés, dépendent presque toujours de la même cause, d'un développement morbide de la prostate. Je me permettrai de faire à ce sujet une citation qui prouve combien on s'expose à tomber dans l'erreur quand on veut pousser trop loin la recherche des causes finales. Un auteur justement célèbre a dit que « la rétention d'urine, lorsqu'elle est incomplète, doit être considérée comme salutaire, puisqu'elle prévient l'incontinence, qui, sans cela, aurait presque constamment lieu chez les vieillards. » (A. Cooper. LECTURES ON THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF SURGERY. London, 1835, pag. 482.) Or, je le demande, sir A. Cooper aurait-il tenu pareil langage s'il eût su que ces deux affections, si différentes, tiennent à la même cause, et dépendent de modifications de formes très souvent insignifiantes, de telle sorte que, *quand un homme âgé a de la peine à retenir ses urines et se trouve forcé de les laisser écouler aussitôt que le premier besoin s'en fait sentir, on doit craindre très fort de voir tôt ou tard cet homme dans l'impossibilité de les rendre.*

Quand la maladie en est venue à ce point, très souvent il arrive que la vessie se laisse distendre de plus en plus, et elle se romprait plutôt que de laisser écouler spontanément quelques gouttes de liquide; mais telle n'est pas toujours la marche de cette affection. Dans beaucoup de cas, lorsque la vessie est arrivée à un certain degré de distension, on voit l'urine s'écouler goutte à goutte et continuellement, sans que dorénavant le réservoir qui la contient augmente ou diminue d'une manière sensible; en un mot, il y a *regorgement*. Voici l'explication de ces différences; quand la vessie est très distendue, chacun des points du pourtour de son col se trouvent tirés en sens contraires et tendent à s'éloigner les uns des autres. Je suppose donc que la partie moyenne de la prostate n'ait acquis en volume que précisément ce qu'il faut pour oblitérer l'orifice urétral; n'est-il pas clair que, si cette proéminence est tirée en arrière, alors le col, en partie dégagé, donnera passage au liquide? Mais il n'est pas moins évident aussi que, du moment que ce liquide se sera écoulé en suffisante quantité pour que la saillie morbide soit revenue à sa première place, l'écoulement cessera pour reparaître aussitôt que la quantité d'urine accumulée aura tant soit peu augmenté. Mais il n'en sera plus de même quand l'hypertrophie sera assez considérable pour que le faible déplacement susceptible de se produire dans ces circonstances ne suffise pas pour désobstruer le col. Aussi la rétention d'urine est-elle presque toujours complète, quand elle a été amenée par des tumeurs volumineuses, développées sur la portion transversale de la prostate.

Il serait difficile de réduire ce que je viens de dire à des propositions

---

longues études, de leurs grands sacrifices? Voudront-ils accepter la vie pénible qui leur sera imposée? N'est-il pas à craindre qu'en ne reconnaissant qu'un seul degré, on ne rapetisse le titre de docteur? Sans vouloir aborder ici cette grande question, s'il faut ou supprimer tout à fait les officiers de santé et n'avoir que des docteurs, ou conserver les officiers de santé, mais en les améliorant; au moins est-il sûr que la question est difficile, controversable, et n'est pas encore tranchée.

En second lieu, en admettant qu'on supprime les officiers de santé, il ne faut pas en conclure que le chiffre des candidats au doctorat s'augmentera de tous ceux qui se bornaient à obtenir ce titre inférieur. Il ne faut pas croire que tous les candidats actuels au titre d'officier de santé aspireront alors à celui de docteur. Ce serait un malheur, car alors le nombre des médecins resterait supérieur aux besoins de la population, et les embarras résultant d'une trop grande concurrence ne seraient pas prévenus. Mais il n'en sera pas ainsi : la suppression des jurys médicaux et du titre d'officier de santé aura exclusivement pour conséquence, de repousser de la carrière médicale une classe d'hommes, la plupart illettrés, qui aujourd'hui n'y prétendent qu'à un titre subalterne; la classe des candidats au doctorat ne s'en augmentera pas, ou ne s'en augmentera que de bien peu; l'exigence des baccalauréats ès-lettres et ès-sciences y mettra toujours obstacle; et du moins il est désirable qu'il en soit ainsi.

Enfin, en admettant qu'une partie des candidats actuels au titre d'officier de santé aspire désormais au doctorat, sans doute il faudra alors : 1° Que ces candidats fassent des études médicales supérieures à celles qu'ils font aujourd'hui; 2° qu'ils soient aussi gradués. Mais, d'une part, nous pensons que des écoles secondaires de médecine, disséminées en plus grand nombre sur le territoire de la France, plus rapprochées de ces candidats, dans lesquelles ils pourront séjourner à moins de frais, seront plus propres que des Facultés à leur donner l'instruction qui les rendra dignes du titre de docteur. Et, d'autre part, nous pensons que le nombre d'officiers de santé se faisant recevoir docteurs ne sera jamais assez considérable pour que la tâche des réceptions en soit par trop augmentée, devienne impossible aux Facultés actuelles, et nécessite la création de nouvelles Facultés.

Voilà pour la première éventualité, la suppression des *officiers de santé*. Quant à la seconde, l'*augmentation des épreuves de la réception*, il est certain que le nombre actuel des épreuves n'est pas suffisant; qu'en un même examen, on a réuni plusieurs sciences, qui chacune, par leur étendue et leur importance, mériteraient un examen separé : dans les projets soumis à l'Université par les Facultes pour les ameliorations à apporter aux réceptions, toutes ont demandé au moins un examen de plus, consacré aux *accouchemens*; et il est à désirer que ce nouvel examen soit ordonné. Ainsi s'augmenterait le service des réceptions, quand bien même le nombre des candidats au doctorat resterait le même.

Mais, de cette augmentation ne résulterait pas encore la nécessité de créer de nouvelles Facultés. S'il y a besoin d'augmenter le nombre des examens, il n'est pas moins nécessaire d'augmenter le temps de la scholarité. Il est certain que quatre années ne suffisent pas pour l'étude des nombreuses sciences dont se compose l'enseignement médical; dans cet intervalle de quatre ans, un élève ne peut pas, non-seulement étudier suffisamment les objets si étendus, si variés, qui lui sont en-

générales, sans s'exposer à voir surgir de nombreuses exceptions. Cependant s'il est bon de résumer en peu de mots la substance de ce travail, je dirai :

1° Sauf les cas où il y a maladie du cerveau ou de la moelle épinière, ou bien prostration générale de toute l'économie, l'incontinence et la rétention d'urine des vieillards dépendent presque exclusivement d'une hypertrophie de la prostate : c'est pour cela qu'on les voit si souvent succéder l'une à l'autre.

2° Plus cette hypertrophie envahira la glande d'une manière égale et régulière dans toutes ses parties, plus il y aura disposition à l'incontinence d'urine.

3° Plus, au contraire, l'hypertrophie sera partielle ou irrégulière, plus la rétention d'urine sera imminente (1):

4° C'est dans les cas intermédiaires aux deux catégories précédentes qu'on voit le plus souvent se produire le regorgement.

J'ai la ferme espérance, messieurs, que cette étude ne sera pas stérile pour la pratique. Je publierai incessamment un travail sur une manière certaine de reconnaître, pendant la vie, je ne dis pas seulement l'existence, mais encore le siége, le volume, la forme de ces développemens pathologiques, qui sont la source de tant d'infirmités (2).

Bientôt aussi j'aurai l'honneur de présenter à l'Académie de nouvelles méthodes thérapeutiques, applicables aux différentes phases de la maladie.

(1) Dans un mémoire *sur la prostate des vieillards*, lu à la Société anatomique, dans sa séance publique du 3 février 1836, et imprimé dans les bulletins de cette société, j'ai dit : « Je pourrais démontrer, et par le raisonnement et par des observations, que les dysuries produites par le développement de la prostate le sont par des hypertrophies partielles, tandis que l'hypertrophie générale et uniforme s'accompagne plutôt d'incontinence d'urine. » Dans une brochure publiée il y a quelques mois (LETTRE A L'ACADÉMIE DE MEDECINE, p. 46), M. Leroy-d'Etiolles dit : « Chez tous ces malades, la rétention complète ou incomplète provenait d'une tuméfaction partielle de la prostate... Le gonflement uniforme de la prostrate, sans rétention d'urine, existait sur trois malades... » On voit, par les expressions dont se sert M. Leroy-d'Etiolles, que ses observations viennent on ne peut mieux corroborer les miennes.

(2) Ce travail a été publié dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, juin 1839. Je saisirai cette occasion pour dire que c'est à tort que quelques personnes ont paru croire que mon instrument était le même que la *sonde exploratrice à petite courbure*, dont M. Leroy-d'Etiolles se sert pour diagnostiquer les calculs vésicaux. « Pour remplir d'une manière convenable le but qu'on se propose, dit cet auteur, une sonde exploratrice doit être courbée suivant un angle de 45° (moitié d'un angle droit) au moins. La longueur de la partie courbe ne dépassera pas 17 à 18 lignes. » (DE LA LITHOTRIPSIE, 1836, p. 34). Ma sonde est « droite dans presque toute sa longueur; seulement à 6 ou 8 *lignes au plus* de son extrémité vésicale, elle se recourbe *à angle presque droit*. » Je défie qu'avec la sonde de M. Leroy on puisse obtenir des données tant soit peu précises sur l'état de la prostrate; j'en ai fait plusieurs fois l'essai. D'ailleurs, chacun peut varier de mille manières la forme des sondes; mais on conviendra qu'il n'était pas aussi facile d'établir les nombreuses et minutieuses indications que j'ai données : c'est cependant ce qu'il fallait faire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LES ASCITES CONSÉCUTIVES AUX FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur MICHEL LÉVY, médecin ordinaire, professeur à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

Si la sollicitude du médecin n'est que médiocrement excitée par le pronostic des fièvres intermittentes simples, elles ne laissent pas que de réagir à la longue sur l'organisme tout entier, et de devenir le principe d'altérations multiples, trop souvent réfractaires aux efforts de la thérapeutique. L'influence qu'elles exercent par leur persistance ou par leurs récidives se manifeste d'une manière générale et locale; tous ceux qui ont observé sur une grande échelle les fièvres périodiques connaissent les effets que produit sur l'économie leur action prolongée ou fréquemment répétée; la peau et les orifices muqueux se décolorent, les fonctions digestives sont ralenties ou perverties, la nutrition ne s'opère que d'une manière incomplète, les mouvemens deviennent plus lents, une sorte d'inertie s'empare du malade et se manifeste jusque dans les fonctions intellectuelles; les viscères abdominaux, siége de congestions répétées, augmentent de volume; les extrémités s'infiltrent; des épanchemens ont lieu dans le sac péritonéal, soit dans les principales cavités splanchniques à la fois; une fois arrivé à cette période, le malade n'a plus à compter sur l'efficacité de l'art, et c'est ainsi qu'à de simples accès de fièvre intermittente pure, mais ramenés par de nombreuses récidives, ont succédé des états morbides qui alimentent à leur tour le foyer de la fièvre : *« Quò plures relapsus, eo major attentio habenda, nè aut infarctus viscerum abdominalium nascantur, aut nati jam, latentesque, fomitem febrilem alant. »* (Stoll, APHOR., 461.)

Parmi les états morbides qui constituent les accompagnemens de la fièvre intermittente, le plus fréquent, sans contredit, c'est l'engorgement splénique. Signalé par tous les pyrétologistes, il a fourni aux uns un sujet de prévention contre l'usage du quinquina, à d'autres la base d'une théorie de la fièvre; mais l'idée de le combattre par le même agent médicamenteux, qui rompt la série des accès, appartient à la médecine contemporaine, et pour nous elle constitue une des meilleures tentatives de la thérapeutique. Nous n'avons souci des inductions pathogéniques qu'on a tirées de l'utilité du sulfate de quinine contre les engorgemens de la rate; il nous paraît même difficile d'établir si l'augmentation de volume que présente ce viscère, résulte d'une nutrition exagérée, et se trouve justement caractérisée par le terme d'*hypersplenotrophie*; la connaissance plus approfondie de la structure de la rate et la facilité qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à la réduire, par l'expression du sang qui l'engoue, à son volume ordinaire, ramèneraient plutôt à l'opinion des anciens, et rendent une certaine justesse au mot obstruction, *infarctus*. Quelles que soient les véritables conditions de la tumeur splénique, deux faits sont aujourd'hui hors de contestation : 1° Sa fréquence, mieux vérifiée et plus exactement appréciée depuis l'utile extension donnée, par le professeur Piorry, à la percussion; 2° l'efficacité du sulfate de quinine pour réduire les dimensions de la rate presque toujours, et souvent pour

seignés, mais même en prendre une connaissance superficielle. Aussi toutes les Facultés ont-elles demandé que le temps d'études fût porté à cinq et même six ans. Or, comme c'est dans les diverses années de la scholarité que sont partagés les divers examens, si l'on augmente le temps de la scholarité en même temps qu'on augmentera le nombre des examens, le service des réceptions restera le même en chaque année ; qu'importe, en effet, qu'on augmente les examens, si on a plus de temps pour les faire?

Ainsi donc, dans les deux éventualités, de la suppression des officiers de santé, et de l'augmentation des épreuves du doctorat, nous ne trouvons pas encore de nécessité pour augmenter les Facultés. Au moins admettra-t-on, qu'il ne faut pas devancer un ordre de choses qui n'existe pas encore, et qu'il faut attendre que cet ordre de choses soit établi pour faire les créations qu'il pourra nécessiter.

5° Tous les argumens que nous avons présentés jusqu'ici tendaient à prouver que, eu égard aux réceptions, il n'y avait pas *nécessité* de créer de nouvelles Facultés. En voici un qui nous porte à conclure qu'il y aurait même un *inconvénient* dans cette création.

C'est une vérité, que plus on multiplie les corps chargés de conférer les grades, plus les réceptions sont faciles et manquent de sévérité. L'histoire du passé nous apprend, que sur un nombre donné de corps gradúans, il y en a toujours quelques-uns qui reçoivent plus facilement que d'autres, et devant lesquels se présentent les élèves les moins instruits, ceux qui ont échoué ou qui craignent d'échouer ailleurs. Cette même histoire du passé nous montre, que ce reproche de trop grande indulgence a surtout été encouru par les corps qui possédaient le moins d'élèves, qui faisaient le moins de réceptions.

Or, cette remarque est vraie des Facultés de médecine elles-mêmes; le rapport de M. Orfila, déjà cité, sur la comparaison des Facultés pendant l'année 1839, nous en fournit la preuve. Il y est démontré par les chiffres, que beaucoup plus de candidats échouent devant la Faculté de *Paris*, que devant celles de *Montpellier* et de *Strasbourg*. Ainsi, en 1837, la Faculté de Paris a procédé à 2301 épreuves de réception, et sur ce nombre il y a eu 323 refus, ce qui fait un sur sept. La Faculté de Montpellier, au contraire, sur 771 examens qu'on a subis devant elle en 1839, n'en a rejeté que 37, c'est-à-dire 1 sur 21. De même, la Faculté de Strasbourg, sur 152 épreuves de réception, n'en a rejeté que 8, c'est-à dire 1 sur 19. En faisant cette même comparaison pour les années 1834, 1835, 1836 et 1837, nous voyons que la proportion des refus à Paris a été d'un treizième pour les deux premières de ces années, et d'un dixième pour les deux dernières; tandis qu'à Montpellier la proportion des refus a été, en 1834, d'un soixante-quatorzième, en 1835 d'un soixante-dix-septième, en 1836 d'un quarante-sixième, et, en 1837, d'un vingt-quatrième. Ainsi, la Faculté de Paris a rejeté deux tiers de plus de candidats que les Facultés de Montpellier et de Strasbourg. Est-ce parce que les candidats qui se sont présentés devant elle étaient moins instruits que ceux de Montpellier et de Strasbourg? Cela est peu probable, et il est bien plus légitime de penser que la différence est due à ce qu'elle apporte plus de sévérité dans ses réceptions.

Eh bien ! avec la création d'une, deux, trois Facultés de plus, cet inconvénient sera plus grand encore. Ces nouvelles Facultés, il y a tout lieu de le craindre, seront d'autant plus indulgentes qu'elles auront un moindre concours d'élèves. Bien plus; non seulement elles feront des réceptions plus faciles, mais elles en-

la ramener à son volume normal. Cette action spéciale du sulfate de quinine est singulièrement secondée par les applications réitérées de ventouses scarifiées sur la masse splénique. Grâce à l'emploi combiné de ces moyens, nous avons souvent vu se dissiper des tumeurs spléniques qui dataient de fort loin et qui avaient acquis des proportions considérables. Négligées ou rebelles à l'action des moyens précités, elles finissent par déterminer des épanchemens péritonéaux, en agissant comme tout autre obstacle à la circulation veineuse abdominale. Aussi les hydropisies sont-elles, après les altérations de la rate, la conséquence la plus ordinaire des fièvres intermittentes opiniâtres ou fréquemment récidivées. A Paris, l'ascite s'observe rarement à la suite des fièvres périodiques, parce que celles-ci sont presque toujours combattues à temps, et qu'elles ne sont remarquables ni par leur ténacité, ni par leur intensité phénoménale. Il n'en est pas de même dans les localités désolées par les endémies de fièvres intermittentes, et où les secours de l'art n'ont pas encore reçu une organisation publique; dans plusieurs parties de la Corse aucun traitement n'est appliqué aux fièvres d'accès; les habitans qui en sont atteints les laissent s'épuiser et subissent tous les effets d'une expectation insouciante : aussi les engorgemens spléniques, les hydropisies ascites, les anasarques n'ont pas fait défaut à notre observation dans le pays de Corté, en Balagne, etc. La multiplicité de ces altérations consécutives parmi la population de diverses régions de l'île a été constatée par la plupart des médecins militaires qui y sont envoyés, notamment par M. Maillot, auteur d'un excellent traité des fièvres intermittentes.

Il ne faudrait pas croire néanmoins que les lésions consécutives aux fièvres d'accès ne s'observent que chez les individus qui ont laissé durer celles-ci par défaut de traitement, ou qui ont éprouvé de fréquentes rechutes; souvent la rate s'est engorgée à la suite d'un petit nombre d'accès, et la tumeur qu'elle forme s'est maintenue longtemps après leur cessation complète. D'autres malades n'ont éprouvé que de rares récidives, de courte durée, à long intervalle, et n'en sont pas moins porteurs d'engorgemens spléniques. C'est que les fièvres intermittentes, dites simples, ne sont peut-être pas aussi simples qu'on le pense, c'est-à-dire dégagées de toute lésion viscérale; depuis trois ans et demi nous explorons avec soin les conditions de la rate chez tous les fébricitans qui entrent dans notre service, et cet examen nous a donné la conviction que dans l'immense majorité des cas, une douleur ayant son siége dans la région splénique a précédé ou accompagné les premiers accès et parfois subsiste encore après leur extinction; si l'on interroge ceux qui sont affectés d'engorgement de la rate, on apprend presque toujours qu'antérieurement à l'apparition de la rénitence splénique, un point douloureux a existé dans l'hypocondre gauche; quant aux engorgemens spléniques, ils sont eux-mêmes très fréquens, même à Paris, parmi les fébricitans de la garnison; il est vrai que beaucoup d'entre eux en étaient affectés avant leur arrivée à Paris; ou bien ont éprouvé durant leur séjour dans la capitale des rechutes multipliées. La fréquence de ces deux phénomènes, douleur et tumeur spléniques, isolés ou réunis, nous a depuis longtemps porté à joindre, dans le traitement des fièvres intermittentes, l'emploi des ventouses scarifiées à celui du médicament antipériodique interne; nos cahiers de visite témoignent qu'il est sorti de nos mains peu de fébricitans qui n'aient subi dans la région splénique l'application de ventouses scarifiées en même temps que le sulfate de quinine leur était prescrit à l'intérieur, et bien avant la communication faite par M. Nonat à l'Académie de médecine, nous insistions auprès de nos élèves sur la facilité plus grande qu'on a de guérir les accès intermittens par l'usage simultané des moyens précités.

Les fièvres intermittentes et les engorgemens spléniques qui les accompagnent n'ont pu s'offrir aussi souvent à notre observation, sans amener aussi sous nos yeux un certain nombre d'hydropisies consécutives. A ces dernières lésions, nous n'avons opposé longtemps que le traitement généralement employé; on sait de quelles séries de moyens il se compose; quand on a vainement combattu la cause réelle ou probable de l'accumulation du liquide dans le péritoine avec ou sans infiltration des extrémités, on ne s'attache plus qu'à obtenir la diminution, sinon la résorption complète du fluide épanché; viennent alors, suivant les cas individuels, les toniques, les amers, les diurétiques, les dérivatifs, etc. Mais combien a-t-on compté de succès à la suite de ces médications, si l'épanchement a été considérable et d'une origine éloignée ? Combien de fois a-t-on produit une diurèse abondante par l'opiniâtre emploi des remèdes décorés du nom de diurétiques? Chez combien de sujets a-t-on relevé les forces par les toniques, corroboré la fibre, activé les sécrétions? La médecine aurait mauvaise grâce à ne point confesser l'insuffisance de la plupart de ces médications dans les cas d'hydropisie ascite, suite de fièvre intermittente; l'issue de ces affections n'est plus douteuse, après l'insuccès des différens ordres de moyens indiqués et dont l'usage quotidien constitue l'une des routines automatiques de la médecine clinique. Que l'épanchement diminue pour augmenter derechef ou qu'il reste stationnaire, la diathèse séreuse ne tarde point à s'établir chez le malade; l'infiltration s'étend au scrotum, aux malléoles, aux joues; bientôt toute la couche cellulaire sous-cutanée participe à l'œdème; parfois l'épanchement se répète dans les cavités de la plèvre et du péricarde; l'émaciation est progressive, les forces tombent, et bientôt une diarrhée, provoquée ou augmentée par l'usage des médicamens internes, emporte le malade.

Combattre en temps opportun et avec énergie les engorgemens spléniques, source de ces hydropisies, voilà sans contredit l'indication souveraine, et c'est par les ventouses scarifiées, jointes à l'usage persévérant du sulfate de quinine, qu'il est surtout possible de la remplir. Mais l'ascite une fois développée, les mêmes moyens peuvent-ils trouver encore leur place et susciter quelques chances de guérison? Voilà la question que nous nous sommes adressée il y quelques mois, en présence de deux cas d'ascite et d'infiltration, consécutives aux fièvres intermittentes; chez l'un de ces deux malades, l'hydropisie était survenue postérieurement à son admission dans mon service et avait succédé à des récidives de fièvre intermittente, accompagnée de tumeur splénique et dont les accès avaient fini par se confondre, au point de nous offrir un exemple de ces pyrexies pseudo-continues qu'ont signalées les médecins employés, dans ces derniers temps, en Afrique. L'autre malade nous est arrivé avec une ascite commençante et un œdème notable des extrémités; ses antécédens, les dimensions de la rate nous ont permis, comme pour le premier, d'établir entre ces faits et l'existence de l'épanchement péritonéal et sous-cutané un légitime rapport de causalité. Appuyé sur cette induction, nous avons administré contre ce dernier état morbide le sulfate à dose moyenne et soutenue, étendant aux effets le traitement qui neutralise la cause. Le succès a couronné cette tentative que nous comptons renouveler à la première occasion; nous avons vu disparaître sous l'action du sulfate de quinine l'en-

---

courageront dans leur mollesse et leur laisser aller celles des autres Facultés auxquelles on peut reprocher trop peu de sévérité. Il y a à redouter à la fois, le mal propre qu'elles feront sous le rapport des réceptions, et celui qu'elles entraîneront dans les autres Facultés.

En définitive, à quel but doit-on tendre aujourd'hui? à faire un moindre nombre de médecins, et à ne les recevoir que très instruits. Eh bien! nous n'hésitons pas à déclarer que la création de nouvelles Facultés conduit à des résultats tout contraires.

6° Enfin, après avoir envisagé la question sous le point de vue général, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, il nous reste à l'envisager sous le point de vue des candidats au doctorat. Ici, nous ne pouvons point méconnaître qu'il y a avantage pour les candidats à avoir une Faculté plus rapprochée du lieu de leur résidence, et à n'être pas obligés à d'aussi grands déplacemens. Il est certain que, considérant la question sous ce rapport, plus il y aurait de Facultés en France, plus ce serait commode aux candidats.

Mais, d'abord, remarquons que l'étude de la médecine, sous quelque forme qu'elle se fasse, exige de la part de celui qui s'y livre une éducation première très soignée, beaucoup de temps, et à ce double titre n'est le plus souvent accessible qu'aux personnes aisées : du moins il est à désirer qu'à l'avenir ce soient principalement celles-là qui l'entreprennent. Dès-lors, il n'est que d'un très petit intérêt pour ces personnes, après tous les autres sacrifices qu'elles ont consenti à faire, d'avoir à se déplacer de trente ou quarante lieues de plus ou de moins pour aller à la Faculté destinée à les graduer.

En second lieu, pour que l'avantage qui résulterait ici pour les élèves fût réel, il faudrait que les Facultés de médecine fussent en bien grand nombre; que, par exemple, il y en eût dans presque toutes les grandes villes : autrement un déplacement, et un déplacement encore assez considérable, sera toujours obligé. Or, un nombre considérable de Facultés est chose impossible; le défaut d'argent, surtout le manque d'élèves pour les occuper toutes, et bien d'autres raisons déjà exposées, s'opposent à ce qu'on en crée un grand nombre. Ceux qui demandent la création de nouvelles Facultés n'en veulent qu'une, deux, trois de plus; et, dès-lors, l'allégement, que ces Facultés nouvelles apporteraient dans les dépenses des candidats sous le point de vue du déplacement, mérite à peine d'être compté.

En troisième lieu, voyez la situation des trois Facultés actuelles; une est dans le midi de la France, une autre dans l'est, et la troisième entre le nord et le centre de la France. Toutes trois sont placées géographiquement de manière qu'elles ne sont pas éloignées de plus de 80 lieues du point médian à chacune d'elles; de sorte que 80 lieues est à peu près le chiffre le plus élevé du déplacement imposé aux candidats à graduer. Or, pouvait-on leur imposer un sacrifice moindre, à moins que de multiplier beaucoup les Facultés, d'en placer de quarante lieues en quarante lieues, ce que nous avons dit tout-à-l'heure être impossible, et ce qui serait certainement vicieux? Nous conviendrons cependant que ceci n'est pas applicable à nos départemens de l'ouest; les habitans de la Bretagne, pour se rendre à la Faculté de médecine la plus rapprochée d'eux, *Paris*, ont pour la plupart 100 lieues et plus à parcourir; et c'est une des raisons qui peut appuyer la proposition faite récemment par le ministre de l'instruction publique, de créer une Faculté de médecine à *Rennes* : ainsi l'ouest de la France aurait une Faculté,

flure des membres, la collection séreuse du péritoine, comme nous avons vu souvent se dissiper par l'efficacité du même agent les infarctus de la rate. En même temps que les fluides épanchés sur divers points de l'économie étaient résorbés, la rate diminuait de volume, ou plutôt n'est-il point permis de dire qu'à la suite de la réduction progressive de la masse splénique, disparaissait par degré la collection séreuse, produit d'un obstacle viscéral à la circulation veineuse de l'abdomen? La lecture des deux faits suivans fera ressortir le parallélisme de ces deux ordres de phénomènes, parallélisme qu'il est difficile de ne pas convertir en un rapport de dépendance mutuelle, confirmé d'ailleurs par le résultat thérapeutique.

Obs. I.—Le nommé Travers, fusilier au 33e régiment de ligne, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 janvier 1830, et a été placé au lit n° 38 de la salle 7. Agé de 22 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force moyenne, cultivateur avant son admission au service militaire, laquelle date d'un an. Les renseignemens fournis par le malade se résument en ceci : fièvre bilieuse à l'âge de onze ans; à quatorze ans, fièvre intermittente quotidienne qui a duré trois mois, et qui, revêtant ensuite le type double tierce, s'est prolongée trois autres mois. Depuis cette époque jusqu'au 5 janvier dernier, il s'est bien porté; ce jour-là il fut pris d'un accès de fièvre caractérisé par la succession régulière des trois stades et accompagné de diarrhée; cet accès, qui dura cinq ou six heures, s'est répété les jours suivans, et l'a déterminé à entrer à l'hôpital. Soumis le 9 janvier à notre examen, il a présenté l'état suivant :

Facies animé, peau sudorale, pouls à 90-95, légère céphalalgie; langue un peu rouge vers les bords, mais humide et plate, la pression abdominale est presque douloureuse de l'épigastre vers l'hypocondre gauche; la diarrhée qui existait au début de la fièvre, a cessé; la rate est manifestement augmentée de volume; elle forme dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes une tumeur renitente, sensible à la percussion, et dont le son mat contraste avec la résonnance gazeuse du reste de la surface abdominale; le malade ne peut préciser le temps où cette tumeur s'est développée, mais il déclare avoir ressenti, dans les fièvres antérieures, un point douloureux dans l'hypocondre gauche. Rien à noter dans les autres organes et appareils. On prescrit la diète, la limonade gommeuse, des fomentations émollientes sur le ventre, quatre ventouses scarifiées sur la région splénique.

Du 9 au 10 janvier, point d'apyrexie; la douleur splénique est diminuée; le volume de la rate est le même; point de selle. Même prescription moins les ventouses.

Du 11 au 13, on a vainement recherché le moment de l'intermittence; la fièvre continue sans interruption; mais sans accroissement d'intensité; sur les instances réitérées du malade, on accorde en petite quantité quelques alimens légers.

Le 14, point de changement; constipation de quatre jours; 45 grammes de sulfate de soude.

Le 15, par suite du purgatif prescrit la veille, cinq à six selles; la fièvre est un peu plus forte; la douleur s'est réveillée dans l'hypocondre gauche : diète, trois ventouses (grandes) scarifiées.

Le 17, on est obligé de revenir au même moyen (4 vent. scarif.) à cause de la persistance de la douleur splénique, et l'on profite en même temps d'une apyrexie franche pour prescrire 4 décigrammes de sulfate de quinine; on accorde la soupe. On continue le sulfate de quinine le 18; le 19, retour d'un point douloureux dans la région de la rate qui n'a pas diminué de volume depuis l'entrée du malade; cette sensibilité splénique s'est-elle développée sous l'influence des premières doses du fébrifuge, et comme résultat d'une action directe de celui-ci sur le viscère engorgé? — Rien ne peut être affirmé à cet égard; quatre nouvelles ventouses scarifiées sont posées au lieu dolent, et l'usage du sulfate est continué à la même dose.

Le 20, l'inspection du malade fait reconnaître une infiltration des extrêmités inférieures du scrotum et de la paroi abdominale; un commencement d'ascite est constaté par la sensation du flot, obtenue sur les points déclives du bas-ventre, que l'on fait varier suivant la position du malade.

L'épanchement péritonéal augmente jusque vers la fin de janvier; les régions dorsales des mains, les poignets et les joues du malade, sont légèrement œdématiées; la peau se décolore; quelques macules scorbutiques apparaissent sur celle des jambes. Des alimens sont prescrits au malade, mais en petite quantité; des boissons diurétiques (chiendent nitré), la teinture de scille et de digitale en frictions, le sulfate de quinine à l'intérieur composent le traitement, auquel on ajoute, le 31 janvier, l'application d'un bandage compressif sur l'abdomen. Du 27 au 30, il a fallu suspendre l'administration du fébrifuge, par suite de la sensibilité de l'épigastre; repris le 31, et associé plus tard à l'opium, il a été continué à la dose permanente de 4 décigrammes jusqu'au 8 février; à cette époque le malade, alimenté progressivement, mange la demi-portion; l'ascite a complètement disparu, ainsi que l'œdème du scrotum et du visage; il ne reste plus guère qu'un peu d'infiltration aux mollets, qui sont flottans et autour des malléoles où les doigts appliqués laissent encore une empreinte. L'hypocondre gauche est indolore, la rate ne déborde plus que d'environ deux travers de doigt le rebord des côtes asternales; le malade se lève depuis plusieurs jours; son appétit est vif; ses digestions régulières.

Jusqu'au 18 février, on continue à doses décroissantes le sulfate de quinine associé à l'opium, ainsi que les boissons diurétiques et les frictions de teinture de scille et de digitale; on rend le régime plus fortifiant, et l'on recommande l'exercice. Le 25 février, la convalescence est confirmée; le sujet a repris une bonne coloration, ses forces augmentent; la rate offre encore au-dessous des fausses côtes une légère saillie. En l'absence de tout établissement de convalescence militaire et craignant de rendre prématurément ce soldat aux fatigues et aux irrégularités de la vie de caserne, nous l'avons gardé quelque temps encore sous notre surveillance : aucune rechute n'est venue troubler sa guérison.

Quand ce malade nous est arrivé, l'invasion de sa fièvre intermittente ne remontait qu'à trois jours, et déjà la rate s'était tuméfiée; il était peu probable que l'affection splénique fût aussi récente que la fièvre; six mois d'accès quotidiens et double-tierces, que le malade avait subis entre quatorze et quinze ans, expliquent l'origine de l'engorgement considérable de la rate, que son indolence avait fait négliger. Est-ce à l'existence antérieure de cet engorgement qu'il faut attribuer la subintrance des accès survenus depuis le 5 janvier et qui ont fini par se transformer en une fièvre pseudo-continue? A coup sûr, l'invasion de cette fièvre a eu pour effet de ramener à l'acuité l'altération de la rate, ainsi que le témoigne la douleur opiniâtre dont elle est devenue subitement le siége.

C'est le 20 janvier que l'on constate l'infiltration des membres et la collection naissante du péritoine, et dès le 8 février, ces symptômes ont disparu en partie. Serait-on tenté de considérer comme spontanée la résorption des fluides épanchés? Mais, comme nous l'avons dit, avec ce phénomène a coïncidé celui de la diminution de l'engorgement splénique, et qui ne sait combien sont rares et difficiles ces effets de résorption spontanée chez des sujets travaillés par des fièvres prolongées et porteurs d'une lésion viscérale chronique?

On trouvera sans doute que nous avons nourri prématurément ce malade, puisqu'il a obtenu quelques légers alimens, dès le 11 janvier, malgré la continuité de la fièvre; mais telle est souvent l'urgence de la situation médicale dans les hôpitaux militaires, qu'il faut fléchir aux exigences du malade la rigueur de la diététique. La privation tant soit peu prolongée des alimens est plus sensible au soldat malade qu'à tout autre sujet; elle réagit d'une manière funeste sur son état moral, et dans plus d'un cas il y aurait imprudence à se refuser à ses sollicitations lamen-

---

comme le midi a *Montpellier*, l'est, *Strasbourg*, et le nord et le centre de la France, *Paris*. Mais cette raison est à peu près la seule qu'on puisse faire valoir en faveur de cette création; on peut lui opposer tout ce que nous avons dit déjà, et tout ce que nous allons dire encore.

Enfin, tout en accordant que le gouvernement doive prendre ici un peu en considération l'intérêt privé des candidats au doctorat, toujours est-il qu'il ne doit pas non plus perdre de vue l'intérêt général et les inconvéniens généraux dependant de l'augmentation des Facultés. Nous ne reviendrons pas sur la grande dépense qu'entraîne toujours une Faculté, et à laquelle on n'échappe qu'en l'organisant d'une manière incomplète, ce qui est une faute de plus. Nous ne reviendrons pas non plus sur l'inconvénient d'avoir des Facultés qui ne réunissent pas un concours suffisant d'élèves, d'où résulte généralement un enseignement moins actif. Nous nous tairons aussi sur un des effets de la multiplicité des Facultés, effet bien désastreux cependant, la trop grande facilité des réceptions. Tout cela a déjà été dit. Mais il est un inconvénient résultant de la création de Facultés nouvelles que nous n'avons pas encore indiqué, savoir, le dommage que ces Facultés nouvelles apporteront aux écoles secondaires de médecine. Ceci nous ramène à la question de savoir, s'il vaut mieux créer de nouvelles Facultés, ou instituer des écoles secondaires de médecine. Nous avons déjà dit que notre opinion était en faveur des écoles secondaires de médecine, et que, selon nous, c'était sur elles que le gouvernement devait porter plus particulièrement les secours dont il peut disposer. Nous ne voulons pas encore aborder cette question, devant la traiter plus loin. Mais nous dirons seulement ici, qu'on ne peut faire à la fois l'une et l'autre de ces créations, augmenter le nombre des Facultés et entretenir des écoles secondaires; d'une part, il en coûterait trop d'argent; d'autre part, il n'y a pas assez d'élèves en médecine en France pour occuper et 6 Facultés de médecine et 18 écoles secondaires. Il faut donc choisir entre les deux systèmes. Si on crée de nouvelles Facultés, il arrivera l'une ou l'autre des deux choses suivantes : 1° ou les écoles secondaires, circonvoisines de la Faculté nouvelle créée, conserveront leurs élèves, et la Faculté nouvelle se verra à peu près déserte, et on aura, en elle, fait une création inutile; 2° ou cette Faculté nouvelle absorbera les élèves des écoles secondaires situées dans son rayon, et ces écoles tomberont. Or, nous, qui croyons que ces écoles secondaires seront beaucoup plus utiles à l'enseignement de la médecine que de nouvelles Facultés, nous devons comprendre parmi les inconvéniens résultant de l'augmentation des Facultés la destruction des écoles secondaires.

Enfin, il est évident, selon nous, que le gouvernement ne pourrait passer sur tous ces inconvéniens, qu'autant que les Facultés nouvelles qu'il créerait réuniraient un nombre assez considérable d'élèves. Or tout porte à croire que cela ne serait pas, et que leur création conséquemment est encore contre-indiquée sous ce rapport.

Supposerons-nous, en effet, ces Faculté nouvelles placées; soit dans le midi de la France, entre *Montpellier* et *Paris*, à *Bordeaux*, par exemple; soit dans l'est, entre *Strasbourg* et *Paris*, à *Lyon?* Il est évident que ces Facultés nouvelles, fort rapprochées des Facultés actuellement existantes, n'auront d'élèves que ceux qu'elles attireront de ces Facultés; qu'elles n'en auront qu'un petit nombre; ou qu'elles affaibliront d'autant les Facultés de *Strasbourg* et de *Montpellier* déjà trop peu suivies.

tables, alors même que le maintien de la diète est indiqué par l'acuité du mal et conforme aux lois de la saine thérapeutique.

OBS. II. — Bonhour, fusilier au 39e régiment de ligne, entré à l'hôpital le 3 février 1840, placé au lit n. 36 de la salle 7, âgé de 25 ans, tempérament lymphatico-sanguin, force de constitution médiocre, maçon avant son entrée au service militaire auquel il a été appelé depuis trois ans; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une diarrhée qui remonte à deux ans. Le 12 octobre 1839, il a été pris d'une fièvre quarte qui s'est prolongée pendant deux mois et demi, sauf quelques périodes apyrétiques de courte durée; la plus longue de ces périodes s'est étendue du 1er au 20 janvier 1840; à cette époque, retour de l'accès qui depuis lors jusqu'au moment de son admission à l'hôpital (quatorze jours d'invasion) s'est constamment reproduit sous le type quarte.

Le 4 février, le malade est soumis pour la première fois à notre examen : décoloration générale, habitus étiolé, infiltration des jambes et des pieds, ascite commençante; la langue est nette et pâle; les fonctions digestives sont régulières; le ventre indolore à la pression, même dans l'hypocondre gauche où la rate présente à la main une masse dure et étendue d'environ 8 à 9 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes; le malade déclare n'avoir jamais éprouvé de douleur en cette région. L'auscultation fait constater l'intégrité des organes thoraciques. Le malade attend l'accès entre onze heures et midi, et nous annonce qu'il est de courte durée; le dernier accès, survenu vers midi, n'avait plus laissé de traces vers trois heures du soir. On prescrit 4 décigrammes de sulfate de quinine, et on accorde pour le soir une soupe.

Le 5 février, l'accès est venu la veille, mais avec une médiocre intensité. En raison du volume de la rate, on continue l'usage du sulfate à la dose de 4 décigr. durant les jours apyrétiques.

Le 7, l'accès a manqué, après la dose habituelle du sulfate, prise le matin.

Le 8, le malade se plaint d'épigastralgie; on maintient le régime (soupe et quart), mais on suspend le sulfate de quinine; le volume de la rate est moindre de 2 à 3 centimètres; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures persistent.

Le 10, l'ardeur que le malade accusait à l'épigastre ayant cessé, on reprend le fébrifuge d'abord à la dose de 3 décigrammes que l'on porte le lendemain à 4; on y joint l'usage des boissons nitrées et de la teinture de digitale et de scille en frictions sur le ventre et les extrémités; on prescrit un régime analeptique, et on lui accorde du vin blanc. Sous l'influence de ces moyens hygiéniques et médicamenteux, l'épanchement péritonéal est résorbé progressivement; dès le 16 février, on n'obtient plus sur aucun point de l'abdomen la sensation du flot, manifestée encore quelques jours auparavant. Le 20, l'œdème des pieds a cessé; le malade s'est visiblement fortifié; le teint est moins mat, les mouvemens moins lents; il se lève, descend dans le promenoir d'hiver, remonte après deux heures de promenade, et le tout sans fatigue; l'appétit est prononcé, le sommeil excellent. La rate dépasse encore le rebord de l'hypochondre d'environ 3 centimètres.

Le 25, Bonhour est considéré comme entièrement rétabli; néanmoins la rate conserve les dimensions précipitées, sans que cette augmentation de volume paraisse influer en rien sur aucune fonction; il a même repris une certaine prestance militaire et demande instamment sa sortie; nous l'avons ajournée, tant à cause de la persistance de l'infarctus splénique, que pour le soustraire aux influences irrégulières de la vie de garnison.

La rate n'a pas été ramenée chez ce malade à son volume normal; l'usage prolongé du sulfate de quinine n'a produit qu'une réduction de quelques centimètres, et cet effet, quoique limité, a suffi pour amener à sa suite la résorption de l'épanchement péritonéal. Sans doute un certain volume de la rate n'est pas incompatible avec l'exercice des fonctions et la conservation de la santé, sans que nous pensions avec M. Bailly (TRAITÉ ANATOMICO-PHYSIOL. DES FIÈVRES INTERMITT., etc., 1825, p. 421) que les obstructionnaires puissent rester des années entières parfaitement bien portans, avec des tumeurs spléniques occupant toute la partie antérieure du ventre; mais l'on conçoit qu'une simple diminution dans le volume de la rate a pu déterminer dans la circulation abdominale des changemens tels que la résorption d'une ascite médiocre s'en est suivie.

Loin de nous de vouloir exprimer de deux observations isolées une règle constante de thérapeutique; mais il est des faits qui, quoique en petit nombre, possèdent une signification réelle; ceux que nous avons rapportés, méritent peut-être d'ouvrir une série de recherches cliniques; et c'est cette vérification, quel qu'en soit le résultat final, que nous appelons de nos vœux. Le raisonnement vient à l'aide des deux faits qui précèdent, et leur maintient leur valeur, en attendant qu'ils forment, par l'addition d'autres expérimens cliniques, la base d'une généralité thérapeutique. La fièvre intermittente n'est pas, en effet, une maladie simple, une unité morbide; elle embrasse une série d'états pathologiques qui tous ne sont pas encore analysés; ce que l'on appelle communément les suites, les effets d'une maladie n'en sont que les transformations, les modes successifs; l'essence du mal est restée la même; la figure organique a seule changé; cet engorgement splénique ou hépatique, cet ictère qui succède à quelques accès et les absorbe, cette ascite, cet empième latent, c'est encore la fièvre intermittente, ou plutôt c'est une maladie identique dont le mode initial nous a représenté une fièvre intermittente, et qui s'appelle maintenant ascite, ictère, etc. Il y a quelques jours, un malade nous arrive, affecté simultanément de fièvre quotidienne, d'engorgement splénique, d'ictère et de diarrhée; nous lui prescrivons pendant six jours 4 décigrammes de sulfate de quinine unis à 5 centigrammes d'opium en pilules, et diarrhée, ictère, engorgement de la rate, accès quotidiens, tout cesse en même temps : ce militaire, aujourd'hui convalescent, est encore couché au n° 4 de la salle 7, au Val-de-Grâce. Est-ce à dire qu'il ait présenté quatre états morbides distincts ? A nos yeux, ces quatre groupes de symptômes sont l'expression multiple d'une seule affection; de là l'immédiate efficacité du traitement employé. Si ce point de vue a quelque vérité, si la fièvre intermittente peut comprendre diverses séries d'altérations organiques et fonctionnelles, la médication qui lui est appliquée avec succès peut recevoir une judicieuse extension; des hydropisies guériront, dans certains cas, par l'action du sulfate de quinine, comme elles solliciteront ailleurs le déploiement de la méthode antiphlogistique, ailleurs encore les purgatifs ou les diurétiques.

Il est rare que des ascites soient soumises, dès leur début, à l'observation clinique des hôpitaux; presque toujours les malades qui en sont atteints ont passé par d'autres soins, et s'ils sont militaires, ont séjourné dans des hospices de garnisons différentes. La chronicité de l'affection, l'inutilité des médications antérieures, le vague des réponses, parfois l'état général du malade ou des complications fâcheuses, sont, pour le dernier explorateur, autant de causes de découragement; mais en redoublant d'attention, en multipliant les interrogations, en fouillant dans tous les antécédens du sujet, on finit par surprendre dans le passé une veine d'inductions étiologiques : des douleurs ont sillonné autrefois la région splénique, des accès fébriles ont marqué le séjour de telles garnisons, des récidives sont survenues; le sulfate de quinine est donné et l'ascite disparaît. Ce résultat, on peut se le promettre, nous l'espérons nous-même encore, puisqu'il a déjà payé nos efforts.

Supposerons-nous, au contraire, une Faculté nouvelle placée au milieu des départemens de l'ouest, à *Rennes*, comme le ministre l'a projeté, ou, ce qui serait mieux, selon nous, à *Nantes?* Il est certain que les élèves qui s'y rendront auraient été, sans cette création obligés d'aller se faire graduer à *Paris;* et nous reconnaissons qu'on peut sans inconvénient, et même avec avantage, diminuer le nombre des étudians de Paris. Ainsi, au premier aspect, la création d'une Faculté dans l'ouest paraît, sous ce rapport, moins contre-indiquée. Mais encore le nombre des elèves qui se rendront à cette Faculté suffira-t-il pour en justifier la création ? Il est permis d'en douter. Sans doute, il n'est pas possible de devancer l'avenir; mais voici quelques données propres à faire apprécier approximativement le chiffre des élèves de cette Faculté et à faire présumer que ce chiffre sera peu considérable.

D'abord, nous avons cherché le nombre actuel des élèves dans l'école secondaire de médecine de *Rennes*, et dans les écoles secondaires circonvoisines, dans celles de *Nantes*, d'*Angers !* Il y a eu cette année à Rennes 27 inscriptions, 7 de première année, 9 de seconde année, 6 de troisième, et 5 de quatrième. A Angers, il n'y a eu que 6 inscriptions nouvelles. A Nantes, il y en a eu 13, et en réunissant les élèves des quatre années, le total est de 35. En réunissant les élèves de ces trois écoles secondaires, on arrive donc à un total de 70 à 80.

Mais qu'on n'en conclue pas que tel serait le chiffre des élèves de la future Faculté. Pour cela, il faudrait supposer que tous les élèves de *Nantes*, d'*Angers* déserteraient ces écoles pour se rendre à *Rennes*, et certainement cela ne serait pas. D'autre part, les elèves des écoles secondaires ne sont pas tenus d'être bacheliers ès-lettres et ès-sciences, ainsi que cela est exigé des élèves des Facultés; et cela seul réduirait peut-être à moitié ce chiffre de 70.

Puisqu'à raison de la condition des baccalauréats ès-lettres et ès-sciences, on ne peut pas établir approximativement le chiffre des élèves de la future Faculté de l'ouest, par le chiffre actuel des élèves inscrits aux écoles secondaires de médecine de *Rennes*, de *Nantes* et d'*Angers*, nous avons eu recours à une autre donnée. Nous nous sommes procurés le nombre des élèves des neuf départemens de l'ouest (Finistère, Morbihan, Côtes du-Nord, Ille-et-Vilaine, Loire-Inférieure, Maine-et-Loire, Mayenne, Orne et Manche) qui ont pris cette année leur première inscription à la Faculté de Paris. Ce nombre est de 48. Or il est peu probable que s'il y eût eu une Faculté de médecine à *Rennes* ou à *Nantes*, ces 48 élèves fussent tous allés à cette Faculté; très probablement une bonne partie d'entre eux serait encore allé à la Faculté de *Paris*.

Sans doute ces données ne suffisent pas pour faire fixer, même approximativement, le chiffre des élèves que réunirait la Faculté de l'Ouest; mais nous croyons qu'on peut en conclure que ce chiffre serait peu considérable, et surtout ne serait pas assez élevé pour que, dans l'intérêt privé d'un si petit nombre d'élèves, le gouvernement passât sur toutes les autres considérations qui militent contre l'augmentation des Facultés.

Nous concluons donc que, sous le point de vue des *réceptions*, il n'y a ni *nécessité*, ni *avantage*, à augmenter le nombre des Facultés. Il nous reste à discuter la question sous le point de vue de l'*enseignement*. Ce sera l'objet d'une troisième et dernière lettre.

A. M. P.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Les deux dernières séances de l'Académie des sciences ont été consacrées à des matières étrangères à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal, M. Louis demande la parole au nom de la commission chargée du rapport sur le remède Darbon. Il engage ceux des membres qui ont quelques renseignemens sur l'emploi de ce remède à les communiquer dans le plus bref délai. La correspondance manuscrite comprend : 1° un mémoire sur un nouveau moyen de traiter la rage, par un médecin hollandais. 1° une observation de désarticulation scapulo-humérale faite avec succes par M. Landouzy, docteur à Reims.

PRIX ITARD.

M. le Président annonce qu'à partir de ce moment le concours pour le prix Itard est ouvert. Ce médecin a légué à l'Académie de médecine la somme annuelle de 1,000 fr. destinée a l'auteur du meilleur mémoire de médecine ou de thérapeutique ayant deux ans de publication.

ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Henry. Il lit un rapport favorable sur des eaux minérales.

M. Jacobovics, médecin de Pest en, Hongrie, lit une observation d'un malade affecté à la fois d'amaurose, de paraplégie, d'ictère, d'hypertrophie du foie et de fièvre intermittente quarte. L'émétique et l'aloès aidés de vésicatoires sur la colonne vertébrale triomphèrent de tous ces maux réunis.

ANÉVRISME DE L'ILIAQUE EXTERNE; LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE; CIRCONSTANCES EXTRAORDINAIRES PENDANT L'OPÉRATION; GUÉRISON; PAR M. DEGUISE.

M. Deguise complète l'observation si brièvement rapportée la semaine passée. Le sujet dont elle donne l'histoire est un homme de 42 ans, exerçant la profession de charpentier. Il est entré à l'hospice de Charenton le 10 février 1840, se plaignant depuis trois semaines à peu près de douleurs dans l'aîne, qui le forcèrent à se ménager dans le travail. Jouissant habituellement d'une bonne santé, il est doué de la constitution la plus vigoureuse; il porte un poids de 350 kilos. En 1835, il a été sujet à des douleurs sciatiques dont il a été guéri à l'Hôtel-Dieu.

Deux fois, depuis cette époque, il a été infecté par la maladie vénérienne, et a, d'ailleurs, suivi un traitement régulier, tout en se livrant à de fréquens écarts de régime. Le matin du 10 janvier, étant à son ouvrage, il fut subitement arrêté, dans un violent effort, par une vive douleur dans l'aîne droite. Obligé de discontinuer son travail, il vint réclamer à Charenton les conseils de M. Deguise. Ce chirurgien reconnut dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade fémorale, une tumeur paraissant avoir le volume d'un œuf de poule, offrant des battemens évidens, qu'elle perdait par la compression de l'aorte, en même temps que son volume diminuait sensiblement. Par la compression de l'artère fémorale les battemens devenaient plus forts et le volume plus considérable; il n'y avait à la peau, vis-à-vis la tumeur, aucun changement de couleur. A ces signes, M. Deguise reconnût l'anévrisme de l'iliaque externe, et se décida à tenter la ligature de ce vaisseau au-dessus de la tumeur. Le 22 février 1840, le chirurgien procède de la manière suivante à l'opération.

Le malade placé convenablement, un aide est placé à sa gauche, chargé de comprimer l'aorte en cas de besoin. L'incision part de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se termine au côté externe de l'anneau inguinal. Dans la dissection nécessaire pour arriver à la tumeur, celle-ci est ouverte par accident et jette des flots de sang que la compression de l'aorte arrête presqu'aussitôt. Les doigts décollant alors le péritoine de la fosse iliaque, arrivent à l'artère iliaque externe, sur laquelle on jette une ligature à 27 millim. de son origine. Ce vaisseau était inégal, tortueux. Avant d'achever la ligature, le chirurgien prend la précaution de soulever sur l'anse de fil l'artère iliaque, et de faire cesser la compression de l'aorte. Il ne s'écoula point de sang du sac anévrismal; ainsi l'on était bien certain de tenir l'artère iliaque. Quand après la ligature faite l'aide cessa la compression de l'aorte, une nappe de sang s'échappe du fond de la plaie; l'aorte est de nouveau comprimé. Le chirurgien s'assure que la ligature a coupé l'artère en deux, et en porte aussitôt une nouvelle sur l'iliaque primitive. L'écoulement du sang est alors complètement arrêté. Cependant, craignant que le bout inférieur de l'iliaque, ou le sac anévrismal ouvert, ne devinssent le siége d'une hémorrhagie secondaire, M. Deguise se résout à lier l'artère fémorale par le procédé de Scarpa, immédiatement au-dessous du pubis. Malheureusement la veine fémorale était située au côté externe de l'artère et fut ouverte avec le bistouri. On passa immédiatement une ligature autour de la veine au-dessous de la plaie, et on continua l'opération; une ligature fut également jetée sur l'artère fémorale.

On fait un pansement simple avec une douce compression; le membre est tenu dans la demi-flexion et recouvert de sable chaud.

Premier jour : Fièvre assez violente, nuit agitée; l'appareil n'est point imbibé de sang; le membre est chaud, sensible, capable de mouvemens, sans fourmillemens.

Deuxième jour : Ventre ballonné par des gaz; une canule élastique introduite dans le rectum l'en débarrasse. L'appareil est devenu gênant; on le change; il n'est imbibé que de sérosité. Le malade se plaint de la gêne que lui cause le sable chaud; ce dernier est enlevé. La motilité, la température et la sensibilité du membre droit ne diffèrent point de celles du gauche.

Le 27, la ligature de la veine crurale tombe. Le malade va très bien; la plaie suppure. Le 8 avril, la ligature de l'iliaque primitive tombe, et le 10, celle de l'iliaque interne. Celle de la fémorale resta jusqu'au 21 avril. A la fin du même mois, toutes les plaies étaient cicatrisées et le malade pouvait marcher.

M. Velpeau : L'observation de M. Deguise est sans doute des plus intéressantes. Je voudrais savoir de ce chirurgien qui, par prudence, a lié l'artère fémorale pour éviter une hémorrhagie secondaire s'il n'y avait pas lieu de craindre aussi une hémorragie secondaire par le bout supérieur de l'iliaque externe. Les deux iliaques internes communiquent largement comme on sait, et celle du côté de l'opération aurait facilement pu amener du sang dans le bout supérieur de l'iliaque externe, après la ligature de l'iliaque primitive.

M. Deguise : Les choses auraient pu se passer ainsi que vient de le dire M. Velpeau. Néanmoins, n'ayant pas vu de sang fourni par le bout supérieur, après la ligature de la primitive, je me suis abstenu d'y toucher.

M. Bérard : C'est un principe à peu près généralement reconnu aujourd'hui que la méthode de Brasdor est applicable aux tumeurs anévrismales des grosses artères, quand, entre le sac et le lien de la ligature, ces vaisseaux ne fournissent point de branches. Je désirerais connaître de M. Deguise les motifs qui l'ont éloigné de cette opération dans le cas particulier dont il s'agit.

M. Deguise : La tumeur était, suivant toute apparence, récente; elle était molle, ne paraissait contenir aucun caillot de sang dans son intérieur. Ces circonstances me l'ont fait regarder comme peu propre à l'oblitération qui est le but de la méthode de Brasdor.

L'Académie vote le renvoi de cette observation au comité de publication.

DISCUSSION DU RAPPORT LU DANS LA SÉANCE DERNIÈRE, PAR M. BOUILLAUD SUR UN MÉMOIRE DE M. NONAT.

M. Gerdy a la parole.

M. Gerdy : Je suis heureux en cette circonstance d'avoir à louer M. Bouilland sur les critiques que contiennent son rapport; mais les conclusions du mémoire qu'il a adoptées contiennent des principes contre lesquels je ne cesserai de m'élever. Il est dit dans le mémoire que la moelle sent, a la conscience des sensations tactiles, et qu'au cerveau seul appartiennent les sensations parfaites, dont l'animal entier a conscience. La moelle a conscience des impressions tactiles? Mais qu'est-ce donc que la sensibilité tactile si ce n'est la faculté de juger de la forme, de l'étendue, de l'état des surfaces, du sec, de l'humide? Quel est donc le physiologiste qui a vu la moelle, mise à découvert, donner à un animal des notions sur toutes ces choses? Voici l'expérience qui a donné cours à cette erreur. On coupe la moelle (pourvu que ce ne soit pas immédiatement au-dessous de la protubérance); on coupe un nerf, et l'on irrité les parties qui reçoivent, soit le nerf lui-même, soit ceux venant de la portion de moelle située au-dessous de la section, soit la moelle elle-même. Les irritations amènent d'habitude des mouvemens irréguliers dans les parties auxquelles on les applique, et de là on tire que la moelle peu sentir. D'abord on confond ici deux choses tellement distinctes que l'école seule des vivisections est capable de cette erreur. La sensibilité dont jouit alors la moelle ou les parties irritées n'est point la sensibilité tactile, mais bien la sensibilité physique, et rien n'est plus différent que ces deux choses. La manifestation de la sensibilité des tissus tient à leur communication avec les centres nerveux; mais la sensibilité leur est inhérente; c'est dans leur trame même qu'elle réside et non ailleurs; elle ne peut pas venir des parties supérieures; elle est communiquée par le moyen des nerfs à ces dernières; mais elle n'en vent pas. Aussi quand on coupe un nerf on ne détruit pas la sensibilité, on arrête seulement sa transmission. Percevoir et avoir conscience sont des choses bien différentes et qui siégent essentiellement dans les centres.

M. Nonat dit qu'après l'ablation des lobes cérébraux et du cervelet, la sensibilité tactile persiste. Ce n'est pas sensibilité tactile qu'il fallait dire, mais sensibilité physique; car les animaux soumis à cette mutilation ne peuvent ressentir que de la douleur, et nullement juger des qualités qu'apprécie le toucher. N'oublions pas qu'il reste dans ces cas la protubérance annulaire, si voisine et en si grande communication de substance nerveuse avec les lobes et le cervelet. Cette protubérance ne peut-elle aussi recevoir des impressions et percevoir, à un bien faible degré, sans doute, mais enfin percevoir?

Dans le corps strié, dans les pédoncules du cerveau, dans le cervelet, on a trouvé 1° un principe du mouvement, 2° un principe coordonnateur du mouvement, qui, ajoutés à la volonté, constituent trois maîtres, l'un qui ordonne le mouvement, un autre qui l'exécute, et un troisième qui en harmonise l'exécution. Je ne vois pas quelle nécessité de morceler ainsi l'intelligence, dont les facultés sont déjà assez nombreuses pour nous occuper. Quant à moi, j'ai tenté des expériences, il y a déjà longtemps, et voici ce que j'ai vu : la section de la moelle et des nerfs entraînait l'insensibilité des parties situées au-dessous. L'ablation du cervelet, des lobes cérébraux, jette les animaux dans un grand état d'engourdissement; mais il reste encore un peu de sensibilité; vient-on à couper la protubérance, l'animal meurt aussitôt.

La faculté de sentir, de percevoir, de vouloir, n'a qu'un siége unique dans le cerveau, les lobes, le cervelet, la protubérance : cette faculté est diminuée quand on enlève une ou plusieurs de ces parties; abolie, quand on les détruit toutes trois.

Les expériences sur la section des corps striés montrent des mouvemens désordonnés, et tels que ceux qu'amènent les grands troubles de l'économie. Après la section du cervelet seulement, l'animal est pris d'agitation, de tremblement, de

désordre dans les mouvemens, mais je n'ai jamais vu là rien qui ressemble à l'absence d'une puissance de coordination.

Je conclus que dans un centre unique, la masse encéphalique proprement dite, siégent la perception, la conscience, la volonté; que les organes sont pourvus chacun de leur sensibilité spéciale, et que les nerfs sont chargés d'établir des rapports nécessaires entre l'un et l'autre.

M. Rochoux et M. Castel présentent quelques observations, et l'heure avancée fait remettre à la séance prochaine la réponse de M. le rapporteur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. Nonat présente à l'Académie un estomac dont une perforation spontanée est fermée par la rate.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

M. Larrey amène un jeune homme auquel il a donné des soins à l'Hôpital de la Clinique. Ce malade a reçu un coup de couteau-poignard qui a ouvert le flanc gauche. A travers l'ouverture s'est échappée une masse épiploïque plus grosse qu'un œuf de poule. Il n'y a eu aucun accident immédiat. La réduction était impossible. La masse herniée était tuméfiée sous l'influence de la compression exercée sur son pédicule. L'absence de tout symptôme alarmant a engagé M. Larrey à ne pas débrider et à attendre. Malgré la tuméfaction et la couleur livide de cette masse, il n'y a pas eu trace de gangrène. La suppuration est bientôt survenue, louable et abondante, et a suffi, aidée de quelques cautérisations par le nitrate d'argent, pour détruire ou résoudre toute la portion herniée, réduite aujourd'hui, trois semaines après la blessure, au volume d'une petite fraise, et semblable aux bourgeons saillans d'un petit cautère.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HISTOIRE REMARQUABLE D'UNE HYDROPISIE PROBABLE DE L'OVAIRE, PRISE POUR DIVERSES TUMEURS DE CET ORGANE OU DE L'ABDOMEN; SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DES TUMEURS QUI SE DÉVELOPPENT DANS LE VENTRE; par M. A. Boinet.

On rencontre si souvent dans l'exercice de la médecine des cas obscurs où le praticien le plus éclairé est incertain pour fixer son diagnostic; et où il a besoin de se rattacher aux observations connues, que je n'ai pas cru devoir négliger de recueillir avec soin celle qui suit. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, dont le développement considérable et uniforme du ventre simulait une grossesse de sept ou huit mois. Il existait en même temps une rétention d'urine et une amenorrhée, qui datait du commencement de la maladie. Plusieurs médecins, appelés auprès de cette jeune fille, pensèrent différemment sur son état : les uns dirent qu'il y avait 1° une véritable grossesse; 2° d'autres une grossesse extra-utérine (M. Roux); 3° une tumeur enkystée de l'ovaire (M. Blandin); 4° une grossesse, soit utérine, soit extra-utérine, mais avec mort, et décomposition du fœtus (M. Montain, de Lyon); 5° un arrêt de matières fécales dans l'S iliaque du colon ou le rectum (M. Recamier); 6° un épanchement sanguin, organisé dans l'épiploon ou le mésentère (M. Jobert); 7° un amas de sang accumulé dans l'utérus, etc. Malgré tous les efforts pour arriver au véritable diagnostic, la véritable nature de la tumeur est restée inconnue et la malade a guéri. Voici cette curieuse observation :

Obs. — Une jeune fille de 16 ans, repasseuse, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 16 septembre 1836, pour une rétention d'urine, avec développement considérable du ventre. Née de parens bien portans, Claudine a toujours eu une bonne santé. Dans sa jeunesse, elle a eu de la gourme et des glandes au cou; elle habitait un rez-de-chaussée bas et humide. Ses règles sont venues à douze ans et demi sans accident et presque sans y penser. La première fois, elles ont duré deux jours, ont été peu abondantes, et ne sont revenues que six semaines après. Ce retour a été accompagné de douleurs dans les reins et le côté gauche du ventre. Leur durée a été de deux à trois jours, puis elles ont disparu pendant trois mois, ce qui n'a apporté aucun changement, soit en bien, soit en mal, dans l'état de cette jeune fille. Depuis cette époque, l'écoulement menstruel n'a jamais été régulier : il revenait quelquefois tous les deux mois, d'autres fois tous les trois mois, mais l'état général de la santé ne paraissait pas en souffrir. Dans l'intervalle des règles, la malade avait des fleurs blanches abondantes; elle était sujette à quelques maux de tête, qui ne l'incommodaient que légèrement. Elle ne se rappelle pas avoir reçu de coups sur le ventre ni avoir fait une chûte. A l'âge de quatorze ans environ, elle vint à Paris, qu'elle habite depuis : alors elle jouissait d'une excellente santé. Un an après son arrivée, sans être précisément malade, ni éprouver de grands dérangemens dans ses fonctions, elle avait de temps en temps des nausées, des envies de vomir, puis des battemens de cœur assez forts. Elle entra à l'hôpital Beaujon, où elle resta dix mois, pour se faire guérir d'une prétendue gastrite chronique, sur laquelle la malade ne peut donner de renseignemens bien positifs. Elle était dans le service de M. Martin-Solon. Pendant le temps qu'elle resta à l'hôpital, ses règles, qu'elle n'avait pas eues depuis cinq à six mois, et qu'une vive émotion, causée par une fâcheuse nouvelle, avait supprimées, parurent une seule fois, durèrent pendant huit jours, mais en petite quantité.

Trois semaines ou un mois après la disparition de cet écoulement menstruel, elle s'aperçut que son ventre devenait plus gros. D'ailleurs, cette jeune fille, qui n'avait jamais souffert du ventre de manière à y faire attention, dit avoir commencé à ressentir dans le côté gauche une douleur sourde, profonde, un mois seulement avant son admission à l'hôpital; plusieurs fois aussi elle avait ressenti dans ce point du ventre des élancemens douloureux, qui duraient plusieurs jours, disparaissaient pendant douze ou quinze jours pour revenir encore. En grossissant, le ventre devint plus dur que d'ordinaire, et la pression occasionait de la douleur, surtout dans le côté gauche. Ce développement du ventre était uniforme; ses progrès furent aussi rapides que ceux d'une grossesse ordinaire; elle fut prise en même temps d'une diarrhée opiniâtre, qui persista pendant plus de deux mois, en dépit de tous les traitemens employés pour la combattre. Ce flux diarrhéique fut remplacé par une rétention d'urine assez singulière dans sa manière d'être et assez difficile à expliquer. La malade ne pouvait uriner que dans le bain; hors de là, elle ne pouvait uriner qu'à l'aide du cathétérisme, malgré tous ses efforts pour le faire naturellement. Pendant le temps qu'elle est restée à l'hôpital Beaujon, elle a été soumise à divers traitemens, qui n'ont rien produit. De nombreuses applications de sangsues sur le ventre, sur le flanc gauche, à la partie interne des cuisses, au siége, ont été faites sans succès. Trois saignées du bras et quatre du pied n'ont apporté aucune amélioration. Le ventre augmentait toujours et uniformément. On essaya d'un vésicatoire sur le ventre, de ventouses scarifiées, de frictions avec l'onguent napolitain, de cataplasmes d'herbes émollientes. On donna à l'intérieur des pilules de bismuth et de sous-carbonate de fer, des préparations de quinine, une infinité de poudres de toute espèce; elle prit des grands bains, des bains de siége, de pieds; rien ne la soulagea. Elle sortit de Beaujon et entra, quelque temps après, à l'Hôtel-Dieu; elle était dans l'état suivant :

D'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, nerveux; elle est très-impressionnable, d'une petite taille; cette jeune fille paraît jouir d'une excellente santé, à en juger à la fraîcheur de son visage et à son état d'embonpoint; elle n'a plus aucun des signes de la constitution strumeuse qu'elle a offerte dans son enfance. Elle a les cheveux et les sourcils châtains et assez épais, des yeux gris, vifs et pleins d'expression, le teint rosé et animé, des lèvres roses et peu épaisses, des dents blanches, intactes et bien conservées, etc.; ne tousse jamais et n'a jamais souffert dans la poitrine, qui est large et bien conformée. L'auscultation et la percussion sont intactes; les battemens du cœur sont tumultueux, forts, précipités, et s'entendent dans toute la partie antérieure de la poitrine; elle mange avec appétit, digère bien; va facilement à la garderobe, une fois, souvent deux fois dans les vingt-quatre heures. Pour uriner, elle est obligée d'avoir recours à une sonde, excepté dans le bain, où les urines sont émises plus facilement.

Le ventre offre un développement uniforme dans tous les sens, sans offrir ni saillie, ni dureté, ni fluctuation dans un point plutôt que dans un autre; à la vue on dirait une grossesse à terme ou à peu près; la peau n'offre aucun changement de couleur, seulement on remarque les traces nombreuses de sangsues, des ventouses et du vésicatoire qui ont été appliqués; à une pression ordinaire le ventre n'est pas douloureux; mais quand on le comprime fortement dans l'espace compris entre le nombril et le pubis, la malade accuse une légère douleur. Ce point n'est pas plus proéminent que les autres; et en cherchant plus profondément et en enfonçant les parois de l'abdomen, on ne sent aucune tumeur. En somme, le ventre est dur, tendu, résiste à la pression, et se laisse difficilement déprimer par la compression, quelle que soit la position que l'on fasse prendre à la malade.

La percussion n'est pas la même partout; dans le flanc droit et dans l'espace situé au-dessous du nombril, on trouve une sonorité remarquable très prononcée; dans le flanc gauche, au contraire, mais dans un espace beaucoup plus circonscrit, borné, on rencontre de la matité. Celle-ci existe entre tous les points situés entre une ligne qui tomberait verticalement à 27 millim. en dehors du nombril, à gauche, et une autre ligne transversale qui passerait à 27 millimètres au-dessus du nombril. La rate, au toucher et à la pression, ne paraît pas dépasser son volume ordinaire, ni offrir aucune tuméfaction; il en est de même du foie, qui ne dépasse pas les fausses côtes. Le toucher, dans ces régions, n'est nullement douloureux. L'auscultation, faite avec soin par plusieurs personnes, ne donne aucun signe; le nombril, comme chez ceux qui ont de l'embonpoint, est un peu enfoncé; la peau du ventre n'est point plissée; les veines tégumenteuses et sous-cutanées ne sont pas variqueuses ni même apparentes.

Les seins de cette jeune fille sont d'un volume ordinaire, n'ont éprouvé aucun changement ni physique, ni physiologique; dans aucun temps elle ne les a sentis plus douloureux; ils sont fermes, sans dureté ni mollesse, et ont toute la fraîcheur de ceux d'une jeune vierge; ils sont bien faits, non déformés. Les mamelons ne sont pas formés, et un point rose indique leur siége.

Les parties génitales externes offrent la couleur rosé et fraîche de celle d'une jeune fille sage; elle assure, d'ailleurs, avec timidité, n'avoir jamais eu de rapports avec aucun homme, ni jamais avoir été violentée ou surprise. La membrane de l'hymen est détruite en grande partie, elle a été touchée plusieurs fois et examinée au speculum. L'utérus n'offre rien de particulier; il est assez élevé, et son col, assez difficile à atteindre avec le doigt, est long de 27 millim. à peu près, effilé, faisant saillie dans le vagin; son ouverture est petite, resserrée, linéaire. Le toucher ne cause aucune douleur dans ces parties, seulement il répugne à cette jeune fille, qui est contrariée de ces examens. En faisant mettre cette jeune fille sur les genoux, pour la toucher, on ne sent nullement le ballottement qui accompagne ordinairement la grossesse. Par le rectum, on ne note rien de particulier; la matrice est dans sa position ordinaire, ni plus haute, ni plus basse; son volume n'est pas augmenté. Une sonde introduite dans la vessie, ne rencontre aucun obstacle dans le canal de l'urètre, et ne fait rien découvrir dans la vessie, dont la ca-

pacité paraît médiocre; elle urine seulement deux fois dans les vingt-quatre heures, et en quantité ordinaire elle sent le besoin d'uriner, mais cependant la vessie ne peut être vidée que par la sonde, ou lorsqu'elle est dans le bain; alors l'émission de l'urine a lieu volontairement. Lorsqu'elle boit beaucoup elle souffre bien moins que lorsqu'elle boit peu. Car alors elle ressent dans la vessie des douleurs sourdes, mais supportables; elle marche assez difficilement, et comme une femme sur le point d'accoucher. Quant elle marche ou monte un escalier, elle a des étouffemens, des oppressions, et la moindre surprise ou émotion lui donne de violentes palpitations.

Les mesures du ventre sont prises exactement à l'entrée de la malade; elles n'ont pas variés de 13 millimètres à 27 millimètres, pendant tout le temps qu'elle est restée à l'Hôtel Dieu (cinq mois environ)

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, elle a été soumise à une médecine expectante. Incertain sur la nature de la maladie, M. Blandin, dans le service duquel elle était, s'est attaché à combattre les symptômes prédominans. Le traitement a consisté dans plusieurs saignées du bras, espérant faire disparaître les maux de tête qu'elle éprouvait assez habituellement. Plusieurs saignées du pied et applications de sangsues aux cuisses et aux parties génitales ont été faites dans l'espoir de rappeler les règles. A l'intérieur, on a administré les emménagogues; tout a été inutile; il n'en résulte aucun changement, si ce n'est que tous ces traitmens affaiblissent la malade.

Alors M. Blandin prie MM. Roux, Montain, de Lyon, Récamier, Robert, etc., d'examiner la malade. Parmi ces médecins les uns admettent, les autres rejettent l'idée d'une grossesse, au moins d'une grossesse normale; aucun d'eux ne veut se prononcer d'une manière positive sur sa manière de voir; ils portent donc un diagnostic différent.

M. Roux, qui avait pensé d'abord à une grossesse normale, examine de nouveau et refuse de se prononcer; cependant il penche pour une grossesse extra-utérine. A cette occasion, ce professeur nous fait part de plusieurs cas de jeunes filles, qui, soutenant n'être pas enceintes, n'en étaient pas moins accouchées à terme; il engage à attendre.

M. Montain, de Lyon, croit aussi à une grossesse; mais selon lui l'enfant est mort; ce corps étranger en putréfaction a produit un épanchement séreux et des gaz, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus; du reste, M. Montain n'ose prononcer si c'est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire, ovarique ou abdominale.

M. Récamier, dont le diagnostic est parfois si surprenant, refuse de se prononcer; cependant il pense à un amas de matières fécales dans la fin du gros intestin, et ordonne, d'après cette opinion, un traitement que nous indiquerons plus loin.

M. Blandin, qui soigne habituellement la malade, croit voir une hydropysie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la motité qu'on rencontre dans cette région. M. Robert n'a aucune raison pour croire plutôt à l'une qu'à l'autre de ces maladies, et ne veut pas se prononcer; d'autres médecins, présens à cet examen, semblent croire à la rétention des règles dans l'utérus. Du reste, tous les consultans restent dans le doute. Dans cet état d'incertitude, M. Blandin fait suivre à la malade le traitement prescrit par M. Récamier, le seul qui ait été proposé, le voici : Régime sédatif, alimens froids; bains à 18° R. Plusieurs lavemens froids par jour, puis quelques purgatifs doux. Ce traitement est mis en usage le 21 octobre, et continué jusqu'à la fin de décembre. Le 22, le 27, le 30, deux onces d'huile de ricin; le 7, le 9, le 15, sulfate de soude, une once à chaque fois. Le 29 octobre, époque menstruelle, 15 sangsues à la vulve. Le 10, le 11 novembre, le 24 décembre, 20 sangsues sur le ventre; le 26, quinze à la vulve; le 27, vingt sangsues à l'anus. Saignées du pied le 5, le 12, le 29 novembre. Les 23, 24, 25, 26 novembre, frictions mercurielles, qu'on cesse à cause de la salivation. Le 2 décembre, vésicatoire sur le ventre. Nous devons ajouter que depuis le 21 octobre, jour où elle a commencé le traitement, la jeune malade a pris chaque jour un bain froid, des bains de pieds sinapisés et de la tisane d'armoise. Pendant tout ce traitement le ventre n'a pas diminué; au contraire, il a plutôt un peu augmenté, tous les symptômes sont à peu près les mêmes qu'à l'entrée de la malade, moins la pression sur le flanc gauche, qui est devenue plus douloureuse. Le matin, et dans le courant de la journée, la malade se trouve beaucoup mieux que le soir et dans la nuit, où elle éprouve des élancemens dans le bas-ventre, et de forts battemens de cœur.

Elle resta encore à l'Hôtel-Dieu jusque dans les premiers jours du mois de mars 1837, conservant toujours sa fraîcheur de jeune fille et son état habituel d'embonpoint. Aucun changement dans sa position; son ventre est absolument le même qu'à son entrée, ainsi que l'excrétion des urines. A sa sortie, M. Blandin lui conseilla de prendre beaucoup d'exercice, de faire des promenades en voiture, ce qu'elle fit tous les deux jours, pendant trois semaines; elle allait à Versailles en coucou, et revenait par la même voiture. Cet exercice, loin de procurer de l'amélioration, rendit les douleurs du ventre plus vives; la malade ne pouvait faire que quelques pas à pied et en se fatiguant beaucoup.

Le 24 mars 1837, elle entra à l'hôpital Saint-Louis, absolument dans le même état qu'elle était à l'Hôtel-Dieu; il y avait trois mois que je ne l'avais vue; je ne trouvai aucun changement dans sa position. Les mesures que j'avais prises à l'Hôtel-Dieu au moment de son entrée et pendant le cours de sa maladie étaient exactement les mêmes à son entrée à Saint-Louis; le volume du ventre n'avait pas diminué, seulement la pression paraissait plus douloureuse, toujours même fraîcheur, même embonpoint, même état des seins et des parties génitales, etc.; un peu d'ennui et de découragement, moins d'appétit, quoique les digestions fussent bonnes, selles régulières, point de dévoiement, jamais de douleurs ni dans les reins, ni dans la vessie, ou dans le ventre; impossibilité de marcher ou même de rester sur les jambes sans se fatiguer promptement; quelquefois elle ressent des crampes dans les membres inférieurs, qui ne sont ni enflés, ni œdémateux, rien dans les régions inguinales ou dans les fosses iliaques qui puissent comprimer les veines et les nerfs cruraux.

A cette époque, je priai M. Jobert d'examiner la malade; il pensa, mais sans vouloir l'affirmer, qu'il pourrait y avoir un épanchement sanguin, une tumeur développée dans l'épaisseur du péritoine; il introduisit dans l'intérieur de l'utérus une sonde de femme qui y pénétra avec la plus grande facilité et à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi. Cette exploration n'amena aucun résultat; elle apprit seulement que les parois de l'utérus étaient épaisses, dures, résistantes; que cet organe ne contenait ni caillot sanguin, ni autre corps étranger; l'instrument ne provoqua aucune douleur.

Ignorant absolument la nature de sa maladie et n'ayant aucune raison pour admettre telle maladie plutôt que telle autre, je la soumis empiriquement au traitement, dans l'espoir cependant de provoquer les règles : tous les jours un pot de tisane d'armoise, une pilule composée de sous-carbonate de fer et de seigle ergoté (10 centig. de chaque substance); de temps en temps le seigle ergoté était remplacé par 10 centig. de safran, avec addition de 12 millig. de castoréum; des frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain; bains simples. Ce traitement est continué pendant un mois; ensuite on lui donne seulement dans chaque pot de tisane 75 centig. de seigle ergoté, ou bien elle les mange avec des confitures sur son pain, ce qu'elle préfère plutôt que de prendre des pilules ou de boire de la tisane. L'usage du seigle ergoté ne détermine aucun accident. Pendant son séjour à Saint-Louis elle a été saignée deux fois aux pieds et une fois au bras, afin de la débarrasser des violens maux de tête qui revenaient à chaque époque menstruelle. Trois fois des sangsues ont été appliquées à la partie interne des cuisses; également à l'époque où auraient dû paraître les règles. Pendant longtemps ce traitement n'a été suivi d'aucun changement dans son état. Ce ne fut que le 15 juin 1837, en prenant de nouvelles mesures, que je m'aperçus qu'il y avait un peu de diminution dans le volume du ventre, dont la douleur était toujours la même à la pression. La malade dit sentir de l'eau dans son ventre; en effet, si on imprime un mouvement de succussion brusque, on entend le flot d'un liquide qu'on ne peut sentir avec les doigts par percussion saccadée quelque précaution qu'on prenne. Ce liquide paraît contenu dans un point très circonscrit du ventre, dans la région latérale gauche et inférieure de l'abdomen; en percutant l'abdomen, la sonorité est sensible partout, excepté à gauche, où il existe une forte motité dans l'espace compris entre une ligne verticale qui tomberait à 5 centimètres en dehors de l'ombilic et 2 millimètres horizontaux qui couperait ceux-ci au niveau de l'ombilic; c'est aussi dans ce point que la pression détermine des douleurs plus vives; au toucher il est impossible de sentir aucune tumeur située profondément, lors même qu'on presse fortement dans l'intention de déprimer les parois abdominales. Ces tentatives provoquent seulement de vives douleurs. Le ventre est encore uniformément développé; cependant depuis qu'il a diminué, en examinant attentivement, on constate que le côté gauche a un peu plus d'étendue que le côté droit; je m'en assure par une mensuration minutieuse, et je trouve une différence de 2 centimètres entre les deux côtés du ventre, mesures de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic. La circonférence de la taille est de 65 centimètres au lieu de 75 qu'elle avait à l'entrée de la malade. La circonférence au niveau de l'ombilic de 78 centimètres au lieu de 88. La diminution dans le développement du ventre est de 10 centimètres. Maintenant le siége de la maladie paraît évidemment être à gauche; la douleur est plus vive à la pression; il y a de la motité dans une certaine étendue; enfin ce côté présente un peu plus de développement que l'autre. L'état général n'a pas cessé d'être excellent.

Le 16 juin, elle est prise d'un peu de dévoiement : quatre ou cinq garderobes dans les vingt-quatre heures. Les seins sont sensibles, gonflés, douloureux au toucher; elle éprouve des coliques dans le ventre et les reins, avec un malaise général. Au seigle ergoté qu'elle prend chaque jour, je fais ajouter à la visite du matin deux pilules de sous-carbonate de fer et de safran, appliquer des cataplasmes sinapisés à la partie interne des cuisses.

Le 17 juin au matin, apparition des règles; elles coulent peu abondamment; même prescription que la veille. Les règles durent toute la journée, toute la nuit et une partie du lendemain; elles sont si peu fortes que la malade ne perd pas 31 grammes de sang.

Le 19 et le 20, application de dix sangsues à la partie interne des cuisses. Elle est soumise ensuite au même traitement que les mois précédens. L'apparition des règles a apporté une diminution assez sensible dans le volume du ventre, aucune modification dans l'émission des urines qui se fait toujours de la même manière; la pression détermine toujours de la douleur dans les points que j'ai indiqués.

La malade ennuyée d'un aussi long séjour à l'hôpital demande à sortir. Chaque semaine elle vient à l'hôpital, afin que nous puissions constater son état.

Le mois suivant, retour des règles; elles sont peu abondantes et durent un jour. A l'exception du ventre qui diminue peu à peu, tous les autres accidens persistent, tels que la douleur dans la région iliaque gauche, la rétention d'urine, etc. Elle se fatigue toujours beaucoup en marchant; elle travaille en magasin.

Les règles sont encore revenues le troisième mois, mais plus abondantes; elles ont duré huit jours; depuis elles ont toujours paru avec beaucoup de régularité, et leur durée ordinaire a été de cinq à six jours. A cette nouvelle apparition des règles, le ventre est devenu plus douloureux, et dans une étendue plus considérable sa sonorité est tympanique et existe presque partout, excepté dans un point assez circonscrit du côté gauche, qui est très mat à la percussion et le siége d'une vive douleur. La malade assure ressentir des élancemens dans ces parties et y souffrir beaucoup depuis l'époque de ses règles; on ne sent aucun battement, mais on voit aisément qu'il existe de ce côté un peu de tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, sans empâtement, sans chaleur, sans fluctuation soit superficielle soit profonde. Application de vingt sangsues, cataplasmes, bains simples, repos.

A partir de cette époque, la diminution du ventre a été assez rapide, ainsi que celle de la douleur du flanc gauche. La rétention d'urine a encore persisté assez longtemps et a disparu enfin spontanément.

Peu à peu le ventre a diminué et est revenu à son volume normal. Il n'existe plus de sa maladie qu'une légère douleur dans un point très circonscrit de la région iliaque gauche : cette douleur n'incommode nullement la malade, qui ne la ressent que lorsqu'on comprime assez fortement le point qui en est le siége ;

d'ailleurs, sa santé est parfaite; seulement, à chaque époque menstruelle, elle éprouve dans le bas-ventre, du côté gauche, une douleur plus vive, qui disparaît avec l'écoulement des règles, qui sont assez abondantes, et durent sept ou huit jours.

Cette singulière affection m'a paru si extraordinaire, et a fixé l'attention de tant de médecins, qui n'ont osé se prononcer sur sa nature, que j'ai cru devoir la recueillir et la rapporter avec détail. Je me suis attaché à suivre avec soin toutes ses variations, afin de mieux faire connaître tout ce qu'elle a présenté d'embarrassant pour le diagnostic. Quoiqu'il paraisse assez aisé, en lisant les auteurs, de distinguer les tumeurs abdominales, cependant il est des cas où l'erreur devient si facile, qu'elle est, sinon impossible, au moins très difficile à éviter. L'observation que je viens de rapporter nous en offre un exemple remarquable. Si quelquefois ces erreurs ont bien faute de connaissances, ou par trop de précipitation, elles arrivent encore quelquefois, quelque précaution que l'on prenne. Ainsi, dans le cas que nous rapportons, on a vu plusieurs praticiens distingués convenir qu'ils ne pouvaient affirmer qu'il existait telle maladie plutôt que telle autre, tout en portant cependant le diagnostic qui leur paraissait le plus probable, d'après les apparences et les signes que présentait cette jeune fille. C'est pourquoi, pour ne pas se laisser séduire par toutes les circonstances qui peuvent en imposer, il ne faut hasarder son jugement qu'après un mûr examen. Pour le sujet qui nous occupe, ce qui fait le plus communément donner dans le piége, c'est le développement considérable du ventre. Il y a des gens si prévenus qu'il leur suffit de savoir qu'une jeune fille a le ventre gros, n'a plus ses règles depuis cinq ou six mois, qu'elle est jolie, fraîche, intelligente, etc., pour qu'ils décident qu'elle est enceinte. Je conviendrais bien avec eux qu'il est plus ordinaire aux jeunes filles d'être enceintes, lorsqu'elles sont dans les conditions que je viens de dire, que d'avoir une autre maladie, une ascite, par exemple; mais comme il est fort possible que le contraire arrive; je dis que, lorsqu'il est question de juger, ce n'est pas par l'âge qu'on doit le faire, ou par les apparences, mais par la maladie elle-même. Était-il possible, dans cette circonstance, de reconnaître la nature de l'affection qui existait réellement? Pouvait-on, avec quelque raison, croire à l'existence soit d'une grossesse proprement dite, d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse normale ou anormale, mais avec mort et décomposition du fœtus; d'une accumulation de matières fécales dans le rectum ou le colon, d'un amas de sang dans la cavité utérine, d'un épanchement sanguin organisé dans l'épaisseur du péritoine, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, ou enfin de toute autre tumeur développée dans le ventre? Était-il possible, enfin, d'arriver au véritable diagnostic? Je vais examiner toutes ces questions les unes après les autres avant de porter un jugement. La discussion à laquelle je vais me livrer ne sera pas, d'ailleurs, sans intérêt pour le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales, et pourra servir à son histoire, pour celles que je vais passer en revue.

Chez cette jeune fille, ceux qui prononcèrent qu'il y avait probablement grossesse, et qu'il fallait attendre, s'appuyèrent, sans doute, sur la suppression des règles depuis plusieurs mois, sur le développement uniforme et rapide du ventre à la suite de cette suppression, sans aucun trouble des fonctions, sur l'absence de douleur dans cette cavité, sur la fraîcheur, sur la santé si belle de cette jeune fille, sur son âge, enfin sur l'idée aussi qu'elle pouvait avoir quelque intérêt à cacher sa grossesse, etc., d'autres crurent qu'il y avait grossesse extra-utérine: ceux-ci se fondaient d'abord sur toutes les raisons énumérées plus haut; ensuite sur ce qu'il existait de la matité dans le flanc gauche, sur la douleur qu'y déterminait la pression, sur l'état normal du col de l'utérus, dont la position et le développement n'offraient rien que de très ordinaire, enfin sur l'absence de tout phénomène physiologique du côté des mamelles. La sonorité remarquable qui existait dans presque toute l'étendue du ventre, mais principalement dans le flanc droit, jointe aux signes précédemment décrits, fit penser à M. Montain (de Lyon) qu'il existait une grossesse compliquée de la mort du fœtus, dont la décomposition avait donné naissance à un épanchement, à des gaz, et, par conséquent à l'intumescence du ventre et à la tympanite.

Ces raisons, de part et d'autre, n'étaient pas sans fondement, mais ils ne devaient ni les uns ni les autres en conclure ce qu'ils en concluaient, ce qu'ils faisaient, du reste, sans vouloir l'affirmer, puisqu'il y a des jeunes filles qui peuvent avoir un gros ventre, une suppression de règles, offrir en apparence tous les signes de la grossesse, sans être enceintes. La rétention des règles, l'hydropisie ascite ou enkystée, la tympanite, les tumeurs développées dans l'ovaire ou le bassin, etc., nous en offrent de fréquents exemples. Ces affections peuvent produire le plus grand nombre des signes rationnels de la grossesse. Ce n'est donc point l'intumescence du ventre ni sa forme, la cessation des règles, qui caractérisent la grossesse, ce n'est non plus l'âge de la personne, puisqu'on en rencontre qui offrent tous ces signes, sans qu'on soit pour cela en droit de conclure que c'est une grossesse. Toutes les circonstances que nous venons d'énumérer doivent bien, à la vérité, se rencontrer dans la grossesse extra-utérine, mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre plus circonspect dans le jugement qu'on avait à porter.

1° L'idée d'une grossesse, au moins d'une grossesse normale, devait être rejetée, puisqu'en touchant le col on ne le trouvait point effacé, entr'ouvert, comme il aurait dû l'être dans une grossesse de sept ou huit mois. Au contraire, il était long d'un pouce à peu près, effilé; son ouverture était resserrée; les seins n'avaient éprouvé aucun changement.

2° En touchant la malade, placée sur les genoux, on ne sent pas le ballottement qui accompagnerait la grossesse, et l'utérus ne paraît pas avoir acquis un plus grand développement.

3° Par le rectum, on sent la matrice dans sa position ordinaire; son volume ne paraît pas augmenté.

4° Le défaut de mouvemens perceptibles du fœtus, s'il y en avait eu un de sept ou huit mois. En effet, jamais la malade n'a ressenti aucun mouvement ni battement dans le ventre, et l'auscultation ne fait entendre ni bruit circulatoire, placentaire ou autre.

5° Enfin, la malade, interrogée pour savoir si elle n'avait point eu de rapports sexuels, sur la cause de la disparition de ses règles, etc., a répondu à toutes ces questions de manière à éloigner l'idée de l'existence d'une grossesse.

Était-ce une grossesse compliquée de la mort du fœtus, comme l'a pensé M. Montain (de Lyon), à cause de la grande sonorité, qui serait due, selon lui, au développement de gaz formés par la putréfaction du fœtus? Mais l'absence de symptômes généraux, l'état de santé de la malade, sa fraîcheur, son embonpoint, l'absence de fluctuation, l'état de l'utérus, sa position, etc., détruisent cette opinion, ainsi que celle de M. le professeur Roux, qui croit à une grossesse, soit normale, soit extra-utérine. D'ailleurs, M. Montain n'ose pas prononcer si l'épanchement de gaz ou de sérosité, qu'il suppose, est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire ou ovarique.

Il était tout à fait impossible de croire à la rétention des règles dans l'utérus, à l'existence d'un polype, d'un corps fibreux, d'une mole, ou d'un faux germe, etc., puisque l'utérus a son volume normal, qu'il n'a pas changé de position, que la malade a eu déjà plusieurs fois ses règles. L'état du col, qui serait effacé, entr'ouvert, la marche de cette affection, l'absence de symptômes généraux, ne permettent pas de nous arrêter à cette opinion. Du reste, l'introduction d'une sonde de femme dans la cavité de l'utérus a levé tous les doutes, en même temps qu'elle a démontré qu'il n'y avait ni hydrométrie, ni tympanite utérine. Dans ces cas, d'ailleurs, il y a toujours une altération si profonde de la santé que la méprise devient, par cela même, presque impossible, quand on y réfléchit un peu. Ainsi il est donc bien évident que le siége de la maladie n'était pas dans la matrice.

Il nous reste maintenant à examiner si ce développement du ventre était dû à une accumulation de matières fécales, comme l'a pensé M. Récamier, ou à toute autre tumeur de l'abdomen, à un épanchement de sang, par exemple, ou à une hydropisie enkystée de l'ovaire, etc.

Le diagnostic porté par M. Récamier ne peut être admis. Du reste, ce praticien distingué, qui avait pensé d'abord à un amas de matières fécales, dans la fin du gros intestin, en examinant de nouveau la malade, refuse de se prononcer; il ordonne seulement le régime que nous avons indiqué plus haut. La régularité des selles chez cette jeune fille, qui avaient lieu toutes les vingt-quatre heures au moins une fois, souvent deux fois, l'état des matières fécales, qui n'indiquaient ni de la constipation, ni de la diarrhée, l'absence dans la région iliaque gauche de bosselures, d'inégalités, causées par les matières fécales accumulées et d'urines dans l'intestin, l'absence de coliques, l'examen du rectum et du vagin, la position normale de l'organe gestateur, etc., devaient faire abandonner cette idée.

J'ignore sur quelles raisons se fondait M. Jobert pour dire que ce pouvait être une tumeur résultant d'un épanchement sanguin qui se serait organisé dans l'abdomen. Rien dans les renseignements commémoratifs ne pouvait faire naître cette idée; dans tous les discours de la malade qui est douée de beaucoup d'intelligence, elle ne dit pas un mot qui pût faire soupçonner cette espèce de lésion; ni même la véritable nature de la maladie, dont le début a été si insidieux qu'elle n'a pu l'indiquer.

M. Blandin croit voir ici une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la matité de la région iliaque gauche, de la douleur qu'on détermine dans ce point par la pression; l'âge de la malade, l'état de sa santé générale, la manière dont s'est développé le ventre, sont les raisons qu'il donne, sans vouloir affirmer son diagnostic; en suivant la méthode d'ex-

clusion, un était arrivé à cette maladie, et c'était en effet celle qui paraissait le plus probable; je dis le plus probable, car elle n'offrait que des signes équivoques, qui, considérés isolément n'avaient que peu de valeur. Sans doute il y avait matité dans la région iliaque gauche, douleur à la pression, intumescence du ventre. Ce dernier signe était sans valeur, car le développement uniforme symétrique du ventre n'a jamais lieu que lorsque l'affection est ancienne; alors la fluctuation est sensible; ici point de fluctuation quel que soin qu'on mît à la trouver; point de tumeur apparente appréciable à la main dans une des régions iliaques, ou au-dessus du pubis; dans l'hydropisie enkystée ou toute autre tumeur accidentelle, le changement qu'elles apportent dans la forme de l'abdomen est local, du moins pendant un certain temps. La malade assure n'avoir jamais remarqué de tumeur d'un côté ou de l'autre, à aucune époque.

D'un autre côté, lorsque l'hydropisie enkystée est assez avancée pour donner au ventre un développement régulier uniforme et symétrique, il existe alors des symptômes particuliers qui manquaient chez cette jeune fille; la fluctuation, les troubles fonctionnels des viscères de l'abdomen, la gêne de la respiration, l'œdème des extrémités inférieures, le développement du système veineux, sous-cutané, abdominal, etc. Le toucher par le vagin était loin de confirmer les soupçons qu'on avait. Il manquait dans ce cas l'ordre ordinaire dans lequel se trouve placée la matrice qui est entièrement dérangée; le fond de ce viscère est entraîné et enlevé par le kyste, s'incline de son côté; le museau de tanche répond alors au côté opposé, et ses bords au lieu d'être placés parallèlement aux symphises sacro-ischiatiques deviennent, l'un supérieur et l'autre inférieur; dans cette situation, l'une des surfaces répond à la symphise sacro-vertébrale, et l'autre aux parois antérieures de l'hypogastre; si je semble porté à croire qu'il existait cependant une hydropisie enkystée de l'ovaire ou plutôt un kyste séreux de l'ovaire, c'est à cause de la fluctuation que je sentis sur les derniers temps de la maladie, quand cette fille vint à Saint-Louis, et parce qu'elle disait sentir de l'eau dans son ventre. Cette dernière circonstance est un signe de plus en faveur de l'opinion de M. Blaudin, mais il ne suffit pas encore pour affirmer quelle était la véritable nature de la maladie; sa terminaison favorable et peu ordinaire doit nous laisser dans le doute et nous rappeler l'aphorisme 1223 de Boerhave: *Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæpe occupat, difficulter cognoscitur et vix sine inciso cadavere.* On pourrait encore soupçonner une tumeur hydatique développée dans le ventre; j'en connais un exemple bien remarquable.

En 1837, une de mes clientes, femme d'un architecte, eut un premier accouchement très heureux. Cette dame, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, nourrit elle-même son enfant, qui mourut du croup quelques mois après sa naissance; le chagrin qu'elle en éprouva altéra un peu sa santé; elle devint triste, chagrine, et perdit l'appétit. Cependant les règles se rétablirent bien et régulièrement, et l'espoir d'avoir un autre enfant fut le vœu de tous ses désirs; sa joie était au comble quand à l'époque de ses règles elle éprouvait un ou deux jours de retard seulement; elle se croyait enceinte. Il se passa plusieurs mois sans qu'il en fût ainsi, et déjà elle croyait qu'elle ne deviendrait plus mère. Sur ces entrefaites, une douleur se déclara dans le côté gauche au-dessous des fausses côtes; le toucher fait reconnaître l'existence d'une tumeur. Le mari vint me chercher, et je reconnus, en effet, qu'il existait dans le flanc gauche, dans l'espace compris entre les fausses côtes, l'épine iliaque antérieure, en dehors du muscle droit, une tumeur globuleuse non adhérente aux parois abdominales, médiocrement mobile, peu douloureuse à la pression, assez profondément située, et du volume des deux poings; on pouvait croire à une grossesse extra-utérine, une tumeur enkystée de l'ovaire, une accumulation de matières fécales, etc. Je priai mon ami, M. le docteur Nélaton d'examiner cette dame avec moi; il le fit avec soin et à plusieurs reprises, sans jamais oser se prononcer sur la nature de la maladie. Après un mois d'examen attentif, nous n'étions pas plus avancés que le premier jour, lorsque la sortie par les selles de nombreuses hydatides, l'affaissement et la disparition presque entière de cette tumeur, vinrent nous apprendre quelle était sa nature. Depuis, cette dame est devenue enceinte et est accouchée heureusement d'une petite fille qu'elle nourrit. Le reste de cette observation n'appartient pas à mon sujet. J'en parlerai une autre fois; ce que j'en rapporte ici ce n'est que pour faire voir combien il est facile de se tromper, et prendre, dans ces points, une maladie l'une pour l'autre. On doit donc se tenir sur ses gardes et se défier des choses qui peuvent faire prendre le change.

Je conclus de cette discussion, quant à la véritable maladie de notre jeune fille, qu'il était plus facile de dire ce qu'elle n'était pas, que de déterminer sa nature; qu'on pouvait à la rigueur, et après un examen léger, la prendre, soit pour une grossesse normale, une grossesse extra-utérine, un épanchement de sérosité et de gaz produit par la mort d'un fœtus dans le sein de la mère, une accumulation de matières fécales, un épanchement sanguin dans l'abdomen, une tumeur hydatique, etc., etc.; mais qu'on devait, après un examen réfléchi, écarter la plupart de ces affections, pour croire ou à un kiste séreux de l'ovaire, ou à une hydropysie enkystée de cet organe ou de sa trompe, ou, enfin, à une tumeur hydatique, qu'il était impossible, avec les renseignemens que nous avons eus et les symptômes qu'a offerts cette jeune fille, de connaître la nature véritable de l'affection, qu'on aurait cependant quelques raisons de croire à l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, à cause de la fluctuation qui devint sensible sur les derniers temps, mais que la terminaison heureuse de la maladie laissera toujours des doutes à ce sujet.

Ces réflexions pourront paraître indifférentes à ceux qui, comme Hunter, regardent les hydropisies enkistées abdominales comme incurables, et les procédés opératoires qui leur sont applicables comme des palliatifs inutiles et même dangereux; mais elles pourront être de quelque valeur à ceux qui comme Mouro, Ledran (1), Petit-Rodel (2), M. Récamier (3), et surtout le docteur Bright (4), croient à l'utilité de l'opération dans certains cas, lorsque la maladie aura été bien reconnue par un examen attentif des signes qui se composent de toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné l'invasion, les progrès de la maladie. Dans le cas qui nous occupe ici, ils étaient bien insuffisans pour faire connaître la nature du mal, et il eût été bien imprudent de tenter un traitement chirurgical; dans des cas aussi obscurs on doit attendre que la nature qui cherche toujours à se débarrasser de ses produits accidentels se soit prononcée d'une manière claire, et qu'elle ait posé une indication.

Quant à la rétention d'urine elle venait indubitablement de la tumeur dans le ventre, soit par compression ou par irritation, ou peut-être par ces deux causes réunies.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PHILOSOPHIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE; par le docteur DUCROS; en deux volumes. Marseille, 1837. — A Paris, chez Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

Le titre placé en tête de cet ouvrage semble indiquer le désir, de la part de l'auteur, de bouleverser tous les systèmes émis jusqu'ici en médecine, et de les remplacer par une nouvelle doctrine; mais tel n'a point été son but. Il n'a voulu que montrer les points de contact qui existent entre la médecine et les sciences accessoires, et les emprunts utiles que la médecine pourrait faire aux sciences naturelles. Abordant une infinité de questions de philosophie médicale qu'il croit n'avoir pas été assez approfondies, il appelle surtout l'attention du médecin sur l'unité physiologique qu'il croit régner entre la plupart des phénomènes naturels, et sur l'application qui peut en être faite à l'étude et au traitement des maladies. Si nous en croyons l'auteur, cette méthode pourrait donner à l'art de guérir le positif tant désiré, et déjà promis tant de fois, l'associant avec tout ce qui a été sanctionné par la voie d'expérimentation dans les sciences exactes. Sans nier les immenses services que les sciences naturelles ont rendus à la médecine, sans nier ceux qu'elles sont appelées encore à lui rendre, nous pensons qu'il y a un point où ces sciences cesseront de lui être utiles, où, même, elles lui seraient nuisibles, si, malgré les nombreuses difficultés qu'on éprouverait à les soumettre les unes aux autres, on prétendait donner à la médecine la même marche et la même allure qu'aux sciences naturelles ou physiques. Il est un point où toute application de ces sciences à la médecine devient inutile ou même nuisible. Si nous nous accorde cette restriction dans les idées qu'émet l'auteur sur l'application des sciences à l'étude de la médecine, nous reconnaîtrons qu'il a exposé avec talent, et en faisant preuve de vastes connaissances en histoire naturelle, l'unité physiologique qu'on observe parmi les êtres organisés.

Il n'est pas facile de donner une idée exacte du travail de M. Ducros, qui se prêterait même difficilement à une analyse succincte. Il aborde à

(1) MÉMOIRE DE L'ACADÉMIE DE CHIRURG.
(2) ENCYCLOP. MÉTHOD. PART. CHIR., tom. II, p. 132.
(3) M. Récamier vient tout récemment de pratiquer une opération à l'Hôtel-Dieu, pour un kiste uniloculaire de la trompe, qu'il a ouvert par l'abdomen et par le vagin, d'après un procédé tout particulier.
(4) ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., année 1838, tom. III.

la fois tant de questions de philosophie, il embrasse, surtout dans le premier volume, un si grand nombre de considérations, dont quelques-unes, neuves et pleines de justesse, exigeraient, pour être bien comprises, des développemens dans lesquels nous ne pourrions entrer, que nous devons nous contenter de cette simple notice. Toutefois, avant de terminer, nous exprimerons le regret que l'auteur n'ait pas mis plus d'ordre dans la disposition de ses matériaux, et surtout qu'il ait cru devoir présenter dans le second volume une espèce de pathologie abrégée où on ne retrouve que rarement des traces de la philosophie, à l'exposition de laquelle le premier volume a été spécialement consacré.

ESSAI SUR LES HARMONIES PHYSIOLOGIQUES; par M. BAUDET-DULARY. — Première livraison : 112 pages in-8 et 6 planches. Paris, 1838. Au bureau de la PHALANGE, rue Jacob, 54.

Il serait difficile de trouver un sujet qui prêtât plus à la doctrine de Fourier que la contemplation des phénomènes physiologiques dans l'organisation humaine; c'est là qu'on trouve à l'état normal une si merveilleuse harmonie, que ce célèbre réformateur aurait désiré transporter dans l'état social et qui, dans le petit cercle de l'organisme humain, a pour résultat la vie et la santé. L'accord qui règne entre tous les organes comme entre leurs fonctions, la sagesse infinie qui a présidé à leurs dispositions et à leurs rapports mutuels, comparés avec le désaccord que présentent continuellement les élémens de l'ordre social, et les déchiremens profonds qu'il éprouve si fréquemment, devaient frapper vivement un partisan de la *science sociale*, et lui inspirer le désir d'en présenter le tableau brillant et d'en faire l'application au bonheur et au perfectionnement de l'espèce humaine. L'étude des rapports du physique et du moral, celle de la phrénologie et du libre arbitre qui font partie de cette livraison, amènent l'auteur à exposer la doctrine de Fourier sur les passions et qu'il cherche à laver des reproches qui lui ont été faits de conduire à l'immoralité et au renversement de toute idée religieuse.

Ce travail destiné aux personnes qui, par la nature de leurs occupations, sont étrangères aux études physiologiques, est écrit dans un style simple et non dépourvu de grace, et nous paraît devoir donner une notion claire et exacte des principaux phénomènes physiologiques. Si on y trouve quelques discussions un peu étrangères au sujet, mais que l'auteur sait y rattacher avec soin, sur la théorie des harmonies, sur le système sociétaire, on voudra bien se rappeler que tout n'est pas parfait dans l'ordre social actuel et que ceux qui cherchent à l'améliorer ne doivent pas être tous traités de rêveurs ou de fanatiques.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE; par A. SIGNORET. Deuxième partie. — 156 pages in-8°. Paris, 1839. Librairie des sciences médicales de Just Rouvier et Lebouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

En rendant compte au commencement de 1839 (n° 13) de la première partie du travail de M. Signoret, nous avions signalé les conclusions auxquelles l'auteur était arrivé après avoir combattu les différens systèmes et avoir tenté de mettre à leur place un humorisme absolu; c'est que les méthodes de traitement généralement employées sont mauvaises, et qu'elles devraient être remplacées par une méthode générale, reposant sur des bases différentes. Quelle était cette méthode? C'est ce qu'il ne disait pas, nous renvoyant à la deuxième partie de ses recherches. Mais qu'y trouvons-nous maintenant? Après une critique souvent heureuse, et après, pour ainsi dire, une immolation complète de toutes les idées théoriques qui ont eu cours en médecine, une réhabilitation de la médecine dite *de Leroy*. Nous n'accorderons pas à l'auteur que toutes les maladies soient des altérations d'humeurs; encore moins conviendrions-nous que la purgation est le meilleur moyen thérapeutique à leur opposer, mais nous repousserions de tous nos efforts les éloges qu'il donne à cette médecine de Leroy, dont les funestes effets retardèrent bien certainement le retour des médecins vers l'emploi rationnel des purgatifs. Ce que nous venons de dire des conclusions du travail que nous avons entre les mains nous dispense de nous en occuper plus longtemps.

DE L'ORGANE PHRÉNOLOGIQUE DE LA DESTRUCTION CHEZ LES ANIMAUX, OU EXAMEN DE CETTE QUESTION : LES ANIMAUX CARNASSIERS OU FÉROCES ONT-ILS, A L'ENDROIT DES TEMPES, LE CERVEAU ET PAR SUITE LE CRANE PLUS LARGE, PROPORTIONNELLEMENT A SA LONGUEUR, QUE NE L'ONT LES ANIMAUX D'UNE NATURE OPPOSÉE? Par F. LÉLUT, médecin de la Salpêtrière et de la prison du Dépôt des condamnés; avec une planche lithographiée. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Toutes les fois qu'on a cherché à contrôler, d'une manière rigoureuse, quelqu'une des assertions organologiques de la phrénologie, on n'a presque jamais manqué de constater précisément le contraire de ce qu'elle avance. C'est là ce que démontre, de la manière la plus évidente, ce dernier travail de M. Lélut. De tous les organes phrénologiques, celui de la destruction était celui qui, par sa nature psycologique et sa position cérébrale, se prêtait le mieux à un pareil contrôle, et ce contrôle a eu le résultat accoutumé. L'organe de la destruction carnassière existe surtout chez les animaux qui ne détruisent rien de ce qui est chair. Rien ne manque à cette démonstration : mesures nombreuses de crânes et de cerveaux d'oiseaux et de mammifères, moyennes rigoureusement déduites, dessins qui parlent aux yeux. Si la phrénologie avait, dès l'origine, cherché à vérifier, par de pareils travaux, les assertions organologiques de ses deux fondateurs, elle ne forcerait pas, à l'heure qu'il est, les hommes qui, comme M. Lélut, se sont voués à l'étude de la physiologie intellectuelle du cerveau, à débarrasser le terrain sur lequel ils marchent des obstacles de ce genre, qui l'obstruent.

TRAITÉ DE PHARMACOLOGIE, DE MATIÈRE MÉDICALE ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES MÉDICAMENS; par G. P. GALTIER, D. M., professeur particulier de pharmacie, de matière médicale, etc. — Paris 1839. Trois volumes in-8. A la librairie médicale et scientifique de Paul Lucas, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 4.

Il existe déjà un grand nombre d'ouvrages spéciaux et élémentaires sur chacune des trois sciences dont M. Galtier expose les principes dans le traité que nous avons en ce moment entre les mains, et qui après tout représente réellement trois traités spéciaux, mais coordonnés dans le même ordre, avec le même langage et sous l'influence des mêmes idées, tandis que dans les autres ouvrages ce sont trois sciences tout-à-fait différentes, et dont l'étude exige beaucoup plus de temps. L'élève passant d'un maître à un autre maître, d'un langage à un langage différent, de certaines opinions à d'autres opinions entièrement opposées, est souvent obligé d'oublier, sous un second professeur, une partie de ce qu'il avait appris sous le premier; cet inconvénient ne peut avoir lieu quand le même professeur passe successivement d'une partie à l'autre, semant dans les premières les fruits qu'il veut faire développer dans les suivantes, et pouvant éviter facilement les répétitions et les développemens inutiles. Ainsi avant d'avoir ouvert l'ouvrage de M. Galtier, l'idée de présenter dans un développement successif tout ce qui concerne les médicamens, nous a semblé heureuse et devoir être féconde en bons résultats. Examinons maintenant comment l'auteur a conçu son plan et de quelle manière il l'a exécuté.

M. Galtier ayant destiné son ouvrage aux étudians en médecine et aux médecins seulement, a cru pouvoir donner moins d'étendue à la pharmacologie qu'elle n'en a dans la plupart des autres traités qui lui ont été consacrés, et qui, presque tous, sont également destinés aux médecins et aux pharmaciens. Ce n'est pas cependant que l'auteur y ait rien négligé de ce qui forme la base de cette science; il a dirigé ses développemens surtout dans un but médical; il y insiste spécialement sur le résultat des opérations pharmaceutiques; il ne néglige aucune des règles générales sur la confection des préparations, signale les avantages que chacune d'elles présente, et termine cette première partie par des considérations générales et raisonnées sur l'art de formuler, sur la manière de tracer les formules, sur les erreurs à éviter, etc. Ce dernier objet surtout y est traité avec un soin tout à fait spécial; car l'auteur combat avec raison l'habitude trop fréquente d'apprendre la formule par cœur, et expose les

règles générales qui doivent guider le médecin dans l'art de formuler, et lui éviter les nombreuses erreurs dans lesquelles il ne pourrait manquer de tomber s'il s'en rapportait exclusivement à sa mémoire.

Les généralités sur la pharmacologie et sur l'art de formuler reçoivent leurs applications spéciales dans la partie consacrée à la matière médicale. Les médicamens sont distribués dans cette partie par classes: les médicamens émolliens, les médicamens tempérans, toniques, anti-spasmodiques, etc. Chaque classe est comme un traité à part où l'auteur étudie successivement les caractères de la médication émolliente, par exemple : ses effets locaux et généraux sur l'organisme et ses divers appareils, les indications et les contre-indications, les doses et les formes sous lesquelles les agens de cette médication peuvent être administrés; ensuite, il passe à l'examen de chacun des médicamens émolliens; il indique son origine, la famille qui le fournit, son extraction, les sophistications dont il peut être l'objet, et termine l'histoire de chaque médicament par l'indication des effets physiologiques qu'il exerce sur l'économie, des applications thérapeutiques que l'on peut en faire, et enfin des formes pharmaceutiques sous lesquelles il est préparé et administré pour les médicamens importans. L'auteur ne se contente pas d'indiquer qu'ils sont employés contre tel ou tel état morbide, mais il fait connaître à quelle époque il convient de le faire, la manière dont ils doivent être administrés et les formes pharmaceutiques qui doivent être préférées; enfin quand tous les médicamens de la classe ont été l'objet d'une étude spéciale et souvent très étendue, l'auteur présente de nouveau des considérations générales, dans un *résumé*, sur les effets physiologiques et thérapeutiques, les indications et contre-indications des médicamens de cette classe, et termine par un parallèle entre cette classe et celles qui la précèdent, et par quelques exemples de formules empruntées à la classe, et d'après les poids anciens et le système décimal.

Nous sommes entrés dans de longs développemens sur le mécanisme qu'a adopté l'auteur pour l'exposition et l'arrangement de ses matériaux empruntés à deux sciences habituellement distinctes, la matière médicale et la thérapeutique, parce que c'est plutôt de la manière dont les faits sont classés et disposés dans les ouvrages destinés aux élèves que dépend leur succès que de tout autre mérite que puissent présenter ces ouvrages; et sons ce point de vue, nous pensons que celui de M. Galtier a droit à une distinction tout à fait spéciale. Il offre à la fois ce que l'on regarde comme les caractères indispensables d'un ouvrage élémentaire : clarté, précision et développement graduel du sujet et des questions qui s'y rattachent.

Traité élémentaire de pharmacologie, contenant la description sommaire des substances médicamenteuses simples, la préparation des médicamens officinaux et magistraux français et étrangers, l'appréciation des propriétés physiologiques des médicamens, leur mode d'administration et l'art de formuler, cours professé à la Faculté de médecine de Paris, par P. L. Cottereau, D. M. P., etc. — 810 pages in-8. Paris, 1839. Chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

La pharmacologie, depuis son introduction dans nos écoles, n'a joui le plus souvent que d'une médiocre popularité auprès des élèves, des médecins et même des professeurs chargés de l'enseigner, et dont quelques-uns l'enseignaient mal, tandis que d'autres ne l'enseignaient pas du tout. Ce discrédit était en partie dû à celui où étaient tombés les travaux pharmaceutiques, par suite de la nouvelle direction donnée aux études médicales, et en partie aussi à ce que les sciences dont elle se compose, comme d'autant de parties, pour ainsi dire, doivent être et sont réellement étudiées à part, et offrent plus d'attraits que la pharmacologie elle-même. Qui ne serait tenté, par exemple, sans la conviction profonde d'un devoir indispensable, de préférer l'étude des progrès merveilleux que fait chaque jour la chimie organique à celle de la pharmacologie, qui ne s'enrichit que lentement, et où les découvertes ont un bien moindre retentissement? On doit donc accueillir avec faveur les travaux de ceux qui ne se laissent pas décourager par cette absence de popularité. Mais ce n'est pas à ce titre seulement que le Traité de pharmacologie de M. Cottereau nous semble recommandable. Sans rappeler, au reste, ce que nous en avons déjà dit ailleurs, il nous suffira de dire, avec l'auteur, que ce traité est l'exposition fidèle et détaillée des cours qu'il a faits à l'École-de-Médecine de Paris, depuis 1830. Il contient non seulement tout ce qui est indispensable dans un traité élémentaire, et réunit la clarté et l'exactitude à la multiplicité des développemens; mais on y trouve encore la description des procédés les plus récemment adoptés dans plusieurs officines pour la préparation de quelques médicamens et des eaux minérales artificielles; connaissances qui sont indispensables et aux étudians, auxquels ce livre a été spécialement destiné, et aux médecins, qui ne doivent rester étrangers aux progrès d'aucune des parties de leur art.

VARIÉTÉS.

— M. Leuret est nommé médecin en chef de la deuxième section des aliénés de l'Hospice de Bicêtre.

— Société de médecine d'Anvers. — Concours de 1841. — La société de médecine d'Anvers, dans sa séance du 28 septembre, a proposé la question suivante pour le concours de 1841: « Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique, depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales. »

Une médaille d'or sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, allemand ou latin, devront être remis (*franc de port*) avant le premier janvier 1841, au secrétaire de la Société.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure, sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la société; il est toutefois loisible aux concurrens d'en faire prendre copie.

— M. le docteur Donné commencera un nouveau cours d'observation microscopique complémentaire des études médicales, le mercredi 10 juin, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois (clinique de la Faculté, place de l'École de médecine).

Les leçons seront publiques et auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Un éclairage propre à éclairer vingt microscopes et l'appareil à gaz oxi-hydrogène, qu'il a fait établir, permettant à M. Donné de faire ses démonstrations le soir, il répondra ainsi au désir qui lui a été souvent exprimé.

— Cours public sur les maladies des oreilles. — Le docteur Menière, médecin de l'Institut royal des sourds-muets, agrégé de la Faculté, a commencé ce cours vendredi 29 mai et le continuera les lundis et vendredis suivans dans l'amphithéâtre n. 2 de l'École pratique.

— Un nouveau bureau de nourrices vient d'être établi, avec des garanties qui seront appréciées par les familles, et même par les médecins, qui n'ont pas porté une attention particulière à l'examen des qualités du lait. Les nourrices de ce bureau, ouvert par Mad. Chérut, rue Crébillon, 3, près l'Odéon, sont sous la surveillance de M. le docteur Donné, dont les études spéciales sur cette matière ont été, comme on sait, suivies avec succès, et aucune nourrice ne sera fournie dans cet établissement sans avoir été examinée par lui, et sans porter un certificat constatant les résultats de cet examen.

— Compendium de chirurgie pratique ou Traité complet des maladies chirurgicales et des operations que ces maladies réclament; par M. A. Bérard, docteur en médecine, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, etc., et M. C. Denonvilliers, prosecteur et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier d'anatomie et de médecine opératoire, etc.

Mode de publication. — Le Compendium de chirurgie pratique sera publié par livraisons de 160 pages de texte, format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8, c'est-à-dire 640 pages d'impression. Toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour faciliter l'intelligence du texte, elles seront ajoutées.

Les livraisons, au nombre de 12 à 16, formeront 3 ou 4 vol. grand in-8, imprimés sur deux colonnes.

Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr., franc de port, par la poste.

La deuxième livraison est en vente. On souscrit à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Avis des auteurs. — Une circonstance imprévue ayant arrêté la composition de la première livraison du Compendium de chirurgie, nous nous déterminons à livrer d'abord la seconde pour ne pas apporter de retard dans la publication de l'ouvrage. La première livraison, qui est presque entièrement achevée et qui paraîtra en juin, comprend la division et la classification de l'ouvrage, un parallèle entre la médecine et la chirurgie, des considérations générales sur le diagnostic et la thérapeutique chirurgicales, etc.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 6 JUIN 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tons les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, prés de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Expériences cliniques sur le sulfate de zinc, considéré comme agent vomitif. — II. Revue des Journaux de médecine allemands. De quelques maladies des cartilages du larynx. — Sur la contagion. — Cas de suppression des menstrues coïncidant avec des phlébites des veines profondes du bras, et accompagnées de panaris. — Sur le traitement de la blennorrhagie consécutive (goutte militaire). — Description d'un nouveau spécolum auris. — Sur le diagnostic des tumeurs lombaires, sacrées et périnéales congénitales. — Observations. — Description d'un arrêt de développement remarquable dans les organes de la vision, avec quelques remarques sur la formation de l'œil. — Sur les nerfs. — Trois observations d'inflammation aiguë de l'aorte. — Sur les fractures artificielles des os dont le cal s'est fait d'une manière irrégulière. — Revaccination entreprise dans quelques communes de Wurtemberg, pendant l'été 1838 et l'hiver 1838-39. — Quelques remarques pratiques sur les luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 1er juin. — Academie de médecine : séance du 2 juin. — IV. Correspondance médicale. Histoire d'un cas de purpura hœmorragica ou morbus hœmorragicus werlhofii. — V. Bibliographie. Etudes médicales. — VI. Variétés. — VII. Feuilleton. Lettres sur l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine en France (3e et dernière lettre).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR LE SULFATE DE ZINC, CONSIDÉRÉ COMME AGENT VOMITIF; par A. Toulmouche, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc., etc., professeur à l'école secondaire de médecine de Rennes.

N'ayant trouvé qu'incertitude dans la plupart des ouvrages ayant rapport à la matière médicale ou à la thérapeutique, relativement aux doses auxquelles le sulfate de zinc peut être administré, pour produire avec plus de sûreté et de constance l'effet vomitif, j'ai entrepris une suite d'expériences cliniques propres à fixer invariablement la science à cet égard.

C'est à rendre compte de leur résultat qu'est destiné ce travail. Un dernier fera connaître ceux qui concernent le sulfate de cuivre, étudié sous le même rapport, et terminera la suite des mémoires que j'aurai publiés sur les vomitifs minéraux.

Ce sera un exemple à suivre pour une foule d'autres substances médicinales, sur les propriétés thérapeutiques desquelles on a débité tant de mensonges ou d'erreurs, que l'autorité des maîtres étayait, et que les écrivains postérieurs perpétuaient, en y ajoutant la sanction de leurs noms.

J'aurai été récompensé de mes peines, si je suis parvenu à modifier les idées des praticiens à cet égard; car, en médecine, signaler un écueil est souvent plus utile que de découvrir une substance nouvelle, ou de formuler une théorie.

Je passerai d'abord en revue, dans une rapide analyse, tout ce qui a été écrit sur la propriété vomitive du sulfate de zinc, afin d'en faire ressortir l'obscurité et les contradictions, et, ensuite, je ferai connaître les résultats des expériences cliniques auxquelles j'ai soumis ce sel.

1° Geoffroy, dans son Traité de matière médicale, ne parle à l'article *zinc* que de son état métallique et de son oxide. Il ne connaissait probablement pas son sulfate.

2° Desbois, de Rochefort, dit en décrivant le vitriol de zinc, que les anciens le connaissaient et *l'employaient comme émétique, qu'il l'est puissamment, mais infidèle* (ce qui semble impliquer contradiction), et qu'on le donnait à la dose de 15, 20, et 30 centigrammes, comme vomitif. Il lui attribuait une propriété anti-spasmodique, et surtout anti-épileptique.

3° Cullen, dans son Traité élémentaire de matière médicale, dit que le sulfate de zinc, donné à haute dose, n'est pas rejeté aussitôt,

Feuilleton.

LETTRES SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

(Troisième lettre. — Voir les numéros des 23 et 27 mai.)

Faut-il augmenter le nombre des Facultés de médecine en France?

Monsieur le rédacteur,

Nous avons dit qu'une Faculté de médecine avait la double mission *d'enseigner la médecine* et de faire les *réceptions de docteurs*. Nous avons montré qu'il n'y avait pas lieu à augmenter le nombre des Facultes sous le point de vue des *réceptions*. Examinons maintenant la question sous le point de vue de *l'enseignement de la médecine*.

Est-il *nécessaire*, ou au moins *avantageux*, d'augmenter le nombre actuel des Facultés de médecine, eu *égard à l'enseignement?*

Si la medecine n'était enseignée et ne pouvait être enseignée en France que dans des Facultés de médecine, nul doute que les trois facultés actuelles ne pourraient suffire à cette tâche, et qu'il serait nécessaire d'en créer un plus grand nombre.

Mais il n'en est pas ainsi. Sans parler de l'instruction privée et libre que chaque docteur peut donner aux élèves auxquels il donne des leçons, et dont il peut se faire suivre dans sa pratique; sans tenir compte de l'instruction bien plus étendue que tous les élèves des nombreux hôpitaux de France puisent dans les preceptes et dans les exemples de leurs chefs de service; pour ne parler ici que des institutions créées par le gouvernement pour l'enseignement de la médecine, il existe en ce moment en France, indépendamment des trois Facultés de médecine, 27 établissemens où la médecine est enseignée, savoir : 4 hôpitaux militaires d'instruction médicale, 5 hôpitaux de marine et 18 écoles secondaires de médecine.

Nous devons convenir que les quatre hôpitaux d'instruction médicale militaire établis, depuis le 30 décembre 1814, à *Lille*, à *Metz*, à *Strasbourg*, et au *Val-de-Grâce à Paris*, ont été surtout institués pour former les médecins et chirurgiens destinés au service de nos armées; que de même les cinq hôpitaux de marine établis, depuis le 9 juin 1821, à *Brest*, *Lorient*, *Cherbourg*, *Rochefort* et *Toulon*, ne l'ont pas éte non plus en vue de la carrière civile de la médecine, mais pour former les médecins et chirurgiens employés dans notre marine. Cependant les cours qui se font en ces neuf etablissemens sont ouverts à tous ceux qui veulent les suivre, et ils n'en concourent pas moins grandement à l'instruction medicale en France.

Mais les 18 écoles secondaires de médecine ont bien évidemment pour but spécial d'enseigner la médecine à ceux qui se destinent à la carrière civile de l'art

mais qu'il entretient des nausées et des vomissemens fatigans; je n'ai rien observé de semblable.

4° Dans le premier DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, il est écrit, à l'article *zinc*, qu'on se servait du sulfate comme vomitif, avant que l'émétique fût connu. Mais l'auteur, M. Mérat, n'indique pas à quelle dose.

5° M. Barbier, dans son TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE, dit, en parlant du sulfate de zinc, que, donné à l'intérieur à la dose de 15 à 20 centigrammes, il fait vomir et n'est employé que dans le cas de narcotisme, lorsqu'on veut un vomissement très prompt.

6° Dans la seconde édition de Desbois, de Rochefort, publiée par M. Winslow en 1817, ce dernier auteur n'a rien ajouté à ce qui existait dans la première.

7° Dans le TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE de Schwilgué, publié en 1818, par Nysten, il est dit, à l'article *zinc*, qu'on l'emploie comme tonique à l'intérieur, à 5 à 10 centigr., et qu'à une plus forte dose, il détermine facilement le vomissement, mais on n'indique pas à laquelle.

8° Alibert, dans ses ELÉMENS DE THÉRAPEUTIQUE, traite bien de la composition chimique du sulfate de zinc, de ses propriétés physiques, mais il n'en parle nullement comme vomitif.

9° Dans le second DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, en 21 vol., publié en 1828, M. Orfila, après avoir donné, à l'article *zinc*, la composition chimique du sulfate, indiqué ses propriétés physiques et l'action des réactifs sur ses dissolutions, dit qu'on s'en sert comme émétique, à la dose de 60 à 75 centig. dissous dans l'eau distillée.

Dans le même ouvrage, à l'article *croup*, M. Guersant écrit qu'il préfère le sulfate de zinc à l'émétique, à cause de son action plus prompte, et le donne de 25 à 75 centigr.

10° Henry, dans sa PHARMACOPÉE RAISONNÉE, ne traite de ce sel que sous le rapport chimique.

11° M. Orfila, dans son TRAITÉ DES POISONS, à l'article *empoisonnement par l'opium*, prescrit, pour favoriser l'expulsion de ce dernier de l'estomac, le sulfate de zinc comme vomitif, à la dose de 75 à 105 centig. Ses expériences ont prouvé que ce sel est un des poisons les moins irritans et les moins propres à enflammer l'estomac, parce qu'il est constamment rejeté.

Le même auteur, dans ses ELÉMENS DE CHIMIE, 4e édition, dit encore que ce produit minéral est employé par quelques praticiens comme émétique, à la dose de 60 à 75 centigr. dissous dans l'eau distillée.

12° Dans le DICTIONNAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE, publié en 1834, par MM. Mérat et Delens, ces auteurs, après avoir parlé de la découverte du sulfate de zinc au seizième siècle, de son emploi à la dose de 50 à 100 centig. comme émétique, de son abandon de nos jours, excepté dans l'Angleterre, où les docteurs G. R. Mittal et Row l'ont prescrit à celle de 2 à 4 grammes et même 6 grammes dans des cas d'empoisonnement par l'opium, n'ont rien ajouté à ce qu'était connu et paraissent n'avoir pas expérimenté eux-mêmes.

13° Enfin, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, publié en 1836, M. Ratier, en parlant du sulfate de zinc, se borne à dire qu'il a été employé comme vomitif et le préfère même à l'émétique, dont l'action est moins prompte, ce qui reste à prouver. Ensuite, il ne traite plus que de son action astringente dans les collyres.

Je n'ai rien voulu connaître des expériences faites avec le sulfate de zinc et de ce qui avait été écrit à ce sujet dans la crainte d'être influencé; j'ai donc procédé à mes essais cliniques comme je l'eusse fait pour une substance nouvelle, et je n'ai constaté l'état de la science par rapport à la propriété vomitive de ce sel minéral qu'après les avoir terminées.

Je faisais délayer les doses dans 31 gramm. d'eau distillée et avaler en une fois, le matin à jeun. Je ne permettais nullement de donner de l'eau chaude pour aider les vomissemens, afin de n'être pas induit en erreur et de ne pouvoir attribuer ces derniers à l'ingestion et à la température de ce liquide.

Le sexe sur lequel j'ai expérimenté le plus souvent a été le féminin, à cause de son chiffre toujours triple de celui masculin dans les infirmeries, et les maladies les plus nombreuses sur lesquelles j'ai fait mes essais, des embarras gastriques et la grippe. L'âge a été de vingt-un ans à soixante-un.

Donné en une seule fois à la dose de 10 centigr. à six femmes, le sulfate de zinc n'a fait vomir que deux fois, et encore fort peu, et n'a provoqué qu'une seule fois trois selles. Administré à un homme il n'a eu aucun effet.

Le même sel prescrit à la dose de 20 centigr., à huit femmes, a provoqué trois fois des vomissemens, lesquels une seule fois ont été abondans, et dans cinq cas des selles liquides. Chez un homme, il a agi à la même dose, comme éméto-cathartique.

A 30 centigr., il a déterminé chez huit femmes, sept fois des vomissemens et quatre fois des évacuations alvines, et chez un homme aucun effet.

Administré à la dose de 40 centigr., à six femmes, il a suscité cinq fois l'effet vomitif et deux fois celui purgatif. Chez un individu du sexe masculin, il a donné lieu à six vomissemens et à trois selles; ou ce qui revient au même, il a déterminé dans les 4/5 des cas le premier effet, et dans 1/5 seulement le second.

Donné à 50 centigr., à vingt-cinq femmes atteintes, soit d'embarras gastrique, soit de la grippe, il a produit la médication vomitive dix-sept fois, ou dans presque les trois quarts des cas, la moyenne des vomissemens ayant été de trois à quatre, et celle purgative dans à peu près la moitié, la moyenne des évacuations alvines ayant été de trois à quatre.

Administré à la même dose, à onze hommes affectés par moitié des deux mêmes maladies, il a produit huit fois de quatre à huit vomissemens dans les deux tiers des cas, et sept fois dans l'autre de deux à cinq selles; en sorte qu'en considérant les résultats dans les deux sexes dont le chiffre fut de trente-six, le sulfate de zinc aurait provoqué vingt-cinq fois, ou dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dix-neuf fois, ou dans un peu plus de la moitié, celui purgatif.

Prescrit à 60 centig., le même sel a déterminé chez une femme deux vomissemens et deux évacuations alvines, et chez deux hommes, six des premiers et presque aucune selle; en sorte que sur trois fois, il a fait vomir dans tous les cas abondamment; enfin à la dose de 75 centig., il n'a déterminé chez quatre femmes qu'une seule fois des vomissemens, et encore très faibles, et n'a purgé que dans un seul cas. Donné à trois hommes, il n'a fait vomir que l'un d'eux, mais très copieusement (dix fois), tandis qu'il a provoqué des selles chez tous les trois, au nombre de quatre ou dix sans coliques; de manière que sur la totalité du chiffre six pour les deux sexes, il n'a fait vomir que dans le tiers des cas, et au contraire purgé dens les deux tiers.

De ce qui précède, il résulterait que le sulfate de zinc, pour produire

---

de guérir, et de partager, sous ce rapport, la tâche imposée aux Facultés. L'origine de ces écoles remonte à des époques diverses : en 1806 ont été fondées celles d'*Amiens*, de *Besançon*, de *Clermont*, de *Grenoble*, de *Poitiers* et de *Toulouse*; en 1807, celles d'*Angers* et de *Bordeaux*; en 1808, celles de *Caen*, *Nantes*, *Dijon*, *Marseille*, *Reims*; en 1809, celle d'*Arras*; en 1821, celles de *Lyon* et *Rouen*; en 1822, celle de *Nancy*. Nous avons vu qu'il y en avait aussi une à *Rennes*. Dans le principe, ces écoles furent instituées, les unes par les autorités des villes où elles sont établies, les autres par le gouvernement central, par des arrêtés du ministre de l'intérieur surtout. Aujourd'hui elles sont toutes dépendantes de l'Université. Dans notre première lettre, nous avons cité plusieurs ordonnances et arrêtés qui en font foi; nous avons mentionné surtout un arrêté du conseil royal, du 26 septembre 1837. Cet arrêté, rendu sur un rapport très étendu de M. le conseiller *Orfila*, après une inspection faite par ce savant dans les trois Facultés et dans les écoles secondaires de médecine, fixe le nombre des chaires qui existert en ces écoles, et l'ordre dans lequel les élèves devront y suivre les cours. En exécution de cet arrêté, le ministre de l'instruction publique a, les 3 et 5 octobre suivans, institué dans ces diverses écoles les chaires destinées à compléter leur enseignement, et nommé des professeurs à ces chaires. Longtemps avant, déjà il avait été décidé que les inscriptions prises à ces écoles compteraient pour les réceptions, mais seulement vaudraient un tiers de moins que les inscriptions prises aux Facultés; trois ans d'études passés à ces écoles n'en représentaient que deux passés dans une Faculté.

Ainsi, aujourd'hui il existe en France, en établissemens universitaires pour l'enseignement de la médecine, trois Facultés et dix-huit écoles secondaires.

Cependant, hâtons-nous d'ajouter que jusqu'à présent les écoles secondaires n'ont eu, pour faire face à leurs dépenses, que le produit des inscriptions prises par les élèves et les subventions données par les villes et les départemens où elles sont situées. L'Université qui les régit sous le point de vue scientifique, qui nomme leurs professeurs, ne concourt en rien à leurs dépenses. Bien plus, dans le principe, l'Université avait imposé une mesure qui devait détourner les élèves de ces écoles : les élèves qui y prenaient des inscriptions étaient obligés de payer de nouveau le prix de celles-ci, quand ils se présentaient aux Facultés, soit pour y achever leur temps de scholarité, soit pour s'y faire recevoir. Astreints ainsi à une double dépense d'argent et de temps, les élèves pour la plupart devaient être peu tentés d'aller à ces écoles, et préféraient aller aussitôt aux Facultés. Aujourd'hui, cette mesure a disparu; et l'université s'est dépouillée en faveur des écoles secondaires du produit des inscriptions qui s'y prennent. C'est sans doute quelque chose; mais c'est jusqu'à présent le seul secours en argent qu'elle leur a donné, et ce secours ne suffit pas. Les écoles secondaires ne réunissent jamais assez d'élèves pour que le produit des inscriptions puisse suffire à leurs dépenses; ne se soutenant qu'à l'aide de subventions locales qui sont chaque année remises en question, et peuvent leur être retirées par les conseils généraux des départemens, elles n'ont pas encore, on doit le dire, une existence réelle et stable; et leur existence précaire explique le peu d'activité que déploient encore la plupart d'entre elles et le peu de services qu'elles ont rendus; cependant, ces écoles sont le germe d'une institution que nous croyons devoir être des plus utiles, et l'autorité universitaire a pensé comme nous. En chaque ville où ces écoles sont placées, l'Université a engagé les autorités locales et départemen-

l'effet vomitif le plus constant, devrait être donné à 50 ou 60 centigr., puisqu'à la première dose il y donne lieu dans les trois quarts des cas, et à la seconde dans la totalité. Je ne pense pas qu'au-dessus il aurait un effet plus sûr, puisqu'à 75 centig. il ne fit vomir que dans le tiers des cas. Il semble avoir cela de commun avec le kermès minéral et le soufre doré d'antimoine dont l'action vomitive diminue d'antant plus qu'on en élève davantage les doses. La prudence m'a empêché d'expérimenter au-delà de 75 grains, tandis que j'étais allé bien plus loin avec les deux seuls antimoniaux précédens.

Si quelques médecins anglais ont pu le porter à 100 centig., à 2 gram. et même 4 gram., c'est qu'ils ont agi dans des cas d'empoisonnement par l'opium, dans lesquels la sensibilité de la membrane muqueuse de l'estomac était fortement diminuée ou suspendue et la réaction peu à craindre.

FEMMES.

Age.	Nature de la maladie.	Doses.	Vomissemens.	Selles.
		Centigr.		
43	Embarras gastrique........	10	 0	 0
36	Idem................	10	 0	 0
39	Nulle maladie..............	10	 1	 0
35	Embarras gastrique........	10	 0	 0
35	Bronchito	10	 3	 0
39	Nulle maladie..............	10	 0	 3
33	Embarras gastrique........	20	 0	 0
38	Idem................	20	 2	 2
36	Broncborrée................	20	 6	 3
39	Embarras gastrique........	20	 0	 0
37	Bronchite	20	 4	 2
49	Nulle maladie..............	20	 0	 0
38	Bronchorrée................	20	 0	 3
21	Embarrras gastrique.......	20	 0	 3
28	Embarras gastrique........	25	 0	 0
21	Idem................	25	 0	 0
58	Idem................	25	 1	 0
43	Embarras gastrique........	30	 2	 0
38	Idem................	30	 3	 3
52	Bronchite	30	 0	 0
39	Fièvre tierce	30	 3	 5
45	Embarras gastrique........	30	 1	 0
29	Fièvre tierce..............	30	 4	 3
57	Diarrhée	30	 1	 0
49	Embarras gastriquo........	30	 6	 0
35	Fièvre tierce..............	40	 1	 2
47	Embarras gastrique........	40	 4	 0
30	Fièvre tierce..............	40	 3	 0
19	Nulle maladio..............	40	 1	 0
58	Embarras gastrique........	40	 0	 0
39	Idem................	40	 3	 8
37	Pleurodynie	50	 4	 4
32	Embarras gastrique........	50	 1	 0
28	Idem................	50	 0	 0
23	Idem................	50	 3	 3
38	Idem................	50	 3	 2
50	Idem................	50	 3	 0
29	Grippe....................	30	 0	 3
36	Idem................	50	 4	 0
55	Idem................	50	 4	 1
44	Idem................	50	 6	 0
30	Idem................	50	 0	 3
26	Embarras gastrique........	50	 0	 0
42	Idem................	50	 4	 0
30	Idem................	50	 0	 0
34	Idem................	50	 3	 0
42	Idem................	50	 0	 0
40	Idem................	50	 0	 4
28	Idem................	50	 3	 0
48	Idem................	50	 0	 0
26	Idem................	50	 3	 0
29	Idem................	50	 2	 3
21	Idem................	50	 0	 0
25	Idem................	50	 4	 2
46	Idem................	50	 3	 3
55	Fièvre tierce..............	50	 3	 4
58	Embarras gastrique........	60	 2	 2
29	Grippe....................	75	 0	 4
30	Embarras gastrique........	75	 0	 0
37	Idem................	73	 0	 0
26	Idem................	73	 2	 0
44	Nulle maladie..............	100	 0	 0
	HOMMES.			
39	Embarras gastrique........	10	 0	 10
22	Idem................	20	 2	 3
36	Idem................	30	 1	 1
40	Idem................	30	 0	 0
48	Idem................	40	 6	 3
23	Idem................	50	 8	 5
43	Idem................	50	 4	 5
26	Idem................	50	 0	 0
65	Idem................	50	 3	 0
23	Idem................	50	 0	 0
48	Idem................	50	 8	 1
40	Idem................	50	 6	 2
22	Idem................	50	 0	 8
25	Idem................	50	 4	 1
34	Idem................	30	 3	 0
36	Idem................	50	 4	 5
40	Idem................	60	 6	 1
40	Grippe....................	60	 6	 0
26	Idem................	75	 0	 2
29	Idem................	75	 10	 4
25	Idem................	75	 0	 10

tales à faire toutes les dépenses de matériel nécessaires, tous les frais d'établissement Elle a excité des médecins zélés à accepter les places de professeurs et à commencer gratuitement leur enseignement. Elle a fait entrevoir à ces médecins un meillenr avenir, lors de la présentation de ta loi projetée sur l'organisation de la médecine. Sur l'espérance de cet avenir, tout le monde s'est mis à l'œuvre; les villes out construit des amphithéâtres, préparé des services de clinique dans leurs hôpitaux; les professeurs ont fait des cours; les élèves ont commencé à venir; tout cela n'attend, pour être tout à fait en action, que le nerf de toutes choses, l'argent.

Il faut admettre comme vérité qu'avec la rétribution imposée par la loi du 19 ventose an XI, à chaque élève en médecine, à titre de droits d'inscription et de réception (1,000 fr.), il y a à peine assez d'élèves en médecine en France pour couvrir les dépenses, non seulement de tous les établissemens publics d'instruction médicale, mais même des trois Facultés. Il y a obligation au trésor public à ajouter une subvention pour faire face à ces dépenses; et nous pensons que l'acquittement de cette subvention est un véritable devoir pour l'état. En vain, on viendrait prétendre que l'état ne doit pas plus payer l'apprentissage de la profession de médecin que celui de toute autre profession. Nous croyons qu'il y a lieu à faire pour la médecine une exception. Nous nous fondons sur l'utilité sociale dont est la médecino, sur l'impossibilité où l'on est de ne pas avoir de médecins, sur l'insuffisance des compensations que l'exercice de la medecine apporte à la plupart de ceux qui s'y livrent, et partant sur l'appui que leur doit à ce titre le gouvernement au nom de la société. Lorsque, d'une part, on réflechit de quelle importance il est pour un pays que la médecine y soit bien enseignée et bien pratiquée, on est amené à conclure qu'il y a convenance à ce que l'état fasse des sacrifices pour arriver à ce résultat; il y a ici intérêt public. Lorsque, d'autre part, on se représente les douloureuses fatigues physiques et morales qu'impose la profession de médecin, et combien en général est peu proportionnée à ces fatigues la position sociale que cette profession donne à la plupart de ceux qui la pratiquent, on conclut encore que le moins que puisse faire l'État pour des hommes qui lui sont si utiles est de concourir pour quelque chose aux dépenses de leur instruction. Ainsi, nous pensons, et le gouvernement l'a reconnu lui-même en tout temps qu'une subvention doit être donnée pour les établissemens publics d'instruction médicale.

Mais cela posé, il faut chercher à faire de cette subvention l'emploi qui conduira aux meilleurs résultats; et c'est ici que se présente la question que nous nous étions réservés de traiter, savoir : s'il faut employer cette subvention, ou à créer de nouvelles Facultés de médecine, ou à vivifier les écoles secondaires et à leur donner une existence fixe. Lequel est le mieux, ou de ne faire enseigner la médecine que par des Facultés, en en créant quelques-unes de plus; ou de se borner aux trois Facultés actuelles, en leur adjoignant des écoles secondaires qu'on améliorera, qu'on vivifiera, et dont on augmentera même le nombre si cela est nécessaire.

Le choix entre ces deux modes de procéder est un sujet de débats depuis plus de trente ans. Chacun des deux systèmes a été tour à tour soutenu et repoussé en nos diverses assemblées législatives, à la *Convention nationale*, au *Conseil des Cinq-Cents* sous le *Directoire*, et aux *Chambres* de 1825 et de 1826 sous le gouvernement de la *Restauration*. Le choix entre ces deux systèmes importe

Parmi les 83 expériences cliniques du tableau ci-dessus, je choisirai deux ou trois exemples pour faire connaître l'action de chaque dose du sel dont je cherchais à apprécier l'action vomitive.

PREMIÈRE SECTION. — EXP. I. — Conrauton, âgée de 30 ans, ayant un embarras gastrique, prit, dans 62 grammes d'eau distillée et en une dose, 10 centig. de sulfate de zinc; elle n'en éprouva ni vomisssemens, ni selles, ni coliques.

EXP. II. — Andri, âgée de 36 ans, atteinte d'embarras gastrique, avala la même quantité du sel et n'en ressentit rien..

La même chose advint à la nommée Grosvalet, âgée de 47 ans.

DEUXIÈME SECTION. — EXP. III. — Soret, jeune fille de 28 ans, ayant une bronchorrée, but une dissolution de 20 centig.; elle eut deux vomissemens et deux selles.

EXP. IV. — Urel, âgée de 49 ans, qui était entrée à l'infirmerie pour un embarras gastrique, prit la même dose du sel et n'en éprouva aucun effet.

EXP. V. — Marec, âgée de 37 ans, atteinte de bronchite, se laissa administrer 20 centigr. de sulfate de zinc; elle eut quatre vomissemens et deux selles.

TROISIÈME SECTION. — EXP. VI. — Goulias, âgée de 45 ans, ayant un embarras gastrique, avala à jeun, dans 62 grammes d'eau distillée, 30 centigr. du sel minéral. Une demi-heure après, elle eut un vomissement, suivi d'un second, d'un liquide jaune, amer, et de huit selles qui ne furent accompagnées d'aucune colique.

EXP. VII. — Tienuir, âgée de 40 ans, atteinte de la même maladie que la précédente, prit à jeun 30 centigr.; elle n'en éprouva qu'un seul vomissement et pas de selles.

EXP. VIII. — Tremence, âgée de 45 ans, qui n'avait qu'un embarras gastrique, but une dissolution de 30 centigr. de sulfate de zinc dans 31 grammes de recb inits; elle eut deux vomissemens et huit selles liquides.

QUATRIÈME SECTION. — EXP. IX. — Hervé, homme de 48 ans, ayant la même affection morbide que la précédente, avala, en une fois, 40 centigr. du même sel. Une heure après, il eut six vomissemens bilieux abondans et trois selles liquides sans coliques.

Le lendemain, il était parfaitement bien.

EXP. X. — Rifaut, femme de 39 ans, qui était atteinte d'un embarras gastrique léger, prit le matin 40 centigr. de sulfate de zinc. Une heure après, elle eut trois vomissemens d'un liquide verdâtre très amer qui furent suivis, dans la journée et la nuit, de huit évacuations alvines.

Le lendemain, cette malade avait de l'appétit, sa langue était plus belle, et l'épigastre nullement sensible à la pression.

CINQUIÈME SECTION. — EXP. XI. — Lemoine, âgé de 40 ans, ayant un embarras gastrique, s'administra en une dose 50 centigr. du même sel. Trois heures après, il eut six vomissemens; les premiers verts évidemment bilieux; les autres aqueux et deux selles.

EXP. XII. — Hellouet, femme de 56 ans, ayant une fièvre tierce, prit en une fois 50 centigr. de sulfate de zinc. Une demi-heure après, elle eut trois forts vomissemens d'un liquide amer, jaune, bilieux, suivi de trois à quatre selles diarrhéiques sans coliques.

EXP. XIII. — Canelier, fille âgée de 38 ans, atteinte d'hématémèse et d'embarras gastrique, avala en une dose 50 centigr. du même sel. Elle eut une demi-heure après un vomissement jaune, bilieux, et ensuite deux autres mêlés de sang; elle eut, en outre, deux selles liquides sans coliques.

SIXIÈME SECTION. — EXP. XIV. — La femme Pisquir qui avait pris les deux jours précédens une fois 25 centig. de sulfate de zinc, l'autre 40, avala 60 centig. à la fois du même sel. Deux heures après, elle eut deux vomissemens d'un liquide jaune, amer, suivis de deux fortes selles.

Le lendemain, la langue était un peu chargée, mais l'épigastre et le ventre étaient souples et nullement douloureux.

EXP. XV. — Tuiner, détenue, âgée de 40 ans, ayant un embarras gastrique, et à laquelle on avait administré la veille 30 centigr. de sulfate de zinc, sans qu'elle en éprouvât rien, en avala 60 centigr. à la fois. Une heure après, elle eut six vomissemens verdâtres, amers, et nulles selles, ni coliques.

Le jour suivant, la langue était dans l'état naturel et la malade très bien.

EXP. XVI. — Jaucourt, homme âgé de 40 ans, atteint de la grippe, but à jeun, en une dose, 60 centigr. du même sel. Une heure après, il eut six vomissemens jaunes, verdâtres, qui ne furent suivis d'aucune évacuation alvine.

SEPTIÈME SECTION. — EXP. XVII. — Thomas, fille de 29 ans, qui avait la grippe s'administra, dissous dans 31 grammes d'eau, 75 centig. de sulfate de zinc. Elle ne vomit nullement; elle eut seulement quatre selles liquides accompagnées de coliques.

Le lendemain, je fis donner comparativement 120 centig. d'ipécacuanha avec 5 centig. de tartre stibié; elle eut quatre vomissemens et une selle.

EXP. XVIII. — Andreuil, homme de 23 ans, atteint de la grippe, auquel on avait administré la veille, sans aucun effet, 50 centig. du sel minéral, en avala 75 en une seule dose; ils ne firent pas vomir davantage, mais provoquèrent dix selles liquides sans coliques.

Le lendemain, ce prisonnier était beaucoup mieux.

HUITIÈME SECTION. — EXP. XIX. — Percevaux, femme de 44 ans, qui était affectée d'une bronchite, consentit à boire, en une dose, delayés dans 31 gram. d'eau, 100 centig. de sulfate de zinc; elle n'en éprouva d'autre effet que des sueurs.

CONCLUSIONS.

Des expériences ci-dessus, je me crois fondé à conclure :

1° Que le sulfate de zinc, à la dose de 10 centigr., ne produit presque jamais l'effet vomitif;

2° Qu'à celle de 20, il provoque, dans un peu plus de la moitié des cas, des vomissemens au nombre d'un ou deux, et dans les deux tiers, des selles liquides;

3° Qu'à celle de 30, il fait presque constamment vomir et ne purge que dans la moitié des cas;

4° Qu'à celle de 40, il détermine dans les quatre cinquièmes des cas la médication vomitive, et dans le cinquième seulement, celle purgative;

5° Qu'à la dose de 50 centig., le même sel provoque, dans les deux tiers des cas, l'effet vomitif, et dans un peu plus de la moitié seulement, celui purgatif, la moyenne des évacuations étant dans l'un et l'autre de trois à quatre.

6° Qu'à celle de 60 centigr., il détermine toujours des vomissemens.

7° Qu'à celle de 75, il ne les provoque que dans le tiers des cas, tandis qu'il provoque des évacuations alvines dans les deux tiers.

8° Enfin, que dans un peu plus du tiers des cas, cet agent thérapeutique a produit des coliques en général peu fortes.

---

d'autant plus qu'ils sont exclusifs l'un de l'autre : si l'on institue de nouvelles Facultés, il n'y aura plus possibilité d'avoir des écoles secondaires de médecine; et de même, si on fonde complètement des écoles secondaires de médecine, de nouvelles Facultés seront inutiles. Comme preuve, qu'on ne peut employer à la fois les deux systèmes, nous presenterons surtout deux raisons.

Il y a d'abord une raison d'argent. Tout en admettant que le trésor public doit fournir une subvention pour l'entretien des établissemens publics d'instruction médicale, il faut reconnaître que cette subvention doit être bornée à ce qui est absolument nécessaire; et que réunie au produit des inscriptions et des réceptions, elle constituera une somme trop peu considérable pour subvenir aux deux créations. Que cette somme soit appliquée à la création de nouvelles Facultés, il n'en restera plus rien à appliquer aux écoles secondaires; et de même, que cette somme soit affectée aux écoles secondaires, il n'y aura plus pouvoir d'instituer des Facultés nouvelles.

Mais, en supposant que l'état soit assez riche pour fournir une subvention qui permette de satisfaire aux dépenses des deux créations, il y a une autre raison pour que les deux systèmes ne puissent prospérer ensemble; c'est le manque d'élèves; il n'en existe pas assez en France pour remplir à la fois, et les bancs de six Facultés de médecine, et ceux de dix-huit écoles secondaires. Ainsi que nous l'avons déjà dit, vu le nombre borné des élèves, bien que ce nombre paraisse suffisant pour les besoins de la population, il arrivera toujours l'une ou l'autre des deux choses suivantes : 1° ou les élèves se concentreront dans les Facultés, et alors les écoles secondaires circonvoisines tomberont; 2° ou les élèves resteront aux écoles secondaires, comme étant plus rapprochées d'eux, comme leur offrant plus d'avantages privés, et alors les Facultés nouvelles instituées seront des créations inutiles. A moins encore que les élèves, se partageant entre ces divers et trop nombreux établissemens, ne soient en chacun en trop petit nombre, et ne les condamnent à languir tous sans éclat.

Un choix entre ces deux systèmes est donc absolument nécessaire. Lors de l'arrêté universitaire du 26 septembre 1837, le choix de l'Université paraissait être en faveur des écoles secondaires; on pouvait le conclure de l'organisation qu'elle donnait à ces écoles, des sacrifices qu'elle sollicitait des villes pour leur fondation. La demande récente faite aux Chambres par le ministre de l'instruction publique pour la création d'une Faculté nouvelle à *Rennes* porte à penser, que le ministre, au moins, est revenu au système de l'augmentation des Facultés. Quant à nous, nous avons déjà annoncé que nous étions pour le système des écoles secondaires de médecine; et nous voici arrivés au moment de justifier notre opinion.

Un principal avantage que nous trouvons aux écoles secondaires, et duquel nous allons en voir résulter beaucoup d'autres, c'est qu'on peut les instituer en bien plus grand nombre que les Facultés. Quelques diverses que soient les opinions sur les Facultés, chacun reconnaît qu'on n'en peut créer qu'un petit nombre; leur établissement est trop coûteux; il y a trop peu de villes en France qui possèdent en choses et en hommes les nécessités qu'elles réclament; aussi n'en demande-t-on que six au plus; au contraire, des écoles secondaires se fondent et s'entretiennent à moindres frais; beaucoup de villes en France possèdent les accessoires obligés que nécessitent ces établissemens; elles sont deja aujourd'hui

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL FUR CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, publié par DE GROEFE et DE WATHER.

Le quatrième cahier dn vingt-hnitième volnme, et les deux premiers dn vingt-nenvième contiennent les articles originaux suivans: 1° *Histoire du développement de l'œil*, par le doctenr B. Ritter. (Nous ne connaissons ancnn traité d'embriologie dans leqnel on ait rapporté avec plus de détails tont ce qui a rapport à la formation des différentes parties de l'œil. Des recherches physiques, chimiques et physiologiques dnplns grand intérêt, jointes à nne vaste érudition, nous font regretter qne cet article échappe à l'analyse. 2° *Nouvelles classifications des maladies chirurgicales*; par le doctenr Heidenreich. 3° *Sur l'abus des eaux d'Obersalzbrun, dans les maladies de poitrine*, par le docteur Lœvc. 4° *Enumération de quelques instrumens nouvellement introduits dans l'arsenal de la chirurgie*; par le docteur Neverman. 5° *Observation d'un cancer de l'estomac, développé consécutivement à une parotide squirrheuse*; par le doctenr B. Ritter. (L'antenr pense qne le cancer de l'estomac a en sa cause dans l'irritation produite par la sanie cancéreuse, qui, de la parotide, s'est éconlée dans la bouche, et de là a été transportée dans l'estomac par la déglutition. 6° *Ablation d'une excroissance de la grande lèvre, et excision d'une hydatide située dans le scrotum*; par le doctenr Vogel. (Rien de particulier.) 7° *Sur le strabisme*; par le docteur de Josmund. (D'après l'anteur, le strabisme dépendrait d'nne position vicieuse dn cristallin; en sorte que cet organe ne coïnciderait pas avec l'axe du globe de l'œil, comme cela a lien dans l'état normal.) 8° *De quelques maladies des cartilages du larynx*; par le professeur J.-T.-H. Albers. 9° *Sur la phlébite traumatique et puerpérale*; par le doctenr Canstatt. (Article non achevé.) 10° *Observation d'an abcès du bas-ventre*; par le docteur Ritter. (Rien de saillant.) 11° *Sur un fongus médullaire développé dans la région sous-maxilluire, et qai n'a été reconnu qu'après la mort*; par le docteur Stanb. 12° *Sur la contagion*; par le docteur Wendroth. 13° *Observation de fistule dans le sein, entretenue par un corps étranger; cas remarquable d'une blessure au doigt*; par le même. (Un enfant de dix ans s'était conpé, dans la troisième articulation de l'index ganche; le bout du doigt ne pendait plus qn'à une bande de tégument. Le médecin ne fnt consulté qne le lendemain matin de l'accident. Un morcean de cartilage était détaché et fnt enlevé; on rénnit la plaie an moyen de quatre points de snture, et non-seulement la cicatrice réussit parfaitement, mais encore l'organe n'a rien perdu de sa mobilité.) 14° *Cas de suppression des menstrues, coïncidant avec des phlébites des veines profondes du bras, et accompagnées de panaris*; par le docteur Herzig. 15° *Inflammation du tibia*; par le docteur Sinogowitz. (Rien de saillant.) 16° *Sur le traitement de la blennorrhagie consécutive*; par le docteur Scharlow. 17° *Amputation de la cuisse, tout près de l'articulation, pour un fongus médullaire*; par le docteur Voelkel. 18° *De l'air et de l'eau, et de leurs rapports entre eux*; par le docteur J.-A. Walther. 19° *Sur le traitement de la syphilis*; par le docteur Scharlow. (Rien de nouvean.) 20° *Remarques et observation d'obstétricie*; par le docteur Konrad. (Rien d'inconnn). 21° *Atrésie du vagin; incision et guérison*; par le même. 22° *Du cancer aquatique (noma)*; par le docteur Szerlecki. (Article non achevé). 23° *Sur la ténotomie*; par le docteur Heideureich. (Rien d'inconnn.) 24° *Observation d'un gonflement du bras ressemblant à l'éléphantiasis*; par le doctenr Roecker. 25° *Description d'un nouveau speculum auris*; par le docteur Barth.

DE QUELQUES MALADIES DES CARTILAGES DU LARYNX; par le professeur J.-T.-H. ALBERS, de Bonn.

M. Albers a vu nn grand nombre de pièces d'anatomie pathologiqne, snr lesquelles il a pn constater des altérations organiques des cartilages du larynx. Il range ces altérations sous six chefs, 1° hypertrophie et atrophie; 2° Inflammation de la substance même dn cartilage, chondrite; 3° inflammation du périchondre, périchondrite; 4° ossification; 5° carie; 6° nécrose. L'antenr se range du côté de ceux qui admettent nne chondrite idiopathiqne, et il fonde son assertion sur une pièce que lui a fait voir M. Froriep, de Berlin, dans laquelle on a vn un foyer purulent dans l'intérieur même de la substance cartilagineuse. Au snjet de la périchondrite, il dit qne c'est l'affection qui, jusqn'à présent, a été désigné par les auteurs sous les noms de laryngite, de vomiqne du larynx, ou de phthisie laryngée. Elle constitue une des maladies les plus graves des cartilages dn larynx. Sur treize cas dont il a cherché l'histoire dans divers anteurs, la maladie s'est présentée onze fois sur l'homme, tandis qu'elle n'a encore été observée que deux fois chez la femme. Elle atteint plus particulièrement des individus de 30 à 40 ans; cependant on en a trouvé un exemple sur un garçon de 9 ans, et sur un homme de 64 ans.

L'ossification des cartilages est ordinairement nn effet naturel dn progrès de l'âge; ce sont le cricoïde et le thyroïde, qui sont le plns fréquemment ossifiés; les arythenoïdes le sont rarement, et l'épiglotte plns rarement encore. L'ossification peut aussi être le résultat d'un travail morbide, et donne ensuite lieu à des accidens tels qne le rétrécissement dn larynx; mais il n'est pas certain qu'elle précède toujours la carie ou la nécrose, car M. Albers croit avoir observé des portions de cartilages cariés, et d'autres nécroses qui n'étaient point ossifiées.

Les cartilages nécrosés penvent se régénérer.

SUR LA CONTAGION; par le docteur WENDROTH.

L'autenr, se blessant un jour au pouce avec une lancette chargée de virus vaccin, a vu se développer, à l'endroit de la blessure, nn véritable bouton vaccin, qnoiqn'il ait eu dans sa jennesse la variole, dont il porte encore de nombreuses traces sur sa figure.

Il prit sur lui-même de la lymphe ponr vacciner deux enfans sur un de leurs bras, et inocula l'autre avec dn vaccin ordinaire. Les bontons se développèrent également bien des deux côtés. C'est nn nouvel exemple de l'avantage de la revaccination; car si des individus qui ont eu la véritable variole sont susceptibles de la contracter de nouvean, à plus forte raison ceux qui ont été vaccinés doivent-ils y être exposés.

---

au nombre de dix-huit, et certainement si cela était nécessaire on pourrait facilement ajonter encore à ce nombre.

Or de ce senl fait, que les écoles secondaires penvent être instituées en bien plus grand nombre que les Facultés, résnltent déjà, selon nous, de très grands avantages ponr l'enseignement de la médecine.

1° Tandis que dans le système de l'augmentation des Facultés on n'aurait en France que six villes au plus où se ferait un enseignement médical, dans le système d'écoles secondaires adjointes aux trois Facultés actuelles, il y en aurait au moins vingt-une, et ce plus grand nombre seul est déjà nn bien.

2° Par cela seul que tons les élèves de France auront à choisir pour leurs études en medecine, non plus entre six villes seulement, mais entre vingt-une; il est évident qu'ils trouveront plus rapproché d'eux et à moindres frais nn enseignement qui pour eux est déjà si coûteux par le long temps qu'il leur demande et le déplacement qn'il leur impose.

3° Ces élèves, bien qu'obligés encore à quitter leurs familles, s'en éloigneront cependant beaucoup moins que s'il n'y avait pour eux que six villes de Facultés; et transportés seulement en des villes pour la plupart situées dans leurs provinces et connues de lenrs parens, il sera plus facile à ceux-ci de continuer à exercer sur eux leur surveillance paternelle.

4° Ces élèves, habitant ainsi des villes qui leur offriront moins d'occasions de faillir, y étant plus surveillés, et y étant toujours en assez petit nombre, en nombre beaucoup moindre que dans les Facultés; ces élèves seront à tous ces titres moins exposés qu'en des capitales populeuses et éloignées à se détourner de leurs travaux et à se laisser aller à des désordres.

5° Depuis long-temps on s'élève, et avec raison, contre le rassemblement d'un trop grand nombre d'élèves dans nne même école. Il en résulte, a-t-on dit, des dangers pour les mœurs de ces élèves; des dangers poor l'état, parce que ces élèves se mêlent aux troubles politiques; à ce double titre, il y a matière à inquiétude pour les familles. On a fait remarquer, surtout, que lorsque les élèves sont ainsi rénnis en trop grand nombre, leurs études sont moins parfaites; l'école alors ne peut plus fournir à chacun les secours immédiats que nécessite son instruction. Ainsi, par exemple, qu'il y ait, dans une école de médecine, plns d'élèves que n'en comportent les moyens de dissection de cette école, l'anatomie cesse d'être bien apprise. De là, enfin, le conseil généralement donné de disséminer davantage les élèves; an moins dans le commencement de leurs études, de *décentraliser* les Facultés, surtout celle de *Paris*.

Or, n'est-il pas évident qu'on parviendra bien plus à ce résultat, par la création de dix-huit écoles secondaires de médecine que par celle de trois nouvelles Facultés? Par la création de trois nouvelles Facultés, on ne dissémine tous les élèves de France qu'en six villes seulement; et, an contraire, par la création de dix-huit écoles secondaires, on les partage en vingt-une villes: l'argument est tout arithmétique. Ajoutons qu'avec le système des six facultés, il est douteux qu'on prévienne la concentration des élèves en nne ou deux Facultés. Par exemple, ponr détourner les élèves de la Faculté de Paris, il faut leur offrir une ville très rapprochée d'eux, qui lenr présentera économie et commodités diverses. Or, cela ne peut être qu'avec des écoles secondaires: avec de nouvelles Facultés

CAS DE SUPPRESSION DES MENSTRUES COÏNCIDANT AVEC DES PHLÉBITES DES VEINES PROFONDES DU BRAS, ET ACCOMPAGNÉES DE PANARIS; par le docteur HERZIG.

OBS. — Une femme âgée de 27 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 16 ans, fut prise d'une suppression de menstrues par suite d'un refroidissement; déjà le lendemain elle perdit la faculté du tact dans le bras droit, et y éprouva en même temps de vives douleurs. L'extrémité malade augmenta peu à peu de volume, les veines sous-cutanées se gonflèrent surtout lorsque la femme laissait pendre le bras; les doigts devinrent raides, les douleurs du bras continuèrent depuis ce temps; elles diminuèrent un peu par l'écoulement menstruel qui était très irrégulier, souvent le bras était couvert de dartres. La menstruation ayant été complètement supprimée pendant un an, les douleurs du bras augmentèrent, s'étendirent à l'extrémité inférieure droite; il exista un bourdonnement et une surdité du même côté, et il se forma un panaris au médius droit, avec perte de deux phalanges, et écoulement spontané et fréquent d'un sang noir; la malade avait alors 19 ans.

Elle se maria plus tard; après ses premières couches, elle eut une inflammation de la phalangette du pouce, et les cinq années suivantes, pendant lesquelles la menstruation ne se manifesta qu'une fois, la malade fut prise d'un panaris à l'index et à l'annulaire. Cette affection reparut encore six fois, et fut toujours précédée de quelques douleurs dans le bras, et qu'on mitigea chaque fois par la saignée. Lorsque M. Herzig vit la malade pour la première fois, l'extrémité droite supérieure, et surtout la main, était plus grosse; il manquait au médius deux phalanges de même qu'à l'index et à l'annulaire. Les veines du bras étaient gonflées et douloureuses à la pression, le pouls isochrone à celui du bras gauche. La malade se plaignait de douleurs au bras, à la tête et à l'oreille du même côté; elle n'était plus menstruée depuis une année, et craignait encore la perte d'une articulation de son petit doigt. Une saignée du pied et un traitement antiphlogistique firent disparaître ces accidens.

Devons-nous admettre, dans cette observation remarquable, une phlébite des os et de leurs enveloppes, c'est ce que les symptômes ne démontrent pas d'une manière assez évidente.

SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CONSÉCUTIVE (GOUTTE MILITAIRE); par le docteur SCHARLOW.

Dans cet article, M. Scharlow rappelle que le siége de la sécrétion morbide n'est pas seulement dans la fosse naviculaire, mais bien sur toute la surface de la muqueuse génito-urinaire et principalement dans cette fossette où viennent s'ouvrir les conduits excréteurs des glandes de Cooper. Il ajoute que ces glandes sont elles-mêmes fréquemment malades et le siége d'une inflammation chronique. Il combat cette altération de vitalité par des cautérisations à l'aide du nitrate d'argent porté sur la surface interne du canal de l'urètre jusqu'à la profondeur de 13 à 14 centim. Tout le monde sait que ce caustique a la propriété de modifier les sécrétions des muqueuses boursouflées. Selon que les cautérisations produisent ou ne produisent pas une forte réaction, M. Scharlow emploie des injections calmantes ou stimulantes et administre à l'intérieur les balsamiques, les toniques, etc.

DESCRIPTION D'UN NOUVEAU SPÉCULUM AURIS; par le docteur BARTH.

Cet instrument diffère des *speculum auris* ordinaires en ce que les valves qu'on introduit dans le conduit auditif externe ne sont pas fixées d'une manière inamovible sur les branches, mais qu'on peut les placer à volonté sur les mors d'une pince à anneau ordinaire, ce qui les rend plus portatives.

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de mars et d'avril contiennent les articles originaux suivans : 1° *Aperçu sur la phrénologie;* par le docteur Tott (Rien de nouveau). 2° *Essai sur la physiologie de l'ouïe;* par le docteur Nathan (Idées théoriques).

III. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par D'AMMON.

Les cahiers de janvier, février, mars et avril contiennent : 1° *Sur le diagnostic des tumeurs lombaires, sacrées et périnéales congénitales;* par M. d'Ammon. 2° *Observation de fongus médullaire dans les orbites;* par le docteur Roesch (Les tissus anormaux ont poussé les yeux au dehors au point de les faire crever. L'individu a succombé. A l'autopsie, on a trouvé des encéphaloïdes dans d'autres parties du corps). 3° *Cas de phlegmasia dolens et de guérison spontanée d'un goître;* par le docteur Praël (Rien de saillant). 4° *Observations*, par le professeur Rau; 5° *Sur les principes qui ont servi aux classifications des agens thérapeutiques;* par le docteur Gerson. 6° *Suite des recherches des nerfs de la cornée;* par le docteur Pappenheim (Des dissections faites sur les yeux d'un jeune aigle ont confirmé les recherches antérieures de l'auteur sur la présence des nerfs de la cornée chez des oiseaux aussi bien que chez les mammifères, GAZ. MÉD., 1839, p. 795). 7° *Description d'un arrêt de développement remarquable dans les organes de la vision, avec quelques remarques sur la formation de l'œil;* par le docteur Miram. 8° *Sur les nerfs;* par le docteur Stilling. 9° *Observations*, par le docteur Prael (Faits intéressans mais n'offrant rien d'inconnu). 10° *Trois observations d'inflammation aiguë de l'aorte;* par le docteur Thierfelder.

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS LOMBAIRES, SACRÉES ET PÉRINÉALES CONGÉNITALES; par le docteur d'AMMON.

Le savant rédacteur de ce journal, après avoir donné un aperçu général de ce qui a été dit sur ces tumeurs, les partage en quatre classes, et en fait le diagnostic différentiel, en prévenant à l'avance que le moyen dont il se sert quelquefois avec avantage, c'est la ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille à acupuncture.

1° TUMEURS SACRÉES OU ISCHIATIQUES. — Dans ce cas, la tumeur est sur le côté de la ligne médiane dans la région ischio-coccygienne : elle est large à sa base, lisse à sa surface, et sans changement de couleur à la peau, non sillonnée par des veines variqueuses. La saillie disparaît en partie ou en totalité, ou revient selon que les intestins sont distendus ou non par des gaz ou des matières fécales, etc. On peut la faire rentrer par le taxis et après la réduction on sent l'ouverture herniaire dans l'échancrure ischiatique.

---

seulement, les élèves sont encore obligés à de trop grands déplacemens; à des déplacemens qui les dépaysent tout-à-fait; et, cela étant, ils aimeront autant venir tout aussitôt à Paris, vers lequel ils sont attirés à tant de titres.

6° Les élèves, dans les écoles secondaires, seront toujours en assez petit nombre, en nombre beaucoup moindre qu'ils ne seraient dans des Facultés, et ce plus petit nombre est, selon nous, la source de beaucoup d'avantages. De là, par exemple, la possibilité d'appliquer dans les écoles secondaires diverses mesures de discipline et de règles intérieures très favorables à l'instruction, et qu'un trop grand concours d'élèves rend inapplicables aux Facultés.

Ainsi, la présence aux cours, l'assiduité aux leçons, qui ne peuvent se constater aux Facultés, le seront aisément dans les écoles secondaires. En ces écoles, il sera facile aussi de s'assurer si les élèves suivent les cours dans l'ordre qui leur est tracé. Chaque jour, un temps de la leçon pourra y être consacré à des interrogations qui obligent les élèves à méditer sur cette leçon, à l'étudier, à s'en pénétrer. A la fin de l'année scholaire il y aura possibilité, dans les écoles secondaires, de faire subir aux élèves un examen sur les études qu'ils ont faites dans l'année, et de juger ainsi s'ils ont profité. Voilà autant de mesures dont on ne peut contester l'utilité, mais qui ne peuvent être mises en pratique que là où il y a peu d'élèves, et qui, à ce titre, ne peuvent être employées en une Faculté. Empruntées en partie au réglement de l'école polytechnique, elles sont, pour la plupart, ordonnées dans les écoles secondaires de médecine par l'arrêté universitaire du 26 septembre 1837, que nous avons déjà plusieurs fois cité. Depuis 1837, un examen est subi, à la fin de l'année scholaire, par chaque élève des écoles secondaires, et, selon que les élèves ont satisfait ou non leurs juges en cet examen, on leur permet de passer aux études de l'année suivante, ou on les oblige à recommencer celles de l'année écoulée.

Ajoutons que dans les écoles secondaires, les élèves, étant en petit nombre, seront, en général, connus des professeurs, et auront des rapports bien plus immédiats, et, partant, plus utiles avec ceux-ci. Les maîtres seront bien plus à portée d'encourager le travail des uns, de stimuler l'indolence des autres, et d'exercer sur les disciples une influence morale qui concourra à les maintenir tous en une bonne conduite. Les études seront pour les élèves tout à la fois plus agréables et plus faciles. Dans leurs rapports plus fréquens avec les professeurs, les élèves rendront à ceux-ci en respect et en attachement ce qu'ils en recevront en appui et en encouragement; ils verront mieux ce qui leur sera en quelque sorte montré à chacun en particulier; ils comprendront mieux ce qui leur sera aussi comme particulièrement expliqué.

7° Les études médicales ne sont pas exclusivement théoriques, et œuvres de l'esprit; elles sont en grande partie pratiques; en beaucoup de points, elles s'adressent aux sens, et consistent souvent en des exercices manuels. Ainsi, il faut apprendre à reconnaître une plante, à distinguer un corps chimique, un médicament; il faut, par des dissections habiles, savoir isoler tout organe quelconque du corps humain. Il faut, par l'examen d'un malade, et une juste appréciation des symptômes qu'il présente, déterminer le siége et la nature de sa maladie : il faut savoir faire des pansemens, appliquer des bandages, pratiquer une opération, assister une femme dans son accouchement, etc. Les études pratiques des élèves en médecine sont nombreuses, et, en définitive, les plus importantes.

Or, toutes ces études se feront mieux en une école secondaire, en raison du

2° SPINA BIFIDA. — La tumeur varie en dimension : elle est large à sa base, le plus fréquemment tendue, lisse, diversement colorée, rarement bosselée, souvent fluctuante et se laissant traverser par la lumière d'une chandelle placée derrière elle. Elle occupe toujours la ligne médiane, correspondant aux apophyses épineuses des vertèbres, qu'elle ait son siège dans la région lombaire ou sacrée. La compression exercée par la main n'en diminue pas le volume; elle est ordinairement accompagnée de symptômes du côté de la tête, de la moelle épinière, des membres inférieurs et supérieurs, du rectum et de la vessie.

3° TUMEURS ENKYSTÉES, FONGUEUSES OU STÉATOMATEUSES DANS LA RÉGION ISCHIATIQUE. — La base de ces tumeurs est large; selon qu'elles ont leur origine en dedans ou en dehors des os, l'anus et les organes de la génération sont déplacés. Il n'y a point de changement de couleur à la peau; plus tard, avec l'accroissement de la tumeur, on voit survenir des veines variqueuses, la fluctuation est plus ou moins sensible, quelquefois elle est nulle. En examinant le bas-ventre, on peut souvent palper l'origine de la tumeur à travers l'épigastre.

4° TUMEURS SACRÉES PRODUITES PAR INTRAFOETATION. — Lorsque des débris de fœtus se trouvent contenus dans le corps d'un nouveau-né, la tumeur n'a pas une base large sur une portion quelconque de la région lombaire; elle est en forme de sac, peu tendue, sans fluctuation; mais présentant au toucher des corps durs, quelquefois osseux et susceptibles d'être déplacés; il n'y a point de changement de couleur à la peau, point de varices. La tumeur n'augmente pas de volume avec l'accroissement de l'enfant; dans le cas contraire, il s'accumule de la sérosité ou il se développe une masse stéatomateuse ou fongueuse autour d'elle; c'est alors seulement qu'elle s'enflamme et devient douloureuse.

Nous sommes étonnés que l'auteur n'ait pas fait mention des hernies périnéales et des imperforations de l'anus faisant saillie dans la région pelvienne, d'autant plus que dans le titre il annonce aussi les tumeurs du périnée.

OBSERVATIONS; par le professeur RAU.

1° Absence complète des deux globes de l'œil chez un garçon de 13 ans.

2° ABSENCE DE L'IRIS. — Le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 32 ans, est affecté actuellement de cataracte; mais dès sa première jeunesse il a très bien vu, même pu lire et écrire quoiqu'il n'eût d'iris ni à l'un ni à l'autre œil. Un cas pareil bien remarquable a été décrit par M. le docteur Stæber, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1831.

3° COLOBOME DE L'IRIS. — Le professeur de Berne a eu occasion de voir neuf fois ce vice de conformation qui n'a été bien étudié dans ces derniers temps que par Walther, quoique déjà Bartholin en ait parlé dans le dix-septième siècle (ACTA MEDICA ET PHILOSOPHICA HAFNIENSIA, 1673, 4, p. 62). M. Rau est disposé à regarder, avec Arnold et Seiler, ce vice de conformation comme dépendant d'une déviation et d'un manque de réunion des vaisseaux iridiens pour se convertir en arcades; ainsi la fente de l'iris ne dépendrait pas d'un arrêt, mais d'un manque de développement (TRAITÉ D'OPHTALM., par Chelius, trad. par Ruef et Deyber, vol. II, p. 18).

4° FISTULE DU CANAL LACRYMAL. — Dans un cas de fistule existant au grand angle de l'œil où les petits canaux lacrymaux se réunissent, M. Rau a cautérisé l'ouverture fistuleuse au moyen d'un stylet d'argent trempé dans de l'acide nitrique; il eût été impossible de tailler un crayon de nitrate d'argent assez fin pour le faire entrer dans le trajet fistuleux. Cette manière de se faire un petit cylindre de nitrate d'argent extemporaire avait déjà été employée par Pelletan.

5° EXCROISSANCE FONGUEUSE DE LA CORNÉE, GUÉRIE PAR L'EXCISION ET LA CAUTÉRISATION RÉPÉTÉE AVEC LA POMMADE DE NITRATE D'ARGENT. — Cet exemple de guérison est d'autant plus intéressant que le pronostic de ce genre de tumeur est en général peu favorable.

DESCRIPTION D'UN ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT REMARQUABLE DANS LES ORGANES DE LA VISION, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LA FORMATION DE L'ŒIL; par le docteur MIRAM, prosecteur de Wilna.

Parmi les faits qui peuvent concourir le plus à nous donner des explications sur le mode de formation des organes dans l'embryon, ceux qui se rattachent aux arrêts de développement de certaines parties sont de nature à jeter les plus vives lumières sur cette question. Les auteurs les plus célèbres en embryologie ont porté une attention spéciale sur ces espèces de monstruosités, où la nature a semblé avoir été entravée au milieu de son travail et avoir laissé les organes à moitié achevés.

M. Miram a eu occasion de disséquer à l'Institut zootomique de Wilna les yeux d'une jument, âgée d'un an, née aveugle, et dont les yeux étaient restés arrêtés dans leur développement. Cette observation très curieuse contribuera certainement beaucoup à éclairer cette intéressante question de physiologie.

OBS. — Le jeune animal avait un extérieur difforme et ressemblait à la première vue beaucoup plus à un âne qu'à un cheval, quoiqu'il fût issu de la plus belle race anglaise : sa tête était grosse et ses fentes palpébrales extrêmement petites. Du côté gauche, il n'y avait même au dehors aucune apparence de globe oculaire; on ne voyait entre les paupières qu'une membrane foncée en couleur, profondément située et mobile en tous sens. Il n'y avait nulle apparence de cornée, on remarquait seulement à la place que cette membrane aurait dû occuper, quelques inégalités saillantes et présentant des taches de couleur claire.

A l'œil droit, on reconnaissait déjà mieux le globe; les paupières étaient un peu mieux fendues, et la membrane clignotante y semblait moins ample qu'à gauche. Il y avait quelque apparence de cornée, elle était très saillante, d'un blanc laiteux et pouvait être considérée comme un staphylome congénital. Derrière la saillie formée par cette espèce de staphylome, il y avait un étranglement qui donnait au globe oculaire l'apparence d'une calebasse ou de deux boules superposées; il était mobile en tout sens comme un œil sain.

A l'intérieur, ces deux yeux étaient aussi difformes qu'à l'extérieur; plusieurs parties manquaient surtout à gauche. L'œil de ce côté n'avait point de cornée, point d'iris, point de pupille, point de cristallin ni de nerf optique; mais à la place de ce dernier il y avait des branches de la troisième et de la cinquième paire qui arrivaient dans l'orbite par le trou optique et s'épanouissaient sur la rétine comme un véritable nerf optique. Les muscles, l'appareil lacrymal et les autres parties de l'œil étaient normaux, sauf leur petitesse des deux côtés. L'orbite était aussi rétréci dans tous ces diamètres.

La sclérotique contournait en avant, complètement, le globe, sans trace de cornée; elle était recouverte par la conjonctive, comme dans l'état naturel. L'insertion des muscles n'a rien présenté d'anormal. Le segment antérieur compris entre les points d'insertion de ces muscles n'était point coloré; il se trouvait tapissé en dessous, comme tout le reste de la sclérotique, par du tissu cellulaire brunâtre (arachnoïde de l'œil). Il n'y avait pas de trace de membrane de De-

---

plus petit nombre d'élèves qui y sont réunis. Ces élèves, placés à l'amphithéâtre à une moindre distance du maître, verront mieux l'objet qui leur sera montré; ils suivront mieux le manuel d'une opération, le mécanisme de l'application d'un bandage. Tous pourront être employés au service des malades, à recueillir des observations, à faire des pansemens, à exécuter ce qu'on appelle la *chirurgie ministrante*, etc. Dans les Facultés, le nombre trop considérable d'élèves ne permet qu'à un petit nombre d'entre eux de remplir ces offices secondaires, cependant si instructifs. A Paris, les élèves, dits *internes et externes* des hôpitaux, sont à peu près les seuls qui les accomplissent; pour tous les autres élèves, ce sont des objets auxquels ils ne font guères qu'assister, et qui, pour eux, restent sujets d'études théoriques, aussi bien que l'exposition des plus hautes doctrines de la science. Aussi, trop souvent ces élèves arrivent-ils au doctorat privés de toutes habitudes pratiques. Ce que nous disons de la *petite chirurgie* est vrai aussi des *accouchemens*; et malgré l'institution de *cliniques d'accouchement* dans les Facultés, il ne se fait pas assez d'accouchemens en ces cliniques pour instruire pratiquement chacun des nombreux élèves des Facultés. Au contraire, toutes ces études pratiques se feront dans les écoles secondaires; les élèves y étant en petit nombre, tous y auront, sous ces divers rapports, les mêmes facilités que nos élèves internes et externes des hôpitaux de Paris; et nous n'hésitons pas à affirmer que, pour tous les objets d'études qui exigent des démonstrations, une éducation des sens, et surtout en restreignant notre proposition au commencement, à la première moitié des études, il y a plus d'avantages pour un élève en médecine à aller d'abord à une bonne école secondaire de médecine, pour arriver ensuite, et plus tard, à une Faculté.

8° Les études pratiques, dont nous venons de parler, exigent, pour se faire des moyens matériels, des lieux, des appareils, des choses, qui, d'abord, ne se trouvent qu'en certaines villes, et qui, ensuite, lorsqu'elles s'y trouvent, n'y sont généralement qu'en petite quantité. Ces moyens matériels d'études pratiques sont, en général, disséminés un peu partout, mais nulle part réunis en quantité un peu considérable, si ce n'est peut-être en deux ou trois grandes villes, comme *Paris*, *Lyon*, etc. On devine que nous voulons parler ici surtout de ce qui est nécessaire pour les études anatomiques et pour les études cliniques.

Or, avec le système de l'enseignement par des Facultés, vous ne mettez à profit les ressources de ce genre que dans les six villes où sont placées ces Facultés. Et encore, comme tous les élèves de France sont alors réunis en ces six villes, courez-vous le risque que ces moyens d'études pratiques n'y soient pas en suffisante quantité? Que des élèves soient seulement réunis au nombre de 2 ou 300, existe-t-il seulement six villes en France où vous pouvez réunir les moyens de dissection qui leur seront nécessaires? Ne sait-on pas que l'anatomie est un point de l'enseignement médical auquel la *Faculté de Montpellier*, malgré tout son zèle, ne satisfait qu'avec difficulté. A la vérité la même objection ne peut être faite pour les études cliniques; s'il est peu de villes qui puissent offrir les ressources nécessaires pour les travaux anatomiques d'un nombre un peu considérable d'élèves, il en est beaucoup qui ont de vastes hôpitaux. Mais, lorsque 100 à 200 élèves se pressent dans nos hôpitaux, autour d'un même malade, peuvent-ils tous profiter de l'enseignement pratique dont ce malade est le sujet? Et si chacun de ces élèves vent, après la visite, s'assurer par lui-même de l'existence du symptôme que le professeur a signalé, et habituer ses sens à le

monrs, ni d'humeur aqoeuse. En arrière, la sclérotique était perforée ponr l'entrée d'un trone nerveux, comme formée par la réunion de deux branches, dont l'une provenait de la troisième paire, l'autre de la cinquième.

Sur les côtes de cette membrane on voyait aussi de petites ouvertures qui livraient passage aux vaisseaux et nerfs ciliaires.

Beaucoup d'anatomistes, entre autres Bichat et Arnold, ont admis que la sclérotique était formée par la continuation de la gaine fibrense du nerf optique, cependant snr l'animal qui fait le snjet de cette observation, le nerf optique du côté gauche n'arrivait pas jusqu'à la sclérotique, qui, néanmoins, était toute formée; il ne s'étendait pas même jusqu'au trou optique, et se tronvait rédnit à un petit tronçon qui dépassait à peine le chiasma. La gaine des petits rameaux nerveux, qui tenaient ici lieu de nerf optique, ne continuait pas non plus avec la sclérotique, elle s'en distinguait même manifestement par un bonrrelet saillant à l'endroit où cette membrane était percée.

La choroïde contonrnait le segment antérieur du globe sans interruption; il n'y avait point de ligament ciliaire, pas plus que d'iris. Les vaisseaux et nerfs ciliaires qui rampaient en grand nombre sur la surface de la choroïde n'arrivaient pas vers l'endroit où pénétraient les nerfs; elle était partout recouverte par l'arachnoïde. En arrière, il y avait aussi à la choroïde une ligne de couleur claire qui pouvait fort bien être la trace de ce que Kieser, Carus et Huschke ont nommé la fente de l'œil, qui est très reconnaissable chez les oiseaux, et aussi chez les embryons des mammifères.

La face interne de la choroïde était recouverte de son tapis bleu, mais il était moins coloré qu'on ne l'observe ordinairement. Les procès ciliaires étaient visibles, mais n'arrivaient pas jusqu'à la zône de Zinn, et ne formaient pas de véritables corps ciliaires.

La rétine se continuait aussi en avant sans interruption, et enveloppait complètement le segment antérieur du corps vitré. Elle semblait être formée en arrière par l'épanouissement des deux nerfs dont il a été parlé plus haut, et qui occupaient la place du nerf optique. Il a été impossible de trouver une artère centrale de la rétine.

On a beaucoup discuté pour savoir si la rétine aboutissait jusqu'à la capsule cristalline, ou si elle se terminerait en avant par un bord circulaire plus étendu que la périphérie de la capsule cristalline. Monro, Bichat, H. Cloquet, Soemmering le jeune, et surtout Schneider et Wagner ont fait beaucoup de recherches à cet égard. Les deux dernières paraissent avoir démontré que la rétine arrivait réellement jusqu'à la capsule, quoique depuis d'autres anatomistes, entre autres Fraenzel et Wéber, aient soutenu le contraire. L'opinion de Schneider pourrait fort bien être confirmée de nouveau par cette observation d'une rétine complètement close en avant, ce qui ne serait probablement pas arrivé si, dans l'état naturel, elle se terminait par un bord libre en avant.

Le corps vitré était entièrement sphérique, aucun vaisseau ne sillonnait la membrane hyaloïde, elle était crispée en avant et tordue trois fois sur elle-même à l'endroit où aurait dû être la dépression qui sert à loger le cristallin. Le petit tourillon pouvait être comparé à la chalaze d'un œuf d'oiseau.

Il a déjà été dit plus haut que le filet nerveux qui remplaçait le nerf optique provenait d'une espèce de ganglion formé par la réunion de deux branches, dont l'une était fourni par l'oculomoteur commun, l'autre par le nasal. L'adossement de ces branches formait une espèce de plexus qui pouvait tenir lieu, en quelque sorte, de ganglion ophthalmique, d'où partaient aussi de petits filets qu'on pouvait considérer comme des nerfs ciliaires. Les vaisseaux étaient fournis par des branches de la maxillaire interne, et il n'existait point de véritable artère ophthalmique provenant de la carotide interne, comme c'est ordinairement le cas.

A droite, il y avait un peu moins d'arrêt de développement qu'à gauche; cependant plusieurs parties importantes y manquaient encore. Le globe était aussi extrêmement petit, il était elliptique et fortement allongé en arrière, de sorte qu'on pouvait le dire affecté de ce que quelques ophthalmologistes ont nommé staphilôme postérieur, forme qui, d'après Scarpa, constitue l'état normal dans les premiers mois de la vie embryonnaire chez l'homme. A cet œil droit on pouvait distinguer la sclérotique, une véritable cornée, la choroïde, la rétine, la zône de Zinn et le corps vitré.

Un étranglement prononcé indiquait la ligne de démarcation entre la sclérotique et la cornée; mais celle-ci n'était pas transparente; elle avait une couleur blanche laiteuse comme la sclérotique, était saillante et formait une espèce de cône ou de staphylome total. La membrane de Demours, si elle tapissait postérieurement cette cornée conique, devait être dégénérée, car la face interne du cône creux était boursoufflée, et cette disposition semble confirmer l'opinion de ceux qui croient trouver la cause du staphylome dans une dégénérescence de la membrane de Demours, et non, comme le pensent Baer et Wardrop, dans une adhérence de la cornée avec l'iris, car cette dernière membrane, ainsi que la cristalline, manquaient dans l'œil dont il est question ici.

La choroïde était limitée en avant par une ouverture arrondie, à l'endroit où aurait dû exister le ligament ciliaire, et dont il n'y avait point de traces; elle était adhérente à la sclérotique, et ne parvenait pas jusqu'à la portion de membrane qui représentait la cornée.

Au niveau du bord antérieur de la choroïde, existaient une espèce de corps ciliaires formés par des replis ou procès très courts, ils étaient contigus en arrière, avec le bord antérieur de la rétine. Celle-ci était tout à fait normale, et parcourue par une artère centrale.

La zône de Zinn, placée derrière les procès ciliaires, et adhérente au bord antérieur de la rétine, embrassait, par sa petite circonférence, un étranglement du corps vitré dont une portion poussée en avant occupait la place du cristallin et celle de l'humeur aqueuse. Le corps vitré n'avait donc pas une forme arrondie, il ne présentait pas non plus en avant d'excavation meniscoïde, pour loger le cristallin; il était, au contraire, formé par deux sphères superposées, dont l'une, plus grande, occupait en arrière la place ordinaire du corps vitré, et l'autre, plus petite, et moins diaphane, remplissait l'espace où auraient dû être les chambres antérieures et postérieures, si l'iris avait existé.

Les vaisseaux et les nerfs qui se rendaient à cet œil droit ne présentaient rien de particulier, il y avait un véritable nerf optique, et les branches du nerf trijumeau avaient leur distribution ordinaire; le cerveau était normal et entre cet organe et le chiasma, les deux nerfs optiques étaient également bien conformés.

Si on regarde maintenant certaines monstruosités comme des arrêts de développement de quelques organes dans la vie embryonnaire, ces mêmes arrêts de développement peuvent donner beaucoup d'éclaircissemens sur le procédé que suit la nature dans la formation des parties élémentaires qui composent l'organisme.

L'œil, d'après tous les observateurs, est un des organes les premiers formés. Boer croit qu'il se développe par un prolongement sacciforme de la cellule cérébrale antérieure, qui, poussée peu à peu en avant, forme d'abord une vessie unique pour les deux yeux, et se partage seulement plus tard pour chacun des deux côtés. Cette théorie expliquerait facilement la fréquence des cas de cyclopie. D'après cela, la membrane qui constitue le cerveau dans l'embryon concourrait à la formation de toutes les parties de l'œil, à la rétine, la choroïde, la sclérotique, etc., et par conséquent le cristallin et le corps vitré auraient une commune origine, et on n'expliquerait pas facilement la ligne de démarcation qui sépare ces deux organes; tandis que si on admet avec Huschke et autres, que l'œil se trouve fermé en partie par une rentrée tégumentaire analogue à celle qui produit les cryptes des muqueuses et les bulbes pileux et sébacés de la peau, on pourra comprendre facilement comment le cristallin déprimé du dehors et le corps vitré poussé du dedans, venant à se rencontrer, s'arrêtent en face l'un de l'autre, et ne s'enveloppent pas d'une manière concentrique. Les recherches faites jour par jour sur des

recueillir, n'est-ce pas pour le malade la plus pénible et la plus dangereuse fatigue?

Au contraire, avec des écoles secondaires; d'une part, on utilise beaucoup plus de ces moyens d'études pratiques qui sont épars dans les diverses villes de France; et, d'autre part, on fait que ces moyens matériels d'études, quelque bornés qu'ils soient, suffisent cependant aux besoins des élèves qui doivent les employer. L'étude de l'anatomie, par exemple, qui présente tant de difficultés, et même d'impossibilités, dans les Facultés, à cause du grand nombre des élèves qui y sont réunis, sera presque toujours facile dans les écoles secondaires. Quelque bornés que que soient en ces écoles les moyens de dissection, ils seront toujours suffisans pour le petit nombre des élèves. De même, lorsque ces élèves en petit nombre seront à l'hôpital, assistant a une opération, à un accouchement, entourant le lit d'un malade, ils verront bien mieux ce qu'il y a à voir, sans être autant pour le malade une occasion de contrariétés, de fatigues et de dangers. En un mot, les écoles secondaires obtiennent ici notre préférence, et parce qu'elles sont en plus grand nombre, et parce qu'elles auront un concours moindre d'élèves. Sous le premier point de vue, elles font tirer parti des moyens d'études disséminés en beaucoup de villes de France. Sous le second point de vue elles font que ces moyens d'études sont partout proportionnés au nombre des élèves, et partout suffisans.

9° Enfin, ce n'est pas aux élèves en médecine seuls, et par conséquent à l'enseignement médical, que seront utiles les écoles secondaires; à leur création sont attachés encore divers avantages publics et généraux. Ainsi les divers hôpitaux des principales villes de France seront assurés d'avoir plus facilement les élèves dont ils ont besoin pour leurs services. Ainsi l'Université, au lieu de six établissemens d'instruction médicale, où l'enseignement de la médecine conduira à des travaux plus spéciaux sur cette science, en aura vingt-une. De même, le nombre des professeurs de médecine, c'est-à-dire des hommes qui, par état, sont obligés d'étudier avec soin les diverses parties de la science, et de coordonner la théorie et la pratique, la science et l'art, au lieu de s'augmenter de trente ou quarante, s'augmentera de plus de cent cinquante. Ainsi seront répandus sur le sol de la France un plus grand nombre de centres d'études médicales, s'excitant les uns les autres, et dont les efforts simultanés ne peuvent que faire faire des progrès à la science. En chaque ville où siégeront les écoles secondaires de médecine, la médecine aura une institution centrale où les faits médicaux seront recueillis, jugés, systématisés; aucun fait nouveau ne se présentera sans être révélé; aucun fait ne passera inaperçu; et une grande activité scientifique médicale sera irrésistiblement développée. Cette activité ne se bornera pas aux professeurs des écoles; elle sera partagée par les autres médecins; ceux-ci ne se laisseront pas autant renfermer dans les travaux de la pratique; ils suivront davantage les progrès, les efforts de la science; et ils concourront eux-mêmes à ces progrès en formulant en préceptes, en publiant les résultats de leur expérience. En un mot, les écoles secondaires, non seulement seront utiles à l'instruction des médecins à faire; mais encore à celle des médecins faits. Par elles, non seulement la médecine sera plus généralement et mieux enseignée; mais aussi elle sera plus généralement et mieux étudiée; et à ce double titre, elle sera mieux pratiquée.

Tels sont les avantages attachés, selon nous, aux écoles secondaires, et qui nous font préférer leur création à celle de trois nouvelles Facultés.

embryons très-jeunes, dans des œufs incubés, confirment pleinement cette théorie; l'observation de M. Miram semble aussi devoir l'appuyer.

SUR LES NERFS; par le docteur STILLING, de Cassel.

Nous rapportons, en peu de mots, ce qui nous a paru le plus saillant dans ce mémoire, qui a été lu à la société des naturalistes réunis à Pyrmont en septembre 1839. Nous laissons aux physiologistes le soin d'apprécier les vues particulières de Stilling. Il divise les nerfs en trois classes; nerfs des sens, nerfs de la sensibilité générale et nerfs qui président aux mouvemeos. Les fonctions dévolues aux nerfs de la sensibilité générale sont nommés par M. Stilling, d'après Jean Müller et Marshall Hall, fonctions de réflexion. Selon lui, chaque tronc nerveux de la sensibilité générale renfermerait quatre ordres de filets; il cite le trijumeau pour exemple; il y a 1° des filets sensitifs, centripèdes; 2° des filets qui modifient le mouvement volontaire des muscles; 3° d'autres qui concourent aux mouvemens des vaisseaux, et 4° des filets qui donnent la sensibilité générale aux nerfs des sens. Les nerfs des mouvemens ou les nerfs moteurs sont sous-divisés, 1° en nerfs des muscles soumis à la volonté; 2° en nerfs des muscles qui agissent à l'insu de la volonté, et 3° en nerfs qui font mouvoir les vaisseaux. L'action des troncs nerveux appartenant à la sensibilité générale se passe à l'insu du centre commun des perceptions, et se trouve sous le domaine des ganglions dont ces troncs nerveux sont pourvus; ce n'est que dans des circonstances extraordinaires, telles que les maladies, que le centre commun en acquiert connaissance.

TROIS OBSERVATIONS D'INFLAMMATION AIGUE DE L'AORTE, par le docteur THIERFELDER.

OBS. I. Un maçon, âgé de 25 ans, de constitution faible, sanguin, mal nourri, adonné à l'eau-de-vie, eut, dit-on, en 1824, une fièvre nerveuse lente. En été 1828, il tomba subitement, sans cause connue, en syncope. Huit jours avant sa dernière maladie, il se plaignit de battemens de cœur, d'oppression, d'agitation et de chaleur brûlante dans la poitrine, de toux fréquente et sèche. Dans la nuit du 4 au 5 novembre 1838, il se réveilla le matin dans un violent accès de suffocation. Une demi-heure après, le médecin trouva le malade sans connaissance, la respiration était stertoreuse, à peine perceptible, les extrémités froides. Durant le peu de minutes que M. Thierfelder s'informa de l'état antérieur du malade (car il le voyait pour la première fois), celui-ci reprit ses sens et balbutia quelques mots inintelligibles. La figure était boursoufflée, bleue, et couverte d'une sueur froide, le pouls petit, faible, mou, les palpitations du cœur nullement perceptibles, la respiration laborieuse et rare; à peine pouvait-on compter cinq inspirations dans deux minutes.

L'air expiré était chaud; la bouche ouverte laissait continuellement écouler de la salive, la soif était ardente, mais la déglutition pénible et accompagnée de bruit; les yeux naturels, les extrémités des doigts et des orteils surtout les ongles bleu-noirâtres; urine involontaire. Le malade ne se plaignit pas de douleurs, mais d'une grande faiblesse et de menaces de suffocation qui furent momentanément diminuées par la sortie de l'air venant de l'estomac. Des sinapismes appliqués au dos, des lavemens anti-spasmodiques et des fomentations chaudes aux extrémités restèrent sans effet.

Le malade mourut trois heures après dans un second accès.

AUTOPSIE faite le lendemain soir :

Pas d'eau dans la poitrine; poumons adhérens en quelques endroits à la plèvre, flétris, au reste sains; péricarde contenant à peu près 120 grammes de sérosité; cœur ressemblant à un sac rempli de sang; oreillette droite dilatée, ventricules à l'état normal; veine cave et veines pulmonaires encore plus remplies que le cœur de sang veineux, au reste à l'état normal.

En ouvrant l'aorte ascendante, on la trouva très enflammée à sa surface interne; la couleur écarlate s'étendait jusqu'aux ramifications les plus ténues et à la couche cellulo-fibreuse la plus profonde; la membrane interne était recouverte de grumeaux de lymphe tenace fortement adhérente.

Les organes du bas-ventre et du cerveau étaient sains; les vaisseaux de la veine porte et des membranes du cerveau étaient également remplis de sang.

OBS. II. — Une femme non mariée, âgée de 23 ans, de constitution faible, irascible, irrégulièrement menstruée, avait veillé plusieurs nuits auprès de sa mère malade.

Le 20 août 1830, elle fut prise à la suite d'une frayeur d'un violent frisson, suivi d'anxiétés, d'oppression, de chaleur dans la poitrine, de toux violente avec expectoration sanguine et fièvre. De son propre chef, elle se fit pratiquer le lendemain une saignée et but des rafraîchissans. Les symptômes diminuèrent; mais déjà le surlendemain elle ressentit une brûlure violente et une pression sous le sternum et entre les omoplates; elle eut de fortes palpitations de cœur, des menaces de suffocation et une toux fréquente et sèche.

C'est dans l'état suivant que M. Thierfelder vit, pour la première fois, la malade : anxiétés, gémissemens, sentiment de brûlure et de pression pénible sous la partie supérieure du sternum, s'étendant vers la clavicule gauche jusque vers le cou et le dos; respiration précipitée, au reste normale; de temps en temps violens accès de toux, avec menaces de suffocations; battemens de cœur et des carotides très fréquens; pouls dur et tendu, plus de 160 battemens par minute; figure rouge, un peu boursoufflée; langue et cavité buccale sèches. (Saignée générale de 360 grammes; sangsues à la poitrine et le long de la colonne vertébrale à gauche; émulsion d'amandes avec nitre; 5 centigr. de calomel toutes les heures.)

Au soir, diminution des symptômes, par contre déglutition très pénible.

La malade mourut dans la nuit du 22 au 23 dans un de ces accès.

AUTOPSIE 36 heures après la mort :

Poumons sains contenant beaucoup d'écume rougeâtre, celui du côté gauche adhérent à la plèvre; péricarde renfermant à peu près 150 grammes de sérosité; cœur droit plus étendu que le gauche; oreillette paraissant d'un bleu foncé par le sang qui la distendait; substance de l'oreillette et du ventricule plus pâle et plus molle qu'à l'ordinaire; par contre, le tissu du ventricule gauche très ferme, comme épaissi; la membrane interne du ventricule et de l'aorte, depuis son origine jusque vers la troisième vertèbre, ainsi que des artères coronaires, et des branches artérielles voisines, rougie par l'inflammation; elle était considérablement boursoufflée dans l'aorte elle-même; en sorte que le calibre du vaisseau avait perdu un tiers de son diamètre et se trouvait recouvert d'un grand nombre de granulations formées par la lymphe plastique; le foie était un peu plus grand, mais sain; les autres intestins du bas-ventre sains et exsangues; par contre, les vaisseaux de la poitrine étaient remplis de sang.

La tête ne fut pas ouverte.

OBS. III. — Un employé de 28 ans, sanguin, de constitution robuste, atteint d'affections hémorroïdales et adonné au vin et à la bière, se lava le 24 janvier 1835, selon son habitude, tout le corps avec de l'eau froide, et sortit immédiatement. Il passa quelques heures à écrire dans une chambre froide où il se trouva bientôt mal; pourtant il dîna encore en société et but quelques verres de vin. La nuit fut très agitée; le malade souffrait de douleurs rhumatismales au bras gauche et à la tête.

Le lendemain matin, il se plaignit de menaces de suffocation et d'une sensation de pression, de chaleur et de pulsations pénibles sous la partie supérieure du sternum et de la clavicule gauche s'étendant jusqu'au dos. Le pouls était très fréquent, dur et tendu, la peau chaude et sèche, la respiration courte. Il avait de forts accès de toux sèche; la langue était sèche, la soif grande, pas d'appétit, constipation; le bas-ventre sans être tendu était douloureux au toucher. Une saignée de 360 grammes soulagea immédiatement le malade; en outre, on appliqua douze sangsues le long de l'épine dorsale, et on prescrivit une émulsion d'amandes avec du nitre et 5 centigr. de calomel toutes les deux heures.

Cependant qu'on n'aille pas au-delà de notre pensée; qu'on ne conclue pas de notre opinion sur les écoles secondaires, que ces écoles seules pourraient suffire et dispenser des Facultés. Pour que cela fut, il leur faudrait un enseignement plus complet, et alors elles cesseraient d'être des écoles secondaires et deviendraient des Facultés. Alors on retomberait dans le système que nous avons combattu, celui d'un grand nombre de Facultés. Nous proclamons les avantages des écoles secondaires, mais pour le commencement des études médicales, pour la moitié, les deux tiers de la scholarité. Selon nous, il sera toujours nécessaire que l'élève vienne passer les deux dernières années de ses études dans une Faculté, pour y revoir toutes choses sous des points de vue plus élevés, pour y étudier ce qui n'est pas enseigné dans les écoles secondaires, pour compléter et perfectionner son instruction par tout ce que fournit irrésistiblement en plus tout enseignement fait sur plus un grand théâtre. Ce n'est pas la nécessité de l'existence des Facultés que nous avons contestée, mais la nécessité de leur augmentation; nous les déclarons absolument nécessaires pour compléter les études médicales, et pour faire les réceptions; mais nous croyons que les trois Facultés qui existent suffisent et au-delà pour cette double tâche.

Nous entendons donc que sous le point *de vue de l'enseignement*, pas plus que sous le point *de vue des réceptions*, il y a *nécessité* et même *avantage* à augmenter le nombre des Facultés de médecine.

A. M. P. (1)

(1) Depuis que ces trois lettres sont écrites, diverses écoles secondaires de médecine, les écoles de de *Caen*, de *Nantes*, d'*Arras*, etc., ont adressé des réclamations sur la création d'une nouvelle Faculté de médecine à *Rennes*, et nous avons été heureux de trouver exprimées en ces réclamations la plupart des opinions que nous venons d'émettre.

Au soir, de nouveau pression, chaleur et menaces de suffocation plus intenses, figure boursoufflée; yeux injectés, presque immobiles; respiration très gênée, peau sèche, soif inextinguible et même délire. Une nouvelle saignée avec une croûte phlogistique d'un centimètre d'épaisseur fut suivie d'une amélioration sensible; un lavement de vinaigre produisit une selle.

Dans la nuit du 26, le malade eut des douleurs dans la tête avec bourdonnemens dans les oreilles qui augmentèrent surtout par la toux. (Six sangsues derrière les oreilles.)

Au matin, diminution des symptômes; pourtant la respiration était encore gênée; la chaleur, la pression, la sensation des battemens dans la poitrine et dans le dos, la toux sèche et fréquente persistèrent; le pouls était tendu, dur et encore très fréquent (170); la peau fraîche et pâle, la langue sèche, la soif grande, l'urine rouge, la tête prise de temps en temps il y avait du délire. Une saignée de 240 grammes faite le soir fut suivie de soulagement, mais aussi d'un sentiment de grande faiblesse. Vers minuit, le malade s'endormit paisiblement; une sueur chaude et copieuse avec une éruption de miliaire rouge couvrit tout le corps; l'urine déposa un fort sédiment muqueux, briqueté; la toux devint humide; le sentiment de la pression, de la chaleur brûlante et des pulsations dans la poitrine et dans le dos avaient disparu. L'amélioration continua, le malade se remit peu à peu, quoi qu'il restât longtemps faible et très irritable.

Le résultat de l'autopsie, et surtout les symptômes observés pendant la vie ne laissent pas de doute sur la nature de la maladie, au moins dans les deux premières observations. L'aortite aiguë, déjà très bien connue par les médecins anciens, est toujours une des maladies les plus difficiles à diagnostiquer. Un symptôme, dont on ne fait guère mention dans les ouvrages de médecine français, c'est une toux extrêmement forte. Ce symptôme, sur lequel Kreysig et Sachs insistent beaucoup, a été observé dans nos trois observations. M. Thierfelder le regarde presque comme pathognomonique. Nous ne parlerons pas des autres symptômes déjà si bien notés par Aretée, et dont l'ensemble seul peut mettre sur la voie de la lésion, sans que l'un ou l'autre symptôme, pris isolément, puisse modifier le diagnostic. Nous aurions désiré une description plus détaillée de l'état des membranes internes de l'aorte, car il n'est pas rare de trouver l'intérieur de cette artère tout à fait rouge, pointillé et tacheté; sans qu'on ait pu admettre, ainsi que l'a démontré Laënnec, une inflammation de l'aorte.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SUR LES FRACTURES ARTIFICIELLES DES OS DONT LE CAL S'EST FAIT D'UNE MANIÈRE IRRÉGULIÈRE; par M. PFLUGER.

M. Pflüger a fait paraître, en 1838, une dissertation sur cette intéressante matière. Après avoir rapporté ce qui a été publié sur le même sujet par M. Œsterle, en 1827, il rapporte trois observations qui confirment complètement les avantages des moyens employés par son prédécesseur.

OBS. I. — Chr. B. de G., âgé de 64 ans, eut, le 27 avril 1833, la jambe gauche fracturée par une roue de voiture. Le péroné était rompu à quatre centimètres au-dessus de la malléole, et le tibia l'était un peu plus haut, en bec-de-flûte, faisant saillie à travers la peau. Un traitement rien moins que rationnel finit par amener une consolidation des os, avec raccourcissement de 11 centimètres : de là impossibilité de marcher sans béquilles. Le malade, désirant ardemment de faire rompre le cal difforme, s'adressa à M. Bosch; celui-ci trouva que les fragmens avaient chevauché dans l'étendue de 4 centimètres; que la portion inférieure du tibia avait passé devant la supérieure, et avait, en outre, une direction vicieuse, et le bec-de-flûte, écarté de l'os sous-jacent, donnait au cal une largeur de plus de 5 centimètres. Une cicatrice mince recouvrait la partie saillante. L'opération fut entreprise d'après la méthode d'OEsterle; elle réussit parfaitement, et, dix semaines après la fracture nouvelle, le malade marcha très bien, malgré un petit raccourcissement de 7 millimètres, auquel il était facile de remédier par la chaussure; il a fait deux chutes depuis sans ressentir d'accident.

OBS. II. — Un garçon, de 14 ans, eut une fracture du fémur dans son milieu. La consolidation se fit avec chevauchement et inclinaison du fragment inférieur en avant et en dehors, au point de donner un raccourcissement de 11 centimètres. Il n'y avait rien à espérer de l'extension permanente; on se décida donc pour la rupture artificielle. Celle-ci fut pratiquée avec succès et le membre placé dans un appareil extensif pour empêcher le raccourcissement. Deux mois ont suffi pour la consolidation parfaite, et le malade put marcher. Les deux membres inférieurs étaient parfaitement de même longueur.

OBS. III. — Un jeune homme, de 17 ans, eut, le 27 octobre 1837, le fémur rompu. Malgré un bandage appliqué avec soin, le cal fut vicieux, parce que le malade ne se tint pas tranquille, et les deux fragmens se consolidèrent sous un angle ouvert. L'extrémité inférieure était raccourcie de 8 centimètres. A peine le blessé pouvait-il toucher le sol avec la pointe du pied. Dix-huit semaines après la première fracture, M. le docteur Gruel entreprit la rupture du cal avec la machine d'OEsterle; il réussit parfaitement, plaça ensuite le membre dans un appareil extensif de son invention, et au bout de trois mois, le malade put déjà marcher sans béquilles. Le raccourcissement était tout au plus de 6 millimètres.

REVACCINATION ENTREPRISE DANS QUELQUES COMMUNES DE WURTEMBERG, PENDANT L'ÉTÉ 1838 ET L'HIVER 1838-39; par le docteur BIECKE.

Quoiqu'un grand nombre d'individus ait empêché le vaccin de se développer en se lavant avec de l'eau froide, immédiatement après l'inoculation, et que chez beaucoup les vésicules aient été déchirées dès leur formation avec des chemises trop rudes ou avec les ongles, les trois cinquièmes des individus revaccinés ont offert de véritables pustules. Dans les communes environnant Stuttgart, on peut compter qu'un quart des enfans est vacciné dans la première année après leur naissance; un quart dans la seconde année, et un quart dans la troisième, et ce ne sont que les enfans très chétifs qui arrivent à l'âge de trois ans sans être vaccinés.

Il résulte du tableau que l'auteur a joint à ce travail que c'est chez les individus âgés de 12, 13, 14, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36 ans que la revaccination réussit le mieux, et c'est surtout chez ceux de 13, 14 et 29 ans; il est donc évident que la revaccination sera le plus favorablement entreprise vers l'année qui précède la confirmation, qui est probablement celle de 14 ans.

Il y eut aussi dix individus de 26 à 37 ans, qui avaient eu la véritable variole dans leur enfance, et se firent revacciner. Chez deux seulement il y eut développement de véritables pustules.

Sur 3185 individus revaccinés, 1933 fois il y eut des pustules plus ou moins prononcées; 1252 fois le résultat fut nul : ce qui donne un rapport de 61 : 39 en faveur du succès.

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT; par le docteur WITTLINGER.

Cette luxation est tellement rare que Boyer en a nié la possibilité; cependant A. Couper en rapporte quelques observations. M. Wittlinger, de son côté, a eu occasion de la voir quatre fois. Chez tous ces malades il a pu constater la présence de la tête du radius dans le pli du coude.

Dans deux cas, la luxation était trop ancienne et irréductible, et dans deux autres, elle était récente, et la coaptation pouvait être faite facilement; mais il fallait surveiller le bandage dans les premiers jours, pour éviter un nouveau déplacement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUIN.

LUXATION TRAUMATIQUE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE, DATANT DE SEPT MOIS, RÉDUITE PAR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE; PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Monsieur,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire relatif à un cas de luxation de la seconde vertèbre cervicale, datant de sept mois, réduite, sans aucun accident, par une méthode particulière. Le cas dont il s'agit me paraît offrir de l'intérêt sous plusieurs rapports.

1° Et d'abord, la luxation, quoique le résultat d'une chute sur le menton, ne s'est effectuée que le surlendemain de l'accident, sous l'influence de la contracture musculaire.

2° On sait qu'il n'existe encore, à l'égard des luxations des vertèbres cervicales et de leur curabilité, aucune donnée ni indication précise. Les caractères des différentes variétés de cette luxation n'ayant pas été établis jusqu'ici spécialement, par rapport à chacune d'elles, j'ai cherché à fixer ces caractères pour la variété qui s'est offerte à moi.

J'ai cherché surtout à établir les conditions dans lesquelles la moëlle épinière est plus ou moins directement compromise. C'est d'après ces données que j'ai été conduit à déterminer les cas où il y a possibilité ou non, danger ou non, de tenter la réduction de la luxation. Or, cette détermination était d'autant plus difficile, qu'il n'existe sur ce point aucun accord entre les auteurs, les uns conseillant la réduction, les autres la regardant comme presque nécessairement mortelle. Pour donner une idée de l'état de la science et de l'art à l'égard de ce point remarquable de chirurgie, j'ai joint à ce mémoire trois consultations données séparément par trois chirurgiens des plus famés de la capitale. On verra, par ces consultations, que MM. Marjolin, Sanson et Bouvier avaient émis tous les trois une opinion plus ou moins différente sur la nature de la lésion, et que deux d'entre eux, MM. Marjolin et Bouvier, avaient déclaré qu'il y avait danger à tenter la réduction. M. Lisfranc, seul, consulté postérieurement, s'était rangé entièrement à mon opinion.

3° Conduit par l'analyse du mécanisme suivant lequel la luxation de la vertèbre s'était effectuée, j'ai employé pour la réduire un mécanisme analogue, mais dirigé en sens opposé ; c'est-à-dire qu'arrivé à cette conviction : que le déplacement de la vertèbre s'était opéré consécutivement à la rupture des ligamens, et d'une partie des surfaces articulaires, sous l'influence de l'action de certains muscles, j'ai cherché à mettre en jeu, en sens inverse, les muscles antagonistes, et j'ai pu, au moyen de mouvemens de la tête et du cou dirigés dans cette vue, ramener graduellement la vertèbre luxée à sa place. Cette réduction s'est opérée, en quelques séances, sans aucune espèce d'accident. Tous les caractères de la luxation ont successivement disparu, et la jeune fille, après trois mois de traitement consécutif destiné à consolider la guérison, a le col parfaitement droit et peut exécuter tous les mouvemens de la tête et du col avec la plus grande liberté. J'ai joint à mon mémoire deux dessins représentant la malade avant et après la réduction.

Outre l'intérêt des questions que soulève le cas dont j'ai cru devoir entretenir l'Académie, il m'a paru encore mériter son attention par sa rareté et son authenticité. C'est le premier cas, je pense, de guérison d'une luxation des vertèbres du cou datant de sept mois.

Agréez, etc.

(La suite du compte-rendu de l'Académie des sciences au prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal, M. Castel demande la parole pour ajouter quelques mots au résumé que M. le secrétaire a fait du discours qu'il a prononcé dans la dernière séance, sur la physiologie de la masse encéphalique. Il tient à la comparaison qu'il a établie entre les centres nerveux et un arbre renversé. Les hémisphères représentent les racines, et les centres le tronc de l'arbre.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : l'état des vaccinations dans le département du Var, de la Meuse, de la Meurthe. Ces documens sont renvoyés à la commission de vaccine. Un mémoire sur les ulcérations du col de l'utérus est envoyé pour le concours Itard. M. Maygrier adresse à l'Académie ses recherches statistiques, physiologiques et anatomiques de l'ovaire chez la femme.

M. Donné annonce à l'Académie que demain mercredi, 4 juin, à huit heures du soir, et jeudi, 5 juin, à deux heures de l'après-midi, il fera deux séances publiques sur des expériences microscopiques; il désire être assisté de deux membres de l'Académie.

M. Duplay, chargé, comme médecin du bureau central, d'un service médical à l'hôpital Saint-Louis, prévient l'Académie qu'un homme affecté de morve aiguë, suite de farcin, est mort dans son service, et qu'il désire voir présens à l'autopsie quelques membres de l'Académie.

NOUVELLE ESPÈCE DE SONDES ET DE BOUGIES FLEXIBLES ET INDESTRUCTIBLES.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Cazenave, de Bordeaux, membre correspondant. Ce médecin lit un mémoire sur les avantages qu'on peut retirer, dans la pratique, de l'usage d'une nouvelle espèce de sondes et de bougies flexibles et indestructibles. Il a consigné dans un paquet cacheté, déposé à l'Académie, le procédé à l'aide duquel il les obtient. Il termine la lecture de son mémoire par la demande d'un rapport sur sa nouvelle invention.

MM. Bousquet, Double et Guéneau de Mussy font remarquer que l'Académie ne peut en aucune façon demander à des commissaires nommés par elle un rapport sur un sujet qui lui est inconnu. M. Cazenave vante l'usage de ses sondes et bougies, mais il tient caché le procédé à l'aide duquel il les obtient; c'est se soustraire à l'examen de l'Académie.

M. Dubois propose de remettre toute conclusion sur le mémoire de M. Cazenave jusqu'à ce que ce dernier ait consenti à livrer à une commission le paquet cacheté qui renferme ses procédés. Adopté.

EAUX MINÉRALES.

M. Poumaret lit un mémoire, fait de concert avec M. Henry, membre de l'Académie, sur les eaux minérales du village de Cransac, département de l'Aveyron. Cet écrit, rempli par des considérations étrangères au sujet, n'a été lu qu'en partie. Il se termine par les conclusions suivantes : 1° les eaux de Cransac sont dépourvues de chlorures et de carbonates; 2° elles sont manganéso-ferrugineuses; 3° elles rougissent la teinture de tournesol en vertu des per-sulfates de fer et de manganèse qu'elles contiennent. Outre ces deux sels elles renferment encore un sulfate de fer et d'alumine.

Pour 1,000 grm. d'eau elles donnent 9 grm. de sulfate de sesqui-oxyde de fer, et l'abondance de ce dernier sel leur fait attribuer par l'auteur du mémoire, outre les propriétés médicinales, des propriétés toxiques quand elles sont prises en trop grande quantité. Aucune expérience n'a d'ailleurs été faite à cet égard.

MM. Double et Chevalier désirent que M. Henry donne de plus amples détails sur les qualités toxiques de ces eaux, qui ne leur paraissent pas suffisamment justifiées par ce qu'ils ont entendu du mémoire. M. Henry sera prié de venir les satisfaire.

SUITE DE LA DISCUSSION DU RAPPORT DE M. BOUILLAUD SUR LE MÉMOIRE DE M. NONAT.

M. Bouvier : On a fait dans la dernière séance le procès de la méthode expérimentale, et ses juges n'ont pas été condescendans. S'il est permis de s'étayer d'une autorité célèbre en la matière, je vous rappellerai, pour la défendre, l'opinion de Haller, qui regarde la vivisection comme nécessaires à l'éclaircissement des problèmes physiologiques, et qui excuse la cruauté par la grandeur des résultats qu'elle procure. En reprochant à M. Nonat d'avoir donné pour siége à la sensibilité tactile le bulbe rachidien, on a fait à ce médecin une querelle de mots. Personne n'a pu comprendre qu'il ait voulu attribuer à cet organe le toucher proprement dit, que chacun sait réservé aux membranes tégumentaires, et plus spécialement à quelques-unes de leurs parties; il entendait seulement par là que toutes les impressions de toucher et de tact, toute sensibilité spéciale et générale, ou physique, comme le veut M. Gerdy, viennent, en définitive, aboutir au bulbe rachidien, et que ce bulbe, lui-même est doué de sensibilité. Je ne partage pas l'opinion que toutes les découvertes de la méthode expérimentale puissent être racontées en deux lignes. Ce n'est point le lieu d'entamer une telle discussion; mais on ne peut disconvenir que les découvertes qu'on lui reconnaît ne soient dignes d'attention. En première ligne se place la découverte de l'insensiblité du cerveau, que M. Haller, M. Zinn, qui expérimentaient aussi, n'avaient pas connue, et que Bichat niait, en disant que l'absence de sensibilité du cerveau, soumis aux expériences, tenait à ce que celles-ci détruisait l'organe. C'est encore par la méthode expérimentale qu'on sait que toute la sensibilité est concentrée au milieu de la masse encéphalique, dans le lobe du quatrième ventricule; que lorsque cet organe est piqué ou brûlé sur animal, ce dernier souffre, crie, et a bien conscience de ses douleurs, car il cherche à en éloigner la cause; et qu'enfin son intégrité est nécessaire à la faculté de sentir, de quelque part que vienne la sensibilité.

Les attaques dirigées contre l'expérimentation sur la part que prennent les différens organes cérébraux dans la production des mouvemens, ne me paraissent pas mieux fondées, et ce n'est pas par des comparaisons plaisantes entre les principes du mouvement et un état major de chefs et sous-chefs placés dans le cerveau, qu'on parviendra à détruire, auprès d'hommes sensés, des expériences acquises à la sciences. Il est positivement démontré aujourd'hui qu'on imprime à volonté, invariablement à un animal, un mouvement donné, par la section de telle partie de l'encéphale. Il arrive sans doute que, pour quelques-unes d'entre elles, les expériences se compliquent d'une perturbation générale qui s'oppose à des résultats bien évidens. Mais qui donc peut dire que des mains plus habiles ne viendront pas bientôt à bout d'obtenir ces derniers?

On trouve absurde que quelques-uns puissent regarder le cervelet comme servant à coordonner les mouvemens. Mon opinion n'est pas positivement fixée sur la valeur de cette assertion, mais rien en elle ne me paraît absurde. Il existe dans l'économie un exemple de mouvemens exécutés par des muscles d'organes très différens, coordonnés pour un même but et contractés par le bulbe rachidien. J'ai constaté, avec beaucoup d'autres, que chez les animaux après, la destruction du cerveau, l'enlèvement du cœur et beaucoup d'autres désordres, il restait encore de l'ensemble dans les mouvemens respiratoires si l'on respectait le bulbe rachidien. On voit des lambeaux de diaphragme, des côtes brisées, se soulever avec ensemble. Les mêmes phénomènes s'observent chez l'homme à l'agonie, privé de toute faculté intellectuelle. Dans tous ces cas une semblable harmonie ne doit-elle pas, pour être aussi constante, avoir un régulateur ? La volonté à son tour est toute puissante sur l'ensemble des mouvemens respiratoires. Voilà donc deux principes qui, dans quelques circonstances, entretiennent indépendamment l'un de l'autre la coordination des mouvemens respiratoires.

Je conclus que M. Nonat, en répétant des expériences connues et en faisant des expériences nouvelles sur des animaux vivans pour éclairer les fonctions du système nerveux, a bien mérité de nous, et qu'il doit être encouragé à poursuivre ses recherches, et je propose le renvoi de son mémoire au comité de publication.

M. Londe : L'opinion de Bichat, partagée par Georget, que le cerveau était sensible, a été traitée trop légèrement. Ces deux physiologistes s'appuyaient sur l'induction et l'expérimentation. Pour toute sensation, il faut le concours de trois parties: un organe, un nerf, le cerveau. Si l'on détruit ce dernier, comment peut-il témoigner qu'il est sensible?

Ici la séance a été troublée pendant plusieurs minutes par un débat très vif entre M. Gerdy qui réclame impétueusement la parole et M. le président qui ne veut la donner qu'au rapporteur. L'Académie vote la continuation de la discussion.

M. Bouillaud, rapporteur : Je céderais la parole à M. Gerdy, si ce que j'avais à dire n'était fort court, et surtout si je n'apportais pour combattre ses opinions des preuves matérielles qui ne peuvent manquer de le convaincre. Je dirai d'abord à M. Londe que Bichat n'entendait point par sensibilité du cerveau la même chose que nous, et que par conséquent son opinion ne peut être comparée à la nôtre. M. Magendie a le premier démontré que la sensibilité était une fonction qui ne peut s'effectuer qu'à l'aide de quatre élémens, un objet extérieur, un organe, un nerf et une porte nerveuse centrale. M. Gerdy n'a guère attaqué mon rapport sur ce qui touche à la sensibilité; cependant il a voulu établir une sensibilité physique propre à la moelle, distincte de la sensibilité tactile propre à la peau. Je regarde cette distinction comme fort subtile, car si la moelle est détruite, où se trouve la sensibilité tactile?

En parlant des mouvemens, M. Gerdy a avancé que vouloir commander et exécuter sont une seule et même chose pour le cerveau; on voit tous les jours des hommes avoir toute leur intelligence, toute leur volonté, et être néanmoins dans l'impossibilité d'exécuter tel mouvement ou tel ensemble de mouvemens. Certes, voilà bien une différence entre vouloir et commander ces mouvemens, entre vouloir et les exécuter. Aussi le cervelet commande l'ensemble des mouvemens, et cependant il obéit à la volonté; pour que cette dernière soit régulièrement servie, il faut l'intégrité du cervelet.

J'arrive maintenant aux preuves matérielles : j'ai fait sur les trois pigeons et le lapin que je présente à l'Académie des lésions de différentes parties des cen-

tres encéphaliques. Il sera facile de se convaincre que chacune d'elles a amené des résultats différens et même que des degrés divers d'une même lésion ont amené des degrés divers d'altération dans les fonctions de l'organe lésé. Les résultats que je montre ici, je les ai toujours obtenus....

M. Gerdy : Je prends acte du mot *toujours*.

M. Bouillaud : Et j'ai passé un an de ma vie à répéter les expériences qui les fournissent. Voici un pigeon auquel j'ai profondément cautérisé les lobes cérébraux. Il est vivant, mais idiot; indifférent à tout, il ne fuit plus le danger. Il sent cependant. Mis debout, il y reste sans agitation, sans mouvement désordonné.

M. Gerdy : L'animal se gratte, il étend ses ailes pour éviter une chûte quand on le jette en l'air, donc il n'est pas idiot.

M. Bouillaud : Sur cet autre pigeon, j'ai cautérisé le cervelet, et voilà que l'animal ne peut rester en place : il tombe d'un côté, de l'autre, s'agite perpétuellement; mettez-le debout, et il ne peut garder son équilibre; veut-il marcher, il n'exécute que des mouvemens désordonnés. J'ai fait la même expérience sur le troisième pigeon; mais la cautérisation a été plus profonde; aussi les désordres fonctionnels, tels que l'agitation, le défaut d'équilibre, sont-ils plus marqués.

M. Gerdy : Nous voyons le contraire de ce que vous dites; cet animal est plus tranquille que le précédent. Je voudrais vous répondre en présence de vos pièces qui démentent vos paroles.

M. Bouillaud : D'ailleurs, la sensibilité et la volonté sont conservées. Enfin voici un plus jeune lapin dont les lobes cérébelleux sont également cautérisés et qui offre les mêmes phénomènes. (M. Gerdy interrompt encore pour faire remarquer, comme cela est vrai, que ces deux animaux ne se remuent que lorsqu'on les touche.)

Après quelques réflexions de M. Londe, M. Gerdy prend la parole avec une véhémence peu propre aux questions scientifiques. Le sarcasme, qui est une arme favorite pour lui, et dont il a rempli son discours, ne pouvant trouver place ici, nous ne rapporterons de ce dernier que le côté scientifique.

M. Gerdy : Je commence par faire remarquer à l'Académie que M. Bouillaud a fini sa démonstration par un divorce...

M. Bouillaud : Cela n'est pas nouveau; il y a longtemps que mon opinion sur les usages du cervelet est nettement séparée de celles de MM. Flourens et Magendie.

M. Gerdy : Cela n'est pas nouveau, mais cela est bon à constater; parce que cela montre que tous les adeptes de la vivisection, marchant en aveugles au milieu d'expériences destinées à jeter partout la lumière, se heurtent et se contredisent à chaque instant. Celles que vous venez de mettre sous nos yeux, et qui devaient, disiez-vous, me convaincre, sont pour moi autant de démentis à toutes vos opinions. Aucune d'elles ne vous a réussi; j'en prends à temoin tout cet auditoire, et cependant vous en avez tiré des conclusions; ainsi un pigeon que vous nous annonciez idiot, se gratte, et jeté en l'air étend ses ailes pour éviter une chute; il est tranquille, dites-vous; il ne bouge pas; je le crois bien, il est malade. On ne cautérise pas impunément les lobes cérébraux à un animal. Un autre, qui devrait être continuellement en mouvement, semblable à un homme ivre, comme un de vous l'a dit, se tient immobile tant que vous ne l'irritez pas. Il n'en est jamais autrement dans toutes vos vivisections. D'abord vous dites que vous cautérisez, coupez les organes, et vous ne savez seulement pas ce qu'attaquent votre couteau et votre cautère; pour le savoir, il faudrait une disection minutieuse que vous ne faites pas. Dans l'école des vivisections on est tellement habitué à laisser en repos l'intelligence pour ne se servir que de la main, que les plus habiles ne voient même pas ce qui se passe sous leurs yeux, dépourvus du flambeau de l'analyse; ils n'écoutent que les préventions de leur esprit. Ils regardent comme privé d'intelligence un oiseau qui vole si on le jette en l'air, qui sait se servir de son bec pour se gratter, mais qui n'a ni sa gaîté ni sa vivacité habituelle, car on lui a cautérisé les lobes cérébraux.

L'autorité de Haller ne peut rien prouver, sinon que ce grand homme, auquel je rends hommage comme à un génie supérieur, a défendu une erreur. Je soutiens ma doctrine contre l'autorité de Haller, parce que j'ai fait une liste comparative des vérités introduites en physiologie par les deux méthodes, et que le nombre de l'une d'elles écrase celui de l'autre. Je persiste à soutenir qu'on a donné au mot sensibilité une valeur qu'il ne peut avoir, et que la sensibilité tactile, bien différente de la sensation, a son siége dans les organes et non dans les centres nerveux. On s'est trompé quand on a soutenu que le cerveau était sensible; mais on n'avait guère besoin de la vivisection pour le démontrer, car le bistouri des chirurgiens avait depuis longtemps prouvé le contraire. Si la vivisection a pu faire quelque chose pour cette question, c'est de chercher les limites de cette insensibilité, c'est tout ce que je lui accorde. Le mémoire de M. Nonat ne contient et ne peut contenir rien de neuf, car jusqu'à présent assez d'hommes ont depuis quelques années tranché le cerveau dans tous les sens, et ils n'ont pas l'habitude d'y découvrir grand'chose. Il n'a que le mérite d'avoir confondu la sensibilité tactile avec la sensibilité physique, avec la sensibilité générale. Les partisans de la vivisection ignorent que ces choses sont différentes, que la sensation de douleur et la sensation de toucher sont distinctes. Ils ignorent qu'il existe un grand nombre d'espèces diverses de sensibilités. Ils ignorent que c'est là le fruit des progrès dans les sciences de classer, de diviser et de subdiviser des choses grossièrement semblables, mais différentes pour un esprit observateur. Ils font plus, ils vont jusqu'à confondre la sensation et la sensibilite, et jusqu'à regarder cette dernière comme une fonction, c'est-à-dire comme un ensemble d'actions concourant à un but. Ils appellent la sensation la mère de la sensibilite, comme si pour tout le monde et toujours toute sensation n'avait pas pris sa source dans la sensibilité ou la faculté de sentir, comme si ce qui engendre la sensation pouvait être engendré par elle.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

RÉSECTION DES DEUX TIERS DU CORPS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, PRATIQUÉE CHEZ UNE FEMME.

M. le professeur Velpeau met sous les yeux de l'Académie une femme sur laquelle il a pratiqué la résection des deux tiers du corps de la mâchoire inférieure, et chez laquelle on ne remarque sur la face aucune difformité venant de l'incision. Le procédé employé par M. Velpeau a le triple avantage de placer l'incision des parties molles au-dessous de la base de la mâchoire, de permettre au lambeau détaché de la tumeur de tomber de son propre poids sur la place faite par l'ablation de cette dernière, et enfin de simplifier beaucoup la section de l'os. L'incision doit être sémi-lunaire, à convexité inférieure; elle doit s'étendre d'un côté à l'autre de la région sus-hyoïdienne, ou sur un seul côté de cette région, suivant les cas, et commencer et finir au niveau, ou un peu au-dessus du bord inférieur de l'os. On dissèque le lambeau, qu'on détache complètement de la tumeur. Un bistouri droit est alors plongé de bas en haut sur la face buccale de la tumeur, au niveau du point où doit porter la section de l'os. Il fait la voie d'une aiguille courbe, qui entraine, au moyen d'un fil, l'extrémité d'une chaînette. Cette extrémité vient sortir entre le bord alvéolaire de l'os et le lambeau, soutenu par des aides. Il est alors facile de suivre l'os d'arrière en avant et sans risque de rien blesser. On en fait autant de l'autre côté, et la tumeur, devenue mobile, peut être facilement disséquée et séparée des parties voisines. Après la guérison, la face est intacte, la cicatrice se trouvant située à la région sus-hyoïdienne, et pouvant, d'ailleurs, être facilement dissimulée.

M. Roux demande la parole pour répondre à M. Velpeau dans la prochaine séance.

ADDITION A L'AVANT-DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE.

M. Caperon : Nous avons été nommés, MM. Paul Dubois, Villeneuve et moi, pour examiner des biberons et des bouts de sein inventés par M. Charrière, coutelier à Paris. Voici le résultat de notre examen.

Pour vous mettre à même d'apprécier et de juger ces sortes d'instrumens, il suffit de vous en faire connaître la composition et la structure, car c'est de là que dépendent leurs propriétés et leurs avantages.

M. Charrière, dans la fabrication de ses mamelons ou bouts de sein, a imaginé d'employer l'ivoire, auquel, par un procédé connu depuis longtemps, il donne la mollesse et la flexibilité de la gélatine; il en résulte qu'ils sont plus solides et moins fragiles, plus incorruptibles et plus durables. Par là ils offrent aussi à la bouche de l'enfant une substance assez élastiques pour n'être point aplatie, et assez dure pour n'être presque point entamée ni brisée pendant l'allaitement, qualités qui les rapprochent du mamelon ou bout de sein maternel.

Ces appareils ainsi composés sont remarquables par leur simplicité et par l'élégance de leurs formes. Il est facile de les nettoyer sans les démonter en les agitant seulement dans un peu d'eau froide, ce qui suffit pour en conserver la propreté et les empêcher de contracter et de communiquer au lait ni goût, ni odeur nuisible ou désagréable. Ils s'adaptent par leur embout à toutes sortes de biberons, de carafes de bouteilles ou de fioles, et ces vases chauffés au bain marie n'ont point l'inconvénient de laisser s'échapper le lait qu'ils contiennent, ni de laisser entrer l'eau qui les environne, parce que leurs corps n'offrent aucune ouverture.

Pour entretenir la flexibilité de l'ivoire, il suffit de le préserver du contact de l'air, soit en plaçant le mamelon sous un verre, ou en l'entourant d'un linge humide, soit en mettant un morceau d'éponge ou de linge mouillé dans l'intérieur du cône mamelonné.

Lorsque l'enfant tette à l'aide de ce bout de sein artificiel, si l'on craint que le lait n'afflue avec trop d'abondance dans la bouche de l'enfant, on n'a qu'à placer le doigt sur un petit trou que M. Charrière a eu la précaution de pratiquer au côté du bouchon; ce trou sert a régulariser, à diminuer ou à suspendre l'écoulement du liquide en permettant, empêchant, ou modérant l'action de l'air.

Telles sont, Messieurs, la composition et les propriétés des nouveaux biberons et bouts de sein que nous avons examinés, et que l'auteur soumet au jugement de l'Académie. Nous ajouterons que dans un but d'économie et d'utilité générale, il construit encore des bouts de sein montés sur bois, mais il prépare ce bois pour en prévenir le changement de densité, la dilatation et le resserrement, de sorte que le bouchon qui s'adapte au biberon, conservant toujours le même volume, en remplit exactement le goulot, quel que soit le degré de température et d'humidité auquel il est exposé.

Enfin l'expérience, juge infaillible et sans appel de tout ce que l'art invente ou perfectionne, a déjà prononcé sur le mérite de ces nouveaux appareils d'allaitement. L'usage en a été introduit et adopté dans les établissemens publics consacrés au secours des mères et des enfans, ainsi que dans beaucoup de familles de la capitale et de la province, et même chez les étrangers.

D'après toutes ces considérations, Messieurs, nous pensons que le mamelon et biberon de M. Charrière méritent l'attention et les suffrages de l'Académie. Nous avons donc l'honneur de vous proposer de lui adresser une lettre pleine de bienveillance et d'encouragemens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HISTOIRE D'UN CAS DE PURPURA HOEMORRAGICA, OU MORBUS HOEMORRAGICUS WERLHOFII; observation communiquée par M. Du Toit, D. M., chirurgien à Moudon, en Suisse.

Obs. — Au commencement de novembre, je fus appelé à Corcelle-le-Jorat (canton de Vaud) pour voir une femme, qu'on disait atteinte de scorbut, et qui perdait tout son sang par des épistaxis presque continus depuis plusieurs semaines. Cette femme, âgée de 25 ans, était accouchée, dix-huit mois auparavant, de son premier enfant; elle l'avait nourri pendant une année. Née de parens sains, elle avait toujours joui d'une bonne santé; quoique mariée, elle demeurait chez ses parens, dans une maison située sur une pente rapide du Jorat, tournée au levant. La maison était en bon état quoique vieille. Cette femme avait une bonne nourriture et s'occupait des travaux de la campagne. Dans toutes ces circonstances nous ne rencontrons aucune des causes auxquelles on attribue ordinairement les affections scorbutiques et péléchiales. Quant aux causes morales, je n'en ai pas découvert; son mari avait pour elle beaucoup plus d'égards que n'en ont ordinairement les gens de la campagne. Depuis qu'elle eut sevré, sa santé s'altéra insensiblement: elle perdit les forces et l'appétit; puis survinrent les pétéchies, les hémorragies, etc. Un médecin consulté ordonna des pilules ferrugineuses. Pendant un mois, elle prit environ 300 pilules, et la maladie ne fit que s'aggraver. Enfin on eut recours à une large saignée du bras qui arrêta pour un instant l'épistaxis. Le lendemain, il revint avec plus de force; alors on me consulta.

Elle était au lit, ne se levant plus depuis quinze jours, couchée sur le dos, et presque horizontalement. Face pâle et bouffie, yeux ternes; peau de tout le corps couverte de pétéchies, plus abondantes du côté de la flexion. La malade crachait fréquemment du sang venant de l'arrière-gorge et qui indiquait la continuation de l'épistaxis. La langue était couverte d'un enduit noir; les pupilles étaient dilatées et la vue presque entièrement abolie, au point qu'elle distinguait seulement le jour de la nuit; l'ouïe était fort dure. Il n'y avait ni toux, ni oppression; mais elle se plaignait de battemens de cœur. Le pouls sans être fébrile était plus fort qu'on ne s'y serait attendu d'après l'état général, et ensuite des hémorragies abondantes qui avaient eu lieu et de la saignée. La température du corps était normale; le ventre assez volumineux et souple. Les selles rares, formées de matières noires et poisseuses, contenaient du sang provenant soit des épistaxis, soit d'hémorragies intestinales. Urines claires, jambes un peu œdématiées. Je fus effrayé de l'ensemble de ces symptômes et surtout de l'abolition de la vue et de l'ouïe; néanmoins la force du pouls et le degré de la chaleur animale me donnèrent quelque espoir; je dirai plus: mon espoir s'accrut par un cas semblable que j'avais observé peu auparavant, et qui s'était terminé par la mort; il m'avait démontré le peu d'efficacité des évacuans vantés par quelques auteurs; je ne devais donc compter que sur l'emploi énergique des acides et des astrigens. J'ordonnai donc: 1° l'emploi soutenu des sinapismes aux jambes; 2° l'extrait de ratanhia, à la dose de 4 grammes par jour; 3° l'acide phosphorique, à la dose de 24 grammes dans une potion de 124 grammes pour en prendre toutes les heures une cuillerée à café dans de l'eau fraîche; 4° l'application sur la tête d'une vessie remplie d'eau fraîche, si l'épistaxis persistait, mais ce moyen ne fut pas nécessaire; 5° une alimentation tonique.

L'effet de ces moyens fut si prompt, que quand je revis la malade huit jours après, les pétéchies avaient disparu, l'ouïe et la vue étaient revenues, la langue nettoyée, et l'épitaxis avait cessé le second jour pour ne plus reparaître: elle mangeait avec plaisir et sans en être incommodée. J'ordonnai de continuer l'emploi des mêmes moyens, mais avec moins d'intensité; je regardais la guérison comme assurée.

Quinze jours plus tard, le mari vint auprès de moi, et d'après son rapport, je reconnus que sa femme était atteinte d'ascite et d'anasarque. J'ordonnai des pilules d'extrait de coloquinte, gomme gutte et scille, et vers le milieu de décembre, il revint m'annoncer que pendant qu'elle prenait les pilules elle allait du ventre quatre à cinq fois par jour, et urinait toutes les heures; que maintenant elle était tout à fait guérie, et recommençait à vaquer aux soins du ménage.

BIBLIOGRAPHIE.

STUDIEN IM GEBIETE DER HEILWISSENSCHAFT (ÉTUDES MÉDICALES); par le docteur Heyfelder. — 2e volume. Stuttgardt, 1839.

Nous avons rendu compte du premier volume dans la Gazette médicale, n° 42, 1839. Le second, que nous avons sous les yeux, et qui n'est pas moins intéressant, traite uniquement des maladies des enfans; tous en exceptons pourtant les trois derniers chapitres. Encore, dans ce volume, l'auteur a soin d'appuyer toutes ses assertions par de nombreuses observations, recueillies dans sa propre pratique, et qu'il compare à l'expérience d'autrui. Aussi n'a-t-il traité que des maladies qu'il a souvent vues et n'a-t-il eu nullement l'intention de faire un traité complet des maladies des enfans; sous ce rapport, ce volume sera toujours consulté avec le plus grand fruit.

I. — Remarques générales sur les maladies des enfans.

L'auteur fait voir, en peu de mots, que, par ce qu'on appelle les maladies des enfans, il ne faut pas entendre seulement celles qu'on rencontre principalement chez les enfans, mais en général toutes les maladies observées dans le jeune âge, car toutes sont modifiées par la période de développement, par l'état particulier de l'organisme de l'enfance. Par exemple, quelle différence remarquable entre une pneumonie d'un enfant d'un mois et celle d'un enfant de deux à quatre ans et plus? La jaunisse d'un enfant nouveau-né est autre que celle d'un enfant de cinq à huit ans, autre que celle d'un adulte. M. Heyfelder mentionne que le diagnostic des maladies des enfans a été bien perfectionné par les nouvelles méthodes d'exploration, mais surtout par l'anatomie pathologique, et il est évident que l'étiologie, le pronostic et le traitement ont subi par là d'heureux résultats. Par contre, il déplore les nombreux abus dont les enfans sont encore victimes, par exemple, sous le rapport de la nourriture, des modes d'habillement, du baptême avec de l'eau froide, auquel on les expose après les avoir portés, par le temps les plus rudes, à une église quelquefois éloignée de plusieurs lieues; sous le rapport des écoles, qui ne sont souvent que des serres chaudes, où on fait pousser la mémoire au détriment des facultés physiques et morales. Dans le traitement des maladies des enfans, l'auteur rejette en général les moyens irritans et échauffans; car la plasticité des humeurs joue, pendant cette première période de la vie, le principal rôle. Ici conviennent surtout les saignées locales, le calomel, des lavemens et des bains chauds. Enfin, M. Heyfelder s'élève avec raison contre l'habitude de mettre ensemble en cas d'épidémie un trop grand nombre de malades, soit dans les familles, les pensionnats ou les hôpitaux; ces lieux, pour nous servir de l'expression de Hufeland, deviennent des étuves dans lesquelles on fait germer des principes morbides, et la maladie, bénigne dans le principe, y prend un caractère de mauvaise nature; les personnes saines en sont bientôt affectées.

II. — Rougeole.

De toutes les fièvres exanthématiques, la rougeole est, certes, la plus fréquente: elle se déclare ordinairement dans les petites localités, toutes les cinq à six années; on en rencontre continuellement dans les grandes villes, comme à Paris et à Londres, ce qui, d'après l'auteur, tient à la circonstance que, là où l'épidémie se déclare, il ne reste guère un individu exempt de la maladie lorsqu'il ne l'a pas encore eue. Dans les très grandes villes, où le mouvement de la population est très rapide, il ne peut jamais manquer d'individus aptes à recevoir le principe contagieux. M. Heyfelder énumère, d'une manière très lucide, les symptômes de la rougeole; il rapporte avoir vu dans les épidémies la plupart des adultes atteints de la rougeole montrer, dès la première période, les symptômes de la diphtérite; ceux-ci ont persisté pendant la deuxième et la troisième période, et ont réclamé l'emploi des saignées répétées et du calomel. Les maladies qui compliquent le plus souvent la rougeole sont les bronchites, les pneumonies, le croup, la diphtérite, l'hydrencéphale et l'helmintiasis. L'auteur n'a rencontré jusqu'aujourd'hui que deux formes, une inflammatoire et une autre nerveuse; évidemment la première est la plus fréquente. Il n'admet pas de rougeole sans éruption, pas plus que de scarlatine sans éruption, car le plus souvent, dit-il, dans toute épidémie de rougeole on rencontre des individus atteints d'affection catarrhale, qui montrent tous les symptômes de rougeole, sauf l'éruption; mais ces individus sont le plus souvent atteints tôt ou tard de véritable rougeole, qui, sauf les très rares exceptions, dont M. Heyfelder cite des exemples, n'attaque un individu qu'une fois dans la vie.

En 1833 et 1838, il a vu régner, dans deux endroits, la scarlatine et la rougeole en même temps: les convalescens de la scarlatine étaient plus fréquemment atteints de rougeole que *vice versâ*, ce qui, dit-il, prouve évidemment que l'une est plus contagieuse que l'autre. Une autre assertion, qui nous paraît encore hasardée, c'est que tous les individus, mais surtout les plus jeunes, sont prédisposés à la contagion de la rougeole, ce qui expliquerait pourquoi cette maladie s'observe rarement sur des adultes, et qu'il n'y a que très peu de personnes qui meurent à un âge avancé sans avoir eu cette maladie.

M. Heyfelder, après avoir parlé du pronostic, passe à l'autopsie. Outre les lésions organiques qui dénotent la maladie qui a compliqué ou suivi la rougeole, et à laquelle la mort était due, l'auteur a trouvé sur plusieurs cadavres l'éruption de la rougeole dans le pharynx, le larynx, l'estomac, le duodénum et le jéjunum. Le traitement de la rougeole simple ne consiste que dans des soins hygiéniques.

III. — COQUELUCHE.

Cette maladie, ordinairement épidémique, se montre aussi d'une manière sporadique; par exception on l'a observée sur des sujets très âgés, et deux ou plusieurs fois sur le même individu. Sa contagion ne peut pas être mise en doute. Les épidémies de coqueluche sont moins bénignes en hiver qu'en été, plus longues dans les régions basses que dans celles qui sont exposées à de forts courans d'air. M. Heyfelder a observé dans une épidémie, en 1836, beaucoup de malades qui se plaignirent d'un sentiment douloureux sous la langue, et chez quelques-unes on rencontra aussi des petites vésicules semblables à celles de Marochetti dans la rage, ce que Zitterland paraît aussi avoir trouvé dans une autre circonstance. D'autres phénomènes remarquables observés par l'auteur, ce sont des attaques ayant beaucoup de rapports avec la danse de Saint-Guy, qui se manifestèrent chez des jeunes filles, et cessèrent dès que la toux convulsive commença; une violente démangeaison du nez et des accès d'hystérie qui continuèrent encore lorsque la maladie qui les a provoqués avait déjà longtemps disparu. En parlant des complications, M. Heyfelder fait la remarque que jamais il n'a observé, dans la coqueluche nerveuse, des exacerbations vers le soir; il n'en est pas de même lorsque celle-ci se complique d'affections inflammatoires. Entre autres suites fâcheuses auxquelles la coqueluche peut donner lieu, l'auteur a vu survenir des déviations de la colonne vertébrale chez quelques enfans chétifs, surtout chez les filles. A l'autopsie on trouve ordinairement des altérations qui se rapportent moins à la coqueluche qu'à des maladies qui l'ont compliquée ou qui en ont été la suite; deux fois il a rencontré le nerf vague injecté, mais dans plusieurs autres autopsies, il a été tout à fait normal. Sans l'ipécacuanha, comme vomitif, que l'auteur donne dans toutes les périodes de la maladie, il regarde comme inutiles ou comme nuisibles tous les autres médicamens qui ont été successivement proposés comme curatifs ou comme préservatifs.

IV. — SCARLATINE.

Cette maladie se manifeste moins souvent que la rougeole sous forme d'épidémie; en pareil cas, elle a comparativement moins d'extension, mais plus de durée. La description des symptômes ne laisse rien à désirer; M. Heyfelder n'admet qu'une forme de scarlatine, l'inflammatoire; ce qu'il démontre plus tard, en faisant voir que les symptômes et les résultats cadavériques dénotent évidemment que la scarlatine est une maladie générale ayant une grande tendance aux congestions et aux inflammations des organes nobles. Cette forme inflammatoire peut prendre un caractère nerveux. L'auteur s'élève surtout contre les médecins, qui, en considérant la céphalalgie, les vomiturítions, les vomissemens, la langue chargée, symptômes ordinaires de la scarlatine, croient avoir affaire à un état gastrique, et prescrivent des vomitifs qui n'ont d'autre effet que celui d'augmenter la congestion vers le cerveau; il confesse être tombé autrefois dans la même erreur. Cet aveu, du reste, honorable pour l'auteur, il le fait dans la vue de signaler l'écueil à ses confrères.

Parmi les maladies consécutives, où l'hydropisie tient le premier rang, M. Heyfelder a souvent observé l'otorrhée compliquée de surdité; cette dernière, sans être permanente, a persisté des mois entiers. Dans toutes les autopsies il a trouvé une accumulation de sang dans un des principaux organes, le plus souvent dans le cerveau et ses membranes, puis dans les voies aériennes, plus rarement dans la muqueuse de l'estomac, et, par exception, dans celle des intestins; presque constamment il a rencontré une violente rougeur de la paroi interne des cavités du cœur, mais principalement du ventricule droit; en sorte qu'on pouvait admettre une endocardite. L'auteur rapporte plusieurs exemples qui démontrent jusqu'à l'évidence que la scarlatine aussi se manifeste, il est vrai encore plus rarement que la rougeole, deux fois sur les mêmes individus. La disposition à la scarlatine ne paraît pas être aussi grande que celle à la variole et à la rougeole, et beaucoup de personnes meurent à un âge avancé sans avoir eu la scarlatine; par contre, le pronostic est bien plus fâcheux. Le traitement doit être plus ou moins antiphlogistique; il est surtout indispensable de garder les malades au lit pendant toute la période de desquamation. Nous ne pouvons pas assez insister sur cette sage recommandation, car rien n'est si fréquent que les hydropisies dues à l'action de l'air froid.

V. — PAROTIDITE ÉPIDÉMIQUE.

La maladie, ordinairement bornée à une des parotides (le plus souvent à gauche, d'après le dire de quelques auteurs, mais ce que les observations de M. Heyfelder n'ont pas confirmé), s'étend bientôt à l'autre, et plus tard aux glandes sous-maxillaires, sublinguales, et même thyroïdes, aux amygdales et à la partie interne de la bouche. D'accord avec Hinze, M. Heyfelder pense que les symptômes généraux diminuent avec le cinquième, ceux qui sont locaux avec le septième jour.

La disposition subite de l'angine parotidienne, produite par refroidissement, par un traitement mal dirigé, ou par toute autre cause inconnue, peut donner lieu à une inflammation du cerveau, des poumons, des testicules, à l'anasarque, à l'emphysème, etc. Il paraît que ces métastases, au moins à en juger d'après les recherches de Naumann, étaient plus fréquentes autrefois.

L'inflammation de la parotide se termine le plus ordinairement par résolution; aussi l'anatomie pathologique ne nous a-t-elle fourni que peu de renseignemens sur la nature de cette maladie. L'auteur a vu, sur une jeune fille de seize ans, l'inflammation d'une parotide passée à la suppuration. A l'autopsie, il trouva le conduit de Sténon, ainsi que ses ramifications, rempli de pus, et chaque lobule fermée par une cavité distendue par du pus. L'inflammation de la parotide du côté opposé, ainsi que les glandes sublinguales et sous-maxillaires, paraît s'être bornée plutôt au tissu cellulaire environnant, et nulle part on ne trouva le moindre vestige de suppuration. Ce résultat est analogue aux recherches faites par M. Cruveilhier (Revue médicale, 1830, 19 juin); d'où l'auteur conclut que cette maladie a son principal siége dans le tissu cellulaire qui environne la parotide, et que la glande proprement dite n'est que secondairement attaquée lorsque la maladie est arrivée à un haut degré. Plusieurs auteurs sont d'un avis absolument contraire, et il nous serait difficile, dans l'état actuel de la science, de nous prononcer pour l'une ou pour l'autre opinion. Un autre fait à constater, c'est que la parotidite est toujours épidémique. Dans une épidémie que l'auteur a observée en 1828, il a rencontré bien plus de femmes et de filles que d'hommes atteints de la parotidite, ce qui est contraire à l'opinion généralement admise.

VI. — DENTITION DIFFICILE.

La première dentition commence vers la seconde moitié de la première année de la vie. D'après Tiedeman, Serres, Spurzheim, Gall et autres, il s'opère à la même époque un changement remarquable dans le cerveau, en ce que la substance blanche se sépare de la grise. Ce développement du cerveau, qui nécessite un plus grand afflux du sang, donne souvent lieu à des symptômes qui dénotent une affection du cerveau ou de la moëlle épinière; dans ce cas, il faut avoir recours aux saignées, aux dérivatifs, surtout aux lavemens de vinaigre, recommandés par d'Antenrieth. C'est donc souvent à tort qu'on attribue uniquement, lors de la première époque de la dentition, les symptômes de congestion au passage des dents canines à travers les gencives. M. Heyfelder est pourtant loin de nier que la dentition, ainsi que tous les autres actes de développement, ne donne pas lieu à des accidens tels que des congestions et des inflammations. La diarrhée, qui survient à cette époque, ne doit jamais être supprimée, on la modère convenablement par les poudres de Kopp, composées de 7 milligrammes de calomel et de sucre de lait; si, par contre, il y a constipation, on fera usage de lavemens ou de légers laxatifs; les soins généraux sont toujours très utiles. L'auteur s'élève contre l'abus de frotter les gencives avec des corps durs ou irritans, ou d'exercer les enfans à mordre, pour faciliter la sortie des dents. Par contre, nous croyons qu'il s'exprime d'une manière trop violente contre l'incision des gencives, qui peut, dans quelques cas rares, diminuer l'inflammation de la gencive, en la dégorgeant, et faciliter ainsi la sortie des dents.

VII. — CONVULSIONS.

Description faite des convulsions; elles sont quelquefois si fortes qu'on voit des muscles et des tendons se déchirer, et même des os se fracturer.

En examinant les symptômes et le résultat des autopsies cadavériques, on ne peut pas reconnaître l'irritation du cerveau comme cause prochaine des convulsions; le pronostic se dirige d'après les causes qui sont très nombreuses. Le traitement doit être anti-phlogistique et dérivatif.

VIII. — IRRITATIONS CÉRÉBRALES.

Une observation intéressante fait la base de cet article; nous l'avons déjà rapportée dans le temps. (Gaz. Méd., p. 313, 1835).

IX. — HYDROCÉPHALES AIGUES.

M. Heyfelder rapporte sept observations; l'issue a été funeste dans toutes; il regarde cette maladie comme au-dessus des ressources de l'art; puis il donne un tableau rapide et très juste des symptômes et des résultats des autopsies cadavériques. Une remarque très importante, c'est que

la moindre indisposition chez des enfans, avec prédisposition à l'hydrencéphale, doit être regardée comme des prodrômes de cette maladie. Nous sommes étonnés que l'auteur n'ait pas fait mention des belles recherches de Rufz, Piet, Ghérard et Green (Gaz. Méd., 1835 et 37), tout en le remerçiant des nombreuses citations qu'il a bien voulu emprunter à nos faibles travaux. M. Heyfelder a aussi des exemples à citer, qui parleraient en faveur de l'hérédité de l'hydrencéphale. Il est disposé à admettre que cette maladie est endémique dans quelques régions et qu'elle se montre même quelquefois d'une manière épidémique (Sonderland en 1819 et Albert en 1825). Le pronostic est très fâcheux; nous croyons aussi avec l'auteur que presque toujours, pour ne pas dire toujours, l'hydrencéphale proprement dite est mortelle, et il est quelquefois difficile sinon impossible de distinguer les symptômes appartenant à la première et même à la deuxième période de l'hydrencéphale de toute autre congestion ou irritation cérébrale produite par le travail de la dentition, par la présence des vers, etc.; c'est ainsi qu'on peut s'expliquer peut-être l'heureux résultat obtenu par d'autres médecins.

En discutant le traitement, l'auteur s'élève contre l'addition de jalap au calomel dans toutes les maladies aiguës avec congestion cérébrale; car il produit nécessairement des vomissemens, et comme drastique il est nuisible; notre expérience personnelle nous prouve le contraire; nous croyons avoir remarqué que le calomel est moins rejeté par les vomissemens lorsqu'on y ajoute le jalap, et que son action purgative est plus prompte et plus sûre.

X. — PNEUMONIE.

Encore ici, l'auteur se montre complètement au courant des nouvelles recherches presque toutes françaises; elle ne sont pas seulement intéressantes, mais encore d'une haute importance pratique. Le traitement des pneumonies chez les enfans, toutes choses égales d'ailleurs, est à peu près celui des adultes; seulement chez les nouveau-nés où il existe plutôt un état de congestion qu'une vraie inflammation aiguë, il faut être plus circonspect pour les saignés; dans ce cas l'auteur a surtout recours au calomel comme diminuant la plasticité du sang. Il regarde les vomitifs comme inutiles sinon comme nuisibles; nous savons très bien qu'en faisant rejeter par un vomitif les mucosités amassées dans les bronches, nous n'avons pas tari la source de cette sécrétion abondante, mais très souvent nous parvenons par là à soulager les petits malades prêts à suffoquer; à plus forte raison il n'emploie pas non plus le tartre stibié, parce qu'il fait aussi vomir, et dont il craint l'action irritante sur la muqueuse de l'estomac et des intestins très sensible chez les enfans.

XI. — ANGINE COUENNEUSE OU DIPHTÉRITE.

Cinq observations, suivies de réflexions intéressantes, mais qui viennent seulement confirmer ce que tous les auteurs ont déjà dit sur cette matière.

XII. — CROUP, OU MIEUX, LARYNGO-TRACHÉITE COUENNEUSE.

Les rémissions qu'on observe souvent dans cette maladie sont très importantes; elles sont suivies d'exacerbations violentes, et d'autant plus violentes, lorsque le médecin, croyant avoir affaire à un commencement de convalescence, a abandonné le traitement. Quelques praticiens ont même rapporté des croups intermittens. M. Heyfelder regarde ces cas comme des récidives ou des erreurs de diagnostic. La durée de la maladie est très variable : ou a vu survenir la mort au bout de quatorze et de vingt-quatre heures, de sept jours, de deux semaines, et même de deux mois. Après Gœlis, pour le dernier cas, M. Heyfelder est plutôt disposé à admettre que le malade soit mort par suite de récidive, qui est très fréquente dans le croup. Dans les cas de croup observés par l'auteur, la mort n'est jamais survenue avant le quatrième jour, et jamais après le septième. Il ne faut pas négliger dans le croup d'ausculter la poitrine, car souvent cette maladie est compliquée de pneumonie, et alors il faut être circonspect avec les vomitifs, si utiles dans le croup; nous disons circonspect, car nous ne croyons pas, avec l'auteur, qu'ils soient toujours contre-indiqués; vu les premières indications et les plus pressantes remplies, il nous reste encore le temps d'avoir recours aux antiphlogistiques indiqués contre l'une et l'autre maladie. L'auteur ne reconnaît au sulfate de cuivre aucune action spécifique contre le croup, ainsi que d'autres médecins l'ont admis; lorsqu'il guérit, ce n'est que parce qu'il fait vomir. D'après les auteurs, le croup, ordinairement spasmodique, se montre aussi d'une manière endémique et épidémique. C'est ainsi que M. le docteur de Cross rapporte que, dans la petite ville de Tuttlingen, en Wurtemberg, comptant 5,400 habitans, élevée de 2,010 pieds au dessus de la mer, on a observé, de 1818 à 1835, 137 enfans atteints de croup, dont 62 sont morts. En 1819, il y en avait 20, dont 17 garçons et 3 filles; du mois d'octobre 1833 jusqu'en avril 1834, on en comptait 48, dont 30 garçons et 18 filles, ce qui confirme, en outre, l'opinion de Gœlis, qu'il y a bien plus de garçons que de filles atteints de croup. L'âge de 9 mois à huit ans était celui qui comptait le plus de malades. Il est encore digne d'être noté que, pendant les premiers mois de 1834, où le croup était si fréquent parmi les enfans, beaucoup d'adultes et enfans âgés se plaignirent de douleurs passagères dans le larynx et d'enrouement. M. le docteur de Cross, qui a aussi expérimenté le sulfate de cuivre, ne lui reconnaît d'autres vertus que celle de faire vomir. Des nombreux enfans qui ont eu le croup, et qui n'ont pas été traités, tous sont morts, sans exception.

XIII. — ENTÉRITE COUENNEUSE.

Cette maladie est regardée par les uns comme une affection symptomatique du croup, par d'autres de la diphtérite, ou du muguet, et selon d'autres, enfin, comme une affection idiopatique. M. Heyfelder partage cette dernière opinion, et joint aux observations de Larrey (de Toulouse) et de Christian deux autres. Les deux enfans, l'un de 10 mois et l'autre de 18 mois, ont rendu par des selles des concrétions membraneuses, ayant la forme de tubes. A l'autopsie on trouva, outre une forte injection de l'estomac et des intestins, des pseudo-membranes de presque deux millimètres d'épaisseur, fortement adhérentes à la muqueuse de la portion inférieure de l'iléon, du cœcum et du colon; les autres organes étaient sains. Les symptômes sont absolument ceux de l'entérite, sauf les excrétions en forme de tube, rendues par les selles; le traitement doit donc être antiphlogistique.

XIV. — PÉRITONITE.

Deux cas de péritonite partielle et circonscrite. L'un des enfans avait six mois, l'autre six ans. Courte description de cette maladie, suivie de recherches bibliographiques.

XV. — DIARRHÉE ET CHOLÉRA SPORADIQUE.

C'est une seule et même maladie, mais à un degré différent. L'application de sangsues au bas-ventre ou à l'anus est utile. L'auteur se loue encore de l'administration de calomel à la dose de neuf milligrammes, répétée plusieurs fois par jour. L'opium, qui est recommandé dans ce cas, arrête, il est vrai, subitement la diarrhée, mais peut provoquer des congestions cérébrales mortelles; en général, M. Heyfelder voudrait qu'on bannît complètement ce médicament de la médecine des enfans. Les bains en général, et encore moins les bains aromatiques, ne conviennent ici, surtout lorsqu'il existe encore de la fièvre. Si la maladie devient chronique, il a recours aux extraits de cascarille, de ratanhia et de quinquina; à une décoction d'arrow-root ou de riz pour nourriture.

XVI. — JAUNISSE.

Dans le courant de l'année 1838, et surtout dans les quatre derniers mois, la jaunisse était si fréquente parmi les enfans qu'on la croyait presque épidémique; les adultes en étaient exempts. Ni le changement de température, qui n'était guère subit et rude, ni l'influence des vêtemens ou de la nourriture n'ont pu expliquer cette grande fréquence de la jaunisse. Les vomitifs étaient plus utiles que les purgatifs.

XVIII. — LITHIASIS.

La principauté de Sigmaringen-Hohenzollern est un des pays où les calculs urinaires sont très fréquens, surtout parmi les enfans. Dans les vingt dernières années, on a recueilli 160 calculs, dont 105 se trouvèrent chez des enfans de six mois à dix ans, communément à l'âge de deux, trois et quatre ans. L'analyse chimique, qui a été faite sur un grand nombre de ces concrétions, a donné des résultats divers : une fois on a trouvé de l'oxide xanthique. La cause de cette grande fréquence de calculs urinaires est complètement inconnue. Parmi les 105 pierres trouvées sur des enfans, 5 furent extraites par incision de la veine, 14 sortirent de l'urètre sans opération; les autres furent excisées de l'urètre. Il y eut des enfans qui subirent cette dernière opération deux fois sans avoir eu des rétrécissemens de ce canal, rétrécissemens qui en général sont inconnus dans ce pays.

Le traitement que M. Heyfelder emploie pour empêcher la formation des calculs est celui de Magendie : diète aqueuse, végétale, boissons délayantes en grande quantité, bains journaliers, promenades au grand air.

XVIII. — CÉPHALUÉMATOMES.

Pour les observations et conclusions que l'auteur en tire, voyez GAZ. MÉD., p. 652, 1838.

XIX. — TUMÉFACTION ET ENDURCISSEMENT DES MAMELLES.

Cette affection de nature inflammatoire se rencontre chez les garçons comme chez les jeunes filles dans les premiers jours après la naissance. Elle est toujours la suite d'un mauvais traitement tel que le fait de pétrir les mamelles qui est par-ci par-là en usage parmi les sages-femmes; la pression trop forte d'un linge gros et dur. L'auteur n'est jamais parvenu à amener la résolution de cette tumeur, toujours il a vu survenir la suppuration et la formation d'un abcès. Il est prudent de couvrir les mamelles avec de la ouate, afin d'empêcher une nouvelle compression, et par là une rechute.

XX. — HERNIES.

M. Heyfelder rapporte l'histoire d'un enfant de six semaines à peu près qui avait deux hernies crurales, deux inguinales et une hernie ombilicale; cette dernière disparut par la compression. La position horizontale, les bains aromatiques et des compresses imbibées d'une décoction de chêne firent disparaître les hernies crurale et scrotale à gauche. L'enfant qui fait le sujet de cette observation n'est pas venu à terme. Enfin l'auteur rapporte plusieurs cas de hernies chez des nouveau-nés où l'opération a été faite. (GAZ. MÉD., p. 9, 1837.)

XXI. — BEC-DE-LIÈVRE.

L'époque la plus convenable pour faire l'opération du bec-de-lièvre est entre la neuvième et la vingtième semaine après la naissance, c'est-à-dire avant la dentition, sinon on attendra jusqu'après le développement de la puberté, afin d'un côté de ne pas compliquer par une opération les différentes périodes de développement, et de l'autre qu'on puisse assez compter sur la raison de l'opéré, pour qu'il ne compromette pas le succès de l'opération.

XXII. — CROUTES LAITEUSES.

Une fois l'auteur les a vues couvrir tout le corps, sauf le bas-ventre et les parties génitales; dans deux autres cas, elles se sont étendues aux yeux, qui ont été détruits. M. Heyfelder recommande contre cette affection l'herbe de jacée fraîchement cueillie dans les champs, et surtout la vaccine, employée par Hufeland, Pitschaft et autres; le calomel, lorsque les yeux en sont atteints.

Les trois derniers chapitres n'ont absolument aucun rapport avec le reste de l'ouvrage; ils contiennent un cas de médecine légale, une observation de monstruosité, et l'histoire abrégée des suicides qui ont eu lieu dans la principauté de Sigmaringen de 1814 à 38.

VARIÉTÉS.

CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES SCROFULEUSES, PAR M. LUGOL.

M. Lugol a repris, à l'hôpital St-Louis, ses conférences sur les maladies scrofuleuses. Cet enseignement, qu'il a créé, et qu'il avait suspendu depuis quelques années, a été accueilli avec un empressement que les travaux de M. Lugol et ses antécédens dans l'enseignement pouvaient faire prévoir.

Nous aurions désiré donner une publicité complète à cet enseignement spécial; mais les limites qui nous sont imposées dans les colonnes de ce journal ne nous le permettant pas, nous en donnerons seulement des analyses sommaires.

Dans sa première conférence, M. Lugol a d'abord émis cette idée qu'une maladie est d'autant plus intéressante à étudier qu'elle est plus commune. Il a rappelé que, dans ses cours de pathologie interne, que plusieurs générations médicales ont fréquentés, pendant dix années, il insistait, avec un soin tout particulier, sur le diagnostic et sur le traitement des maladies les plus communes, des maladies populaires, de celles qui se présentent chaque jour dans la pratique médicale, telles sont les fièvres bilieuses, la dysenterie, la pneumonie, la pleurésie, l'apoplexie, etc.

Ces idées, appliquées aux maladies scrofuleuses, on conçues aussi sur le degré d'utilité d'un enseignement spécial de ces maladies; car il n'en est aucune autre qui soit si commune, qui se traduise sous des formes aussi nombreuses, aussi variées que la scrofule.

Dans cette première conférence, M. Lugol a fait passer sous les yeux des élèves un très grand nombre d'exemples des malades srofuleux pour leur faire connaître d'abord l'aspect extérieur de ces maladies. Il a signalé ensuite la variété des symptômes qui décèlent la scrofule. Et après cette énumération analytique des formes diverses qu'elle peut revêtir, il a fait remarquer que toutes ces formes n'étaient qu'extérieures, et qu'elles exprimaient toutes la même espèce de maladie.

Ici M. Lugol a tracé le dessin linéaire de ses conférences; les grandes divisions du sujet; il a groupé les malades scrofuleux en plusieurs séries, et a désigné au trait seulement les cinq formes suivantes de la scrofule:

1° Scrofule tuberculeuse;
2° Scrofule catarrhale, ou des membranes muqueuses;
3° Scrofule cutanée;
4° Scrofule cellulaise;
5° Scrofule des os.

Tel est le cadre nosologique de la scrofule. Cette classification, dans laquelle M. Lugol a cru faire entrer à peu près tous les malades scrofuleux de sa division, n'est cependant pas naturelle; elle n'est faite que pour servir à l'étude de la scrofule; que pour mieux considérer cette maladie sous chacune de ses faces principales; car, à parler exactement, il n'y a point de scrofule tuberculeuse, de scrofule cutanée, celluleuse etc., il n'y a que la maladie scrofuleuse qui attaque plus particulièrement chez l'un la peau, chez l'autre le tissu cellulaire; qui se traduit chez celui-ci par une génération de tubercules, etc. Mais aucune de ces manifestations n'existe isolée; au contraire, elles coïncident ou se succèdent dans le plus grand nombre des cas. On peut même avancer qu'on ne voit jamais un scrofuleux être atteint d'une seule variété de la maladie scrofuleuse.

Soit un enfant de quatorze ans, affecté de carie d'une phalange: si l'on étudie sa vie passée, sa vie médicale, on trouve que tous ses antécédens sont d'une nature scrofuleuse, qu'il a eu des ophthalmies dans son enfance, qu'il a eu des poux, des vers intestinaux, une croissance suberveiue, etc.; que la rougeole, la variole, la coqueluche ont été compliquées et de longue durée, etc. Tous ces antécédens sont de même nature que la maladie actuelle, à laquelle succéda peut-être quelque autre forme de la scrofule, avant que l'économie en soit tout à fait purgée par l'influence salutaire de la puberté.

Le faisceau des maladies scrofuleuse se resserre encore davantage quand ou remonte à leur origine, qui est la même pour toutes, et qui provient de la santé des parens ascendans. Cette proposition importante, qui n'est émise ici que pour mieux prouver la nature unitaire des maladies scrofuleuses, sera développée avec toute l'attention qu'elle comporte, quand nous aurons à étudier les causes de la scrofule. Alors nous verrons que cette maladie a le plus originairement son origine patente dans la santé des parens ascendans, et que, lors même que cette origine ne peut-être constatée, elle n'en existe pas moins, car il est encore plus difficile de remonter à une cause productive extérieure.

M. Lugol termine cette première conférence en avertissant ses auditeurs qu'il n'a voulu que les familiariser avec l'aspect extérieur des maladies scrofuleuses, qui donnent une ébauche première de leur physionomie.

Dans les conférences suivantes, il développera chacun des aperçus qu'il s'est contenté d'énoncer dans ce premier entretien, que nous pourrions citer comme un exemple des meilleures traditions de l'enseignement.

— En vente: DU TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le docteur AMÉDÉE LATOUR, in-8°. — Prix: 3 fr. et 3 fr. 50 par la poste.

Paris, aux bureaux de la GAZETTE DES MÉDECINS-PRATICIENS, 20, rue Madame, et chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, OU EXPOSÉ ANALYTIQUE ET RAISONNÉ DES TRAVAUX CONTENUS DANS LES PRINCIPAUX TRAITÉS DE PATHOLOGIE INTERNE, par M. ED. MONNERET, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie générale, et M. LOUIS FLEURY, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne.

Ouvrage autorisé par le conseil royal de l'instruction publique, et par le conseil de santé des armées de terre.

Douzième livraison complétant le tome 3e.

Prix: 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr., franc de port par la poste.

Paris, Béchet, jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

—NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENS, par M. MAYGRIER, membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchemens, 2e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée de 1° la description anatomique et obstétricale du bassin, des parties sexuelles et de leurs anomalies; 2° l'histoire de la menstruation, de la reproduction et du développement du fœtus; 3° l'histoire de la grossesse; 4° le mécanisme de l'accouchement naturel; 5° la description des différens modes opératoires pour la terminaison des accouchemens difficiles; 6° l'indication des soins à donner à la mère et à l'enfant, par HALMAGRAND, docteur en médecine, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans.

Cet ouvrage se composera de 20 livraisons, ou 81 planches in-folio, gravées en taille douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume de texte.

Il paraît par livraisons de quatre planches et de deux feuilles de texte.

Le prix de chaque livraison est fixé à 2 fr. pour Paris. Il paraît une livraison le 1er et le 15 de chaque mois. Les douze premières sont en vente.

A Paris, chez Béchet jeune, et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 46 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine, par rétraction musculaire active. — Leçons de M. Gendrin sur les maladies du cœur. — II. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 9 juin. — III. Correspondance médicale. Note sur un cas de tremblement particulier qui affecte quelquefois la main en écrivant. — Quelques réflexions puisées dans les faits d'une épidémie variolique, respectivement à la vaccine, en tant que préservative de la variole. — IV. Bibliographie. OEuvres complètes de John Hunter. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Lettre médicale.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE, PAR RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE (lu à l'Académie des sciences le 23 septembre 1839); par le docteur Jules Guérin.

En communiquant, il y a quelque temps, à l'Académie, le résultat de mes premiers essais sur le traitement des déviations latérales de l'épine, par la section des muscles du dos, j'ai posé en principe, et comme base de cette nouvelle méthode de traitement, que le plus grand nombre des déviations de l'épine sont, comme le pied-bot, le torticolis ancien et les autres difformités articulaires congéniales, le résultat de la rétraction musculaire primitive. C'est au développement et à la démonstration de cette proposition que j'ai consacré ce premier mémoire.

Et d'abord, pour ne laisser aucun vague dans la discussion à laquelle je vais me livrer, je dois dire quelques mots du phénomène de la rétraction musculaire active, considérée comme cause de difformités du système osseux. On savait que sous l'influence d'une certaine manière d'être du système nerveux, les muscles peuvent être pris tout à coup de mouvemens spasmodiques involontaires, à la suite desquels ils restent raccourcis, tendus, entraînant avec eux, dans la direction de leur action, les portions du squelette sur lesquelles ils s'insèrent. Ce phénomène, qu'on n'avait pas étudié jusqu'ici dans ses rapports avec les difformités du système osseux, ni analysé dans ses élémens, et dont l'existence n'avait pas même été soupçonnée chez le fœtus, est, à mes yeux, le principal agent des difformités articulaires congénales et consécutives. J'ai exposé les faits qui servent de base à cette doctrine, dans le travail que j'ai adressé au concours de l'Académie des sciences pour le grand prix de chirurgie, ainsi que le constate le rapport sur ce concours. Les différens travaux que j'ai publiés depuis sur cette matière et le mémoire que je vais avoir pour objet de les appliquer.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Encore une session législative qui s'achève sans réaliser aucun changement dans l'état de notre profession, sans même nous léguer d'autres espérances que celles qui s'alimentent à travers les années au foyer inextinguible de notre crédulité. La dose de patience et d'attention dont se munissent les honorables en quittant leurs départemens pour venir siéger au Palais-Bourbon commence à s'épuiser; les votes rapides du budget, véritable salutation d'adieu, témoignent de leur lassitude; et quand le projet de réorganisation medicale serait là, tout prêt et dispos dans les cartons ministériels, il ne serait plus temps de les ouvrir: à demain les choses de si mince apparence: nos législateurs se sentent au cœur de plus sérieuses sollicitudes. La saison des eaux thermales est imminente; la goutte et le rhumatisme parlementaires se tournent vers les joyeuses retraites où les convient la mode et la santé; puis le grand propriétaire veut diriger ses récoltes, l'industriel est pressé de jeter un coup-d'œil sur ses usines, le général juge convenable de résider un mois dans le chef-lieu de son commandement, le magistrat court revêtir, avant la fin de l'année judiciaire, les insignes de sa dignité, et échange les fonctions de fabricateur de lois contre le ministère, qui a pour objet de les appliquer. Qu'importent au magistrat-député, au général-député, au manufacturier-député, qu'une des professions les plus importantes, les plus nécessaires, les plus laborieuses, les plus accablées, soit en instance de régénération légale, réclame vainement, depuis quinze ans, l'attention des chambres, traîne au grand jour de la publicité ses plaies et ses misères, plaide avec une légitime indignation ses droits méconnus, ses services, ses besoins? Il y a pourtant à la chambre quelques médecins, membres plus ou moins obscurs de la phalange législative; comprend-on qu'ils n'aient point, dans la discussion annuelle du budget de l'instruction publique, une seule parole à placer dans l'intérêt de la carrière qui les a faits ce qu'ils sont? Sans doute, les mandataires du pays ne représentent spécialement aucune profession, aucune branche d'activité scientifique ou materielle: l'unité du parlement est l'expression vivante de l'unité nationale; mais encore, sous l'investiture publique de la députation, le médecin peut subsister; et quand nous voyons tous les intérêts privés ou collectifs portés journellement à la tribune par ceux-là même qui y participent, ce nous est une pénible et légitime surprise que l'indifférence des confrères-députés pour la situation de la médecine. Nous déclarons à nos lecteurs qu'il ne sera plus question désormais, dans cette correspondance, de la fable législative dont on berce éternellement notre souffreteuse bénignité; qu'une loi de réorganisation médicale soit présentée aux chambres, à la bonne heure, nous en répéterons la nouvelle après tous les autres organes de la presse, après nous être assurés par l'ouïe, par la vue, par le palper, par tous les moyens qui sont nôtres, de la vérité du fait; jusque-là silence absolu et pas de confiance aux promesses, ni de créance aux bruits qui circuleront; attende, espère qui voudra. Il y a, de par le monde,

l'honneur de lire devant l'Académie ne sont que des développemens et des applications de mes précédentes recherches.

Pour prouver d'une manière directe, irrécusable, que les déviations de l'épine sont, dans le plus grand nombre des cas, le produit de la rétraction musculaire primitive, il faudrait pouvoir, à l'exemple des chimistes et des physiciens, effectuer d'emblée des difformités de cette espèce, en mettant en jeu, au moyen de l'expérimentation, la cause essentielle que je leur attribue. Cette méthode est, en effet, la seule qui, jusqu'ici, et principalement aux yeux de l'Académie des sciences, ait eu le privilége d'entraîner une conviction complète. Mais, outre que l'affection nerveuse qui produit la rétraction musculaire n'est pas assez connue dans son essence et dans ses conditions de production, il ne serait pas permis de la provoquer chez l'homme; et cependant l'homme seul réunit, comme je le démontrerai plus tard, toutes les conditions au développement de ces sortes de difformités. C'est donc à l'observation seule qu'il faut recourir pour établir d'une manière rigoureuse ce que l'expérience ne me permet pas de démontrer directement.

Eh bien ! je ne crains pas de le dire, au risque d'anticiper sur les résultats des preuves que je vais présenter; l'observation appliquée à toutes les conditions où la déviation de l'épine, de nature musculaire active, se manifeste, appliquée à toutes les phases, à toutes les combinaisons, à toutes les modalités de cette cause, appliquée surtout à la série méthodique de ses effets, fera ressortir son existence avec une évidence aussi complète que celle que fournirait l'expérimentation directe.

PREMIÈRE QUESTION.

EXISTE-T-IL DES EXEMPLES DE DÉVIATIONS DE L'ÉPINE, ACCOMPAGNÉES D'ALTÉRATIONS MATÉRIELLES DES CENTRES NERVEUX, ET ÉVIDEMMENT CAUSÉES PAR CES ALTÉRATIONS ?

On peut répondre immédiatement à cette première question par l'affirmative. Oui, il existe des déviations de l'épine accompagnées d'altérations évidentes, matérielles des centres nerveux. L'existence de ce fait, je l'ai établie dans deux ordres de circonstances fort différentes, mais également importantes à constater, parce qu'elles fournissent, à des points de vue différens, des lumières vives pour la solution de la question qui nous occupe. Ainsi, d'une part, il existe chez certains fœtus monstres et autres, des déviations de l'épine, accompagnées de beaucoup d'autres difformités articulaires, coïncidant avec une altération plus ou moins profonde du système nerveux; et, d'autre part, il existe chez certains individus d'âge et de sexe différens, des déviations de l'épine qui se sont manifestées à la suite d'affections de même nature, pendant la vie extra-utérine. Mettons d'abord ces deux faits hors de doute.

J'ai rapporté, dans mon ouvrage pour le concours du grand prix de chirurgie, une série d'observations relatives à des monstres et à des fœtus plus ou moins déformés, chez lesquels on pouvait constater des altérations évidentes du cerveau et de la moelle épinière ou de leurs enveloppes, depuis la destruction complète de ces centres jusqu'à la simple altération d'un de leurs points circonscrits. Ces deux extrêmes d'action d'une seule et même cause ont pu être liés par une série décroissante d'altérations identiques, différant seulement d'intensité, de manière à former une chaîne non interrompue de manifestations de moins en moins prononcées de la même maladie sur des individus différens. A côté des altérations dont il s'agit, on trouvait une série de difformités des diverses parties du squelette, proportionnées en nombre et en degré à l'étendue et à l'intensité des lésions des centres nerveux. Ainsi, avec la destruction complète ou partielle du cerveau et de la moelle, coïncidaient des déviations, des torsions énormes des membres supérieurs et inférieurs, dans leurs différentes jointures; les mains, les pieds, les coudes, les épaules, les genoux, les hanches étaient déviés en différens sens, déplacés, fléchis ou étendus de la manière la plus exagérée. Concurremment avec ces difformités, il existait des courbures de la colonne vertébrale, souvent portées au plus haut degré, repliant cette tige d'avant en arrière, ou latéralement, au point de réduire le tronc à la moitié ou au tiers de sa hauteur. Dans les cas où l'affection des centres nerveux avait été moins intense, on retrouvait encore les mêmes difformités simultanées des membres et de l'épine, mais à un moindre degré, et finalement quelques-unes de ces difformités seulement, avec une altération plus circonscrite d'une portion du cerveau ou de la moelle. La subordination de ces deux ordres de faits, les altérations du système nerveux, d'une part, et les difformités articulaires du squelette, de l'autre; déjà presque établie par le seul fait de leur simultanéité, ne pouvait être méconnue : car les muscles qui en étaient les intermédiaires étaient constamment durs, raccourcis, tendus, dans le sens des difformités, formant la corde de leurs courbures ou de leurs angles, et toujours à un degré qui excluait l'idée d'une position anormale primitive, perpétuée par le raccourcissement consécutif des muscles; ainsi, dans certains cas, j'ai constaté des flexions antérieures de la jambe sur la cuisse, et la flexion postérieure de l'avant-bras sur le bras, c'est-à-dire dans le sens opposé à la flexion normale. Le triceps fémoral était très court, tendu, et la rotule remontée sur la face antérieure de la cuisse; il en était de même du triceps brachial, et de la position de l'olécrane qui remontait bien au-delà des limites physiologiques sur la face postérieure de l'humérus. A côté de ces difformités la colonne était repliée en différens sens, attirée et bridée des deux côtés par les muscles longs du dos, qui représentaient la corde des courbures qu'elle décrivait : quand on voulait redresser ces courbures, la tension extrême des muscles latérans s'y opposait complètement. Enfin, il y avait parfois des luxations du coude, des fémurs, et même des courbures anguleuses des os des membres, par suite de fractures dans le sens de l'action des muscles rétractés. J'ai constaté ces résultats, non-seulement chez des fœtus humains, mais encore chez des fœtus d'animaux; de veau, par exemple, où les déviations de l'épine n'étaient pas moins prononcées que chez les fœtus humains. Enfin, je les ai constatés aux différentes phases de l'affection des centres nerveux, depuis la destruction complète du cerveau, de la moelle et de leurs enveloppes, jusqu'à la simple altération partielle de ces parties, et toujours avec la même simultanéité, la même connexion de difformités, attestant une communauté d'origine, et leur subordination commune à l'affection nerveuse. Je mettrai tous ces faits authentiques à la disposition de la commission que l'Académie voudra bien charger de l'examen de ce travail.

Il est inutile, pour le moment, de discuter la question de savoir si l'existence des déviations de l'épine, accompagnant d'autres difformités causées par la rétraction musculaire, entraîne rigoureusement la nécessité d'une cause identique? Les faits qui suivront résoudront d'eux-mêmes cette difficulté. Ajoutons seulement que l'existence des déviations

---

les descendans d'une nation fameuse qui attendent encore le Messie. Leur expectation séculaire est un encouragement pour ceux de nos confrères qui n'ont pas cessé de croire au mythe législatif, autrement dit projet de loi sur l'organisation de la médecine.

Le retard qui irrite notre humeur ne doit pas être attribué au ministre actuel de l'instruction publique; les bonnes intentions de M. Cousin sont connues; il a déjà su mettre à profit le peu de temps écoulé depuis son avènement au pouvoir. Vous n'avez pas oublié, mon cher confrère, plusieurs décisions très favorables au développement des études médicales. Le projet de loi qui crée une Faculté de médecine à Rennes, quoique contraire à nos vues, est lui-même une preuve du zèle dont M. Cousin est animé; l'extension de notre sphère d'enseignement scientifique n'est sans doute pas ce qui le préoccupe le plus; les exigences de l'art, la destinée sociale de ceux qui s'y livrent, ont aussi fixé son attention; nous souhaitons pour notre part qu'elle se concentre momentanément sur ces parties souffrantes de notre carrière et que rien ne soit tenté dans l'enseignement avant qu'on ait essayé un remède à des maux que l'augmentation du nombre des officines doctorales ne peut qu'aggraver. Aussi nous félicitons-nous deux fois de l'ajournement prononcé par la chambre contre le projet d'érection d'une quatrième faculté; ce vote nous préserve provisoirement d'un surcroît de multiplication doctorale; en outre, il ramène les idées du ministre sur la situation générale de la médecine et lui suscitera probablement la volonté, non d'une fondation partielle, contestée dans son utilité, mais d'une œuvre plus vaste, plus riche en conséquences, plus nécessaire et capable d'imprimer profondément son nom dans la reconnaissance de tous les médecins français.

Les chiffres des réceptions qui ont eu lieu dans l'année 1839 sont faits d'ailleurs pour rassurer M. Cousin sur les effets du vote qui ajourne l'élévation de l'école secondaire de Rennes au rang de faculté; parmi les événemens étranges, fâcheux qui doivent signaler l'année 1840, il n'y a lieu de compter la pénurie des médecins en France; 614 recrues ont été versées par les trois facultés actuelles dans notre armée de docteurs; 614 diplômes ont été taillés, lissés, huilés, imprimés, paraphés, scellés, et..... payés ès-mains de notre gracieuse souveraine, madame l'Université. Les trois compagnies de recrutement que la médecine possède jusqu'à nouvel ordre en ce beau pays de France, ont fait besogne active, comme vous voyez, et semblent avoir prévu dès l'année dernière l'imputation d'insuffisance, virtuellement contenue dans le projet de loi breton. Ah ! vous prétendez que trois facultés ne produisent pas un nombre de docteurs proportionné aux besoins de la population! Ah! vous voulez nous donner une quatrième sœur pour collaborer à cette grande et fructueuse œuvre de la procréation doctorale. Ah! vous prétendez que notre fécondité ne suffit à projeter jusqu'au fond de la Bretagne la semence hippocratique : voici la réplique à ces reproches, personnifiée dans 614 néophytes proclamés aptes et idoines à tout office de notre art; réfutation vivante, parlante, marchante, pullulante; 614 docteurs par an, et combien de docteurs, je vous prie, cette même année 1839 a-t-elle vu trépasser ou prendre leur retraite? Posez-moi ces deux chiffres en regard, et déduisez la différence....... Et reconnaissez, ô esprit dur et négateur, qu'au moindre souffle épidémique de rhumes de cerveau ou de grippe annuelle, les neuf dixièmes de la nation française resteront privés de toute espèce de secours médical, et qu'en cette publique calamité, le plus petit docteur ne pourra se hasar-

de l'épine observées chez le fœtus exclut toute idée de causes empruntées aux différentes conditions de la station verticale et de ses conséquences, et qu'avec le secours de nos connaissances sur les rapports du système nerveux avec les muscles, il n'est pas permis de douter, en voyant une altération profonde d'un des points du système nerveux, coïncidant avec des raccourcissemens considérables et généraux des muscles, que l'un de ces faits ne soit le résultat de l'autre. Mais les faits observés après la naissance dissipent toute incertitude à cet égard, et dispensent de recourir à des inductions qui n'auraient pas le caractère de la certitude directe.

S'il est vrai que les déviations de l'épine qu'on trouve chez les fœtus, avec des traces d'affection matérielle des centres nerveux, sont bien le résultat de ces altérations, il doit être possible de rencontrer, après la naissance, des répétitions des mêmes faits, de manière à permettre à l'observateur de constater directement, comme s'il expérimentait lui-même, la production des déviations de l'épine sous l'influence des rétractions musculaires mises en jeu par des affections nerveuses. Et, en effet, j'ai observé, à partir de quelques jours après la naissance, jusqu'à l'âge adulte, un très grand nombre de cas de déviations latérales de l'épine, survenues immédiatement après des affections cérébrales, cérébro-spinales, et accompagnées, comme chez le fœtus, d'un très grand nombre d'autres difformités articulaires, toutes causées évidemment par le raccourcissement actif des muscles rétractés. Après avoir constaté cette première catégorie de faits, dans lesquels la généralité d'action de la cause, c'est-à-dire la lésion centrale du système nerveux, était représentée par la généralité de ses effets, par la rétraction de presque tous les muscles du tronc, tenant sous leur dépendance la distorsion de presque toutes les articulations du squelette, j'ai cherché à suivre, toujours sur le vivant, comme je l'avais fait pour le fœtus, la décroissance des difformités en nombre et en intensité, liée à la décroissance de l'affection nerveuse qui la produit. J'ai été assez heureux pour réunir une collection de cas de cette nature; j'en ai composé une série régulièrement décroissante de difformités de l'épine dues à une affection du cerveau ou de la moelle, et se présentant avec un entourage de difformités des autres articulations du squelette, depuis la déviation extrême, accompagnée de déviations de toutes les brisures du squelette, jusqu'à la déviation peu prononcée, accompagnée seulement de la déviation d'un pied ou d'une main. Tous ces faits, ou plutôt toutes ces expériences, constatées directement par moi, répétées un assez grand nombre de fois pour qu'aucun cas ne se soit montré une fois seulement, m'ont paru établir, d'une manière définitivement rigoureuse, qu'il existe chez le fœtus comme chez l'enfant des déviations latérales de l'épine évidemment causées par la rétraction musculaire active, dépendant d'une affection des centres nerveux. J'ai dit que j'avais non seulement observé ces cas chez l'enfant nouveau-né, mais à toutes les périodes de l'enfance jusqu'à l'âge de la puberté; en effet, je possède plusieurs observations de déviations de l'épine, survenues chez des jeunes filles de 15 à 16 ans, à la suite d'affections convulsives du cerveau et de la moelle. Je reviendrai sur ces faits plus tard.

La première question que j'ai soulevée, à savoir, *s'il existe des exemples de déviations de l'épine accompagnées d'altérations matérielles des centres nerveux et évidemment causées par ces altérations*, est donc résolue d'une manière certaine par l'expérience. Je dis par l'expérience, car il est bon de s'entendre sur ce point : la science n'a ni le pouvoir ni le droit de produire d'emblée des affections cérébrales chez l'homme dans le but de constater la production des déviations de l'épine; mais la nature expérimente pour lui; et il peut profiter de ses expériences comme s'il les avait faites lui-même; la seule différence qu'il y ait, dans ce cas, entre l'observateur et l'expérimentateur, c'est qu'il ne reproduit pas les expériences de la nature à volonté, et qu'il est obligé d'en attendre le retour pour en démontrer la réalité; ce n'est là qu'une difficulté de temps qui explique en partie la lenteur et les difficultés du progrès des sciences d'observation, comparées aux sciences d'expérimentation. Passons à un autre point, ou plutôt à une seconde question.

DEUXIÈME QUESTION.

EXISTE-T-IL, EN L'ABSENCE D'ALTÉRATIONS MATÉRIELLES DES CENTRES NERVEUX, DES MOYENS CERTAINS DE RECONNAITRE QU'UNE DÉVIATION DE L'ÉPINE EST LE PRODUIT DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE, MISE EN JEU PAR UNE AFFECTION NERVEUSE ?

Cette question n'est pas moins facile à résoudre par l'affirmative que la précédente. Oui, il existe des moyens sûrs de reconnaître, en l'absence d'altérations matérielles permanentes des centres nerveux, qu'une déviation de l'épine est néanmoins le produit d'une affection de ce système.

Les cas dans lesquels il n'est pas possible de constater directement une altération des centres nerveux accompagnant la déviation de l'épine, sont les plus nombreux : ce sont presque tous ceux qu'on observe sur le vivant; car la constatation directe d'une altération matérielle du cerveau ou de la moelle ne peut se faire qu'après la mort. Disons, toutefois, que cette constatation, nous l'avons faite plusieurs fois, c'est-à-dire qu'après avoir vu des sujets vivans atteints de déviations de l'épine que nous rapportions à une lésion nerveuse antérieure ou postérieure à la naissance, nous avons pu vérifier par l'autopsie l'exactitude de notre diagnostic. Mais, comme dans la majorité des cas, cette vérification n'est pas possible, la question est donc de savoir s'il existe des moyens certains de reconnaître, sans le secours de l'autopsie, les déviations de l'épine causées par une affection nerveuse déterminant la rétraction musculaire. La solution de cette question peut s'obtenir de deux manières, et par deux ordres de faits différens. Ou bien la déviation est accompagnée d'autres effets de la maladie qui lui a donné naissance, ou bien elle est le seul retentissement, la seule émanation appréciable de cette affection. Examinons ce qui se passe dans les deux cas.

Lorsqu'une affection nerveuse a produit une déviation de l'épine, il est rare que ses effets n'aient pas débordé le champ de cette difformité. Une affection nerveuse convulsive se révèle dans la majorité des cas par d'autres effets que par la rétraction de certains muscles, et à supposer qu'elle ne se manifeste d'une manière visible que par des spasmes musculaires, il est encore très rare qu'elle borne ces spasmes aux muscles de l'épine. Il y a donc; dans cette première catégorie de déviations de l'épine, des caractères généraux, des traces matérielles de la maladie, accusés dans le reste de l'organisme. Ces traces sont, d'une part, toutes celles que laissent après elles toutes les maladies du cerveau et de la moelle; ce sont, dans la physionomie, une apparence de convulsion; les deux moitiés de la face sont inégales, non symétriques; les traits tirés d'un côté, les yeux inégaux; souvent un ou tous les deux sont atteints

---

der dans la rue, sans qu'il soit immédiatement assailli, enlevé par une douzaine de cliens faméliques de son art! En attendant cette éventualité désastreuse, établissons sur la solide base des chiffres la proportion de reconnaissance due à chaque faculté, pour son empressement à conjurer le malheur de la pénurie des médecins; la Faculté de Paris a gradué 429 docteurs; celle de Montpellier 162 et celle de Strasbourg 23.

La faculté rhénane a fourni le moindre contingent, et sans doute ce n'est point sa faute; cette école est toujours celle qui compte le moins d'élèves; les causes qui déterminent cette différence sont en grande partie inhérentes à sa situation topographique. Il faut dire cependant que dans l'enseignement de cette école, on ne sent pas l'activité, l'impulsion, l'originalité qui se manifestent si puissamment à Paris et même à Montpellier; les cours s'y succèdent aussi régulièrement que partout ailleurs, aussi nourris de science et parfois débités avec assez de talent; mais à ce travail périodique, à ce fidèle accomplissement des devoirs de la chaire, se borne le mouvement professoral à Strasbourg; en dehors de ces séances didactiques, silence, isolement, langueur, inertie; la vertu productrice manque à la nature moitié française, moitié germanique qui constitue l'Alsace; et les professeurs, pris dans la localité ou venus de l'intérieur, ne tardent point à s'imprégner des influences de cette nature. Plusieurs jeunes médecins viennent de s'installer, l'un après l'autre, dans les chaires curules de cette faculté : les derniers professeurs admis au concours, MM. Boyer, Rameaux, Caillet, Sourdes fils, appartiennent tous à cet âge où l'on prépare encore les élémens d'une réputation, où le succès obtenu dans une lutte académique est un engagement d'avenir, non la récompense d'un passé qui date d'hier : âge d'efflorescence intellectuelle et de rayonnante émulation, période éphémère et précieuse où la maturité commence, en même temps que fleurit encore le luxe des premières évolutions de l'esprit; nous souhaitons, pour l'honneur de l'école qui s'est associé ces jeunes collaborateurs, qu'ils comprennent leur mission et qu'ils travaillent, dans un concert pieux, à consoler la médecine alsacienne des pertes répétées qui l'ont mutilée dans un court espace de temps : Lobstein, Bérut, Masuyer, Fodéré sont des noms connus à Paris comme à Strasbourg; que les nouveaux professeurs sachent maintenir les leurs dans la publicité subite que leur a value l'élévation du concours.

Des renseignemens qui nous sont venus de Montpellier, et dont la source est excellente à plus d'un titre, nous permettent de compléter l'équitable hommage que nous avons rendu naguère à l'activité et à l'illustration de cette vieille métropole de la science. Les études anatomiques qui y souffraient encore, il y a quelques années, par suite du manque des sujets, y ont pris un développement considérable; les dissections sont très-suivies; la matière anatomique suffit au travail des élèves, et aux exercices opératoires qui leur sont démontrés. Cette heureuse amélioration, réalisée, enfin, dans une branche essentielle de l'éducation médicale, n'a pas laissé de coûter des efforts et de la persévérance; elle est le résultat de mesures suggérées à l'administration supérieure par la faculté, et notamment par celui de ses membres auquel est confié l'enseignement de l'anatomie. Il y aurait peut-être quelque inconvénient à divulguer les moyens par lesquels la faculté a ranimé dans son sein les travaux anatomiques, quoiqu'ils soient aussi plausibles que sûrs; l'autorité civile s'est prêtée obligeamment aux justes exigences de l'école, et lui a facilité, avec une intelligente discrétion, l'acquisi-

de strabisme; ils sont plus gros, moins mobiles qu'à l'état normal; leur force visuelle est différente ; la pupille est plus dilatée d'un côté que de l'autre; les deux moitiés du front sont parfois inégales; toute l'étendue du corps peut offrir un défaut de symétrie; la force est souvent plus grande d'un côté que de l'autre, à part l'influence de la prédominance d'exercice; quelquefois même il y a un peu de paralysie. Voilà les caractères les plus généraux de l'affection nerveuse, vue dans ses reflets les plus éloignés. Avec ces apparences qui entourent la déviation de l'épine de nature musculaire convulsive, apparences insuffisantes encore pour reconnaître d'une manière certaine la maladie dont elles émanent, concourent d'une manière bien plus efficace les rétractions simultanées des différens ordres de muscles autres que ceux de l'épine, rétractions donnant lieu à autant de difformités articulaires. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer avec les déviations de la colonne vertébrale, des torticolis, des déviations des pieds, des mains, des flexions permanentes de la main, des genoux, du coude, ou l'une ou l'autre de ces difformités. Or, que dit cet accompagnement, surtout quand il s'entoure des caractères plus généraux d'une ancienne affection cérébrale convulsive? Il jette sur l'origine de la déviation de l'épine un surcroît de lumière; il la montre comme enchevêtrée dans une foule d'élémens, dont elle fait en quelque sorte partie elle-même pour constituer un seul et même fait par rapport à une cause commune. L'épine, déviée simultanément avec le torticolis, avec le pied-bot, avec la flexion permanente du coude, c'est-à-dire avec la rétraction des muscles du cou, de ceux du pied, de ceux du bras, le tout complété par la physionomie convulsive et quelques-uns des rudimens de paralysie qu'on remarque sur les sujets anciennement atteints de maladies cérébrales, c'est la fraction d'un seul et même phénomène mis en regard des autres parties intégrantes, et recevant, d'une même cause, tous les caractères et tous les reflets de leur commune origine. Il faut voir les faits de cette nature, pour être frappé de cette physionomie d'ensemble, pour acquérir incontinent la conviction qu'il serait tout à fait illogique de détacher la déviation de l'épine de son entourage significatif, et d'en constituer un phénomène à part, au milieu d'autres phénomènes. Pour moi, j'ai rencontré un si grand nombre de cas de cette espèce, qu'il me serait impossible de les citer, même par leurs catégories les plus générales. J'inviterai les personnes qui ne seraient pas encore familières avec les faits de cette nature, à visiter les hospices spécialement consacrés aux affections nerveuses, comme Bicêtre et la Salpêtrière; c'est là que mon observation s'est exercée en grand; là elles verront des maniaques, des épileptiques, des hémiplégiques, des paralytiques, et toutes les formes des affections nerveuses, accompagnées des diverses formes, des diverses combinaisons des affections musculaires convulsives, et consécutivement des difformités auxquelles ces affections donnent naissance. Elles verront le torticolis avec le pied-bot; le torticolis avec la déviation de l'épine: la déviation de l'épine avec le pied-bot; la déviation de l'épine avec la flexion permanente des mains, du coude, du genou; elles verront l'une ou l'autre de ces difformités accouplée avec la déviation de l'épine, ou la déviation de l'épine perdue au milieu de cet entourage général, le tout accompagné des caractères les plus significatifs des affections nerveuses cérébrales ou cérébro-spinales anciennes. Voilà donc le premier terme de ma proposition démontré, et démontré, je pense, aussi rigoureusement qu'il est possible avec le seul secours de l'observation et de l'induction.

Le second terme comprend les cas de déviations de l'épine également produites par la rétraction musculaire, mise en jeu par une affection nerveuse; mais dans lesquels cette origine n'est pas dévoilée par ces reflets généraux et ces manifestations éloignées qui d'ordinaire la trahissent sur le champ. Car la maladie, ainsi que nous le montrerons plus tard, peut n'avoir retenti que sur des points isolés; elle peut n'avoir atteint d'une manière profonde et durable que les muscles de l'épine; elle peut même être née et s'être circonscrite dans les nerfs qui animent ces muscles; il s'agit donc de savoir si dans ces cas de circonscription de la cause, on peut encore la saisir, la déterminer, enfin la reconnaître au moyen de caractères aussi certains que pour les cas de la catégorie précédente. Ici, comme on le voit, la tâche devient plus délicate et plus difficile.

Et d'abord établissons d'une manière incontestable le fait de l'existence des déviations de l'épine produites par une affection nerveuse mettant exclusivement en jeu les muscles de l'épine, sans autre trace de son action. On remarquera que cette délimitation de la rétraction musculaire implique pour la cause une circonscription proportionnelle de siége et de degré; c'est-à-dire que l'affection cérébro-spinale ou spinale seulement, agit à un moindre degré dans le cas où elle se résout dans la simple rétraction des muscles du dos, que lorsqu'elle se traduit sur un plus grand théâtre, et sévit d'une manière plus intense et plus profonde. Ainsi que je l'ai démontré pour le pied-bot, ce fait de la délimitation de la cause, tant par rapport à son siége qu'à son degré, peut être constaté directement. Il consiste dans une lésion d'un des points les plus circonscrits du système cérébro-spinal ou de ses enveloppes ou dans les nerfs mêmes qui se distribuent aux muscles rétractés. Or, ces faits je les ai constatés plusieurs fois directement; j'ai vu, et les cas de cette nature ne sont pas assez rares pour qu'il ne soit facile à chacun de les vérifier; j'ai vu, dis-je, des déviations de l'épine survenir après des atteintes très locales de cette maladie. Mais le *post hoc* ne suffirait pas plus ici qu'un beaucoup d'autres circonstances pour légitimer le *propter hoc:* voici les preuves directes qui m'ont permis d'établir dans ces cas la subordination d'un des deux faits à l'autre.

Et d'abord lorsque l'on compare les déviations de l'épine de cette dernière catégorie à celles qui sont accompagnées de traces matérielles d'affections cérébro-spinales, on trouve une exacte ressemblance; je dirai plus, une identité complète de formes, surtout lorsqu'on les compare chez des sujets qui ont été placés consécutivement dans des conditions analogues, et lorsque l'on compare ensemble des déviations du même degré. Elles ont le même siége, la même direction, le même nombre de courbures, les mêmes reliefs et les mêmes dépressions; elles empruntent les mêmes élémens anatomiques; elles sont soumises aux mêmes lois de développement et de progression, sans autres caractères différentiels que ceux qui résultent des différentes manières d'agir de la cause; car, je le dirai par anticipation, l'affection nerveuse, bien qu'identique dans son essence, ne produit pas toujours la rétraction des mêmes muscles, ni de tous les muscles, ni au même degré dans tous les muscles; elle n'agit d'ailleurs pas d'une manière absolue quant à son mode d'action essentielle; mais à part les différences qui résultent de cette complexité d'action de la cause, différences qui entraînent d'ailleurs une somme égale et parallèle d'effets proportionnels; à part ces différences, dis-je, dont j'indiquerai plus tard les conditions et les caractères, les formes extérieures

---

tion d'un ordre spécial de ressources anatomiques. On s'était vainement adressé, d'abord, à l'autorité militaire locale, pour obtenir les corps des soldats qui meurent dans l'hospice Saint-Eloy : pressé par les sollicitations des professeurs, un membre de l'administration militaire fit, en 1832, cette réponse: « Les corps des défenseurs de l'état ne sont pas faits pour être livrés aux dissections. » Malgré cet étrange patriotisme, l'amphithéâtre de Montpellier ne chôme plus de sujets. Avec un maître aussi distingué et aussi actif que M. Dubreuil, il ne pouvait y avoir, en cette école, que ce genre d'obstacles à la prospérité des études anatomiques.

Le semestre d'été coule paisiblement dans celle de Paris; les cours sont suivis. Quelques professeurs ont conservé la respectable tradition des discours d'ouverture, patiemment rédigés à domicile et savoureusement débités aux auditeurs. Comment n'aurions-nous pas remarqué celui que M. Bouillaud a fulminé à l'oreille des siens! comment refuser une mention à l'homme qui se pose dans la science absolument comme certains littérateurs le font dans un autre monde, incompris, méconnus, condamnés à servir de fanal au siècle qui les insulte, résignés au martyre quotidien de leur gloire solitaire. Oui, le mot s'y trouve, dans ce discours où il y a bien autre chose encore; oui, mon cher confrère, apprenez que M. Bouillaud est martyr : — le bienheureux! c'est une auréole qui n'advient pas à toutes les tempes. M. Bouillaud se présente à son jeune auditoire avec sa formule à la main, comme ferait l'auteur d'une de ces découvertes mémorables qui changent la face d'une science, ou qui ouvrent une nouvelle et vaste carrière à l'industrie! Galilée, Newton, Jenner n'auraient pu parler de leurs travaux avec une plus fastueuse complaisance, si Jenner, Newton, Galilée, avaient su manier, thuriféraires de leur propre génie, l'orgueil de la métaphore, et la pompe des colères présomptueuses. Au reste, que l'univers se rassure : M. Bouillaud ne fermera pas, sur la tête de ses ennemis, sa main, pleine de vérités et de découvertes; il est décidé à poursuivre, à travers l'orage des détracteurs, sa marche victorieuse vers je ne sais quel but, et pour couronner dignement ce monologue d'une ambition délirante, il s'applique modestement l'humble strophe de Lefranc de Pompignan, que vous savez :

Le Nil a vu sur ses rivages, etc.

Et c'est ainsi qu'une intelligence active, persévérante, parfois éclairée de haut, s'exalte et se gonfle dans la contemplation amoureuse de ses gestes et mérites; c'est ainsi qu'un observateur qui a enrichi la science de quelques résultats importans vous ôte la volonté d'une sérieuse appréciation, par l'énormité de ses prétentions : ajoutons que ce discours d'ouverture complétera, avec la plupart des écrits du même auteur, la preuve de cette vérité qu'élocution et style sont deux choses distinctes, et qui ne se supposent point nécessairement. La diction de M. Bouillaud, a du charme, de la netteté, du mouvement : ce qu'il écrit semble tombé de la plume d'un rhétoricien, toute chargée de mots, et remplaçant, sur le tableau de sa pensée, les nuances et les teintes par des taches d'encre.

Trois bonnes nominations dans les hôpitaux : MM. Leuret, Lélut et Voisin; tous trois se rendront utiles dans les services spéciaux qui leur sont confiés, quoiqu'ils n'appuient point sur les mêmes doctrines les actes de leur thérapeutique. M. Voisin pourra considérer, sous ses faces les plus saisissantes et les plus tristes, l'homme-animal ou l'animal-homme; M. Leuret poursuivra, sur une

des déviations de l'épine produites par l'altération matérielle évidente des centres nerveux, et les formes de celles où cette altération ne se révèle que par la déviation elle-même, sont parfaitement semblables : que conclure déjà de cette identité de formes ou d'effets, sinon qu'elle implique l'identité de leurs causes ? Mais cette démonstration par induction peut être rendue bien plus complète par l'indication de caractères matériels, directs, inhérens au fait même qu'il s'agit de déterminer. Le fait de la rétraction musculaire, ses rapports avec les muscles qu'elle met en jeu, les rapports de ces derniers avec les parties qu'ils déplacent et déforment, fournissent des lumières aussi précises que certaines, et s'expriment par des caractères aussi fidèles qu'ils sont étroitement liés à la cause dont ils émanent.

Le premier caractère de la rétraction musculaire considérée dans sa forme la plus générale, c'est le raccourcissement du muscle rétracté, raccourcissement actif, qui diffère essentiellement du retrait passif ou consécutif en ce sens qu'il adapte violemment la portion et les rapports des portions du squelette où il siége, à sa direction, à sa longueur et à sa largeur, et par conséquent se montre sous les apparences de cordes ou de brides tendues entre les deux ou plusieurs points qu'il tient ainsi rapprochés. Le raccourcissement passif ou consécutif qui résulte, comme je l'ai démontré, du rapprochement des points d'insertion des muscles, n'est point accompagnée de tension; les portions déviées du squelette ne réagissent pas incessamment contre eux; en un mot, ils remplissent exactement l'espace, mais obéissent à l'espace au lieu de le limiter. Ce n'est pas tout. Le raccourcissement actif ayant pour effet de provoquer et déterminer, par suite des résistances du squelette, une tension considérable des muscles rétractés, ceux-ci acquièrent progressivement une texture dépendant de leur tension continue ; c'est-à-dire ils deviennent fibreux, tandis que les muscles passivement raccourcis perdent de leur consistance et tendent à passer à l'état graisseux. Ces différences de texture se manifestent sur le sujet vivant par des apparences qui lui sont propres. Le muscle primitivement rétracté et passé à l'état fibreux est dur, ramassé en faisceau, résistant sous la peau; on dirait parfois qu'il a acquis une consistance fibro-cartilagineuse, surtout quand on a soin de tenir les points d'insertions du muscle éloignés. Des caractères opposés accusent également la texture intime du muscle passivement rétracté; dans tous les cas son tissu est médiocrement résistant : il conserve sa forme et sa consistance primitives, ou plutôt il perd de cette consistance pour offrir plus de mollesse qu'à l'état normal; cette mollesse accuse la dégénérescence graisseuse dont il est déjà le siége. Voilà certainement des caractères matériels fort différens, et qui émanent directement de l'essentialité de leur cause respective. Ce n'est pas tout.

Les muscles ont un siége et une direction d'action déterminés à l'état physiologique. J'ai déjà montré pour le pied-bot et le torticolis que ce siége et cette direction d'action se trouvent parfaitement en rapport avec la déviation qu'ils effectuent. Ce nouvel accord entre les formes et leurs agens, je me borne à l'énoncer ici comme un fait général, parce que si je voulais entrer dans ses applications, je me trouverais transporté hors du cadre que je me suis tracé; je serais forcé de faire l'histoire particulière des variétés de ces déviations; puisque ces variétés sont le produit de la rétraction différemment distribuée dans les muscles du dos, et leurs formes la représentation et l'expression rigoureuse des différentes combinaisons d'action des muscles. Je me borne donc à énoncer le fait du rapport entre le siége et la direction d'action des puissances musculaires et les déplacemens de la colonne qu'elles déterminent. Ce fait du rapport constant du siége et de la direction des muscles rétractés avec les portions du squelette qu'ils déplacent, dont j'ai montré l'existence dans toutes les difformités articulaires de cette origine (dans le torticolis, le pied-bot, dans les autres difformités des mains, du poignet, du coude, etc.), est par sa généralité, une preuve analogique de plus de l'identité de nature des déviations de l'épine et des autres difformités où il se rencontre. Quand il me sera possible d'aborder l'histoire des mêmes rapports entre les variétés des déviations de l'épine de cette nature, et les muscles qui décident de ces variétés, cet ordre de caractères acquerra un degré d'importance et d'évidence bien plus marqué.

Enfin, les différentes manières dont les muscles de l'épine peuvent être rétractés par rapport à leur nombre, ou simplement par rapport aux parties dont chacun d'eux est composé, et les différens modes d'action par lesquels se traduit la rétraction à ses différens degrés, fournissent une dernière série de caractères immédiats, à l'aide desquels l'origine des déviations de la colonne qu'elle produit peut être mise en évidence.

Comme je l'ai montré pour le pied-bot et le torticolis, le raccourcissement actif des muscles peut, à l'épine être limité à un muscle ou à une portion seulement d'un même muscle, et les différens élémens de la rétraction, ainsi que je les ai antérieurement établis en faisant l'histoire analytique de ce fait, à savoir, le raccourcissement immédiat, la paralysie incomplète et la paralysie complète avec atrophie peuvent être différemment combinés dans les muscles ou quelques-unes de leurs parties. On peut mieux lire la nature du fait dans sa physionomie ainsi diversifiée par la distribution différente et différemment localisée de ses élémens.

Or, comme tous les états de la rétraction ont leurs caractères propres, il n'est pas difficile d'en constater la distribution particulière dans tel ou tel muscle ou dans telle ou telle portion de muscle. C'est ainsi que j'ai vu certaines portions du trapèze complètement rétractées, fibreuses, à côté d'autres portions paralysées, atrophiées, membraneuses, et à côté d'autres muscles sains; c'est ainsi que j'ai vu tous les muscles du dos entièrement rétractés déterminant un raccourcissement, un rabougrissement extrême du tronc; c'est ainsi au contraire que j'ai vu encore quelques cas dans lesquels le long dorsal seul était rétracté à côté du sacro-lombaire qui n'était que passivement raccourci; d'autres dans lesquels une portion minime seulement d'un de ces deux muscles, un simple faisceau du long dorsal, par exemple, contrastait par sa tension et sa dureté extrêmes avec la consistance normale des parties voisines. C'est là, je le répète, qu'on peut le mieux lire la réalité matérielle de la cause; car ses modes divers de distribution mettent en présence et en contraste les caractères opposés des modifications de texture et de forme que les différens modes de rétraction déterminent.

Je sais très bien, et je dois le dire immédiatement pour prévenir ou détruire des objections qui naissent toujours d'un défaut de notion des choses et de la manière de les constater, que cet ensemble de caractères auxquels j'ai attribué une physionomie si particulière, si frappante, ne se montre pas toujours en reliefs matériels et grossièrement palpables, tels qu'on puisse les lire à toutes les distances et avec tous les yeux. Il existe au contraire beaucoup de conditions qui en masquent les apparences. Jusqu'ici on n'avait constaté d'une manière bien évidente à l'extérieur, les caractères matériels de la rétraction musculaire, que dans les muscles

---

échelle étendue et variée, les essais du traitement moral qu'il s'efforce d'établir, et sur lequel il vient d'écrire un livre intéressant dont nous reparlerons.

Plusieurs vacances existent à l'Académie de médecine; les candidatures sont en mouvement; il y a beaucoup d'appelés, et il y aura plusieurs élus. Depuis quelques mois, la mort a visité souvent l'Académie; des vides se sont creusés dans les rangs de ses sections; la fortune du scrutin ne tardera pas à les combler, avec quels noms et quels mérites? Il est impossible de calculer avec précision le résultat des combinaisons de majorité. La promotion annuelle des correspondans est aussi sur le point de sortir de l'urne académique; nous désirons qu'elle ne soit point une banale fournee d'ambitions départementales et de médiocrités, dont l'importance grossit en raison directe de leur éloignement. Il ne faut point que la première compagnie médicale de France prodigue ses titres et ses distinctions honorifiques, à l'exemple de telle société de province, qui ne révèle son existence que par l'officieux envoi de ses diplômes. N'est-il pas étrange de voir avec quelle facilité les rapporteurs obtiennent, pour l'auteur d'un mémoire qu'ils ont analysé, les honneurs de l'admission à la candidature du correspondant ? Une observation d'amputation, le fait clinique le plus ordinaire, prolixement raconté par un médecin de loisir, peut aboutir à cette proposition, moyennant la dose requise de bénévolence dans les conclusions du rapporteur; celles-ci sont adoptées machinalement et deviennent la base d'une élection prochaine qui dotera la liste des correspondans d'une inutilité de plus. L'Académie ne devrait point se contenter, pour l'appréciation de candidats éloignés, de documens aussi douteux par leur origine, qu'insuffisans par le fond; si elle veut que ses choix lointains deviennent, pour ceux qui en sont l'objet, un surcroît de crédit social, et pour elle-même un instrument d'influence et d'extension scientifiques, elle doit recueillir, par diverses voies d'information, des données complètes sur les notabilités médicales de province; elle ignore les écrits qui sont émanés de leurs plumes; les travaux pratiques auxquels elles sont livrées; sans ce manque de lumières personnelles, l'un des praticiens éminens de l'Alsace, M. Aroussohn, n'aurait pas attendu jusqu'aujourdhui son inscription sur la liste des correspondans. L'ancienne Académie de chirurgie s'était associé la plupart des chirurgiens-majors de l'armée. Le recueil de ses mémoires atteste la justice de cette rémunération, car les noms de l'ancienne chirurgie militaire figurent au bas d'un grand nombre des écrits immortels qui y sont enregistrés. L'armée possède aujourd'hui des médecins qui ne le cèdent à leurs devanciers, ni par l'intensité de l'experience et du talent, ni par l'éclat du zèle et des services rendus; or, l'Académie est presque sans relations avec la médecine militaire; ne devrait-elle point avoir de correspondans en Afrique, enserrer dans le cercle de son activité les hôpitaux d'instruction, vastes champs où la science a beaucoup à récolter?

A propos de médecine militaire, il s'opère dans le corps qui la représente un véritable mouvement de reforme et de progrès dont il est permis d'espérer les plus heureuses conséquences. Le service médical de l'armée est soumis en ce moment au contrôle attentif d'une inspection dirigée avec autant de sagacité que de ferveur pour le bien-être des militaires malades. Les journaux de province signalent déjà les bons effets de la présence d'inspecteurs compétens au milieu de nos grandes garnisons, si fréquemment éprouvées par des affections d'une gravité singulière. Les bulletins de l'armée d'Afrique nous transmettent d'autre part les noms de quelques officiers de santé qui ont dignement acquitté la dette

sternu et cléido-mastoïdiens et dans le tendon d'Achille. J'ai indiqué déjà les moyens de saisir les mêmes caractères dans les autres muscles du col, de la jambe et du pied, lesquels peuvent aussi, en vertu de certaines circonstances, être obscurcis. Je ferai connaître dans la suite de ce travail quelles sont ces circonstances pour l'épine; elles sont assez nombreuses, assez importantes et assez nouvelles, pour que je me réserve de les indiquer dans un mémoire à part. Elles sont d'ailleurs inhérentes à des phénomènes dont la détermination importe à plusieurs autres points de la connaissance et du traitement des difformités.

Si je résume les développemens dans lesquels je suis entré, je dirai à l'égard des déviations de nature musculaire active qui n'offrent pas pour la détermination de leur cause essentielle la présence d'altérations matérielles directement constatées du système nerveux, que les uns sont accompagnées d'une collection de caractères généraux d'une même signification, répartis sur les divers points du corps, et au milieu desquels ils prennent place comme parties intégrantes d'un même tout; que les autres, quoique dépourvus de cet accompagnement général auxiliaire, portent encore avec elles une physionomie spéciale, un ensemble de caractères propres, fournis par la texture des muscles rétractés, par le siége et la direction d'action de ces muscles, par les différens modes de distribution et de combinaison de la rétraction, soit sous le rapport des muscles eux-mêmes et des parties dont ils sont composés, soit sous le rapport des différentes manières d'être et d'agir de la rétraction musculaire. Je me réserve, comme je l'ai dit plus haut, de faire l'application analytique de cette formule aux différentes variétés des déviations qui en sont l'expression, et de donner par cette application une nouvelle évidence à cette détermination.

TROISIÈME QUESTION.

QUELS SONT LES DIFFÉRENS MODES DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE, PAR RAPPORT AUX DÉVIATIONS DE L'ÉPINE, ET DANS QUELLE LIMITE DOIT ELLE ÊTRE CIRCONSCRITE COMME CAUSE OU ÉLÉMENT ACTIF DE CES DIFFORMITÉS?

Dans les deux premières parties de ce mémoire, j'ai cherché à démontrer la réalité de l'existence de certaines déviations de l'épine par la rétraction musculaire active, et j'ai exposé les caractères généraux propres à faire reconnaître les difformités de cette nature. Je vais maintenant prouver la plus grande fréquence relative de ces sortes de déviations par rapport à celles qui résultent primitivement d'autres causes et montrer que dans ces dernières mêmes la rétraction musculaire active concourt pour une part importante à leur réalisation.

J'ai cité précédemment, parmi les faits qui peuvent établir d'une manière incontestable l'existence de déviations causées par la rétraction musculaire active, les cas où la maladie nerveuse est accompagnée d'une altération matérielle du cerveau ou de la moelle; j'ai encore cité les cas où la maladie convulsive a été tellement évidente et profonde qu'elle a laissé dans la physionomie et dans l'ensemble de l'économie, des traces matérielles de son existence. Si la rétraction musculaire causant les déviations de l'épine n'était mise en jeu que dans ces circonstances graves, quoique assez fréquentes, elle n'absorberait pas à son profit, comme je l'ai dit, le plus grand nombre de ces difformités; mais il est loin d'en être ainsi, comme on va le voir.

Et d'abord matériellement parlant, j'ai établi que la rétraction musculaire active pouvait dépendre d'une altération du cerveau, de la moelle ou des nerfs mêmes qui se distribuent aux muscles rétractés. Jusque-là je me suis tenu dans la limite des faits où l'altération nerveuse est en quelque façon palpable. Mais pour que cette altération existe et qu'elle existe au degré suffisant pour produire la déviation de l'épine, il n'est pas nécessaire que le cerveau ou la moelle ou ses enveloppes soient totalement ou partiellement détruits, mais simplement qu'il existe une manière d'être anormale de ces sources de la motilité ou de quelque rameau nerveux seulement d'où naît le raccourcissement spasmodique des muscles. Or le champ de ce phénomène ainsi agrandi dépasse de beaucoup l'horison qu'on serait tenté de lui assigner.

En effet, ceux qui ont porté leur attention vers les affections nerveuses qui se traduisent par des convulsions, par des troubles passagers, mais réels de la motilité, savent combien le développement de l'organisme est traversé par ces affections. Il suffit de rappeler les principales circonstances où elles se présentent et celles qui en favorisent le développement pour saisir le rapport qu'on avait signalé de tout temps entre les déviations de l'épine et ces circonstances. Est-il nécessaire de rappeler la fréquence des convulsions de l'enfance, celles qui accompagnent presque toujours la dentition, qui compliquent presque toujours à cet âge les maladies éruptives, la variole, la rougeole, la scarlatine, et jusqu'aux moindres affections fébriles? Est-il besoin de faire remarquer que ces convulsions, leurs diverses nuances, se montrent avec d'autant plus de fréquence que les sujets sont plus jeunes, plus débiles, plus nerveux? plus fréquentes chez les enfans des villes que chez ceux de la campagne, chez les jeunes filles que chez les garçons? Or il n'est pas besoin d'insister pour montrer que l'enfance, le séjour des villes, la classe pauvre, la faiblesse de la constitution, la prédominance du système nerveux, le sexe féminin, sont autant de conditions favorables au développement des affections nerveuses spasmodiques. La liaison de ces faits, établie par leur simple rapprochement, l'est bien mieux lorsque l'on considère de plus près l'influence du spasme nerveux sur les muscles et l'influence des muscles atteints de ce spasme sur l'état présent du squelette et sur son développement ultérieur.

On sait en premier lieu qu'il n'est pas rare de voir à la suite de diverses maladies de l'enfance, même à la suite de celles où les convulsions ou le simple spasme momentané ont été si peu prononcés et si passagers qu'on ne les constate pas toujours, on sait, dis-je, que pendant et à la suite de ces maladies, il reste souvent quelqu'un des muscles du cou ou des membres plus ou moins contracturé; cet état se résolvant souvent avec les autres suites de la maladie, n'entraîne pas de difformités. Mais on ne voit que les muscles les plus apercevables comme ceux du cou ou des bras, et leurs effets sur la direction des parties du squelette qu'ils tiennent sous leur dépendance sont d'autant plus prononcés que ces parties sont plus visibles et le siége de mouvemens plus étendus. Mais les mêmes phénomènes de spasme ont lieu dans les muscles de l'épine, et si les caractères directs des déviations qui ont cette origine ne l'établissaient pas d'une manière certaine, on pourrait encore l'induire du grand nombre de nerfs qui se distribuent aux muscles de cette région, et qui reçoivent immédiatement par leurs rapports si intimes avec la moelle épinière, les moindres retentissemens des affections de cette dernière. L'existence de ces faits ne repose pas d'ailleurs sur ces inductions seulement: il arrive assez souvent qu'on peut prendre directement la nature sur le fait, des

---

de leur périlleux ministère dans les circonstances où la science seule est insuffisante, où les qualités héroïques du soldat doivent s'associer aux sentimens d'une charité profonde: noble rôle que celui de ces confrères qui se sont portés au secours de nos combattans sur les points les plus exposés au risque de rester prisonniers entre les mains des Arabes ou de tomber foudroyés à côté de leurs chers blessés! MM. Antonini, Guyon, Pasquier fils et d'autres ont maintenu dans la dernière expédition la belle réputation que se sont acquise les chirurgiens de l'armée d'Afrique: leur dévouement est signalé dans le rapport officiel; à nous de l'inscrire sur les états de service de la profession médicale tout entière.

Un concours vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce pour le grade d'aide-major; 41 sous-aides, munis du diplôme de docteur, se sont présentés; 27 ont été reçus; 14 ont été rejetés. Voilà donc 14 docteurs en médecine, gradués dans les Facultés de Paris, de Montpellier ou de Strasbourg, et que le jury du Val-de-Grâce n'a point reconnus aptes à remplir dans les régimens les fonctions secondaires d'aide-major; quel plus vigoureux argument contre le mode actuel de réception au doctorat! Quoi donc! ces jeunes docteurs auxquels un jury de médecins militaires refuse de confier le soin des maladies légères qui seules peuvent être traitées dans les corps de troupes, s'ils renoncent au titre d'officier de santé militaire, sont aptes à exercer leur art où bon leur semblera dans les limites qu'ils jugeront appropriées à leur mérite, et l'on sait que par l'élasticité de l'amour-propre, ces limites s'étendent fort au loin. Anomalie choquante! ou les facultés devront se préoccuper un peu plus de la qualité que du nombre des réceptions; ou bien défense devrait être faite au Val-de-Grâce d'infirmer la valeur absolue du diplôme et de refuser le modeste grade d'aide-major au grade académique le plus élevé de la hiérarchie civile.

Rien n'égale la prospérité du service des distributions d'imprimés à domicile; je vous engage à faire comme moi collection de ces productions gratuites; la variété n'en est point le seul mérite. Le sirop de thridace me revient périodiquement; les fils mécaniques, les appareils à vapeur, les clysopompes, les bains de Barèges inodores, et vingt autres merveilles de même odeur, donnent lieu à une prodigieuse consommation d'imprimés et d'adresses. Le vermifuge héréditaire qu'un tendre père a légué à son fils et successeur en cuisine *arabesque*, comme eût dit Guy-Patin, a fait sortir de l'officine littéraire de ce pharmacien, non des vers, mais une annonce semi-solennelle qui tient à la fois de la réclame et de l'épitaphe. L'art de plaire a été inventé par Gentil-Bernard, et celui de guérir le cancer par....; voir les colonnes payées de nos confrères politiques. Les médecins des eaux thermales ont chauffé à l'envi le puff de la publicité insidieuse; celui qui a obtenu tous nos suffrages et dont nous envions l'excogitation à son auteur, le voici: « On a répandu le bruit que la source thermale de B...., dont les propriétés sont si efficaces contre... (suit l'énumération des maladies) a tari; il n'en est rien heureusement pour le genre humain, etc. » — Bien trouvé. — Au reste, le docteur X... continue de recevoir à la même heure, même maison, même rue.

Y.

déviations de l'épine se forment presque d'emblée comme les torticolis, comme les flexions permanentes du coude, du genou, et comme les pieds-bots, et si on ne les voit pas se développer aussi vite, c'est que les résistances de l'épine sont plus grandes, et les muscles rétractés maintenus dans des gaines qui les empêchent de se montrer en relief sous la peau. Elles se développent plus tard, plus lentement, mais toujours sous la dépendance de l'affection spasmodique du muscle. J'ai montré en effet, dans mon mémoire sur l'étiologie générale du pied-bot, que les muscles atteints de rétraction spasmodique sont frappés d'une espèce de paralysie qui les empêche de suivre plus tard le développement du squelette. Ils restent proportionnellement plus courts, et de cette brièveté relative et progressive, résulte nécessairement le déversement, le bridement de la portion du squelette (et de l'épine pour le cas dont il s'agit), point de départ et siége de la difformité.

Voilà donc une série de cas qui étendent légitimement le domaine de la rétraction musculaire. Ces cas peuvent être considérés comme des émanations de maladies internes, dans lesquelles le cerveau et la moelle épinière sont indirectement compromis. Mais il se présente une autre série, celle qui résulte des causes extérieures, causes qui s'adressent directement aux muscles, ou plutôt aux élémens nerveux qui les animent. Les faits renfermés dans cette catégorie ne sont pas moins réels que les précédens.

On sait depuis longtemps que des blessures, des plaies, des abcès du mollet donnent lieu à un raccourcissement des muscles qui le composent, et ce raccourcissement à l'extension permanente du pied sur la jambe, c'est-à-dire au pied-bot équin. Ce fait, vulgaire pour le pied-bot, n'avait pas encore été considéré dans ses rapports avec la déviation de l'épine. Cependant les cas de contracture par suite de chûtes, de coups, de blessures des muscles du dos se montraient assez souvent aux yeux des personnes qui s'occupent de ces maladies : leurs préoccupations étaient telles, et leur esprit était si éloigné du rapport qui existe entre les circonstances dont je viens de parler et la difformité qui en résulte, qu'elles regardaient l'énoncé de ces circonstances comme des fictions imaginées par les malades pour se rendre compte de leur difformité. Elles ne savaient pas, en effet, la liaison qu'il pouvait y avoir entre une chûte, un coup donné sur les muscles du dos, et une déviation de la colonne. Non seulement cet ordre de faits existe bien réellement; non seulement les muscles contus sont frappés de rétraction; mais les formes anatomiques des déviations auxquelles ces accidens donnent naissance sont empreintes de caractères que j'ai indiqués dans la précédente partie de ce mémoire. Je n'ajouterai pas qu'une foule de maladies accidentelles, comme le rhumatisme, la courbature, les maladies éruptives, peuvent elles-mêmes se résoudre dans la contracture de certains muscles. Il me suffit d'indiquer rapidement ces causes, pour montrer la liaison qui existe entre elles et les difformités qui peuvent en être la suite, car, bien que la lésion nerveuse ne se traduise, dans ces cas, que par la lésion du muscle lui-même; il est impossible, avec nos connaissances physiologiques actuelles, de récuser la justesse de l'induction, qui fait remonter de la rétraction du muscle à la lésion du nerf qui le dessert. Les muscles n'ont de motilité que par les nerfs; toutes les manifestations de cette propriété leur viennent des nerfs; les maladies nerveuses les mieux constatées modifient directement la motilité, depuis la contracture jusqu'à la paralysie complète : on peut donc, dans les cas où la rétraction spasmodique existe seule, et bornée à un seul muscle, conclure à une affection des rameaux ou filets nerveux qui s'y distribuent, c'est-à-dire, conclure de l'effet à la cause, quand la cause a été si bien vue produire cet effet.

Tel est le domaine général de la rétraction musculaire active comme cause des déviations latérales de l'épine. Après avoir énuméré les circonstances où cette cause est l'agent exclusif, ou au moins le seul et actif intermédiaire de causes plus éloignées, pour produire la déviation de l'épine, il me reste à démontrer que la rétraction musculaire active envahit encore, dans certains cas, le domaine des autres causes accidentelles de ces déviations, c'est-à-dire qu'elle entre pour quelque chose dans la production d'une partie de ces difformités. Cette circonstance, qui étend et généralise presque le domaine de la rétraction musculaire, comme base de l'étiologie de toutes les déviations latérales de l'épine, pourrait me jeter dans la confusion et l'exagération : je me hâte, pour prévenir cet inconvénient, et donner à cette cause, dernière partie de mon travail, le caractère de la démonstration, que je crois avoir donné aux précédentes, de la subordonner à une question de principe, aussi nettement posée que rigoureusement résolue.

QUATRIÈME QUESTION.

EXISTE-T-IL DES MOYENS CERTAINS DE DISTINGUER LES DÉVIATIONS QUI SONT LE PRODUIT DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE, DE CELLES QUI SONT DUES A D'AUTRES CAUSES?

En annonçant que le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active, j'ai implicitement reconnu que d'autres causes, mais moins fréquentes, peuvent donner lieu à des difformités du même nom. Il y a donc, à mes yeux, des déviations de l'épine autres que celles qui sont causées par la rétraction primitive des muscles du dos. Je tiens à faire cette déclaration explicite pour n'être point accusé de me mettre en opposition avec les faits, et en contradiction avec ce que j'ai écrit précédemment. J'ai, en effet, établi, et le rapport de l'Académie sur mes premiers travaux en fait foi, qu'il existe des déviations de l'épine *musculaires passives, des déviations musculaires actives* et des *déviations osseuses*. C'est là un fait officiellement authentique. La fréquence relative de ces déviations, par rapport à celles qui m'occupent spécialement aujourd'hui, est inutile à établir pour le moment. Elle l'est implicitement par l'indication que j'ai déjà donnée des conditions dans lesquelles la rétraction musculaire progressive s'exerce. Les rapports numériques entre ces diverses déviations pourront être donnés plus tard, mais sans aucun bénéfice pour éclairer leur origine et leur nature, seul but et seule utilité qu'on doive en général rechercher dans la statistique des faits médicaux, car elle est parfaitement inutile quand l'origine et la nature différentielles des faits sont réellement connues. Mais pour qu'on soit fondé à déclarer cette connaissance rigoureusement établie à l'égard des déviations de l'épine, il faut non seulement avoir constaté la réalité des causes différentielles de ces difformités, mais les moyens de reconnaître chacune d'elles en particulier quand elles se présentent, et, par conséquent, de ne pas les confondre, car cette condition, importante pour la détermination et la notion scientifique, ne l'est pas moins pour l'application thérapeutique.

Et d'abord, j'ai établi dès longtemps une loi relative au rapport intime qui existe entre les causes essentielles des difformités du système osseux et les caractères à l'aide desquels elles se traduisent. Cette loi, dont la généralité est loin de se circonscrire dans l'ordre de faits qui nous occupe, établit que « les causes essentielles des difformités du système osseux possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut, en général, par la difformité diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. » Si cette loi est rigoureusement exacte, elle doit, pour s'appliquer aux difformités de l'épine, résoudre par l'affirmative la dernière question que j'ai soulevée.

Toutes les déviations latérales de l'épine offrent des phénomènes communs et des phénomènes propres. Ce fait est une première conséquence de la loi qui précède. Lorsqu'une cause quelconque tend à faire dévier la colonne de la verticale, dans la condition de la station debout, au même moment a lieu un mouvement instinctif des agens musculaires du tronc, pour maintenir ou rétablir l'équilibre, un instant troublé. Le mode d'action de la cause primitive de la déviation décide et détermine les caractères propres, et les efforts pour rétablir l'équilibre, efforts nécessaires dans toutes les déviations, puisqu'ils tiennent à la verticalité de l'épine, décident et déterminent les caractères communs. Dans toute déviation il y a donc des caractères propres, dépendant d'une cause spéciale, et des caractères communs produits par des conditions dynamiques communes, c'est-à-dire par les conséquences de la verticalité de la colonne. Ce principe était utile à établir, car il fait apercevoir au-delà des analogies superficielles, des caractères spécifiques différentiels certains, et il établit la combinaison des caractères des deux ordres, dont il importe de connaître l'existence et le siége, pour ne pas s'exposer à les confondre et conclure de l'existence de certaines ressemblances apparentes, à l'absence de différences et d'oppositions réelles. Or, comment se traduisent les phénomènes caractéristiques de chaque espèce de déviation et les phénomènes communs à tous?

J'ai dit que toute cause de déviation latérale de l'épine se résout nécessairement en une action mécanique, qui a pour effet de placer cette tige, en tout ou en partie, en dehors de la verticale. J'ai développé ailleurs ce fait, qui est l'intermédiaire absolu, nécessaire, de toutes les causes de déviations latérales de la colonne. La faiblesse musculaire générale, le défaut d'antagonisme parfait entre les muscles homologues du dos, la paralysie de quelques-uns d'entre eux, l'inclinaison anormale du plan de sustentation de la colonne, l'inégalité primitive des deux moitiés du squelette, le rachitisme ou les scrofules, toutes causes parfaitement établies et généralement reconnues, n'ont pas d'autre manière de produire des déviations de cette tige. Eh bien! chacune de ces causes a, comme la rétraction musculaire primitive, son extériorité propre; chacune s'entoure, comme cette dernière, d'une collection d'effets, qui débordent presque toujours le fait et le théâtre de la déviation, mais qui éclairent son origine, chacun met dans la physionomie de la difformité un ensemble de caractères, résultant du rapport intime de toute cause avec les parties qu'elle modifie. C'est ainsi que la

faiblesse musculaire et ligamenteuse, qui donne lieu, sous l'action verticale de la pesanteur, à une espèce de déviation de l'épine, se manifeste dans tous les muscles et dans tous les ligamens, dans toutes les articulations du squelette, en même temps que la forme spéciale de la difformité accuse d'une manière rigoureuse le défaut de résistance de la colonne et des muscles destinés à la maintenir contre l'action verticale incessante du poids des parties supérieures. C'est ainsi que, dans une variété de déviations de la même espèce, celle produite par une élongation trop rapide et disproportionnée de la colonne, le défaut de rapport entre la longueur totale du corps et de la colonne entre la hauteur de la taille et l'âge du sujet, joint au siége spécial de ces déviations, à leur forme déterminée, à l'étendue et à la direction de leurs courbures, au rapport de la torsion avec ces dernières, ne laisse aucun doute sur leur origine; c'est encore ainsi que les déviations rachitiques et scrofuleuses, expressions localisées de causes qui occupent toute l'économie, éclairent leur origine au reflet des autres effets de ces mêmes causes, tandis que la manière dont ces causes réalisent la déviation accuse de son côté l'essentialité de leur nature. Il serait trop long de cataloguer ici tous les caractères spécifiques de chaque cause : qu'il me suffise de dire que je les ai formulés ailleurs avec toute la précision nécessaire, et avec tous les développemens dont ils sont susceptibles, et on pourra s'en rapporter provisoirement à cette déclaration, par l'application que j'ai faite de cette doctrine à la détermination des déviations par rétraction musculaire active. Or, toutes les déviations essentielles sont, comme ces dernières, reconnaissables à cet ensemble de caractères généraux et locaux, reconnaissables à l'absence des caractères appartenant à d'autres espèces, abstraction faite des caractères communs à toutes. Or, quels sont ceux qui sont communs à toutes les espèces de déviations? Précisément ceux qui émanent d'un certain degré d'intervention de la rétraction musculaire active, qui, comme je l'ai dit plus haut, se mêle à toutes les déviations, concourt à leur développement pour une part très difficile à déterminer.

J'ai dit plus haut que toutes les causes essentielles des déviations de l'épine marquaient, chacune à leur manière, le point de départ des difformités auxquelles elles donnent naissance; que ce point de départ consistait en une certaine manière de déplacer la colonne de la verticale. Ce premier élan donné à la déviation, presque aussitôt les muscles de l'épine interviennent pour retenir ou ramener cette tige dans la ligne de gravité, et il s'établit une lutte entre ces deux puissances, la cause de l'inclinaison pathologique d'une part, et les muscles destinés à maintenir l'équilibre de l'autre, lutte à la suite de laquelle se produisent les courbures alternes, dont est toujours composée toute déviation de l'épine. Or, qu'est-ce que cette action des muscles du tronc produisant des courbures de balancement, sinon un mode particulier de la rétraction musculaire active, qui a pour résultat de déterminer un certain degré de raccourcissement dans les muscles employés à la production de ces mêmes courbures, proportionné à l'effort qu'ils doivent faire pour maintenir la colonne dans la ligne de gravité? Ce mode de rétraction, dont la forme, l'influence et les effets sont les mêmes que ceux de la rétraction primitive, essentielle, diffère néanmoins quant à son motif et son origine; c'est pour cela que, si je l'ai placé à la suite de l'histoire de la rétraction musculaire spasmodique, comme offrant, dans des limites plus restreintes, certaines indications au traitement chirurgical des déviations de l'épine, je veux aussi lui conserver sa signification différentielle par une appellation propre : je nomme ce mode de rétraction *la rétraction active secondaire*, et ainsi je la différencie de la rétraction primitive et de la rétraction purement passive qui adopte la forme et les dimensions des muscles au trajet qu'ils parcourent et à l'espace qu'ils occupent. On peut donc dire, pour résumer cette dernière partie de mon mémoire, que la rétraction musculaire active secondaire est l'agent des courbures de balancement dans les déviations dépendantes de causes autres que la rétraction musculaire spasmodique, et que les caractères propres à ces courbures, qui se retrouvent dans toutes les déviations, constituent les caractères que j'ai appelés communs.

Telle est l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine dans ses rapports avec la rétraction musculaire active. Dans un prochain mémoire, je mettrai cette étiologie générale en regard des variétés anatomiques des déviations qu'elle produit, et montrerai que chacune de ces dernières est l'expression de la rétraction musculaire active, différemment distribuée dans les muscles de la colonne et du dos.

CLINIQUE MÉDICALE.

LEÇONS DE M. GENDRIN SUR LES MALADIES DU COEUR; recueillies et publiées sous sa direction par F. A. ARAN, interne des hôpitaux de Paris, membre de la société anatomique.

PREMIÈRE PARTIE.

Après les nombreux travaux que la pathologie du cœur et des gros vaisseaux a fait naître, on doit certainement s'étonner de l'imperfection de nos connaissances au sujet de ces maladies. Cette carrière, si brillamment ouverte par Lancisi, Sénac et Morgagni, si heureusement franchie par Corvisart, si fortement élargie par Laennec, n'a pas manqué depuis d'athlètes pour la parcourir. D'où viennent cependant ces jugemens contradictoires, ces conclusions diverses, ces efforts inutiles? D'où vient enfin que l'on peut aujourd'hui s'écrier encore pour les maladies du cœur, comme Baglivi le faisait pour les maladies des poumons : « *O quantum difficile morbos cordis cognoscere!* » C'est que jusqu'ici on s'est beaucoup plus attaché à étudier des phénomènes pathologiques en particulier qu'à en saisir l'ensemble; c'est qu'on a négligé d'apprécier et de déterminer exactement tous les phénomènes sensibles qui se succèdent pour l'accomplissement des fonctions du cœur et des gros vaisseaux; c'est enfin qu'on n'a jamais jusqu'ici procédé avec méthode à l'examen de ces organes et des phénomènes pathologiques qui s'y produisent, nous le disons à regret; mais c'est vainement que l'on chercherait dans un traité ancien ou moderne quelques lignes qui pussent guider l'observateur. Ce qui manque, c'est ce *fil d'Ariadne* qui empêche le médecin de s'égarer et le mène graduellement et sûrement à la connaissance de la vérité.

Le plan de ces leçons est donc tracé. Fournir à l'observateur un guide dans l'exploration du cœur et des gros vaisseaux; étudier la succession régulière des phénomènes qui se rattachent à l'action de ces organes; enfin aborder l'étude des symptômes qui résultent des modifications qu'ils subissent dans l'état morbide: tel est notre but.

Les moyens d'exploration des maladies du cœur consistent principalement dans l'auscultation et la percussion. Avant d'arriver à l'étude de ces deux moyens d'investigation, il ne sera peut-être pas inutile de parler des instrumens qu'on fait servir à cet usage.

Le meilleur instrument pour ausculter les bruits du cœur est, sans contredit, l'oreille, quand on peut l'employer; si on est obligé d'avoir recours à un instrument, un stéthoscope à large ouverture, évasé d'un côté, sans embout, sans renflement, à parois épaisses, mais disposé de manière à ce que les fibres ligneuses arrivent au niveau de la plaque auriculaire, remplira le but. Nous croyons inutile de discuter les lois physiques qui nous paraissent devoir présider à l'exécution de ces instrumens.

Le meilleur mode de percussion est celui qui consiste à interposer un doigt entre la main qui frappe et les parois de la poitrine; on agit alors avec un organe sentant qui permet de graduer la pression et s'accommode facilement aux éminences et aux enfoncemens de la paroi thoracique.

Le mode d'exploration des phénomènes physiologiques et pathologiques de ces organes est d'une grande importance pour en apprécier la valeur: extrêmement simple, il repose sur des données anatomiques que nous ferons connaître bientôt avec soin.

Nous considérons d'abord l'étendue de la matité précordiale, et nous limitons le bord antérieur du poumon gauche par la percussion; nous recherchons ensuite le point où se trouve la pointe du cœur qui, à l'état physiologique, le malade étant couché, occupe le quatrième espace intercostal, et dans quelques cas le cinquième, et se trouve à 68 millimètres de l'axe du sternum. C'est le lieu où se perçoit l'impulsion de la pointe du cœur qui nous sert de point de départ, de pivot pour les recherches d'auscultation.

Après avoir exploré l'impulsion, nous recherchons les bruits qui se perçoivent au lieu correspondant à la pointe du cœur; puis, nous écartant en dehors, nous recherchons quels sont les bruits anormaux que l'on y saisit et quels changemens présentent, en s'écartant en dehors, les bruits perçus sur la pointe du cœur. Revenant ensuite vers le sternum, nous cherchons comment ces bruits se comportent entre la pointe du cœur et le bord gauche du sternum; ensuite sous cet os et enfin au-dessous et au-delà de son bord droit.

Revenant à la pointe, nous suivons la ligne oblique ascendante de l'axe du cœur; en remontant, nous arrivons ainsi jusqu'à la racine, en étudiant les phénomènes qui se font percevoir le long de la hauteur du cœur et les modifications qu'ils subissent dans ce trajet.

A la base du cœur, nous sommes au niveau de l'insertion des valvules

de l'artère pulmonaire, de celles de l'artère aorte et de l'oreillette gauche. Partant de ce point, nous suivons ces phénomènes sur le trajet de l'aorte, puis du tronc brachio-céphalique et de ses divisions; revenant à la base, nous les suivons sur le trajet des sous-clavières; partant de nouveau de la base, nous remontons sur les carotides et leurs divisions; quelquefois même nous suivons la carotide interne jusque dans l'intérieur du crâne, en appliquant le stéthoscope sur l'orbite.

Nous suivons ensuite l'aorte dans tout son trajet de haut en bas, ses branches inférieures, et dans quelques cas les crurales.

Nous constatons encore l'état des veines jugulaires internes et externes, leur plénitude, leur vacuité, leur récurrence.

Nous recherchons ensuite vers la partie postérieure du thorax et sur la partie latérale gauche du corps des quatrième et cinquième vertèbres dorsales si on entend ou on n'entent pas les bruits du cœur et quelles modifications ils ont subies. Cet examen est quelquefois nécessaire parce qu'il fournit des signes importans.

Inutile de dire que pour examiner les bruits du cœur et des gros vaisseaux, il est bon et souvent même indispensable de faire suspendre la respiration du malade pendant quelques instans.

Nous arrivons à une recommandation plus importante: c'est qu'il ne faut jamais examiner le malade debout et pendant les palpitations. Ces deux conditions impriment à la circulation une activité plus considérable et modifient la nature et l'intensité des phénomènes pathologiques.

Les phénomènes successifs des actes circulatoires à l'état normal constituent une introduction nécessaire à l'étude des symptômes résultant des modifications morbides de la circulation; ce n'est que par l'intermédiaire des organes protecteurs du cœur que ces phénomènes sont perçus par le médecin; aussi croyons-nous devoir faire précéder la séméiologie générale de l'étude des rapports exacts de cet organe et des gros vaisseaux avec les parties environnantes. Il nous sera dès lors plus facile d'apprécier les phénomènes physiologiques du cœur, ainsi que les modifications de forme de volume, des fonctions qu'il peut subir; c'est par l'ensemble de ces signes que l'on arrive au diagnostic.

Le cœur est logé à la partie moyenne de la cavité thoracique, entre les plèvres, dans le médiastin antérieur. Il repose sur le diaphragme et est solidement fixé dans sa position par les vaisseaux qui partent de sa base et par le péricarde; ce sac fibro séreux est tellement disposé que le cœur libre dans sa cavité est séparé du feuillet fibreux par les deux feuillets de la séreuse et la sérosité qui en lubréfie normalement les parois.

La forme du cœur est un cône aplati de haut en bas; sa direction est oblique de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant; il est divisé par un sillon vertical en deux moitiés, l'une droite antérieure et inférieure, l'autre gauche postérieure et supérieure. Le ventricule antérieur ou droit à la forme d'une pyramide triangulaire; le ventricule postérieur ou gauche, un peu plus arrondi, est conique, allongé. L'oreillette droite est ovoïde; la gauche a une forme cubique.

Les artères aorte et pulmonaire sortent toutes deux de la base du cœur: l'aorte de la partie droite du ventricule gauche; l'artère pulmonaire de la partie gauche du ventricule droit.

Les rapports du cœur avec les organes environnans et surtout avec la paroi antérieure de la poitrine sont de la plus haute importance; c'est là le point de départ pour reconnaître les modifications qu'il subit. Il fallait un point fixe pour établir les rapports de l'organe malade avec les organes environnans; ce point constant était aussi nécessaire pour déterminer les rapports des parties du cœur entre elles et pour fixer d'une manière précise les parties du cœur qui ont subi des changemens de structure ou de volume.

Ce point fixe, constant chez tous les sujets et toujours *invariable*, c'est le centre de l'artère pulmonaire. Ce centre se trouve sur le trajet d'une ligne perpendiculaire à l'axe du corps qui traverserait cette artère au-dessus de ses valvules à égale distance de sa bifurcation; cette ligne est décrite par une aiguille introduite au milieu de l'intervalle des articulations synchondro-sternales des deuxième et troisième côtes; cette aiguille ainsi introduite traverse le centre du cylindre de l'artère pulmonaire et rencontre derrière elle l'artère aorte; mais elle ne traverse pas cette dernière dans le milieu de son cylindre; l'aorte dépasse d'un tiers de son diamètre l'axe du sternum; l'aiguille traverse l'aorte à la jonction des deux tiers droits avec le tiers gauche de l'axe aortique. Ce point central et invariable, c'est ce que nous appelons l'*axe des mouvemens du cœur*.

Si l'on tire d'un côté à l'autre une ligne horizontale, suivant le bord inférieure des deux troisièmes côtes, elle passera sur le bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. C'est là le point d'origine de ces deux artères chez un homme en supination; c'est là qu'on trouvera à leur maximum les signes indiquant une lésion à l'origine de ces artères. Plus haut, ils correspondraient à une lésion de ces artères, et plus bas à une lésion du cœur.

L'aorte, à partir de son origine, s'inclinant d'abord légèrement à droite, et sur la ligne médiane se dégage bientôt de derrière à l'artère pulmonaire, pour venir se placer immédiatement au-dessous du sternum. Une ligne transversale tirée entre l'extrémité des deuxièmes côtes droite et gauche, correspond au point où elle se trouve en contact avec le sternum: aussi est-ce en ce point que s'observent les perforations du sternum dans les cas d'anévrisme de l'aorte.

L'artère pulmonaire, s'inclinant fortement à gauche, atteint le deuxième espace intercostal, et vient se placer derrière les articulations synchondro-sternales de la deuxième et de la troisième côte gauches.

Une ligne verticale passant sur la série des articulations synchondro-sternales gauches représente le bord antérieur d'un plan vertical qui coupe le cœur en deux parties inégales, laissant un tiers du cœur à droite et deux tiers à gauche. La portion du cœur, située à droite, comprend la base du ventricule droit, et l'oreillette du même côté; la partie située à gauche, l'extrémité inférieure du ventricule droit, tout le ventricule gauche, et l'oreillette du même côté.

La pointe du cœur, extrémité mobile, se perçoit pendant la vie, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie: normalement elle correspond, chez l'homme en supination, à l'intervalle des cartilages des quatrièmes et cinquième côtes du côté gauche, et même quelquefois des cinquième et sixième. C'est là l'extrême limite inférieure de la position de la pointe du cœur. En général, elle est située un peu plus haut chez la femme que chez l'homme. La détermination de la position de la pointe du cœur n'est pas une chose indifférente; on conçoit que la base du cœur étant invariable, tout changement dans la position de la pointe indiquera une modification dans l'axe du cœur. Dans l'état physiologique elle se trouve à 68 millimètres de l'appendice xiphoïde du sternum.

L'oreillette droite, située à la base du cœur, occupe la partie droite et antérieure de cette base. La base antérieure, ou poumon droit, la recouvre en partie; mais son appendice et une partie de son corps correspondent immédiatement au sternum, vis-à-vis l'extrémité de la troisième côte gauche. Une aiguille introduite en ce point traverse le centre de cet appendice.

L'oreillette gauche, située à la partie postérieure et gauche de la base du cœur, correspond aux articulations synchondro-sternales des deuxième et troisième côtes: elle est recouverte, ainsi que son appendice, par le bord antérieur du poumon gauche; cet appendice remonte d'arrière en avant, jusqu'au sillon antérieur des ventricules, sur l'extrémité gauche de l'oreillette droite. Il suit de là que dès que le poumon droit est refoulé un peu en dehors, la totalité de l'oreillette droite devient immédiatement sous-sternale; le poumon gauche, refoulé en dehors, ne laisse à découvert que l'appendice de l'oreillette gauche seul, et devenu sous-sternal.

Le péricarde s'élève sur les gros vaisseaux qui naissent du cœur; cette insertion se fait au niveau de la crosse de l'aorte, derrière l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte: circonstance importante à noter, car l'observation démontre que le repli supérieur s'étend quelque fois jusque sous les clavicules. Ce sac fibreux est solidement fixé en bas sur le centre phrénique, et s'étend à gauche à 54 millimètres du sternum; en arrière il ressort sur un plan incliné de droite à gauche et d'arrière en avant, formé en partie par les corps des sixième et septième vertèbres dorsales.

Nous avons déjà dit qu'une ligne horizontale, suivant la direction du bord inférieur des deux troisièmes côtes, correspond au bord libre des valvules sygmoïdes. Cette ligne indique aussi le niveau des orifices auriculo-ventriculaires. Une autre ligne horizontale, tirée sur le bord supérieur de la quatrième côte, à 6 ou 7 millimètres au-dessous de la première, correspond au bord inférieur des orifices auriculo-ventriculaires.

Le cœur est situé entre les poumons, qui, à la base, le recouvrent presque entièrement de leur bord antérieur; ils descendent sur lui jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte à gauche, et troisième côte à droite. Le poumon droit se retire ensuite un peu à droite, et le poumon gauche décrit une ligne oblique assez prononcée de la base à la pointe, de manière à ce que, en s'écartant, ils laissent, sous le sternum, un espace triangulaire à base inférieure, formé par l'extrémité inférieure du ventricule droit, un peu de la pointe du ventricule gauche et le bord antérieur de la cloison interventriculaire.

N'oublions pas quelques rapports des gros vaisseaux qui, pour être secondaires, n'en sont pas moins importans.

L'artère pulmonaire, au moment où elle se bifurque, correspond au bord gauche du sternum, et à l'intervalle de la deuxième et troisième côte gauches, de telle sorte qu'une aiguille, pénétrant en ce point, traverserait l'éperon de l'artère, là où se trouve le canal artériel.

La branche gauche de l'artère pulmonaire est en rapport avec le cartilage de la deuxième côte gauche, à 27 millimètres à peu près du sternum.

La branche droite correspond à l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte gauche.

L'artère innominée est située derrière l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte droite : c'est aussi dans ce lieu que les anévrismes de cette artère font quelquefois saillie à un degré avancé de développement.

N'oublions pas non plus un rapport fort important de l'aorte à son origine. Dans sa portion intra-péricardiaque, elle répond à l'oreillette droite : ce qui explique l'ouverture des anévrismes aortiques dans sa cavité.

Les phénomènes, par lesquels l'action physiologique du cœur se décèle, sont importans à étudier, et leur étude est d'autant plus facile qu'ils tombent sous les sens.

Le cœur est normalement le siége de deux mouvemens principaux, qui alternent dans leur succession, l'un de contraction, ou de *systole*, l'autre de dilatation, ou de *diastole*, l'un coïncidant avec la projection du sang des ventricules dans les artères, l'autre coïncidant avec la réplétion des ventricules par le sang des oreillettes.

Ces deux mouvemens se traduisent par deux bruits qui se succèdent et sont séparés par deux intervalles (*silence* ou *temps de repos*). Le premier bruit correspondant à la systole ventriculaire, porte le nom de *bruit systolique*; le deuxième bruit, correspondant à leur diastole, de *bruit diastolique*. Ces deux dénominations, bonnes en elles-mêmes, nous paraissent insuffisantes pour préciser le moment de production de certains phénomènes morbides. Aussi, tout en les conservant, croyons-nous devoir diviser chacun de ces mouvemens en trois temps secondaires. Ainsi, pour la systole, nous admettons un premier temps précédant immédiatement la systole (*présystole*), un deuxième temps constituant la *systole* proprement dite; un troisième temps accompagnant la systole et remplissant le nouvel intervalle qui la sépare de la diastole (*périsystole*). De même, pour le mouvement diastolique, trois temps, la *prédiastole*, la *diastole* et la *péridiastole*.

Nous laissons à quelques aristarques le soin de discuter la valeur et l'utilité de ces divisions et dénominations nouvelles. Pour nous, la nécessité en est démontrée, et à mesure qu'on avancera dans l'étude des maladies du cœur on reconnaîtra avec quelle facilité les divisions fournissent une place et une explication aux divers phénomènes qui s'y accomplissent.

L'impulsion est un phénomène qui se produit normalement à la partie latérale gauche du thorax. Il est aujourd'hui bien reconnu qu'elle coïncide avec la systole; mais il a fallu arriver jusqu'à Stokes et Corrigan, pour savoir que cette impulsion pouvait se produire aussi pendant la diastole, et qu'alors elle était en rapport avec une dilatation morbide du cœur.

L'intensité du choc du cœur ou de l'impulsion est toujours en rapport avec la force de contractilité de cet organe. Comment alors admettre que le choc soit le simple effet d'un déplacement de cet organe? Pour nous ce phénomène est le résultat de la contraction musculaire : or, les fibres charnues du cœur, par leurs dispositions en anses et en anneaux, tendent à s'imprimer, à se mouler sur l'ondée sanguine que contiennent les ventricules, et, comme cela a lieu pour tout anneau musculaire se contractant sur un corps central liquide, tendant à la sphéricité. Par ce mécanisme, le diamètre antero-postérieur prend de l'ampliation, pendant que le diamètre vertical se raccourcit, et, comme en arrière cet organe repose sur les cinquième et sixième vertèbres dorsales, c'est-à-dire sur un plan fixe, il s'en suit que cette ampliation ne peut se manifester qu'en avant, vers la partie thoracique. De là l'impulsion.

Le mécanisme de la circulation dans le cœur et dans les gros vaisseaux est d'une grande importance relativement à l'appréciation des phénomènes pathologiques qui y éclatent; cette étude est d'autant plus utile que les descriptions, tracées dans les ouvrages élémentaires, sont erronées.

Le cœur est composé de deux ordres de cavités : les oreillettes d'une part, les ventricules de l'autre. Quel est le mode de succession d'action de ces diverses parties du cœur?

On admet assez généralement qu'il y a antagonisme entre les contractions des ventricules et des oreillettes, c'est-à-dire le repos des unes pendant la contraction des autres. Cette opinion nous paraît pécher en ceci qu'elle établit une opposition d'action entre des parties qui reçoivent leur influence contractile des mêmes branches nerveuses, et d'ailleurs les faits recueillis avec attention sur les animaux vivans établissent d'une manière incontestable qu'il y a non pas antagonisme, mais succession immédiate dans l'ordre de leurs contractions.

La circulation cardiaque reconnaît pour causes immédiates l'action alternative des contractions du cœur et de la pesanteur de l'air s'exerçant sur toutes les surfaces internes et externes du corps. Pour bien comprendre cette fonction, il faut étudier les phénomènes dont la succession la constitue, en prenant pour point de départ la systole du cœur. De même que la systole auriculaire précède et se continue immédiatement avec la systole ventriculaire, de même la diastole auriculaire précède immédiatement la diastole ventriculaire et se continue avec elle. Les ventricules en se contractant ont chassé le sang dans les artères. Les parois se sont rapprochées et la cavité ventriculaire s'est momentanément effacée: sa *systole* est achevée et les valvules auriculo-ventriculaires tendues retiennent le sang dans les oreillettes; pendant la durée de la systole, le sang continue à affluer dans les oreillettes et les distend. Dès que les fibres du cœur se détendent, le sang pesant et pressant sur les valvules auriculo-ventriculaires pénètre dans les ventricules poussé par la même force qui le fait affluer dans les oreillettes; ce temps est celui de la *diastole*. La *périsystole* est l'intervalle qui sépare le moment où le cœur commence à se relâcher après sa contraction de celui où sa dilatation est achevée. A la diastole succède un temps de repos, c'est la *péridiastole*. Pendant sa durée toutes les fibres du cœur sont dans le repos; les cavités du cœur sont de plus en plus distendues par le sang qui y afflue, les oreilles distendues se contractent et portent à son maximum la distension des ventricules; c'est là le temps de la *présystole*; alors comme c'est le propre de tout muscle porté à un certain degré de distension de se contracter, et, comme par continuation de la contraction des oreillettes, les ventricules exécutent leur contraction, c'est la *systole*. La contraction cesse dans les oreillettes au moment où elle commence dans les ventricules. Ainsi dans notre théorie, pas de contraction complètement alternative des oreillettes et des ventricules, pas de repos alternatifs se succédant d'une manière inverse dans ces deux ordres de cavités. Seulement un temps de *systole* commençant par l'oreillette, se transmettant comme d'une manière péristaltique aux ventricules, cessant dans l'oreillette qui se relâche et commence à se laisser distendre au moment de la terminaison de la contraction ventriculaire. Seulement la *diastole* succédant à la systole et se propageant successivement des oreillettes aux ventricules. Enfin, un temps de repos absolu commençant dans l'oreillette et s'étendant au ventricule pendant lequel le sang tient passivement distendues toutes les cavités du cœur.

Le cœur, pendant la révolution de ces mouvemens, fait entendre à l'auscultation deux bruits bien distincts.

De ces deux bruits, le premier est plus sourd, plus prolongé que l'autre; il est isochrône au choc du cœur à la région péricardiale, au pouls, et, par conséquent, à la systole ventriculaire.

Le deuxième, plus court, plus clair, plus éclatant que le premier, lui succède presqu'immédiatement. Il est suivi d'un intervalle de repos ou de silence, intervalle d'autant plus long que les battemens du cœur s'opèrent avec plus de lenteur. A ce silence succède le retour du premier bruit, bientôt suivi d'un deuxième bruit et du deuxième silence, ainsi de suite.

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer les bruits du cœur. Voici celle à laquelle nous nous sommes arrêtés :

Lorsque le sang des oreillettes a distendu les ventricules relâchés jusqu'à leur maximum de dilatation, les fibres ventriculaires se contractent, par suite de leur disposition annulaire, se raccourcissent, en tendant à la sphéricité. La pression qui résulte de la contraction sur les molécules liquides change nécessairement, et d'une manière brusque, leurs rapports; il en résulte des courans intérieurs, et, par suite, des vibrations sonores, qui se continuent d'autant plus facilement dans les parois du cœur que ces parois sont elles-mêmes contractées et conduisent autant que possible. Telle est la cause du premier bruit, ou du *bruit systolique*.

Le deuxième bruit, ou *bruit diastolique*, est produit par un mécanisme différent. Au moment où le sang pénètre de l'oreillette dans le ventricule, il suit d'abord un trajet déclive vers la pointe du cœur, puis se réfléchit sur l'anse ou le coude formé par cette pointe, en contournant la valvule mitrale, pour venir frapper la base du ventricule. Ce choc se manifeste par un bruit qui résulte des vibrations sonores des parois et du liquide en mouvement, phénomène tout à fait analogue à celui que produit la colonne mercurielle d'un baromètre, lorsqu'en renversant cet instrument, le métal vient frapper contre le sommet du tube barométrique. L'expérience du *marteau hydraulique* ne repose pas sur d'autres lois physiques. Ce deuxième bruit du cœur s'entend à son maximum à la base des ventricules, ce qui coïncide avec sa cause présumée. Il se propage très peu dans les grosses artères. Le premier, au contraire, s'entend encore avec une certaine intensité, à quelque distance du cœur, sur le trajet de ces vaisseaux.

La théorie que nous venons d'exposer est à peu près celle de M. Hope : seulement ce physiologiste fait jouer un rôle dans la production du deuxième bruit à l'arrêt brusque du diastole ventriculaire, au moment où le liquide heurte leurs parois, arrêt brusque qui augmente l'intensité du choc.

Nous regrettons que les limites de ce mémoire ne nous permettent pas de discuter toutes les théories qui ont été présentées pour expliquer les bruits du cœur. Disons cependant quelques mots des opinions de Stokes et Corrigan sur les bruits du cœur. Dans cette théorie, le deuxième bruit s'explique par la tension des valvules mitrale et triglochine. Malheureusement pour cette théorie, les valvules auriculo-ventriculaires, tendues qu'elles sont par leurs fibres charnues, ne sont pas susceptibles de s'appliquer brusquement l'une contre l'autre, de manière à produire un bruit de claper. Le premier bruit serait produit par le choc en retour du sang, sur les valvules artérielles, lorsque les artères distendues reviennent sur elles-mêmes. A l'appui de cette opinion, on a invoqué la disparition de ce bruit quand il y a destruction des valvules. Cette idée n'est pas plus fondée que la première, puisque, lorsque les valvules sont tendues, le cœur est contracté, et que le premier bruit n'a pas son maximum d'intensité au niveau des points d'insertion de ces valvules, mais bien au-dessous.

Si l'on presse avec l'extrémité des doigts une artère superficielle, on ne tarde pas à saisir une succession de battemens isochrones à la systole du cœur : mais cet isochronisme n'est pas fait que pour les artères voisines de l'organe central de la circulation. Dans les autres, il existe entre la systole ventriculaire et la production des battemens un intervalle d'autant plus considérable et d'autant plus éloigné de la systole du cœur que les artères sont plus éloignées. C'est là une circonstance qui, mal interprétée par Stokes et Corrigan, les a conduits à faire coïncider les battemens artériels avec la dilatation ventriculaire. Ces battemens constituent la *diastole artérielle*, pendant laquelle le tube artériel s'allonge, en même temps que son calibre s'agrandit et que ses courbures augmentent. Le choc qu'éprouve le doigt est en rapport avec l'impulsion systolique du cœur : il se communique de proche en proche, comme par reptation et va en s'affaiblissant à mesure que l'on s'éloigne de l'organe central de la circulation. Du reste, dans l'état physiologique, les artères ne présentent pas, comme le cœur, un double battement. C'est pendant leur diastole qu'elles soulèvent notablement le doigt, et la systole artérielle a lieu sans impulsion (circonstance facile à concevoir quand on réfléchit à la nature même de cette systole, qui ne consiste qu'en un retour du vaisseau, distendu par le flux sanguin à son calibre normal par l'élasticité seule de la tunique moyenne). Ainsi, pour les artères comme pour le cœur, nous reconnaissons les mêmes divisions, c'est-à-dire que ces vaisseaux se distendent par l'influence du flux sanguin : c'est là leur mouvement de *diastole;* qu'ils s'affaissent ou se rétractent après le passage de la colonne sanguine. c'est là leur *systole*. Mais ces deux mouvemens s'opèrent en sens inverse de ceux du cœur, c'est-à-dire que la diastole artérielle correspond à la systole ventriculaire, et la systole artérielle à la diastole ventriculaire. Nous divisons chacun de ces mouvemens en trois temps, désignés sous les noms de *présystole, systole, périsystole artérielle, prédiastole, diastole, péridiastole artérielle*. Nous avons déjà expliqué la valeur de ces mots pour le cœur. Leur usage permet d'apporter une plus grande précision dans l'étude des phénomènes morbides de la circulation artérielle et dans la détermination du moment où ils se produisent.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Roux demande la parole, relativement à la communication faite par M. Velpeau. M. Roux a employé, il y a dix ou douze ans, l'incision en demi-lune, pour enlever un ostéosarcome du menton. La malade a guéri, et la cicatrice, aujourd'hui placée sur le col, ne peut s'apercevoir que lorsque la tête est fortement relevée.

M. Bousquet annonce que le comité de publication va livrer à l'impression les mémoires de M. Sédillot sur la vaccine, et de M. Jubert (de Lamballe), sur la cystocèle vaginale.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION DU RAPPORT DE M. BOUILLAUD SUR LE MÉMOIRE DE M. NONAT.

M. Castel : Messieurs, dans la séance dernière, quatre nouveaux interlocuteurs ont pris part à la discussion : je ne conteste point le discernement avec lequel le rapporteur de votre commission avait choisi de tels auxiliaires. Certes, ceux-là pouvaient le défendre *unguibus et rostris*. Toutefois, l'argumentation du lapin a été nulle (il est mort en entrant dans l'arène). Celle des pigeons ne nous a appris autre chose, si ce n'est qu'après l'ablation de la totalité ou d'une partie de la masse encéphalique, les facultés qui cessent les premières sont celles dont l'exercice est subordonné à l'influence d'une plus grande somme de sensibilité. Aussi, après ces ablations, l'animal reste dans un état d'inertie, quelquefois dans la stupeur. Il n'exécute que des mouvemens déréglés et sans but. Vous avez vu les trois pigeons ne point prendre l'essor. Ils n'ont volé qu'après avoir été lancés. L'incertitude de leurs mouvemens, la difficulté de leur station, le tremblement de leur corps vous ont donné la mesure du degré de déperdition que leur cerveau avait subi. Il arrive, après ces ablations, ce qu'on avait observé après les lésions de l'encéphale, déterminées par une chute, un coup, un épanchement, plus les ablations sont profondes plus les lésions sont graves, plus les unes et les autres atteignent, intéressent l'origine des agens de la transmission, de l'inervation, et plus la perte des facultés est prompte, plus elle s'étend.

Après les ablations, comme dans les lésions morbides, la persistance des facultés et de la vie, est d'autant plus longue, que la classe à laquelle l'animal appartient est plus éloignée du sommet de l'échelle qui représente la série des êtres organisés. Woodward assure que des grenouilles, auxquelles il avait enlevé le cerveau, ont continué de voir, d'entendre, qu'elles se sont émues et ont fui le danger au plus léger bruit. Zimmermann, qui riait quelquefois, disait à ce sujet : « Je félicite Woodward de ce qu'il a rencontré en Angleterre des grenouilles ayant plus d'esprit que les grenouilles de la Germanie. »

Vous aspirez à localiser les facultés; mais il faudra une localisation différente, spéciale, pour chaque classe du règne animal. Je puis me servir, pour vous combattre, de vos expériences même. Voyez si les animaux à sang froid ne conservent point, après certaines ablations de substance cérébrale, des facultés que les animaux, d'une classe plus élevée, perdent à la suite de ces ablations. Bien plus ! la localisation des facultés ne saurait être d'une rigoureuse uniformité dans la même classe. Des canards, des coqs auxquels on avait coupé la tête, ont sauté et couru plus que les pigeons après cette excision.

Puisque le rapporteur de votre commission voulait donner à l'Académie un petit spectacle, il eût pu donner la préférence à celui qu'on a cité dans l'histoire d'un empereur. Il abattait la tête d'une autruche lancée dans le cirque. L'autruche poursuivait sa course jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à l'extrémité du cirque.

Si l'on admettait que toute faculté a un siége distinct dans l'encéphale, il faudrait admettre aussi que toute sensibilité est locale ; car une faculté n'est que la sensibilité mise en action par un stimulant. Dans cette hypothèse, il n'existerait point de sensibilité générale, commune aux divers organes. Comment la concilier avec l'admission d'un centre, d'un point de départ, d'où la sensibilité émane et se répande? Et alors comment rendre raison des effets que produit la diversion dans les impressions morales ? Comment rendre raison de l'influence des affections viscérales sur la manie? Que pourra-t-on espérer de l'action des révulsifs contre la douleur ?

Voulez-vous savoir jusqu'où vont les illusions de nos adversaires ? Ils n'ont point analysé la vie; ils n'ont point vu qu'elle dépend de deux agens primordiaux, la sensibilité et les stimulans; aussi ont-ils considéré la sensibilité comme une fonction. J'ai réfuté, il y a près de vingt ans, cette opinion mise en circulation par le professeur Chaussier, adoptée depuis par M. Brachet. J'ai dit que la sensibilité différait des fonctions autant qu'un agent diffère de ses produits.

Maintenant, je demanderai si la quantité d'innervation ou de sensibilité nécessaire à l'exercice des facultés est égale partout; si elle n'est point égale, pourquoi chercher une autre cause à l'anéantissement d'une faculté, produit par l'ablation d'une portion de la substance médullaire, les autres facultés restant intactes? Dans le déclin de la vie, les facultés s'éteignent-elles simultanément ? Il y a une succession dans le déclin et dans l'extinction des facultés, comme il y a une succession dans leur développement, en sorte que les facultés qui étaient nées les dernières meurent les premières. Eh bien ! cette succession dans le déclin, comme dans le développement des facultés, est un argument irréfragable contre l'hypothèse d'une sensibilité exclusive, d'une sensibilité propre à une portion de la substance médullaire et indépendante d'une sensibilité commune, ayant une source, un foyer.

Si chaque faculté avait un siége exclusif, il serait impossible de rendre raison du surcroît de finesse que les autres sens acquièrent lorsqu'un sens s'éteint.

Dans toutes les classes du règne animal, les résultats des lésions de l'encéphale sont plus lents ou moins prompts que dans l'homme. Pourquoi ? parce que la sensibilité, l'un des deux agens primordiaux des fonctions, des facultés, de la vie, est plus concentrée dans la tête de l'homme que dans celle des animaux. Il est impossible dans les expériences soumises au jugement de l'Académie de conclure des animaux à l'homme. Une telle conséquence serait absurde; elle ferait rétrograder la physiologie; elle nous ramènerait à l'époque à laquelle Willis écrivait que le sens commun était placé dans le corps strié, l'imagination dans le corps calleux, la mémoire dans la substance corticale.

M. Rochoux : Je suis du nombre de ceux qui rejettent la théorie des propriétés vitales admises par Bichat. Les propriétés d'une chose sont des caractères fixes sans lesquels cette chose ne peut exister, ni même se concevoir. Je ne trouve rien de semblable dans la sensibilité, qui a besoin, pour exister, d'une foule de conditions diverses. On a voulu établir une différence entre les propriétés de la nature vivante et de la nature inorganique. Mais les lois qui régissent les deux règnes sont les mêmes, et si on observe de si grandes variétés dans les productions de la nature vivante, c'est qu'il existe une variété parallèle dans les organes qui élaborent ces produits.

M. Bouillaud : J'ai fait tout ce qu'il a dépendu de moi pour éviter une discussion générale sur la méthode expérimentale. Cette dernière a été attaquée; il est de mon devoir de répondre à ces attaques. Jamais aucun physiologiste n'a restreint cette méthode aux vivisections; Haller, lui-même, à ces dernières, ajoutait, pour constituer la méthode expérimentale, l'observation simple, l'observation des maladies, et même l'observation des monstruosités. Je remets de-

vant les yeux de l'Académie les animaux qui ont subi, l'un la cautérisation des lobes cérébraux, l'autre la cautérisation du cervelet. Il est facile de voir que l'un est maître de ses mouvemens, marche, s'équilibre avec assurance, tandis que l'autre en est incapable; il est comme épileptique. On m'a reproché de ne point savoir à quelle profondeur s'étendaient les lésions que j'ai faites; mais, dans deux mémoires que j'ai publiés sur les fonctions des lobes cérébraux et du cervelet, j'ai cité dix-huit expériences sur le cervelet, et vingt sur le cerveau, dans lesquelles j'ai constaté ces lésions par l'autopsie faite longtemps après l'expérience, et quand les parties blessées étaient déjà cicatrisées. Je prie l'Académie de bien observer le pigeon auquel j'ai cautérisé le cervelet: quand on veut le faire marcher, et quand il se tient debout, ses pattes sont très écartées, et quelque soin qu'on prenne à les tenir rapprochées, il les écarte irrésistiblement, pour agrandir la base de sustension, et, malgré cette précaution, il ne peut garder l'équilibre. Il ne peut, en aucune façon, exécuter, pour la locomotion, la station de l'équilibration, des mouvemens coordonnés; mais cet animal boit et avale bien, il respire; les mouvemens du globe oculaire sont réguliers. Ces trois grands ensembles de mouvemens coordonnés, pour la déglutition, pour la respiration, pour la vision, sont conservés intacts. C'est qu'il existe pour chacun de ces ensembles de mouvemens des centres particuliers que la lésion n'a pas atteints.

M. Gerdy : Quand j'ai parlé de méthode expérimentale, je n'ai entendu parler que de la méthode des vivisections; c'est elle seule que j'ai voulu combattre. Je suis d'accord avec M. Bouillaud quand il se borne à l'observation des faits; mais quand il en vient à leur explication, là commence la scission entre nous. Je ferai remarquer que l'animal auquel il a cautérisé le cervelet est déjà beaucoup moins agité aujourd'hui que mardi dernier; et j'ai tout lieu de croire que, dans quelque temps d'ici, il le sera beaucoup moins encore. Il y a plusieurs années que j'ai fait des expériences sur le cervelet, ou ce qu'on nomme le cervelet des grenouilles : M. Flourens avait avancé, qu'après l'ablation de cette partie, elles ne pouvaient ni sauter ni nager. Dans les deux premières heures qui suivaient l'expérience, cela était vrai; mais bientôt elles redevinrent tellement agiles, que j'avais toutes les peines du monde à les saisir. Le trouble des mouvemens que j'observai dans les premiers momens ne pouvait venir que de tout le système nerveux et non du cervelet, puisque celui-ci manquant, les mouvemens furent bientôt rétablis. D'ailleurs, MM. Flourens et Magendie ont obtenu, des mêmes expériences que M. Bouillaud, des résultats contraires, et les maladies du cervelet en donnent encore de bien différens. Quant à l'expérience actuelle, je ne dirai pas qu'on a détruit l'organe de l'équilibration, et le principe qu'il renferme, mais simplement que les mouvemens désordonnés tiennent à des contractions musculaires involontaires dépendantes de l'inflammation des parties nerveuses cautérisées. Chaque jour ne montre-t-il pas de simples congestions cérébrales, ne laissant aucune trace après la mort et produisant des mouvemens désordonnés, des convulsions de toute espèce? Mon vœu le plus ardent est qu'une commission soit nommée pour reprendre avec plus de sévérité qu'on ne l'a fait jusqu'ici toutes les expériences qui nous divisent maintenant. Je vote d'ailleurs pour les conclusions du rapport de M. Bouillaud.

Ces conclusions, déjà données dans l'avant-dernier numéro de notre journal, sont : de remercier M. Nonat, en l'engageant à continuer ses expériences; d'envoyer son mémoire au comité de publication, et de l'inscrire au nombre des candidats pour l'Académie.

L'Académie se forme en comité secret pour faire la liste des membres correspondans.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS DE TREMBLEMENT PARTICULIER QUI AFFECTE QUELQUEFOIS LA MAIN EN ÉCRIVANT; par J.-B. DAVID, D.-M.-P.

Bien qu'il n'en puisse établir l'étiologie, ni en indiquer la curation, le médecin atteint d'une infirmité devrait, mieux que tout autre, en décrire le phénomène, les circonstances notables, et les offrir ainsi à la méditation de ses confrères, plus heureux; mais il n'est pas donné à tous de réussir.

J'applique cette réflexion pénible à un accident non observé autant qu'il pourrait l'être; peu étudié : *le tremblement particulier de la main en écrivant*, ou, plutôt, des trois premiers doigts de la main droite, qui affecte quelques personnes d'un certain âge, et dont j'offre un exemple sur moi-même.

Trop souvent on s'est contenté de dire : je tremble en écrivant; ou bien, il éprouve un tremblement de la main droite; peut-être que sous les deux mots de la Gazette Médicale (1839, p. 457), j'aurais encore différé d'y apporter une attention spéciale bien que je sentisse tous les inconvéniens de mon infirmité.

Comme ceux cités par les auteurs allemands, j'enfile des aiguilles, je taille mes plumes sans difficulté, je puis découper un dessin, sur papier, avec des ciseaux; je pourrais doigter si j'étais musicien; je saigne facilement de l'une et l'autre main, et sur moi-même, au bras gauche, j'ai pratiqué cette opération l'an dernier.

Mais je ne saurais me raser en tout temps; c'est-à-dire même quand mon pouce tremble fortement, parce que je ne peux me dispenser de poser ce doigt contre la lame du rasoir, et qu'alors l'instrument participe de l'agitation du pouce; cependant je tiens un livre, un journal de la main droite, en marchant et lisant, sans trembler, et je gratte facilement, avec un canif, un mot, en posant seulement un doigt de la main gauche sur le pouce agité.

Une autre action m'est difficile, lorsque le tremblement est à son maximum, c'est de porter à ma bouche, sans déviation, une cuiller ou une fourchette; je m'expose alors à renverser une partie du potage, ou à me heurter les dents, tandis qu'au même instant, avec plus de sécurité, je puis boire et tenir ma cuiller comme de coutume; s'il m'arrive de contracter fortement les muscles fléchisseurs de tous les doigts, le tremblement est diminué des deux tiers au moins.

Dans la même circonstance, si je place l'ustensile de table entre l'auriculaire et l'annulaire, ce dernier appuyant sur le manche, ainsi que le médius et la main en supination; pendant que l'indicateur et le pouce écartés, restent étendus, comme pour signaler le nombre deux, alors, sans encombre, je puis déguster mon potage, etc.

De même, si j'avais l'habitude de placer ma plume entre les deux derniers doigts, ainsi que le font quelques malheureux par blessures privant des premiers, mon écriture serait moins saccadée, même pas du tout; je pourrais souligner *sans festonner le trait* : j'en ai fait l'expérience. Mieux vaudrait s'accoutumer à écrire de la main gauche, comme certains amputés.

A défaut d'une habitude désirable, j'ai un moyen de modérer, si ce n'est de suspendre complètement, l'action anormale de mon pouce en écrivant. Puisse-t-il convenir à d'autres, ou en faire indiquer un meilleur. Le voici :

Mes deux mains étant posées, comme d'usage, sur le papier qui attend l'écriture, je place les doigts médius et indicateur de la gauche dans la droite, en manière d'arc-boutant, sur l'annulaire et l'auriculaire de cette main, dont le pouce, tenant la plume, appuie sur ces deux doigts, qui semblent seulement entraînés à droite; les deux mains aident ainsi la marche imprimée à la plume.

Sans ce procédé, il me serait impossible le plus souvent d'écrire; avec lui, je peux donner une signature reconnaissable, au moment même des plus fortes agitations de mon pouce.

En écrivant, j'observe deux instans où j'éprouve plus de difficulté, celui du début, où elle est moindre et peu durable, et celui où j'ai prolongé le travail jusqu'à la fatigue. Après le premier, mon écriture devient plus lisible; arrive le besoin de repos, je ne pourrais tracer plusieurs mots de suite. Si j'ai été plusieurs jours sans écrire, j'ai plus de peine à m'y remettre, surtout si j'avais voyagé en diligence dans l'intervalle, ou si j'eusse eu quelques occupations fatigantes.

Quelquefois le mouvement importun de mon pouce droit, car c'est lui qui est spécialement affecté, est visible à distance, sans que j'aie la moindre intention d'utiliser ce doigt: c'est dans les momens de plus grande excitation; il est nul, ou presque nul, au contraire, dans les cas de calme, et plus ordinairement durant les fraîches matinées; aussi est-ce cette époque de la journée que je dois choisir pour écrire moins mal. Ce mouvement est fort peu sensible dans l'indicateur, si ce doigt est isolé surtout. Enfin, je le vois à peu près sans activité dans le médius, qui semble n'être qu'entraîné dans l'action, celle-ci paraissant venir de l'éminence thénar, à en juger par l'examen de cette partie pendant une excitation plus générale, due à une température élevée, au travail manuel, etc. Les deux derniers doigts ne participent en rien des mouvemens désordonnés des premiers, s'ils n'y sont accolés, et encore alors ils affaiblissent le tremblement du pouce.

D'autres sujets présenteront probablement des nuances variées de cet accident, déjà signalé aux observateurs français.

J'en éprouvai les premières atteintes en voulant prendre des notes durant les grandes chaleurs de 1834, notamment après une marche accélérée, pendant une émotion morale, une forte préoccupation ou une excitation physique. Si je voulais écrire avant le retour du calme, j'omettais des lettres, ou les plaçais hors rang, ma plume franchissant l'espace avant de reposer, ou bien elle ajoutait des crochets aux lettres; je ne pouvais souligner. Cet état de choses me faisait vivement désirer une plus basse température; mais un froid vif accélérait et prolongeait le tremblement. Avec les années l'incommodité augmenta de fréquence et d'intensité. Je suis plus que septuagénaire et montre assez de susceptibilité nerveuse; ma constitution n'est pas robuste, mais j'ai peu d'infirmités, et compte peu de maladies sérieuses dans mon passé. Je ne suis pas grand mangeur et encore moins buveur, quoique j'habite un pays aux bons vins.

L'accident nerveux dont je donne l'historique est moins rare qu'on ne pourrait le penser; mais où s'en trouve la cause et quelle est-elle? Quel rameau nerveux de la main éprouve une aberration de fonctions? Est-ce un filet du nerf médian ou du nerf radial?...

Je puis seulement attester que je n'ai jamais éprouvé et n'éprouve en-

core aucune autre gêne, aucune douleur dans l'avant-bras, ni dans la main droite; mais quelquefois j'eus à me plaindre de crampes passagères dans l'une ou l'autre main, lors de certaines positions prolongées des doigts, même en écrivant. Cependant les crampes ont toujours été plus fréquentes et plus fortes aux extrémités inférieures.

Puisse cette notice fournir l'occasion d'éclaircir quelques doutes dans un de ces bons articles qui sonvent ajoutent à l'intérêt qu'offre habituellement la Gaz. Méd. de Paris à ses nombreux lecteurs.

Tonnerre, ce 16 mai.

QUELQUES RÉFLEXIONS PUISÉES DANS LES FAITS D'UNE ÉPIDÉMIE VARIOLIQUE, RESPECTIVEMENT A L'ACTION DE LA VACCINE, EN TANT QUE PRÉSERVATIVE DE LA VARIOLE; communiquées par M. V..., D. M.

Il y a quelques années, un assez grand nombre de médecins allemands, anglais, français, avaient recueilli des observations constatant l'insuffisance de la vaccine sous le rapport au moins de la durée indéterminée de son action préservative de la petite-vérole.

Parmi les premiers, quelques-uns, guidés par l'observation des faits, se crurent autorisés à penser que le résultat le plus fructueux de l'insertion de la vaccine ne pouvait être envisagé, quant à la durée de son efficacité préservative de la variole, que pour une valeur de quatorze à quinze ans.

La considération de la valeur de ce terme sembla captiver l'opinion de ceux qui, successivement frappés par l'observation des faits, crurent n'apercevoir, dans l'action préservative de la vaccine, qu'une durée réduite à cette limite ou à peu près.

Un grand nombre de médecins, en France surtout, se prononcèrent contre cette opinion, et ce dissentiment, débattu dans l'Académie royale de médecine, demeurant sans solution explicite, a laissé la question indécise. Il importait cependant de la résoudre, ne fût-ce que pour mettre un terme au doute de ceux qui vivent dans l'incertitude, et qui, dans l'intérêt de l'humanité, voudraient en sortir; car, pour ce qui concerne l'opinion déjà faite des croyans ou des mécréans à l'égard de la durée indéterminée de l'action préservative de la vaccine, il semble permis de révoquer en doute leur adhésion simultanée à une solution positive, qu'elle qu'elle soit.

Quelques remarques déduites des faits d'une épidémie varioleuse régnante dans notre ville et aux environs depuis neuf mois, fourniront, il me semble, des données propres à répandre un peu de jour sur cette question.

1° L'épidémie a régné universellement; elle a atteint les vaccinés comme les non vaccinés, et c'est dans la catégorie de ces derniers qu'elle a choisi ses plus nombreuses victimes.

2° Parmi les non vaccinés, on a remarqué beaucoup de varioles confluentes dont la terminaison funeste n'a eu très souvent cette issue qu'à raison d'une complication catarrhale procédant de l'influence de la grippe. Bien des malades ont succombé à cette dernière atteinte, qui, jusque-là, semblaient définitivement quittes de tous les dangers inhérens aux atteintes de la petite vérole.

3° Le nombre des vaccinés atteints de petite vérole parmi lesquels ont principalement figuré les jeunes gens de l'âge de huit à neuf ans, jusqu'à celui de trente, a été très élevé. Mais une remarque très importante à énoncer, c'est que plus les malades se sont éloignés de la première période de cet âge, plus les symptômes préliminaires ont offert de gravité, plus aussi l'éruption a été difficile et copieuse, plus enfin la durée de la maladie a été longue. Néanmoins, dans ces mêmes cas, une fois l'éruption opérée, les symptômes ont notablement ralenti leur intensité, et la marche ultérieure de la maladie a été régulière jusqu'à sa terminaison; alors même que la dessiccation ne s'est définitivement opérée que du vingt-deuxième au vingt-cinquième jour.

4° Quant aux malades de l'âge de huit à quinze ans, il y a à faire, ce me semble, une remarque digne d'attention: elle consiste en ce que, plus ils étaient jeunes, et par conséquent moins éloignés de l'époque de leur vacciuation, plus l'éruption a été discrète, plus aussi sa marche a été rapide et sa terminaison prompte. Jamais en effet, dans ces cas, la durée de la maladie n'a dépassé la limite de neuf à onze jours.

Des données qui précèdent il semble permis de tirer la conséquence que les faits observés contredisent victorieusement l'opinion des médecins qui attribuaient à la vaccine la faculté de prémunir le sujet contre les atteintes de la petite vérole pendant quinze ans. Cette opinion est effectivement démentie par la considération de bon nombre d'enfans vaccinés, depuis sept, huit ans, qui ont payé leur tribut à l'épidémie, tribut léger, à la vérité, de courte durée, mais d'un caractère incontestable. Cependant est-il permis de penser que ces médecins observant, chacun de son côté, dans des régions différentes, et déduisant de l'observation des faits leurs calculs approximatifs, ont été séduits par des aperçus illusoires? Cette opinion semble pouvoir et devoir être considérée comme absurde et par conséquent jugée inadmissible. Ces médecins, en effet, ne formaient pas une secte, et la conviction de chacun d'eux ne pouvait être que le résultat de son expérience personnelle.

Mais si la durée de cette efficacité ne s'est pas, jusqu'à présent, maintenue telle qu'ils l'avaient jugée, quelle conséquence déduire de cette différence? La seule qui me semble étayée de la faveur d'un bon nombre de probabilités et être en harmonie avec les faits, consisterait à penser que depuis son origine jusqu'à ce jour, le virus vaccin transmis, de bras à bras, et non renouvelé dans sa source première, a dégénéré graduellement, que de sa dégénération successive est provenu le ralentissement de la vertu préservative de la variole, et qu'à ce ralentissement progressif se rattache, avec une vraisemblance assez fondée, la crainte de le voir dépouillé finalement du *reliquat* momentané et transitoire de cette vertu.

Afin de corroborer le fondement de cette crainte et pour la soustraire à l'imputation d'être un sentiment chimérique, établissons un terme de comparaison entre les symptômes développés par l'insertion de la vaccine et avant le cours de cette maladie, tels qu'ils s'offraient à notre observation, il y a quarante ans, et ses symptômes ainsi que son cours, tels que nous les observons maintenant depuis plusieurs années.

Dans le principe, les points d'insertion du vaccin offraient, le quatrième jour, un point rouge, dur, sensible et même un peu douloureux sous la pression, ainsi qu'un léger gonflement, dont le progrès croissait sans interruption jusqu'au septième, époque où il se développait une tuméfaction saillante, accompagnée de tension douloureuse, de rougeur erysipélateuse foncée, de fièvre intense, d'assoupissement, de chaleur brûlante, de soif et de ralentissement de toutes les sécrétions. Cet état du malade se prolongeait durant trois jours, après lesquels le liquide contenu dans des pustules très développées avait perdu sa limpidité, se conservait et passait à la consistance d'un tissu dur carné, d'un diamètre étendu, formant enfin une croûte de couleur acajou foncé, dont la chute s'opérait très rarement, à moins d'accident, avant le vingt-cinquième jour, laissant après elle une dépression profonde sur le point du derme qui avait été le siége de la pustule. Tel est le tableau mis sous mes yeux par les accidens et par la marche de la vaccine, il y a quarante ans.

La nature et l'intensité de ces accidens n'autorisent-elles pas à regarder comme un fait acquis, ou du moins comme réunissant un ensemble de probabilités séduisantes la pensée de l'exercice d'une impression assez profonde sur tout le système organique pour annuler l'accessibilité des sujets à la contagion de la petite vérole? Ne semblent-elles, pas du moins, justifier la conviction que s'il n'en résultait pas une annulation de cette accessibilité, il s'y rattachait, dans l'hypothèse la plus défavorable, l'opinion de la durée plus prolongée de son action préservative. Cette dernière conséquence est devenue, à mes yeux, un fait démontré depuis que j'ai vu soustraits à l'impression de diverses épidémies de variole neuf individus, qui, âgés de quatre à cinq ans, furent les premiers vaccinés dans notre ville, il y a quarante ans.

Si nous comparons le tableau qui précède avec celui qui nous est offert, par les accidens et par la marche de la vaccine, insérée et propagée de bras à bras, depuis une vingtaine d'années particulièrement, quelles remarques cette comparaison nous fournit-elle? elle met sous nos yeux un tableau décoloré, pâle, insignifiant; phlegmasie locale très limitée; tuméfaction peu prononcée; des points d'insertion, pustule peu développée; avréole bornée et de couleur rose; point de tension saillante, peu ou point d'action fébrile la plupart du temps, et, par conséquent, absence de l'assoupissement, de la chaleur cutanée, de la soif; point d'altération notable dans l'exercice des fonctions sécrétoires. Tout ce travail insignifiant comparativement au premier se termine, au bout de quatorze ou quinze jours, par la chute d'une croûte mince, peu consistante, non cornée, de couleur fauve, qui recouvre la pustule, et cette chute s'opère, ne laissant après elle qu'une flétrissure superficielle de l'épiderme au lieu d'une dépression profonde du derme.

Après des différences aussi tranchées, après la constatation de la longue efficacité préservative des premières vaccinations, après l'insuffisance et la durée successivement plus limitée de l'efficacité des vaccinations depuis un certain nombre d'années, est-il raisonnablement permis de penser que le virus vaccin n'a pas dégénéré de sa vertu primitive? La différence des résultats de son action ne semble-t-elle pas démontrer, au contraire, que l'efficacité de ce préservatif s'est notablement altérée?

Pour moi, convaincu de cette dégénération, après avoir pris pour guide l'observation des faits, persuadé par eux que cette dégénération va croissant, pénétré de la crainte qu'elle s'accroîtra à mesure que nous nous

éloignerons de l'époque originelle de la découverte de Jenner; j'ose croire fermement à la nécessité de recourir à la source première, afin de recouvrer les droits de compter sur un sentiment d'indispensable sécurité, et de réhabiliter la vaccine dans la juste confiance qu'elle a obtenue pendant longtemps.

Bayonne, 20 avril 1840.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER; traduites de l'anglais; par M. le docteur RICHELOT. — 1re—7e livraisons. 1839.

Entre les divers travaux de l'année médicale qui vient de finir (1), la publication des ŒUVRES COMPLÈTES DE J. HUNTER efface tous les autres par son importance, et appelle d'abord notre plus sérieuse attention. C'est plus qu'un livre qui a paru, c'est un véritable événement scientifique; c'est presqu'une découverte. Il nous est permis, enfin, de contempler à loisir l'un des plus beaux monumens que le génie de la science ait élevé dans les temps modernes. Nous pouvons étudier et connaître dans toutes ses parties cette grande œuvre, presque aussi nouvelle pour nous, après cinquante ans, qu'elle le fut aux jours mêmes de sa naissance.

Depuis longtemps le nom de J. Hunter était célèbre en France. Malgré notre ignorance de ce qui se passait à l'étranger, nous n'avions pu rester sourds au retentissement de cette renommée, si éclatante chez nos voisins. Comme anatomiste, J. Hunter nous était recommandé par ses recherches sur la descente du testicule; comme chirurgien, par la méthode qui porte son nom, que nous appelons aussi la méthode d'Anel, et qui consiste à lier l'artère fémorale dans l'anévrisme de la poplitée. Nous avions vaguement entendu dire, enfin, qu'il avait composé plusieurs mémoires sur divers points de l'histoire naturelle. En 1816, M. Breschet, qui, indépendamment de ses propres travaux, a si puissamment servi la science française, en naturalisant, parmi nous, les meilleures productions de la science étrangère, publia, d'après Abernethy, un aperçu des IDÉES GÉNÉRALES DE J. HUNTER SUR LA VIE, dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION. Ce mémoire d'Abernethy, malheureusement incomplet et inexact, fut dès lors, avec quelques extraits du TRAITÉ DU SANG ET DE L'INFLAMMATION, tout ce que nous possédâmes des nombreux ouvrages de J. Hunter. Et cependant, dans ces informes échantillons, il nous était facile déjà d'entrevoir le grand physiologiste : nous y avions reconnu la touche puissante du maître, et deviné plutôt que compris, la haute portée d'un génie au moins égal à celui des Boerhaave, des Borden, des Haller et des Bichat. Je me rappelle combien j'en fus frappé, lorsqu'il y a dix ans, d'après le conseil de M. Breschet, je lus ces fragmens pour la première fois. Comment des vues si originales, si neuves, si fécondes, n'avaient elles pas saisi, remué tous les esprits, et opéré une révolution dans la physiologie? Comment nous avait-il fallu passer par tant d'hésitations, de tâtonnemens, de tentatives souvent stériles, pour en revenir timidement, et avec toutes les apparences d'une hasardeuse innovation, au point précis où J. Hunter avait déjà poussé la science, si longtemps auparavant? Je ne pouvais me l'expliquer. Je déplorais amèrement cet isolement funeste, qui sépare trop ordinairement les savans des différens pays, et qui condamne les plus vigoureux esprits à s'user en efforts inutiles, pour conquérir des vérités devenues triviales à cent lieues de leur patrie.

Toutefois, en Angleterre même, les travaux de J. Hunter n'étaient qu'imparfaitement connus.

Il avait enseigné, à la vérité, dans des cours publics; mais les dons du professeur lui avaient manqué : sa parole était pénible et embarrassée; la nature lui avait refusé ce talent d'improvisation, cette clarté d'exposition, cette exhibition pleine et entière de la pensée, qui la font entrer tout armée dans l'esprit de l'auditeur. Obsédé, en quelque sorte, par l'abondance et le tumulte de ses idées, il les répandait en foule, souvent sans ordre, et avec cette obscurité de langage, si commune chez l'homme qui s'enfonce dans les profondeurs d'un sujet, et qui va, creusant toujours, ne regardant plus derrière lui si on le suit et si on l'écoute. Parfois il lui arrivait de s'égarer lui-même dans ses méditations, et de confesser tout à coup qu'il avait perdu la clarté dans ces abîmes, où il était entraîné comme malgré lui. Pour un esprit ainsi fait, l'enseignement est impossible. Aussi les leçons de J. Hunter n'avaient-elles été goûtées que par un petit nombre de disciples. A côté de Jenner, d'Astley Cooper, de Physick, d'Abernethy, d'Everard Home, ses élèves favoris et assidus, la foule n'était jamais venue s'asseoir. Or, avant tout, un chef de doctrine doit être professeur.

Quant aux écrits de J. Hunter, ils n'avaient été guère mieux appréciés que son enseignement. Les seuls ouvrages dont il ait donné, de son vivant, des éditions distinctes, sont les suivans : 1° TRAITÉ DE L'HISTOIRE NATURELLE DES DENTS CHEZ L'HOMME; 2° TRAITÉ DE LA SYPHILIS; 3° REMARQUES SUR QUELQUES PARTIES DE L'ÉCONOMIE ANIMALE; 4° TRAITÉ DU SANG, DE L'INFLAMMATION, ET DES PLAIES PAR ARMES A FEU. Ces ouvrages de J. Hunter ont été peu répandus, ou bien leur prix trop élevé et leur format incommode les ont exclus de la circulation générale. Parmi les nombreux et importans mémoires qu'il a mis au jour, et qui traitent des sujets les plus divers, les uns sont restés enfouis dans l'immense collection des TRANSACTIONS DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE LONDRES; les autres sont disséminés çà et là, dans les recueils de plusieurs sociétés savantes.

Ce n'est pas tout. Si l'on veut bien lire les ŒUVRES DE J. HUNTER avec attention, si l'on cherche à se pénétrer de son esprit, et à le suivre dans toutes les opérations de son travail, on acquiert bientôt la conviction que cet homme, d'un génie si actif, si infatigable, n'a presque jamais travaillé, en réalité, que pour lui-même. Un désir infatigable de connaître la pousse sans cesse en avant, le précipite à la fois dans toutes les voies ouvertes à l'investigation médicale. Mais sa passion, il faut l'avouer, est purement égoïste. Il n'éprouve pas, on le sait, le besoin de communiquer avec les autres hommes, de répandre ses idées au-dehors, de s'associer au progrès commun de l'intelligence humaine. Il se tient à part et habite seul dans sa propre pensée. Il s'y fait une langue à lui, comme si la langue vulgaire ne lui pouvait suffire. On dirait qu'il commence pour la première fois l'étude de l'homme, et qu'il n'a rien été fait depuis trois mille ans. C'est une sorte de satisfaction toute personnelle et d'ivresse secrète; c'est l'amour ardent du savoir, mais non pas peut-être l'amour de la science, lequel n'est, après tout, qu'un amour éclairé de l'humanité. Aussi, par un juste retour, est-il demeuré, pour ainsi dire, délaissé et comme exilé dans sa grandeur; la gloire de son nom n'a point défendu ses œuvres d'une sorte d'obscurité; il n'a pas joui de ce succès populaire, que l'on a raison peut-être de dédaigner intérieurement, mais qu'il faut aussi savoir conquérir, si l'on ne veut être réduit longtemps à un demi-succès scientifique. Le succès, voilà ce que peut donner le public; car le jugement du vrai mérite n'est jamais de sa compétence; toutefois lui seul donne ce succès, et l'on n'a pas toujours le droit de s'en passer.

Enfin, parmi les diverses causes qui ont influé sur la destinée des écrits de J. Hunter; indiquons surtout celle qui domine toutes les autres, c'est-à-dire la nature même de son esprit, la tournure de ses idées, sa manière de concevoir la science; et de là cette méthode supérieure qu'il a appliquée à toutes ses recherches, et qui est comme le procédé caractéristique de son travail.

Deux sortes d'hommes, dans les sciences, et particulièrement dans la nôtre, sont ordinairement en possession de la renommée.

Les uns, emportés par l'esprit de système, négligent les faits, ou ne les considèrent que du point de vue où ils se sont placés. On pourrait dire, en parodiant un mot célèbre, que le génie, chez eux, c'est l'impatience. Écoutez-les, ils ont toujours refait la médecine à neuf; ils ont trouvé la loi universelle; le *fait-principe*; la dernière borne est posée, il n'y a plus qu'à s'asseoir et à se croiser les bras, au pied de cet arc-de-triomphe qu'ils se sont érigé de leurs propres mains. Folles visions! « *Somnia, non docentis, sed aptantis,* » comme dit Cicéron; ridicules espérances, et qui n'entreront jamais dans le cerveau d'un physiologiste vraiment instruit, possédant à fond les sciences dites accessoires, et habitué à voir autre chose dans l'économie vivante que des masses confuses de phénomènes.

Les autres, préoccupés d'une vue contraire, ont la haine de tout ce qui ressemble, de près ou de loin, à une doctrine. Le moindre raisonnement est pour eux de la métaphysique, c'est-à-dire un fantôme perpétuel qui les poursuit; et dans leur sainte horreur ils se collent aux détails, ils s'y enfoncent avec tout ce qu'ils ont d'activité et de passion; divisant, chiffrant, décrivant sans cesse; laborieux collecteurs de petits faits, manœuvres plus ou moins adroits, « vils artistes, selon l'énergique expression de Montesquieu, qui ont vu une fois et n'ont peut-être jamais pensé! » Si l'on en croyait ces tristes eunuques de la science, eux seuls seraient dans le vrai, seuls positifs et seuls utiles; mais ils ne voient pas que des faits détachés, quels que soient leur nombre et leur importance, sont non seulement stériles, mais menteurs, et que la prétendue expérience qu'ils invoquent est, par conséquent, toute pleine aussi d'hypothèses et d'arbitraire.

Ne cherchez J. Hunter ni parmi ces empiriques bornés, ni parmi les

(1) Cet article a été rédigé en janvier 1840. Depuis lors il a paru deux nouvelles livraisons de la traduction de J. Hunter.

dogmatiques ambitieux. Nul, peut-être, n'a poussé aussi loin que lui l'observation exacte et minutieuse des faits; mais nul aussi n'a possédé à un plus rare degré ce que Buffon appelle « cette faculté de penser en grand, qui multiplie la science; » nul n'y a établi en plus grand nombre de ces vues générales qui la vivifient et la fécondent. Il a égalé Cuvier par la précision et la sûreté de la méthode, qui est constamment celle de Bacon et de Newton, la vraie, la seule méthode scientifique; il l'a surpassé par la hauteur de sa philosophie, par la puissance et l'originalité de sa conception. Il est arrivé, par cette union intime des qualités les plus opposées, par cette fusion, en quelque sorte inséparable, d'une analyse sévère et d'une induction inépuisable, à la plupart de ces grandes idées, inconnues de son temps, et que les Allemands ont répandues de nos jours, mais qui, chez eux, n'ont guère été qu'un développement instinctif, un fruit de la spontanéité, et non pas un résultat de la réflexion attentive et patiente. Anatomiste, naturaliste, médecin, chirurgien, J. Hunter est, par dessus tout, physiologiste. On sait que la physiologie préside à tous ses travaux, absorbe tous ses goûts, qu'elle est sa passion dominante et sa véritable vocation. Aussi quelle que soit la matière spéciale dont il s'occupe, il a toujours pour objet essentiel l'étude de la vie, sous toutes ses formes, dans toutes ses conditions, chez tous les êtres de la nature. De là, ce caractère propre qu'il imprime à chacune de ses œuvres. Veut-il poser, par exemple, ce qu'il appelle *les principes de la chirurgie?* Il voit tout d'abord qu'il faut remonter aux sources mêmes de la science de l'homme, c'est-à-dire à la physiologie générale de la santé et de la maladie; car, la médecine opératoire n'est, suivant ses belles expressions, « qu'un argument contre l'art de guérir, qu'un aveu tacite de son insuffisance. »

Mais qu'est-ce que la santé et la maladie, sinon le corps humain, et des manifestations différentes de la puissance organique? Voilà donc qu'il étudie l'organisation elle-même. Il prend son point de départ dans la matière universelle, devine, en passant, les lois fondamentales de la chimie, encore inconnues de son temps, touche à toutes les grandes questions qui se rapportent à l'origine de la vie, la fermentation, la végétation, l'embryologie, l'arrangement des tissus élémentaires, la constitution des fluides de l'économie, et du sang en particulier, dans lequel il prévoit l'existence de la substance nerveuse. Il distingue, avant Bichat, les deux vies et leurs fonctions spéciales. Il recherche les causes et l'influence de la chaleur vitale, et dans une foule d'observations et d'expériences, plus originales et presque aussi complètes que celles de MM. Edwards, Gaissy et Marshall-Hall, introduit le premier l'anatomie comparée dans la médecine. Convaincu que les mêmes lois président à l'état sain et à l'état morbide, il retrouve, dans les formations pathologiques, cette même force plastique dont il a donné, avant que personne y eût songé, une si admirable théorie. Tout ce qu'ont établi plus récemment Bichat, Pinel, MM. Dupuytren et Broussais, sur les diversités de l'inflammation dans les divers tissus, J. Hunter le signale, et souvent le développe avec détails. Il est le véritable créateur de l'anatomie et de la pathologie générales. Dénué de la plupart des ressources que possède aujourd'hui la foule des médecins, il a trouvé seul, et par la force de son génie, presque toutes les vues saillantes que nous avons admirées comme des nouveautés dans ses plus illustres successeurs. Prenez indistinctement tel ou tel ouvrage de J. Hunter, partout c'est la même supériorité d'intelligence, la même largeur dans le travail, la même fécondité d'invention. Son vaste regard embrasse en même temps, et d'un seul coup-d'œil, les objets les plus différens, et les plus éloignés entre eux en apparence; il les envisage tour à tour; il pénètre dans les détails inépuisables de l'observation, passe rapidement d'un fait à un autre, scrute partout, analyse tout; puis, remportant avec lui ce riche butin, il s'élance tout d'un coup dans les régions les plus élevées de la théorie. Une fois parvenu sur ces hauteurs, il dispose à son gré des matériaux qu'il a rassemblés; il construit à sa manière, sans s'inquiéter ni du monde, ni des faveurs, ni de ce qu'on a fait avant lui, ni de ce qu'on fait autour de lui. Dès lors, les idées, les faits même, ne sont plus isolés dans sa pensée, ni indépendans les uns des autres; les distinctions scolastiques disparaissent et s'évanouissent; tout se tient, tout s'enchaîne dans des rapports nécessaires, et l'infinie variété des phénomènes le ramène continuellement à une merveilleuse et indestructible unité. Comment donc, à travers quelques fragmens détachés d'une œuvre si complète, saisir le lien mystérieux qui les unit dans la doctrine de leur auteur? Le titre d'un mémoire semble annoncer un sujet spécial; on croit pouvoir l'étudier séparément; mais bientôt on s'aperçoit qu'on n'a véritablement qu'une partie distraite du tout; ce sont *les membres épars du poète;* celui-ci achève et complète celui-là; la vie est dans l'ensemble; et c'est l'ensemble qu'il faut considérer pour bien voir ce qui donne à chacun sa valeur et son importance. Disons-le franchement : dans aucun temps, dans aucun pays, de pareils ouvrages ne sont écrits pour la masse du public. Elle repousse toujours, par une sorte d'antipathie instinctive, les hommes à idées générales, les métaphysiciens, les idéologues, comme elle les appelle; soit que, naturellement envieuse, elle ne puisse souffrir ce qui la dépasse; soit que l'étroitesse de sa conception lui présente comme une rêverie inutile tout ce qui n'est point à ses yeux d'une application usuelle et immédiate. Il lui faut des esprits faits à sa taille, dans lesquels elle se sente et se reconnaisse. Aussi, ce qu'elle aime, ce qui la ravit ou la subjugue, c'est le talent et surtout la force dans la médiocrité. Cependant le génie l'emporte; il fait sa route, il dicte sa loi, et la multitude est obligée de se soumettre; mais ne croyez pas qu'elle étudie, qu'elle s'applique à comprendre; non, elle admirera sur parole, et presque toujours à contre-sens; elle aura de ces phrases d'éloges qui traîneront toutes faites dans tous les livres, et son culte grossier ne sera encore que de l'ignorance et de la servitude.

Au milieu de tant d'obstacles, et lorsque tant de circonstances défavorables semblaient devoir ravir à J. Hunter ses plus beaux titres scientifiques, n'est-ce pas quelque chose de remarquable, que l'éclat soutenu de son nom, l'enthousiasme prolongé de ses disciples pour l'œuvre presque inconnue de leur maître, et la conviction demeurée ferme dans tous les esprits, que ce grand homme avait laissé après lui des doctrines entièrement nouvelles, dignes des plus hautes méditations des médecins et des philosophes? C'est qu'il n'est point, en effet, de si petits travaux où le génie ne mette sa marque; à ses moindres signes, on le reconnaît, on se sent comme entraîné vers l'infini; on voudrait pénétrer avec lui dans ses secrets les plus intimes. Voici tout-à-l'heure cinquante ans que J. Hunter est mort. Dans ce court intervalle combien de systèmes se sont écroulés, nés d'hier, et proclamés impérissables!

Qu'importe qu'un Brown, avec sa voix tonnante et sa brutale éloquence, ait semé les tempêtes autour de lui, et soulevé, jusque dans les tavernes, les flots turbulens du peuple médical? Qu'est-il resté de cette prétendue réforme, qui croyait simplifier la science en la mutilant, et dont la confiante audace ne s'explique que par l'ignorance de son auteur? Les Browns sont de tous les temps; l'un vient bientôt, qui détruit l'autre. Comme il n'a rien respecté, on ne le respecte pas lui-même; et sa cendre, jetée au vent par d'indignes profanateurs, disparaît avec les derniers débris de son système. Ainsi sont tombées tant de fausses grandeurs! Mais le temps, ce juge infaillible, qui éprouve les opinions comme les hommes, a relevé l'édifice bâti par J. Hunter, sur ce même sol qui avait dévoré les ouvriers et leurs constructions. L'Angleterre s'est trouvée jalouse d'une gloire qui est la sienne; on s'est mis à l'œuvre; on a cherché de toutes parts, on a recueilli, coordonné tous les fragmens dont se composait le monument caché longtemps à nos regards, maintenant reconstitué de toutes pièces, et debout devant nous, comme ces temples antiques qui sortent tout à coup de la poussière.

« C'est à M. Palmer, membre de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, qu'appartient, dit M. Richelot, dans sa préface, l'honneur d'avoir, le premier, réuni les travaux épars de J. Hunter, et d'avoir doté ses compatriotes de la seule édition complète qui existe, même en anglais, des œuvres de cet homme célèbre. Dans cette tâche, qu'il a accomplie avec beaucoup de soin et de succès, il a été aidé, d'une manière fort remarquable, par MM. Richard Owen, Th. Bell, et G. Babington. C'est sur cette édition que la traduction française a été faite. »

La vie de Hunter, par M. Drewry Ottley, précède la publication des œuvres, dans les deux éditions anglaise et française. Je sais un gré infini à M. Richelot, de nous avoir donné aussi ce travail distingué et plein d'intérêt, dont je ne puis assez recommander la lecture. On y apprendra non-seulement à connaître l'homme dans le savant, ce n'est là qu'un intérêt de curiosité, mais aussi, ce qui importe davantage, le rapport de l'un à l'autre, et leur influence réciproque. On a dit cent fois, et avec raison, que la vie des hommes supérieurs est aussi féconde en utiles enseignemens, que l'étude même de leurs ouvrages. Cette vérité ressort à chaque page dans celle de J. Hunter, et il était impossible d'en tirer meilleur parti, que ne l'a fait son biographe, dont la rare impartialité égale le savoir et la pénétration.

Ce qui domine dans le caractère de J. Hunter, c'est particulièrement la force et la persévérance. Armé de cette double puissance, il a surmonté les plus grands obstacles qu'un homme ait rencontrés dans sa carrière.

Pauvre, et sans aucune instruction première, il abandonne, à l'âge de vingt ans, la profession à laquelle on le destinait, et s'attache, en qualité de préparateur, au cours d'anatomie de son frère William, déjà connu par ses talens. Il suit les leçons de Cheselden et de Pott, s'embarque, comme chirurgien, en 1762, avec l'armée de Portugal; revient à Londres, professe l'anatomie et la médecine opératoire, est élu, en 1767, et avant son frère, membre de la Société royale, et, dès-lors, il occupe, sans contestation, le premier rang parmi les savans de l'Angleterre. Ne

laissons jamais passer de tels exemples; qu'ils soient un aiguillon aux âmes timides, un encouragement à ceux qui luttent contre la fortune, avec quelque énergie au fond du cœur! Ceux-là aussi trouveront de grandes leçons dans la vie de J. Hunter, qui, après de laborieux efforts, sont arrivés au succès, et jusqu'au faîte et aux dignités même de la science. Ils verront en lui une activité toujours renaissante et que rien ne lasse, une passion de découvertes que rien ne satisfait, et cette vertu, de plus en plus rare de nos jours, chez les savans parvenus, un désintéressement absolu des soins de sa fortune, toujours employée à de nouvelles recherches, à l'acquisition de nouvelles connaissances. J. Hunter n'était avare que de temps, dont il savait faire un merveilleux usage. Ses amis, auxquels il fut tendrement attaché, étaient encore pour lui des instrumens de travail. Il faut lire sa correspondance si curieuse avec Jenner; il n'y est jamais question que d'observations d'histoire naturelle et d'expériences physiologiques. C'est une préoccupation de tous les instans, une tension continuelle d'esprit vers le même but, et qui ne souffre pas la plus légère distraction. Pourquoi cette noble ardeur ne s'allie-t-elle pas plus souvent aux dons heureux de l'intelligence? Hélas! on ne se donne pas plus l'aptitude au travail qu'on ne se donne l'intelligence elle-même, et la Providence n'a départi en même temps ces deux facultés qu'à ceux qu'elle a institués sur la terre les rois et les législateurs de la science humaine! On ne saurait méconnaître dans J. Hunter ce caractère d'une nature privilégiée. Une autre qualité brille encore en lui au plus haut degré, la bonne foi, compagne naturelle de la force et d'un amour sincère de la vérité. Etranger à toute dissimulation, à toute finesse mesquine, il est le premier à proclamer ses erreurs, aussitôt qu'il les a reconnues. « Ne me demandez jamais, dit-il une fois, ce que j'ai écrit; demandez-moi ce que je pense actuellement; alors je vous répondrai. » Une autre fois, il empêche ses élèves de prendre des notes à ses leçons : « Vous feriez mieux, leur dit-il, de ne pas écrire ces considérations; car il es- très probable que l'année prochaine je penserai différemment. » Une citation, empruntée aux *Leçons sur les principes de la chirurgie*, nous donnera la mesure de sa singulière naïveté : « Je m'étais imaginé qu'il serait possible de prolonger la vie indéfiniment, en gelant une personne dans un climat très froid. Je m'appuyais sur cette considération que toute action, et, par conséquent, toute déperdition de substance, seraient suspendues jusqu'à ce que le corps fût dégelé. Je pensais que si un homme voulait consacrer les dix dernières années de sa vie à cette espèce d'alternative de repos et d'action, on pourrait prolonger sa vie jusqu'à un millier d'années, et qu'en se faisant dégeler tous les cent ans, il connaîtrait tout ce qui aurait été fait pendant son état de congélation. Comme tous les faiseurs de projets, je m'attendais à faire ma fortune avec celui-là; mais une expérience me désabusa..... »

On s'étonnera, sans doute, de rencontrer cette incroyable idée, le dirai-je! ce trait de folie, chez un physiologiste qui avait étudié avec tant de sagacité les lois de la vie, et particulièrement les phénomènes de la chaleur dans les corps vivans; mais n'admirera-t-on pas aussi la candeur inouie avec laquelle il se confesse publiquement de ces rêveries qui ont traversé son imagination? On comprend qu'un homme qui se ménageait si peu lui-même, et qui, d'ailleurs, ayant tant tiré de son propre fonds, ne devait rien à personne, se soit montré presque toujours insoucieux de l'opinion des autres, brusque et grossier dans son langage, souvent incommode et blessant dans ses rapports avec ses confrères. La sincérité de ses convictions, sa droiture et sa franchise, étaient devenues, par suite d'un défaut absolu d'éducation, des armes redoutables entre les mains de son humeur irritable et de son orgueil démesuré. Vainement, sous cette rude enveloppe, laissa-t-il plus d'une fois paraître un grand fond de bonté, un naturel généreux et charitable; ses défauts ne lui furent pas assez pardonnés; à l'exception de quelques amis intimes, la plupart des médecins et chirurgiens de son temps s'étaient ligués, pour ainsi dire, contre lui; de là, des luttes violentes, une vie agitée, et, en dernier résultat, une mort subite et presque tragique, au milieu d'une discussion, dans laquelle il ne put pas être maître de sa colère.

Tel fut l'homme extraordinaire que nous fait connaître l'intéressante notice de M. Drewry Ottley. J'ai cru devoir appeler l'attention des lecteurs sur cette partie de la publication de M. Richelot; c'est la meilleure introduction qu'on pût trouver aux œuvres de J. Hunter.

Il existe à Londres un magnifique établissement, dont J. Hunter est le créateur; c'est le musée qui porte son nom. La France, avec son Museum d'histoire naturelle, n'a rien, sans doute, à envier dans ce genre à aucune nation; mais l'idée de J. Hunter, je ne crains pas de le dire, a été plus grande encore que celle de la Convention nationale; car il a fait rentrer dans sa collection, non seulement l'histoire naturelle tout entière, mais l'anatomie de l'homme, avec toutes ses modifications régulières ou pathologiques. Et si l'on ajoute que cette collection a été l'ouvrage, non pas d'un gouvernement, mais d'un homme, qu'il en a été à la fois le seul fondateur et le seul ouvrier, qu'il n'y a employé d'autres ressources que son propre travail et la fortune acquise dans sa profession, qu'il y a ramassé et classé, suivant une méthode qui lui est propre, toutes les pièces qui sont comme l'expression matérielle de ses idées pathologiques; certes, c'est là un monument unique au monde, et qui suffirait à la gloire immortelle de son auteur.

Je ne terminerai point cet article sans payer au traducteur français la juste part d'éloges, et je dirai même de reconnaissance que nous lui devons. Sa tâche était difficile, et il l'a accomplie avec un remarquable talent. Je le louerai, surtout, de ce qu'il a senti tout le prix de cette œuvre importante, à laquelle il n'a pas craint de consacrer son temps et ses efforts. L'époque présente, il faut en convenir, est peu favorable aux entreprises purement scientifiques. Au milieu de cet abaissement général des intelligences, de ce triomphe partout le même de la médiocrité remuante et bavarde, de cette avidité industrielle qui fait de toutes choses une honteuse exploitation, il faut un véritable courage, et une bien rare élévation de sentimens, pour lutter ainsi contre l'indifférence publique, pour préférer volontairement, comme l'a fait M. Richelot, au bénéfice des succès faciles, l'honneur d'un service rendu à la science, et le suffrage des hommes sérieux.

Puisse la lecture des œuvres de J. Hunter ranimer dans quelques âmes le zèle presque éteint des hautes études! Qu'à travers cette foule écrivassière, qui nous fatigue de ses petites productions, et dans laquelle se dissipent peut-être de vrais talens dignes d'une meilleure fortune, tombe quelque étincelle de ce grand génie; que de nobles passions s'y allument; qu'il en sorte, enfin, des hommes qui comprennent la haute mission dont ils sont chargés, et qui s'y emploient avec ardeur; voilà ce qu'il faut souhaiter, ce qu'on peut attendre encore, malgré tant de causes qui tendent à déprimer les esprits et à diminuer les courages.

C'est dans cette espérance, et en même temps pour acquitter, autant qu'il était en mon pouvoir, une dette de la science, que j'ai voulu appeler l'attention des médecins sur la publication des œuvres complètes de J. Hunter; plus tard, j'essaierai, lorsque cette publication sera plus avancée, d'analyser et de discuter ses travaux, et particulièrement ses doctrines physiologiques.

VARIÉTÉS.

— Nous recommandons à l'attention de nos confrères de Paris l'utile établissement qu'a fondé M. le docteur Boyer. La campagne est trop souvent nécessaire aux enfans des grandes villes pour que les médecins et les parens eux-mêmes ne sentent pas tous les avantages d'une pareille maison, instituée surtout en vue des classes moyennes de la société, etc.

L'ÉDEN DES JEUNES ENFANS.

Le docteur ROYER, médecin à Montfermeil, ancien interne de l'hôpital des Enfans, membre de l'Athénée, médecin des épidémies, etc., auquel vingt années d'expérience ont démontré l'utilité d'un établissement destiné à recevoir les enfans sevrés, que les occupations des parens obligent à laisser à la campagne, vient de consacrer sa maison à l'hygiène des jeunes enfans.

L'air, le local, les soins, la nourriture, la présence et la surveillance du médecin, qui permet de prévenir à temps les maladies si promptement et si souvent meurtrières du jeune âge, le patronage spécial de deux professeurs célèbres (MM. Guersant et P. Dubois), sont des garanties précieuses offertes aux parens par un établissement que recommandent encore la beauté et la salubrité de sa position.

Voitures, rue Sainte-Appoline, 11.

— DU TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE; par F. LEURET, médecin de l'hospice de Bicêtre.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street, 1840.

— TRAITÉ CLINIQUE DU RHUMATISME ARTICULAIRE, ET DE LA LOI DE COINCIDENCE DES INFLAMMATIONS DU COEUR AVEC CETTE MALADIE; par J. BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, 17, rue de l'Ecole-de-médecine.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street, 1840.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 25. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 20 JUIN 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Deuxième mémoire sur le mal vertébral. — Leçons de M. Gendrin sur les maladies du cœur. — II. Correspondance médicale. Sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement des ascites consécutives aux fièvres intermittentes. — Sur l'emploi de la glace en morceaux dans le traitement de la fièvre typhoïde. — III. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 16 juin. — IV. Revue bibliographique. De la médecine et de la chirurgie considérées comme science d'induction. Mémoire sur les inhumations précipitées; des moyens de les prévenir; des signes de la mort. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. De l'importance politique et sociale des médecins.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Deuxième mémoire sur le mal vertébral; par M. Nichet, chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole de médecine à Lyon.

Dans un premier mémoire sur le mal vertébral, publié depuis cinq ans, j'ai démontré que cette affection était due, non à la carie, comme on le croit généralement, mais bien dans la plupart des cas à la matière tuberculeuse déposée sous diverses formes, soit dans l'épaisseur des vertèbres, soit dans leur voisinage. J'ai exposé le mécanisme suivant lequel se produit la gibbosité quand elle existe, mécanisme tout à fait différent de celui que l'on trouve enseigné dans les auteurs. J'ai fait ressortir les causes diverses de l'impotence des membres inférieurs, etc.

Depuis la publication de mon travail, ce même sujet a été traité dans des thèses et dans des mémoires, et j'ai eu la satisfaction de voir les idées que j'avais émise, confirmées par les autres médecins. Des recherches publiées par M. Nelaton en 1837, *sur l'affection tuberculeuse des os*, renferment une appréciation de mon mémoire que je transcris tout entière, parce quelle annonce des critiques auxquelles je me propose de répondre à mesure que mes observations m'en fourniront l'occasion.

« De tous les travaux publiés sur cette affection (l'affection tuberculeuse des os), le plus important à la fois et le plus récent appartient à M. Nichet, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon. Son mémoire, publié en 1835, est divisé en deux parties : la première renferme dix-sept observations dont l'auteur fait ressortir les principaux traits et qu'il fait suivre des réflexions; la seconde se compose d'une série de conclusions. Quelques-unes de ces conclusions ne découlent pas nécessairement de la première partie du travail. Il est donc probable que M. Nichet a pu puiser les élémens de son jugement en dehors des dix-sept cas qu'il rapporte, ce

Feuilleton.

DE L'IMPORTANCE POLITIQUE ET SOCIALE DES MÉDECINS.

(Première lettre.)

On a dit et on répète sans cesse que ce siècle est celui des gens d'esprit, que les élus de l'intelligence foisonnent aujourd'hui. Certes, il y a quelque raison de le dire; car les lumières sont répandues plus que jamais, et que leurs rayons ne rebroussent pas chemin avant de descendre et de pénétrer jusque dans les masses populaires. Mais que signifie le mot *esprit?* Comment est-il compris par ceux qui s'en servent le plus souvent? Voient-ils dans ce mot l'étroite signification d'une éducation à demi ébauchée, qui se bornant à des notions incomplètes et insuffisantes sur quelque chose ou sur toutes choses, nous donne en définitive le vernis de savoir des habitans des grandes villes, et l'orgueilleuse et loquace ignorance des gens de la campagne? Sans craindre de tomber le moins du monde dans l'erreur, on peut répondre : Oui. S'en tenir, en effet, pour juger et croire bien juger, à ces apparences qui ne trompent personne, pour peu que la réflexion s'en mêle, voilà ce qu'on fait, sans songer à vouloir faire autrement. Sans doute on n'agit pas ainsi par défaut de jugement, par absence de ce sens qu'on a appelé commun, pour prouver qu'il était ou devait être l'apanage du plus grand nombre, mais par habitude. L'habitude, dit le peuple, est un grand maître; ajoutons qu'elle n'est que cela, lorsque la réflexion, la raison, n'y sont pas pour quelque chose. Il est inutile de développer, de prouver cette proposition; car, qui n'a été conduit à la croire vraie, ou par raison, ou par expérience? Mais, ce qu'il faut dire, c'est que cette habitude individuelle quijette si souvent l'esprit humain dans de grossières erreurs touchant l'esprit des autres, que cette habitude, dis-je, prend un caractère évident de généralité dont les suites ne se résument pas dans une faute légère ou dans un quiproquo ridicule. Ainsi, dans l'état, où il est essentiel de composer les pouvoirs, d'hommes aptes à comprendre l'esprit, les ressources et la matière, si l'on peut ainsi dire, du gouvernement, cette habitude, devenue endémique pour le plus grand rôle. C'est elle qui inspire la plupart des nominations, des investitures dont notre vote est ou paraît être l'arbitre suprême; c'est une influence à laquelle il est souvent très difficile et même impossible de se dérober : ce qui prouve que l'adage a dit vrai, en appelant l'habitude un grand maître, si le mot grand est ici synonyme de puissant.

L'esprit public, c'est le langage consacré; l'esprit public changera-t-il? C'est évident; car si on en juge par le passé, une révolution se fera tôt ou tard dans l'habitude. L'habitude, en effet, est devenue de plus en plus raisonnable. Autrefois, dans les premiers temps de notre nationalité, la force physique ou la force

qui donne à quelques passages au moins une apparence de contradiction. Après avoir rapporté la gibbosité au tubercule, M. Nichet cherche à expliquer le mécanisme de l'incurvation de la colonne. Cette partie se fait surtout remarquer par la clarté et la précision des détails. Si l'auteur eût décrit au lieu d'indiquer l'infiltration tuberculeuse, il eût, comme Delpech, évité quelques erreurs qu'il a commises pour avoir confondu dans la même description le tubercule enkysté et l'infiltration tuberculeuse. Mais de tels reproches sont plutôt faits dans l'intention de préparer aux idées que je vais avancer que pour critiquer les travaux importans que je viens de citer. Je dois en outre prévenir que si je me suis attaché dans le cours de ce travail à réfuter plusieurs des opinions de M. Nichet, c'est par cela que son mémoire est le seul qui paraisse devoir faire autorité dans la science; les autres travaux échappent d'ailleurs à la critique par le défaut de précision dans les détails et le vague de leur conclusion. »

Je commence par avouer que le reproche relatif à mes conclusions, dont plusieurs ne découlent pas de mes observations, est tout à fait fondé, mais c'est bien sciemment que je l'ai mérité : ces conclusions, en quelque sorte excentriques, résultent de faits observés par moi, et dont ma mémoire me rappelait le souvenir, ou d'observations consignées dans les auteurs, et que je ne pouvais pas alors consulter; du reste, la source de ces propositions était peu importante, il me suffisait que leur vérité ne pût être contestée pour que je n'hésitasse pas à les enregistrer.

Quant à l'infiltration tuberculeuse, M. Nélaton lui fait jouer un très grand rôle dans le mal de Pott; il la considère comme la cause principale des pertes de substance éprouvées par le rachis, soit qu'elle convertisse l'os en séquestre, soit qu'elle le dispose à se laisser entamer par le frottement. Il pense même que l'usure mécanique ne peut s'exercer que sur une vertèbre privée de la vie par la matière tuberculeuse infiltrée. Cette dernière proposition me paraît un peu trop générale. Nous trouverons plusieurs fois dans le cours de ce mémoire des vertèbres pleines de vie, jouissant de leur constitution normale, exemptes par conséquent d'infiltration tuberculeuse, et cependant usées par le frottement. En les observant, j'avais bien présens les caractères que M. Nélaton attribue au degré le plus léger de cette affection.

Les altérations des fibro-cartilages inter-vertébraux vont particulièrement m'occuper aujourd'hui; les autres lésions du rachis ne seront étudiées que dans leurs rapports avec ce sujet principal. Dans mon premier mémoire j'avais souvent fait mention des fibro-cartilages, diversement altérés ou même détruits, mais ce n'était qu'accessoirement à la lésion des vertèbres. Depuis lors de nombreuses dissections m'ont fourni sur les formes diverses, la nature, les complications et les suites éloignées des altérations des fibro-cartilages inter-vertébraux, des renseignemens très curieux que je me propose de faire connaître.

Les liens qui unissent les vertèbres entre elles sont très multipliés; mais les plus étendus et les plus solides sont ceux qui occupent les espaces que les corps vertébraux laissent entre eux et sur la structure desquels je désire fixer l'attention avant de m'occuper de leurs maladies.

Ces organes ont reçu des noms divers, suivant l'idée que l'on s'est faite de leur nature. Les uns, les considérant comme de simples ligamens, les ont appelés *ligamens inter-vertébraux*. (Weitbrecht, Loder, Meckel). D'autres, suivant une idée différente, les ont nommés *cartilages inter-vertébraux*. Plusieurs ont réuni les deux idées dans la même dénomination, tels sont Vésale (*cartilaginosa ligamenta vertebrarum corpora committentia*), Winslow (les cartilages inter-vertébraux et les ligamens), Bichat (fibro-cartilages inter-vertébraux). Enfin quelques auteurs ont jugé convenable d'adopter un nom qui ne préjugeât rien sur la nature de la chose désignée, comme *disques inter-vertébraux* (M. Cruveilhier), *substances inter-vertébrales*.

Pour avoir une idée exacte de la nature des disques inter-vertébraux, il faut se rappeler les usages multiples auxquels ils sont destinés et comparer leur aspect aux divers âges de la vie.

Les articulations des corps vertébraux entre eux sont des amphiarthroses; c'est dire qu'elles participent à la fois de la nature des diarthroses et de celle des synarthroses; on peut dès lors prévoir qu'elles concentreront en elles, arrangées d'une manière spéciale, les substances qui favorisent les mouvemens et celles qui assurent la solidité, les cartilages et les ligamens; et comme la mobilité, extrême dans l'enfance, va toujours en diminuant jusqu'à la vieillesse, tandis que la solidité ne cesse d'augmenter, il est aisé de concevoir que la partie cartilagineuse prédominera dans le premier âge de la vie, tandis que la partie ligamenteuse l'emportera chez les vieillards. Cette structure, donnée *à priori* par la destination connue des substances inter-vertébrales, est parfaitement confirmée par les résultats de la dissection.

Tout disque inter-vertébral est composé de deux plaques parallèles, solidement unies au corps de la vertèbre correspondante, réunies par leur circonférence et laissant entre elles un vide lenticulaire occupé par une substance amorphe d'apparence gélatineuse que l'on voit faire hernie hors de la cavité lorsqu'on a divisé un fibro-cartilage par le milieu.

Si on coupe horizontalement un disque inter-vertébral d'un vieillard, s'il appartient surtout à la région lombaire, on aperçoit des fibres très apparentes d'aspect tendineux, courbes, concentriques, se croisant obliquement et allant s'implanter à la face supérieure de la vertèbre inférieure et à la face inférieure de la vertèbre supérieure. Cette matière fibreuse occupe le cartilage dans presque toute son étendue; la matière centrale ou gélatineuse a perdu sa forme, son volume, son aspect; elle est réduite à une très mince feuille de matière jaune sèche, occupant une fente étroite au milieu du fibro-cartilage et à peine adhérente aux parois de la cavité qui la contient.

Chez l'enfant de naissance la cavité centrale a peu de hauteur, mais la matière qu'elle renferme est muqueuse, humide, transparente; les plaques cartilagineuses très prononcées sont formés d'un tissu presque homogène.

Les corps vertébraux n'étant pas encore complètement formés sont arrondis ou sphéroïdes au lieu d'être anguleux comme chez l'adulte; ils laissent entre eux dans leur circonférence un espace triangulaire occupé par une masse commune aux deux plaques cartilagineuse. Entre la première et la seconde pièce du sacrum, la cavité cartilagineuse est assez prononcée; mais entre les pièces suivantes, la séparation des deux plaques n'est indiquée que par une simple ligne.

Chez l'adulte, la matière cartilagineuse, abondante, ferme, rénittente, s'échappe en masses volumineuses des cavités qui la contiennent par la réaction énergique de la substance fibreuse alors fortement dessinée.

Ainsi, dans l'enfance, le disque inter-vertébral est tont cartilage, dans la vieillesse, tont ligamens, et dans l'âge adulte, les deux substances le font équilibre. Quant à la matière centrale qui n'a l'aspect ni du ligament

---

des armes, les vertus guerrières, en un mot, tenaient lieu des vertus civiles; et on reconnaissait dans ceux qui possédaient ce genre d'illustration ce qu'il fallait d'intelligence et de lumières pour diriger le gouvernail de l'état. A une époque plus rapprochée, on combina l'illustration personnelle ou de race avec l'instruction, sans toutefois donner à la supériorité intellectuelle une suprématie sur la supériorité nobiliaire : le blason des aïeux éclipsait le blason lumineux du savoir; c'était la règle formulée par les préjugés, incorporée dans les mœurs par l'habitude, et que personne, par conséquent, n'eût osé soupçonner d'erreur. Maintenant, ce n'est plus ainsi : le blason nobiliaire a pâli et s'est même effacé complètement sous la brillante splendeur du blason de la science; le savoir ne se manifeste pas davantage pour cela aux yeux de l'opinion, avec les formes avec les indices qui le font méconnaître, ou confondre avec ce qui n'est pas lui. Il suffit, pour la plupart, de découvrir sur une surface réfléchissante un timide et imperceptible reflet de la lumière intellectuelle pour agir, comme si le feu sacré eût pénétré, eût remué les profondeurs intimes de cette organisation. Peu de monde s'occupe à considérer, à réfléchir, à comparer, en un mot, à sainement juger. Pour peu que l'extérieur s'émaille ou de science ou de savoir-faire, cela suffit pour le moment : cette fragile base devient la pierre angulaire d'une réputation, la colonne qui sert à étayer l'individu sur l'échelon cassant des fonctions gouvernementales. Ce temps-là passera sans doute, et emportera avec lui l'erreur, qui est maintenant sous la protection trop puissante encore de l'habitude. Mais, toujours est-il que ce qui précède appartient à l'observation, à l'expérience quotidienne; enfin, à la vérité. L'exemple, d'ailleurs, doit se présenter de lui-même à ceux qui lisent ces lignes ; car ici la pensée tient immédiatement aux faits; elle n'émane pas le moins du monde des hasardeuses spéculations d'une théorie préconçue.

Nous citerons donc la classe de citoyens qui a maintenant le plus d'influence, ou plutôt toute l'influence politique. Les hommes de robe et de bonnet débordent dans toutes les administrations, peuplent les enceintes législatives; ils font tout, ils sont tout. Eh bien! ont-ils réellement tout ce qu'il faut pour comprendre la physiologie nationale, si l'on peut ainsi s'exprimer, et lui adapter le régime gouvernemental par lequel s'établit la vitalité des institutions, et le progrès se développe? Il y a certainement parmi les hommes politiques qui sortent de cette classe de citoyens, des capacités moins spéciales que celles dont tout le fond consiste dans la connaissance plus ou moins complète de la jurisprudence; il y a des capacités qui ont franchi le cercle que leur circonscrivait la profession, pour aller tenter quelques explorations dans le domaine de la science. Mais, ces hommes sont rares, car ils forment une exception. Pourquoi d'ailleurs ne le seraient-ils pas? Qu'exige-t-on d'eux? Sur quelles qualités les juge-t-on propres à aller représenter de grands intérêts, à aller jouer un rôle politique? Sur la faculté plus ou moins abondante de la parole. Celui qui par la gymnastique du métier aura, nouveau Démosthène, délié sa langue, et saura fournir au facile travail de cet organe l'aliment inépuisable de lieux communs, dont la plupart des *bien-diseurs* (qu'on me passe l'expression) se servent si adroitement pour se faire écouter de la foule; celui-là, dis-je, possédera une qualité qui légitimera l'absence ou la faiblesse des autres, il n'aura besoin de rien de plus. Aussi les suffrages le feront bientôt l'élu par excellence; car il ne s'agit pas de chercher à découvrir si la verbosité du langage, la luxueuse facilité des phrases, ne servent

ni du cartilage, elle doit être évidemment rapprochée de ce dernier; Bichard lui-même, qui rangeait les substances inter-vertébrales parmi les ligamens, n'a pas hésité à rapporter cette matière gélatineuse aux cartilages : « Dans les ligamens amphiarthrodiaux, dit-il, un tissu fibreux très apparent existe à l'extérieur; il se convertit à mesure que l'on approche du centre en une sorte de pulpe ou de bouillie blanche qui se rapproche des cartilages, moins par la consistance cependant que par la disparition des fibres et par leur homogénéité apparente. » (DICTION. MÉD., t. III, p. 106.)

En insufflant chez l'enfant la matière pulpeuse des cartilages vertébraux, on y développe une cavité cellulaire irrégulière que M. le professeur Cruveilhier considère avec raison comme le rudiment de la synoviale, très développée, que l'on trouve dans l'articulation des corps des vertèbres chez les poissons. Cette matière me paraît encore se rapprocher des synoviales par son extrême disposition à ressentir les influences des agens morbifiques; nous verrons en effet qu'elle est souvent la première détruite dans les maladies des disques inter-vertébraux; ce rapport est encore fortifié par la nature des fonctions dont cette matière est chargée. C'est sur cette substance molle, centrale, comme sur un pivot mobile ou sur un point d'appui liquide, que se passent, suivant Monro, les mouvemens des corps des vertèbres, comme les mouvemens des articulations à surfaces contiguës s'exécutent sur la membrane synoviale.

Concluons de ce qui vient d'être dit que, dans l'enfance et la jeunesse, le tissu cartilagineux prédomine ou règne même exclusivement dans les fibro-cartilages inter-vertébraux, ce qu'il nous importait d'établir en commençant, puisque nous trouverons l'analogie la plus étroite entre les maladies des disques inter-vertébraux et celles des cartilages diathrodiaux, et que les points obscurs ou peu connus que les premières nous offriront seront éclairés par la connaissance plus familière et l'étude plus facile des secondes.

DEUX CARTILAGES COMPLÈTEMENT DÉTRUITS; DEUX AUTRES PRIVÉS DE LEUR PARTIE CENTRALE; VASTE ABCÈS DANS TOUTE LA HAUTEUR DU RACHIS; POINT DE TUBERCULES.

OBS. I. — Une fille de 9 ans, lymphatique et très faible, entra à l'hôpital le 7 février 1836, dans un état complet de marasme. Elle portait trois vastes dépôts par congestion, non ouverts; l'un entre l'anus et la tubérosité sciatique, les deux autres sur les côtés de l'épine dans les régions dorsale et lombaire. La colonne vertébrale était sans difformité; la malade ressentait quelques douleurs dans son trajet. Les membres inférieurs conservaient leurs mouvemens et leur sensibilité. L'abcès du dos le plus élevé était le siége de mouvemens d'élévation et d'abaissement correspondans à l'inspiration et à l'expiration.

La compression réduisait le volume de la tumeur, dans laquelle on sentait un gargouillement que le stéthoscope rendait plus sensible; pendant l'expérience, ce bruit se dirigeait vers les bronches; il revenait au contraire avec force vers l'abcès pendant l'inspiration. Les crachats étaient tout à fait purulens. Il était impossible de méconnaître une communication entre la cavité de l'abcès et les bronches. Cette malade, dont les forces étaient complètement ruinées, s'éteignit six jours après son entrée.

NÉCROPSIE. Les poumons souples et crépitans ne contiennent aucun tubercule. Les deux feuillets de la plèvre droite adhèrent entre eux intimement; un trajet fistuleux les traverse, ainsi que le poumon droit, et va aboutir, d'une part, à une bronche, de l'autre, au foyer situé dans le dos, en passant entre la troisième et la quatrième côte, du côté droit; de l'air insufflé par la trachée s'échappe par ce foyer.

La colonne vertébrale est dénudée dans toute la hauteur des régions dorsale et lombaire; les corps vertébraux, de couleur brune, sont recouverts d'une bande de matière purulente concrète, occupant transversalement leur partie moyenne, et paraissant être la partie la plus épaisse du liquide qui remplissait cet immense foyer. Le cartilage des troisième et quatrième vertèbres dorsales avait disparu complètement; c'est de la hauteur de ce cartilage qu'était parti le pus qui formait l'abcès dorsal dont nous avons parlé; ce liquide occupant le médiastin postérieur avait pénétré d'un côté hors de la poitrine, à travers les plèvres, et, de l'autre, il avait perforé la bronche par laquelle il avait en grande partie été évacué; aussi le ligament vertébral antérieur, quoique décollé, était-il affaissé au-devant des vertèbres. Le cartilage des deuxième et troisième vertèbres lombaires avait également subi une destruction complète. De là partaient deux trajets fistuleux; l'un, divisé à gauche, passait sous le psoas et l'aponévrose iliaque, et aboutissait jusqu'au-dessous de la tubérosité sciatique; l'autre gagnant le côté droit arrivait jusque sous la peau de la région lombaire droite.

Aucun corps de vertèbre n'était altéré; ceux qui appartenaient aux cartilages détruits étaient dans leur état normal. Les surfaces qui avaient adhéré aux cartilages absens n'offraient ni saillies ni excavations. Divisés dans le milieu de leurs corps, ces vertèbres se montraient avec leur consistance et leur couleur rosée normales.

Le cartilage situé entre la première et la deuxième vertèbres dorsales, et celui qui unissait la première dorsale à la septième cervicale offraient une lésion digne de remarque; la matière gélatiniforme qui occupait leur cavité centrale avait disparu, et cette cavité restait vide avec sa forme lenticulaire et ses parois lisses, tandis que cette même matière tenait encore à tous les autres cartilages, et faisait saillie à la surface de leur coupe transversale, lorsqu'on pressait les corps vertébraux l'un contre l'autre.

La moelle épinière et ses membranes étaient intactes. (Recueillie par M. Barral, chirurgien interne.)

Trois circonstances principales sont à noter dans cette observation : 1° un vaste abcès occupant toute la hauteur du dos et des lombes, et aboutissant par ses extrémités aux bronches, au dos, à la tubérosité sciatique et aux lombes; 2° deux cartilages complètement détruits; 3° deux autres cartilages privés de leur partie centrale gélatiniforme. Il est raisonnable de penser que ce dernier état a constitué le premier degré de la maladie; à un degré plus avancé, l'affection propagée à la partie solide du cartilage en aura opéré la destruction; chacun des cartilages en se détruisant sera devenu un foyer d'irritation, principe du vaste abcès qui avait soulevé le ligament vertébral.

Il n'y avait au voisinage des vertèbres, ni dans leur épaisseur, aucun tubercule ou autre corps étranger auquel on pût attribuer la destruction des cartilages absens; avaient-ils disparu, ou bien un autre principe morbifique avait-il porté son action sur leur partie centrale, qui par sa mollesse et sa faible organisation doit céder facilement aux causes qui tendent à la détruire? Toujours est-il certain que les vertèbres voisines ne nous ont rien offert qui pût rendre raison de la maladie des cartilages; si la matière tuberculeuse y eût existé, quelle qu'eût été sa forme, nous aurions certainement saisi quelques différences entre le tissu de ces vertèbres et celui des vertèbres dont les cartilages n'avaient pas souffert.

DEUX VERTÈBRES EN GRANDE PARTIE DÉTRUITES AVEC LEURS CARTILAGES; CARIE DE CE QUI RESTE DES VERTÈBRES; UN CARTILAGE DÉTACHÉ ET EXCAVÉ A SON CENTRE; POINT DE TUBERCULES.

OBS. II. — Un enfant de 12 ans entre à l'hôpital, portant au milieu du dos une

---

pas à donner le change sur la pauvreté de ce trésor de science qui doit former l'apanage de l'homme politique. Non, l'œil n'essaie pas de pénétrer dans ces profondeurs, il s'arrête à la surface. Le reflet de la couleur, voilà la qualité qui brille sur toutes les autres, et sur laquelle l'attention se fixe le plus.

Et cependant (qu'on me pardonne d'être obligé de le dire), si même, sans se donner la peine d'analyser avec soin les qualités qui doivent distinguer l'homme politique et social, on réfléchissait sur la manière dont s'acquièrent cette abondante verbosité, cette faconde cicéronienne avec laquelle se drapent si élégamment tant de fastueuses incapacités, on reconnaîtrait bientôt que cet avantage, fort précieux du reste, ne se trouve guère souvent en compagnie avec la logique de la phrase, la portée du jugement, la profondeur des idées. Ainsi, les hommes qui se forment à la barre des tribunaux, en prêtant le secours de leur rhétorique à des intérêts de toute espèce, cherchent moins à exposer la vérité qu'à faire briller ce qui lui ressemble le plus. Le talent de parler qu'ils acquièrent ou qu'ils possèdent, est mis tantôt au service d'un paradoxe, tantôt à celui d'une hypothèse, rarement au service du fait dans sa simplicité, de la raison dans sa pureté primitive. Or cette direction qu'il faut suivre, si l'on ne veut pas chasser les cliens de son cabinet, donne bientôt à l'esprit l'habitude vicieuse de voir sur toutes choses cette apparence du vrai, ce vêtement du juste qui place tous les faits sur la même ligne, en leur assignant le même degré de moralité. Et, il est tout naturel que le jugement devienne élastique à l'endroit de tous les problèmes litigieux qu'il poursuivra; car tout ce qui ressort de son domaine aura le pouvoir d'exercer une puissante influence sur lui. Cette remarque ne date pas d'aujourd'hui; et depuis longtemps on a dû saisir ce trait caractéristique de physionomie professionnelle. Mais, quelque raison qu'on ait de croire à l'évidente instabilité du jugement des hommes dont la phrase abondante et parée est mise au service de toutes les causes, on oublie d'agir en conséquence, on permet à l'habitude de triompher sur l'observation.

Il est vrai que la lutte finira bientôt par ne pas être avantageuse à une habitude dont l'existence produit tous les jours encore de si décourageans résultats, puisque le sens de l'observation fait sans cesse des progrès, et que l'opinion de la partie éclairée de la nation ne tardera pas à devenir le partage du plus grand nombre. Je disais d'ailleurs tout à l'heure, qu'il y avait progrès dans l'esprit des masses, que l'habitude se déplaçait, à des époques plus ou moins éloignées, pour protéger de sa force d'inertie l'invasion ou plutôt le complet développement de nouvelles mœurs. Eh bien! nous sommes arrivés à une époque où un nouveau déplacement doit se faire. Pour en être convaincu, il n'y a qu'à regarder attentivement le mouvement intestin qui accidente notre civilisation. Le sens de l'observation, ferais-je observer, progresse tous les jours. Mais ce progrès se manifeste surtout par une sorte de méfiance qui commence à percer dans les classes instruites, en face de ces accidens lumineux de la surface individuelle, de ce trompeur kaleidoscope de l'extérieur; enfin de ces qualités illusoires, dont le savoir-faire sait si bien exploiter le luxueux rayonnement. C'est sans doute, à cette modification timide encore de l'esprit national, que la science doit ses entrées dans le monde politique. Elle a pris place au pied de la tribune illustrée par les discoureurs; et bien qu'elle n'y paraisse qu'avec le chiffre d'une imperceptible, d'une humiliante minorité, mieux vaut cela qu'un complet ostracisme. Toutefois, en portant quelques individualités scientifiques dans la sphère élevée du pouvoir,

incurvation légère, sur l'origine de laquelle les parens ne peuvent nous donner aucun renseignement. La gibbosité est indolente, les membres inférieurs légèrement affaiblis, infiltrés, la respiration courte et fréquente. Deux cautères, appliqués sur les côtés de la gibbosité, deviennent le siége de douleurs vives, et ne produisirent aucune amélioration ; au contraire, la respiration devint toujours plus difficile, l'infiltration des membres inférieurs augmenta, le pouls resta petit et fréquent ; il survint de la toux, des crachats abondans, du dévoiement. Le malade mourut après deux mois de séjour à l'hôpital.

Nécropsie. Ligament vertébral antérieur épaissi et décollé dans presque toute la région dorsale. Entre lui et la colonne se trouve une légère couche de matière ichoreuse ; vers la partie inférieure de la région dorsale, deux corps vertébraux, en grande partie usés, ne conservent que leur portion la plus rapprochée du canal rachidien. Le tissu de ces os est noir, un peu ramolli, surtout celui de la vertèbre inférieure ; il en découle par la pression un liquide noir. Les cartilages supérieur et inférieur à chacune de ces vertèbres sont presque entièrement détruits; il n'en reste que de légers fragmens d'un blanc mat. Comme ces vertèbres ne se suivent pas dans la série, quatre cartilages ont ainsi disparu presqu'en totalité. A la partie supérieure du dos, on voit un cartilage presqu'entièrement séparé des vertèbres qu'il unissait ; sa partie moyenne, molle et pulpeuse, est détruite ; à sa place on aperçoit un vide en forme de bourse, limité par deux lames cartilagineuses desséchées comme du parchemin. Les deux vertèbres voisines sont lisses et conservent leur forme, leur couleur et leur consistance. Entre ces cartilages et les os existent des vides par lesquels le pus formé en avant de la colonne a filtré dans le canal vertébral; il est allé produire l'inflammation de la dure-mère, qui se montre noire et épaisse. La moelle n'offre aucune lésion appréciable.

Poumons et bronches sains. Le péricarde contient un demi-verre de sérosité limpide. Intestins dans l'état naturel. Aucun vestige de tubercule ne se montre ni dans les vertèbres, ni dans les autres organes.

Si nous n'avions trouvé chez cet enfant que les lésions de la région inférieure du dos, on aurait pu soutenir à la rigueur que le mal avait commencé par les corps vertébraux et que la destruction des cartilages n'était venue qu'après la carie de la substance osseuse. On voit tous les jours émettre de pareils jugemens, lorsqu'on dissèque des articulations diarthrodiales, où des lésions semblables se rencontrent. Heureusement qu'à la partie supérieure de la région dorsale, le mal existant à un degré moins avancé nous fait, pour ainsi dire, toucher au doigt la marche qu'il a dû suivre à la région inférieure. Si le cartilage supérieur a pu être affecté sans que les vertèbres voisines aient reçu la moindre atteinte, je ne vois pas sur quoi on se fonderait pour soutenir qu'il en a été autrement aux cartilages inférieurs et pour admettre que la carie est autre chose qu'un effet, une conséquence et une complication.

La difficulté de respirer, l'infiltration des membres, venaient de l'hydropisie du péricarde, et celle-ci paraissait tenir au voisinage de la lésion du rachis. La faiblesse des membres inférieurs se rattachait à l'inflammation des méninges, laquelle était due au passage du pus dans le canal vertébral.

SEPT CARTILAGES ABSENS ; DEUX VERTÈBRES DÉTRUITES, LONGUE COUCHE DE MATIÈRE TUBERCULEUSE ; VASTE ABCÈS TUBERCULEUX.

Obs. III. — Marie Galland, enfant de la charité, âgée de 20 ans, très lymphatique, élevée dans un pays humide, a passé son enfance à garder un troupeau, et se couchait habituellement sur des prés mouillés. A quinze ans, elle devint ouvrière en soie ; alors les règles parurent, mais elles furent toujours peu abondantes, et se supprimèrent souvent; à 18 ans, elle fit une chûte sur le dos, suivie de douleurs vives d'abord, puis plus obscures, occupant la région lombaire. Un an après cet accident, elle découvrit qu'une gibbosité s'était formée vers le milieu du dos. Lorsque je la vis, en avril 1835, outre la gibbosité, qui était très saillante et sans douleur, elle portait dans la région inguinale droite une vaste tumeur fluctuante, qui avait paru deux mois auparavant. Un autre abcès occupait la région lombaire droite ; il était très douloureux, surtout pendant les secousses de la toux. Cette malade offrait, d'ailleurs, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Pendant son séjour à l'hôpital, les membres inférieurs s'infiltrèrent de sérosité, et acquirent un volume énorme ; il s'opéra un épanchement d'eau dans le péritoine; la respiration devint si pénible que la malade était toujours prête à suffoquer. Elle succomba en février 1836, dix mois après son entrée.

Pendant ce temps, plusieurs exutoires furent appliqués au voisinage de la gibbosité ; des diurétiques variés furent administrés. Les vésicatoires au bras, souvent réitérés, procurèrent seuls quelque soulagement à l'oppression extrême qui tourmentait cette fille. Aucun des abcès ne s'ouvrit spontanément, et je ne jugeai pas convenable de pratiquer une ponction, bien que la distension des parties fût douloureuse. Les effets fâcheux de l'introduction de l'air auraient plus que compensé le soulagement produit par la sortie du liquide.

Nécropsie. Membres inférieurs d'un volume énorme, par suite de l'infiltration. Le péritoine contient environ cinq litres de sérosité transparente; entre la base de la poitrine à droite et la fosse iliaque il existe une immense collection de pus, qui a repoussé le péritoine en avant ; le liquide est grumeleux et renfermé dans un kyste fibro-celluleux très épais et clos de toutes parts ; la crête et la fosse iliaque droites sont dénudées et rugueuses dans une petite étendue ; le diaphragme est refoulé jusqu'à la troisième côte ; les poumons, devenus très petits, sont intimement adhérens aux plèvres costales; ces adhérences sont générales, pas un seul point n'y a échappé. Ces organes sont occupés dans tous leurs lobes par un grand nombre de tubercules miliaires.

Au niveau des septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales, le ligament vertébral antérieur soulevé forme une tumeur du volume d'un œuf de poule, remplie de sérosité, tenant en suspension de nombreux grumeaux tuberculeux. Derrière cette poche, les huitième et neuvième vertèbres dorsales, presque entièrement détruites, sont inclinées l'une sur l'autre, et correspondent au sommet de la gibbosité. Quelques fragmens osseux, mêlés à de la matière tuberculeuse, remplissent l'angle rentrant que la colonne forme en cet endroit. Le ligament vertébral est décollé vers le haut jusqu'à la deuxième vertèbre dorsale, vers le bas jusqu'à la deuxième ; entre lui et les vertèbres on trouve une couche presque continue de matière tuberculeuse concrète, allant en s'amincissant graduellement, jusqu'à ses limites supérieure et inférieure. En se rapprochant des vertèbres détruites, cette matière devient plus épaisse et forme des masses saillantes en avant et logées en arrière dans les excavations osseuses. Entre ce foyer vertébral et l'abcès lombo-iliaque, il n'existe aucune communication, aucune traînée purulente, aucun trajet fistuleux. Au niveau de la gibbosité, le canal vertébral est conservé, les méninges et la moelle sont intactes.

Non seulement on ne trouve aucune trace du cartilage qui unissait les deux vertèbres détruites; mais encore six autres cartilages dorsaux ont disparu, sans que les vertèbres correspondantes aient subi d'autre dommage qu'une simple dénudation ; ces cartilages sont ceux des septième et huitième, sixième et septième; cinquième et sixième, quatrième et cinquième, onzième et douzième vertèbres dorsales, douzième dorsale et première lombaire. Les espaces occupés jadis par ces cartilages restent vides, en sorte qu'une lame épaisse de bistouri y joue librement. Les cartilages de toutes les autres vertèbres sont dans l'état normal. Le tissu des vertèbres, même de celles qui ont été en partie détruites, ne présente pas le moindre vestige d'altération de texture.

Cette observation nous montre encore des cartilages complètement détruits, et les vertèbres correspondantes intactes, ce qui établit la priorité de l'affection des substances inter-vertébrales. Mais nous trouvons de plus, dans le cas précédent, une lésion organique fort importante : la matière tuberculeuse épanchée. Quel rôle ce corps étranger a-t-il joué dans les altérations du rachis? Le tubercule et la destruction des cartilages n'ont-ils fait que coexister, ou bien le premier a-t-il eu quelque in-

---

l'opinion n'a pas entièrement rompu avec les erremens de cette vicieuse habitude qui lui faisait juger sur un symptôme trompeur les qualités du futur homme d'état. La manière dont l'opinion a fait ses choix, le prouve d'une manière évidente. Ainsi, elle s'est groupée autour des hommes qui avaient acquis une réputation scientifique en s'occupant exclusivement d'une spécialité, en attachant leur nom à une découverte, à une théorie dont l'importance ou l'originalité avaient occupé quelque temps l'esprit public. Il importe peu que la théorie et la spécialité n'aient aucun rapport avec l'étude de l'homme considéré sous le point de vue social; les conditions essentielles de ces investitures politiques consistent dans la réputation qui double de valeur, si elle n'est pas isolée d'un certain talent oratoire. Cette sympathie de l'opinion pour les spécialités brillantes de la science est d'accord avec la logique, le bon sens; mais il faut le dire, elle n'est raisonnable qu'à demi.

Les intelligences qui ont profondément médité et travaillé sur quelques problèmes spéciaux de la science, et qui se sont presque exclusivement consacrées à poursuivre cette uniforme et laborieuse solution, ces intelligences, dis-je, ont laissé contracter à leur jugement l'empreinte caractéristique de leurs idées. Cela est si vrai qu'il est rare qu'un homme de détail, qu'un savant qui s'est enfermé en laborieux mineur dans l'obscure galerie où il poursuit sans cesse le même filon, puisse suffisamment connaître et sainement juger ce qui n'est pas l'objet de son infatigable travail. S'il dirige ses investigations sur un sujet différent, s'il sort intellectuellement du domaine qu'il s'est lui-même circonscrit, il émettra sur ce sujet nouveau des idées, des opinions où se reconnaîtront aisément la tendance et la nature de sa spécialité. Il peut donc arriver que ces opinions et ces idées ne s'adaptent qu'imparfaitement au genre de travaux ou à l'ensemble de questions pour lesquels le savant spécial s'est détourné de sa route. Mais, à quelque solution qu'il arrive, il ne croira pas se tromper, s'écarter le moins du monde de la ligne rigide que la logique impose à l'esprit. Ne le sait-on pas d'ailleurs? L'œil intellectuel ou physique ne voit jamais que ce que l'opinion lui fait voir : l'œil ne reçoit pas la forme des objets extérieurs, c'est lui qui la donne.

Si ceci est de la saine observation (et certes, on ne saurait le nier), le savant spécial peut porter de la justesse, de la profondeur, de l'aptitude, enfin, dans les questions de l'ordre politique et social. Mais cette aptitude aura un cercle borné; l'homme qui la possédera ne pourra fournir que des élémens déterminés, si l'on peut ainsi dire. Or, cela ne suffit pas. Pour posséder les conditions intellectuelles qui doivent constituer la base unique, les vrais élémens de la capacité de l'homme d'état, il faut bien autre chose. Ainsi, il est essentiel, afin de pouvoir poursuivre avec quelque bonheur la solution des problèmes qui ont pour thême la science si complète de la politique, de ne pas rester isolé dans le détail, de ne s'y arrêter qu'après l'avoir fécondé avec les idées larges qui émanent toujours de la conception de l'ensemble; il est essentiel de s'être assimilé toutes les connaissances qui ont l'homme pour objet et pour but, et de savoir réunir autour d'une idée générale, tout cet affluent de sciences qui, en pénétrant l'être social, mettent au grand jour sa nature, ses tendances, ses besoins, son avenir. Telles sont les conditions nécessaires pour voir et pour bien voir, dans l'immense domaine des intérêts sociaux; et les savans qui, par position ou par profession, auront fouillé dans la riche encyclopédie de connaissances qui servent à dévoiler les secrets de l'humaine nature, rempliront avec fruit les exigences d'une mission que les

fluence sur l'affection des seconds? Quelle part ont pris à la maladie des cartilages le séjour dans un pays humide et la chute que la malade dit avoir faite? Sans nier l'influence fâcheuse que peuvent avoir soit une chute soit l'humidité, sur l'appareil fibro-cartilagineux de la colonne vertébrale, je pense que, dans ce cas particulier, ce rapport n'est pas assez évident pour être admis. D'un autre côté, si on considère que la matière tuberculeuse était accumulée en masses considérables là où les altérations du rachis étaient le plus avancées, et que les cartilages n'étaient altérés que dans les limites occupées par le corps étranger, on sera disposé à voir un rapport de causalité entre la présence et l'affection des cartilages intervertébraux. Cette coïncidence se reproduira par la suite si fréquemment et avec des circonstances telles qu'il ne sera guère possible de mettre en doute l'influence morbifique de la matière tuberculeuse.

Quant à l'intégrité des vertèbres des six cartilages détruits comparés à la perte de substance si considérable des huitième et neuvième, je n'hésite pas à l'attribuer au frottement de ces deux os, exercé pendant la marche, ces vertèbres ayant été dénudées à une époque où la malade marchait encore; mais plus tard, la lésion pulmonaire, l'abcès et l'épanchement péritonéal ayant tenu cette fille en repos, la destruction des cartilages a bien pu s'opérer, mais les vertèbres, restant à distance, n'ont rien perdu de leurs formes normales.

Nous devons nous arrêter un instant sur le vaste abcès que portait cette malade, situé derrière le péritoine, renfermé dans une cavité close, sans communication avec les vertèbres altérées; il avait succédé à des tubercules dissous par le liquide que les parois du kyste avaient versé; c'était un véritable abcès froid idiopathique. Étendu dans tous les sens, il avait refoulé en avant les intestins, en haut le diaphragme; il s'était dirigé vers les lombes et vers l'aîne, et l'on avait pu percevoir la fluctuation dans ces deux régions. Pendant la vie, qui n'aurait vu dans ces deux abcès un effet de la lésion vertébrale? Pour mon compte, j'avoue que je les ai considérés comme des abcès par congestion, et que l'ouverture du cadavre a pu seule me détromper. Je dois toutefois ajouter que chez notre malade l'économie était si délabrée que, lors même que le véritable caractère de ces abcès eût été reconnu, il aurait été dangereux d'y pratiquer une ponction.

Le refoulement du diaphragme par la collection de pus, joint aux adhérences des deux poumons et aux nombreux tubercules miliaires qui les pénétraient, explique très bien l'oppression et l'anxiété extrêmes auxquelles la malade fut en proie dans les dernières semaines de sa vie.

Nous devons attribuer l'hydropisie péritonéale au voisinage du dépôt tuberculeux et l'infiltration des membres inférieurs à la compression qu'il exerçait sur les veines et les vaisseaux lymphatiques du ventre.

DÉPÔT TUBERCULEUX AU DOS; CARTILAGES DÉTRUITS; VERTÈBRES UN PEU USÉES; MASSE TUBERCULEUSE AUX LOMBES; CARTILAGE VOISIN DÉTRUIT.

OBS. IV. — Lorsque je pris la direction du service chirurgical à la Charité, je trouvai à l'infirmerie des garçons un enfant de douze ans, maigre, à figure terreuse, gardant un silence obstiné, mangeant peu, ne sortant jamais du lit, pouvant à peine changer de place, tant il était faible. La région dorsale était occupée par une gibbosité peu prononcée, à laquelle il rapportait de la douleur. Membres inférieurs d'une faiblesse extrême. J'essayai de réveiller les forces digestives en prescrivant le quinquina, les tisanes amères; il n'en mangea pas mieux; il ne cessa de s'affaiblir; il s'éteignit deux mois et demi après que j'eus commencé à l'observer.

NÉCROPSIE. Derrière le diaphragme et le cœur se trouvait un abcès de 135 à 162 millim. de hauteur placé au devant de la colonne vertébrale. Il contenait une verrée de sérosité trouble mêlée à des flocons de matière tuberculeuse. De la matière tuberculeuse tapissait les vertèbres dénudées. Deux cartilages manquaient complètement; les corps vertébraux qu'ils unissaient, un peu usés en avant, conservaient leur consistance et leur couleur normale. En suivant la colonne de haut en bas, on trouvait tout en bon état, vertèbres et ligamens; mais au sacrum il y avait une masse de matière tuberculeuse placée au devant de la base de cet os et contre les muscles psoas. Le cartilage qui unissait le sacrum à la cinquième vertèbre lombaire avait complètement disparu. Les membranes rachidiennes n'offraient pas de lésion notable; seulement les veines qui rampaient à leur surface semblaient plus dilatées au niveau de la gibbosité. Dans la même région, le tissu de la moelle était d'une fermeté remarquable. Une multitude de granulations tuberculeuses pénétraient les deux poumons.

Dans la précédente observation la matière tuberculeuse ne formait qu'une couche continue en face de laquelle tous les cartilages étaient détruits; celle-ci nous montre deux dépôts tuberculeux placés à une grande distance, vis-à-vis desquels les cartilages ont de même complètement disparu; cette double coexistence fait encore mieux ressortir le rapport qui existe entre le tubercule et la cause immédiate de la destruction des cartilages.

Les vertèbres supérieures étaient un peu usées en avant; les inférieures étaient intactes. Or le foyer supérieur était évidemment plus ancien que l'inférieur, puisqu'en haut la matière tuberculeuse était délayée dans une grande quantité de liquide, tandis qu'en bas cette matière formait des masses compactes et caséeuses. On doit penser que les cartilages supérieurs ayant été détruits à une époque où l'enfant marchait encore, les frottemens répétés ont usé le tissu des os et provoqué l'épanchement du liquide qui a dissous la matière tuberculeuse. La destruction du cartilage sacro vertébral aura été opérée depuis que le malade gardait le lit; ce qui explique très bien l'intégrité des os, l'absence de liquide dans la poche et la consistance butireuse du tubercule.

ULCÉRATION DES CARTILAGES DE L'ARTICULATION OCCIPITO-ATLOÏDIENNE GAUCHE; DESTRUCTION COMPLÈTE DES CARTILAGES DE L'ARTICULATION ATLOÏDO-AXOÏDIENNE DU MÊME CÔTÉ; USURE DU CORPS DE L'ATLAS; MATIÈRE TUBERCULEUSE AUTOUR DE CES ARTICULATIONS ET DANS LE CANAL VERTÉBRAL; DESTRUCTION DU LIGAMENT ODONTOÏDIEN TRANSVERSE; LUXATION DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE; COMPRESSION DE LA MOELLE.

OBS. V. — Une fille de 8 ans passa tout le mois de février 1839, à la Charité, salle Saint-Vincent (service de M. le docteur Poliuière). Lorsqu'elle y rentra elle était paralysée des quatre membres; la paralysie avait commencé par les inférieurs et s'était étendue aux supérieurs; le sentiment et le mouvement étaient abolis à un égal degré. Le col était raide, la tête inclinée à gauche. Les parens ne donnaient point de renseignemens positifs; ils ne s'étaient aperçus de la maladie du cou que depuis six mois, mais ils avouaient qu'auparavant leur enfant éprouvait quelques autres symptômes morbides, particulièrement un dégoût pour les alimens qui a persisté jusqu'à la veille de sa mort, pour se transformer alors en une voracité extrême.

NÉCROPSIE. L'inspection cadavérique nous montra :

1° Autour de l'articulation condyléenne gauche de l'occipital avec la première vertèbre une masse tuberculeuse diffluente, adhérente aux parois du kyste formé par le tissu fibreux voisin. L'articulation occipito-atloïdienne gauche était ouverte de tous côtés, et les surfaces articulaires dépouillées de leurs cartilages dans leurs moitiés postérieures sans altération de consistance, sans changement de couleur, sans perte de substance des os. Les cartilages persistent dans la moitié

---

esprits spéciaux ne sauraient qu'imparfaitement comprendre et qu'imparfaitement remplir. Mais existent-ils, ces hommes qui tiennent le fil du labyrinthe humain? Et s'ils existent, où sont-ils pour que l'opinion vienne les arracher à leur studieuse obscurité, et que l'habitude les prenne bien vite sous sa puissante protection? Quelque réponse qu'on fasse à cette question, toujours est-il que de toutes les sciences qui groupent en faisceau ce qu'il faut savoir pour connaître l'homme, il n'y en a aucune qui puisse avoir le pas sur la médecine. L'homme étudié sous le point de vue matériel appartient aux sciences d'analyse; étudié sous le point de vue spirituel, il appartient aux doctrines élevées de la philosophie. Eh bien! la médecine comprend toute l'étendue de cette grande échelle. Si, d'une part, les premiers échelons touchent aux faits circonscrits, mesquins, qu'on met en évidence sous l'action des réactifs ou sous l'objectif des microscopes, ces derniers aboutissent aux grandes idées ou d'application, ou de théorie qui servent de couronnement aux élémens inférieurs. Mais, la profession qui, en se réalisant par des observations de détail, force l'homme de l'art à vivre dans les moyennes régions de la médecine générale, la profession ne fait-elle pas obstacle aux investigations, aux méditations philosophiques? Oui, la profession envisagée comme un grand nombre d'entre nous l'envisagent, peut très bien rapetisser l'art, et faire oublier, en présence de l'individu malade, que cette grande science réunit tout à la fois l'étude de l'homme et des hommes. Cependant, pour peu que la médecine se soit arrêtée sur les divers points de vue qui forment, en quelque sorte, les brillantes facettes de sa belle spécialité, la pratique lui servira, au contraire, à mieux pénétrer, à mieux connaître les secrets complexes de l'organisme, et à s'élever de ce niveau jusqu'aux plus hautes considérations. Il n'y a qu'à dérouler la série de sciences qui sont du domaine de la médecine pour montrer l'enchaînement des idées, des déductions d'où naissent les élémens indispensables à dresser une science politique; il n'y a qu'à suivre le médecin, réellement digne de ce titre, dans les services qu'il peut rendre et qu'il rend, dans la mission qu'il remplit, dans les enseignemens qu'il recueille en continuant courageusement son œuvre quotidienne, pour voir que la pratique vivifie la théorie, que la connaissance de l'homme, enfin, conduit inévitablement à la connaissance des hommes. Ceci paraît bien clair, et ne peut l'être davantage, en effet. Mais, il y a des vérités d'instinct qu'on admet, et pourtant qu'on néglige d'établir. Si la raison se mêle de corriger cette aberration, souvent le sens commun s'en étonne. Heureusement que lorsqu'on ne fait qu'être surpris d'une vérité, cette vérité ne tarde pas à être admise. Faisons donc de la logique, et réveillons au profit de tous, la paresseuse intelligence de la majorité.

Les études médicales exigent un terrain bien préparé, ou plutôt de solides assises. Les lettres et les sciences accessoires forment la substance de ces premiers matériaux, de ces élémens essentiels; et c'est sur cette base que s'élèvent les constructions unitaires de l'édifice. Si les lettres ornent l'esprit, si les sciences forment l'intelligence et la logique, les notions élémentaires de philosophie qui constituent l'une des conditions d'une bonne préparation, initient l'élève en médecine à ce monde de l'abstraction d'où l'œil plonge avec puissance, avec clairvoyance dans le domaine inférieur du monde physique. Il est vrai que le futur adepte de la science de guérir ne comprend guère, même en connaissant les principes fondamentaux de la philosophie, la fécondité d'application de cette grande manifestation de savoir humain. Mais on le sait : dans la jeunesse, les

antérieure de l'articulation; ils sont détachés en partie, amincis et dentelés sur leur bord correspondant à la perte de substance.

2° La surface articulaire inférieure gauche de l'atlas est dépouillée de son cartilage; l'os est blanc, ni plus ni moins dur qu'à l'ordinaire. La surface articulaire de l'axis correspondante à cette dernière a complètement disparu, et la perte de substance a envahi la masse latérale presque tout entière et une bonne partie du corps, ainsi que de la base de l'apophyse odontoïde. On voit sur ces dernières parties une entaille profonde et anguleuse dans laquelle la portion gauche de l'arc antérieur de l'atlas se trouve reçue. Par suite de cette perte de substance l'atlas incliné à gauche avait entraîné la tête dans ce sens. A la surface de cette perte de substance, l'os était blanc et de consistance normale.

Tout autour de cette seconde articulation, on voit une masse de matière tuberculeuse contenue dans une sorte de bourse fibreuse, close de tous côtés.

3° L'apophyse odontoïde portée en arrière est séparée de l'arc antérieur de l'atlas par un espace d'environ 7 millim. Le ligament odontoïdien transverse manque et n'a point laissé de traces. La face postérieure de l'odontoïde à l'endroit où passait le ligament odontoïdien est rugueuse et creusée d'un profond sillon. Les deux ligamens occipito-odontoïdiens sont intacts; mais allongés et amincis. Les méninges et les couches fibreuses intra-rachidiennes recouvrent encore l'apophyse odontoïde déplacée.

4° Tout autour de l'apophyse odontoïde derrière le corps de l'axis et derrière le corps des trois vertèbres suivantes, de la matière tuberculeuse forme une couche de 7 millim. d'épaisseur entre les méninges et le corps des vertèbres. Une petite quantité de cette matière s'est insinuée entre l'axis et la troisième vertèbre sur le côté gauche de leur corps et a altéré dans une petite étendue le fibro-cartilage inter-vertébral dont la couleur se rapproche de celle d'une ecchymose. La matière tuberculeuse comprimait légèrement la moelle et concourait peut-être à la paralysie. A part la légère altération que nous venons de noter les fibro-cartilages inter-vertébraux sont intacts, les méninges légèrement rouges.

Le lobe gauche et antérieur du cerveau contient trois masses tuberculeuses dures, dont la plus grosse est comme une noisette. Les deux poumons sont farcis de tubercules. Le mésentère en contient des masses très volumineuses.

La première vertèbre s'articule avec l'occipital et avec la seconde vertèbre d'une manière tout à fait exceptionnelle par rapport à la règle suivie pour les autres vertèbres; c'est sur les côtés que les rapports les plus étendus entre ces trois os se trouvent transportés; les surfaces articulaires sont vastes; elles sont horizontale et à surfaces contiguës douées de véritables cartilages et d'une membrane synoviale. Il en résulte que l'altération de ces articulations ou seulement d'une seule entraîne une inclinaison très étendue de la tête en avant, parce que les articulations médianes sont incapables de résister au poids de la tête, malgré leur solidité apparente. Ainsi les affections des cartilages de ces deux articulations latérales sont suivies des mêmes effets que celles des fibro-cartilages dans les autres vertèbres, et de plus de la compression de la moelle par suite du déplacement de l'apophyse odontoïde.

Ici deux articulations latérales étaient gravement affectées : 1° l'articulation condylienne gauche de l'atlas avec l'occipital; 2° l'articulation gauche aussi de l'atlas avec l'axis. En prenant le degré avancé de la lésion pour la mesure de l'ancienneté de la maladie, il faut admettre que l'articulation de l'atlas avec l'axis avait été affectée bien longtemps avant celle de l'atlas avec l'occipital. Dans la première, en effet, les cartilages n'avaient pas seulement disparu, mais encore le corps et la masse latérale de l'axis étaient profondément échancrés; en sorte que si cette articulation eût été seule malade, quelques-uns auraient pu se croire autorisés à admettre que le mal avait commencé par l'os et que la destruction des cartilages n'était venue qu'à la suite. Mais dans l'articulation occipito-astoïdienne, la maladie était moins avancée; les cartilages n'avaient disparu qu'à moitié, et dans l'espace où ils manquaient l'os simplement dénudé n'avait souffert ni perte de substance, ni altération de couleur, de structure ou de consistance: Il fallait donc admettre que la cause de la destruction des cartilages résidait autre part que dans les os. Or cette cause était évidemment la matière tuberculeuse qui environnait les deux articulations malades. Remarquons l'altération commençante du premier fibro-cartilage inter-vertébral, également sous l'influence du tubercule et voyons-y une confirmation de l'analogie que nous avons signalée en commençant entre les cartilages proprement dits et les fibro-cartilages.

Si la vie de cette malade n'eût été brusquement interrompue par la compression de la moelle, et que les conséquences de ces lésions organiques eussent été poussées jusqu'à leurs limites extrêmes, la poche qui contenait la matière tuberculeuse eût suppuré; elle se serait perforée; une ouverture fistuleuse eût occupé la peau du cou; du pus mêlé à des flocons tuberculeux s'en serait échappé; les vertèbres, amincies, brisées, auraient en partie disparu par fragmens. Les portions restantes, inégales, noires, eussent été regardées comme atteintes de carie, et naturellement on aurait considéré cette lésion de l'os comme le principe de l'usure des cartilages. Quant aux tubéraux, la suppuration les ayant fondus, on n'aurait eu aucune raison pour admettre leur existence.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

LEÇONS DE M. GENDRIN SUR LES MALADIES DU COEUR; recueillies et publiées sous sa direction par F. A. ARAN, interne des hôpitaux de Paris, membre de la société anatomique.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

Les maladies du cœur s'annoncent par des phénomènes pathologiques bien différens des phénomènes naturels et dont l'étude doit précéder l'étude de ces maladies en particulier.

Le premier et le plus simple de ses phénomènes, c'est la présence de *palpitations* perçues par le malade et par le médecin. Elles consistent dans l'accélération des battemens du cœur et dans l'augmentation de l'impulsion de cet organe contre les parois thoraciques. Les palpitations ont pour caractère d'être perçues par le malade. A l'état physiologique, nous ne percevons point les battemens de notre cœur, à moins d'y appliquer la main ou de diriger toute notre attention vers la sensation qui peut résulter des mouvemens de l'organe.

Distinguons deux ordres de palpitations: les unes qui se lient à un état fébrile dont elles constituent un des symptômes (alors elles indiquent que le cœur participe à l'excitation du système vasculaire sanguin, et elles s'accompagnent ordinairement de quelques symptômes généraux :

convictions naissent moins de la force de l'intelligence que de la poésie du sentiment. Pourvu que les professeurs institués pour adapter la substance des livres et des idées à la jeune intelligence des élèves, sachent comprendre, dominer et régler les conditions physiologiques de l'âge, cette poésie du sentiment ne fait au contraire que seconder les bienfaits de l'instruction. Avec elle, par elle, les grandes écoles de l'âge héroïque de la médecine et de la philosophie se sont formées et ont jeté de vives lumières.

Ainsi, voilà le futur candidat à l'initiation médicale purifié des souillures de l'ignorance, et préparé par l'esprit à voir s'élever en lui cet édifice abstrait de l'art de guérir, auquel toutes les sciences doivent tour à tour porter leur pierre. Je pourrais rechercher ici si les matériaux de l'édifice médical sont bien à leur place; si dans les chantiers ouverts à ces grandes œuvres, il y a l'ordre et le plan nécessaires à des résultats complets. Mais ces considérations m'entraîneraient si loin que j'y renonce; car, pour traiter avec quelque profondeur un tel sujet, il faut s'y renfermer entièrement : je reviens à ma genèse. Les sciences en général peuvent se diviser en deux périodes depuis leur principe élémentaire, jusqu'à leur conclusion terminale. Durant le premier qui se prolonge assez pour empiéter sur l'autre, les détails échappent à l'ensemble, l'esprit ne voit que des faits et des principes désaggrégés; durant le second, les détails s'assemblent, se coordonnent, le lien vient de lui même mettre en faisceau les faits et les principes, et l'unité naît spontanément en quelque sorte de la divisibilité, de la diffusion. Or, dès son entrée dans la carrière de l'instruction médicale, l'élève commence à apercevoir bien que dans le vague encore, quelques points lumineux du futur horizon. En prenant le scalpel pour fouiller l'organisation matérielle de l'homme, il se rend compte de la précieuse nécessité de la chimie, de l'utilité de la physique, des explications presque immédiates des sciences naturelles. Il vit encore dans l'horison retréci du détail; et pourtant son intelligence le porte sur cette large voie du second période, où il lui est permis enfin de sentir et de reconnaître un but. L'étude de la physiologie qui met en jeu l'organisation humaine, qui restitue l'activité fonctionnelle et intellectuelle, à la fibre, au cadavre, continue l'œuvre d'initiation. En même temps que l'esprit s'assimile les problêmes résolus ou à résoudre de l'organisme vivant, dans l'étroite circonscription du corps lui-même, il cherche dans les enseignemens d'autres sciences la raison des influences qui agissent sur l'individu et modifient des conditions organiques et vitales. L'hygiène, la thérapeutique, ces branches si importantes de l'art qui réalisent le but le plus élevé des sciences physiques et naturelles, agrandissent de plus en plus le point de vue. Ce n'est plus un détail, un fait sans relation avec des faits plus généraux, qui vit isolé et stérile dans la mémoire de l'adepte. Le savant qui se crée en quelque sorte de toutes pièces par cette successive assimilation, comprend de mieux en mieux la signification du but à la fois spécial et général où le conduisent l'étude de l'organisation humaine et des conditions au milieu desquelles, cette belle organisation remplit une part de ses destinées. Les sciences produisent en effet, par leur rapprochement ce phénomène de haute induction; car les détails s'expliquent par les détails, les principes se démontrent par d'autres principes, et c'est pour l'ordinaire d'élémens qui paraissent tout d'abord hétérogènes que naissent l'ordre et l'harmonie.

L'homme anormal, l'homme malade, devient bientôt avec le secours de ces données fécondes de la science, un problème moins insoluble, une énigme qui se

malaise, donlenrs, contusions dans les membres, chaleur brûlante, etc.).

Les autres, ne se liant à aucun trouble général, ne se présentent pas cependant isolées de toute perturbation de système organique : leur caractère spécial, c'est que les symptômes qui les accompagnent (pesanteur de tête, céphalalgie, congestion vers les parties supérieures) disparaissent avec elles, en sorte que, dans leurs intervalles, il ne se manifeste aucun phénomène général.

Ce second ordre de palpitations peut dépendre soit d'une affection organique du tissu du cœur, soit d'une simple lésion fonctionnelle; dans ce dernier cas, elles ne sont que l'expression d'un trouble ou d'un excès d'action de cet organe, en un mot de l'irritabilité de cet organe, augmentée par l'influence nerveuse ou mise en jeu à un degré insolite par le sang. Telles sont les palpitations qui se montrent à la suite de l'ivresse par les boissons alcooliques; celles qui se manifestent comme phénomènes de consensus, dans l'hystérie, dans les affections de la matrice ou de l'estomac; celles enfin qui résultent de certains états pathologiques, de certains troubles de l'inervation et qui reparaissent sous l'influence des causes les plus légères. Dans tous ces cas le cœur revient bientôt à ses fonctions normales et ne présente aucune lésion organique.

Lorsque les battemens du cœur sont assez énergiques pour être perçus par le malade, il se développe une sensibilité anomale du péricarde; le malade éprouve alors à la région précordiale une douleur gravative continue qui revêt souvent le caractère lancinant à chaque battement du cœur.

Les palpitations ne durent pas longtemps sans qu'il survienne bientôt de la dyspnée. Le malade éprouve de l'impossibilité à respirer dans la position horizontale et une sensation de douleur gravative vers l'insertion des muscles pectoraux. Cette influence du trouble des fonctions du cœur sur les fonctions du poumon tient aux rapports anatomiques et physiologiques de ces deux organes, rapports parmi lesquels nous devons encore comprendre la connexion réciproque de leurs systèmes nerveux.

L'accélération du cours du sang entraîne ensuite nécessairement des accidens dans la circulation générale; de là la céphalalgie, la congestion vers l'appareil circulatoire encéphalique le plus rapproché du cœur.

Pour le médecin, les palpitations se traduisent par des signes spéciaux : l'impossibilité de percevoir nettement la diastole du cœur et d'apprécier la durée des intervalles des systoles, les irrégularités des battemens, l'impulsion plus considérable; enfin la production d'un bruit de *frottement périphérique* vers le tiers inférieur de la région précordiale et dont la nature se rapproche du bruit que l'on produit en frottant obliquement du drap. Pendant les palpitations, on distingue bien un bruit de percussion; mais le bruit de diastole et de systole se succède instantanément. Les diastoles artérielles du pouls sont précipitées; on peut compter quelquefois jusqu'à 140 pulsations par minute. Les bruits du cœur irréguliers dans leurs force et dans leur fréquence sont remarquablement tumultueux.

Le propre des palpitations est de ne durer qu'un certain temps. Leur durée totale est de dix à douze heures; mais il n'est pas rare de rencontrer des sujets chez lesquels les palpitations se renouvellent à la moindre cause; ordinairement elles se suspendent la nuit.

Lorsque les palpitations sont liées à une lésion organique du cœur, elles se montrent à peu près sous les mêmes formes, c'est-à-dire comme des phénomènes purement nerveux, indépendans de tout état pyrétique; mais en général elles apparaissent plus fréquemment dans ces cas et sont très souvent spontanées, c'est-à-dire ne se rattachent à aucune cause occasionnelle appréciable.

En résumé, les palpitations ne sont que des modifications survenues dans les battemens du cœur et ne constituent pas le symptôme pathognomonique d'une maladie inhérente au tissu du cœur.

Lorsqu'elles se montrent avec d'autres phénomènes insolites, elles les masquent ordinairement, et dans quelques maladies du cœur, leur présence continue rend l'exploration difficile et quelquefois même impossible.

Ajoutons que l'appréciation exacte de leur origine est très difficile, souvent même impossible, si l'on n'a recours aux signes fournis par l'auscultation, les seuls élémens principaux de tout diagnostic.

Un deuxième phénomène pathologique, c'est *le déplacement de la pointe du cœur.* Il représente une modification dans la forme, le volume, la position de l'organe central de la circulation. Lorsque la longueur du cœur augmente, on comprend très facilement que la base étant fixe, la pointe doit occuper une position au-dessous du point ordinaire. Lorsque le cœur est abaissé par des tumeurs péricardiaques ou autres, quelle que soit leur nature, par des vices de conformation rachitiques, la pointe peut venir battre au niveau de l'hypocondre ou au-dessous des fausses côtes. Elle se porte en dehors et en bas quand le cœur est tuméfié par suite de l'amplitude des arcs que décrivent ses fibres. Le déplacement est en rapport avec l'étendue de la dilatation. Quand le cœur peut être déplacé de haut en bas, on observe l'incurvation de l'aorte en S romain, phénomène que l'on rencontre encore dans les affections avancées du cœur avec abaissement de la pointe quand la base peut être hypertrophiée; quand la pointe du ventricule gauche est hypertrophiée, elle descend au-dessous de son niveau normal et soulève la poitrine dans un espace plus considérable, un diamètre de 68 à 81 millimètres en largeur sur 27 en hauteur. Dans la dilatation avec hypertrophie du ventricule droit, le cœur est comme transversal dans la poitrine et soulève les parois dans l'étendue d'une ligne transversale qui a ses dimensions.

Dans les affections inflammatoires du péricarde, la pointe du cœur peut être relevée : ainsi on l'a vu battre au-dessous du bord de la deuxième côte. Cependant il faut se défier d'une erreur possible : le liquide transmet les battemens par un mouvement ondulatoire qui peut en imposer. Aussi quelquefois est-il presque impossible d'en préciser le siége.

Les tumeurs rachidiennes, surtout lorsqu'elles siégent sur la cinquième, la sixième, la septième et même la huitième vertèbres dorsales, peuvent déplacer le cœur à gauche. Du reste, la matité de la poitrine qui correspond à la position du cœur est un moyen sûr de mesurer la position de la pointe de cet organe.

Il existe encore un déplacement constant, c'est celui qui se produit dans les anévrismes de la crosse de l'aorte : la totalité du cœur, y compris la pointe, est portée en dehors; la pointe du cœur n'est pas abaissée et le cœur est porté tout entier dans le côté gauche de la poitrine. Dans ces cas, on tire parti d'un mouvement de soulèvement de haut en bas qu'éprouve le cœur, soulèvement entièrement indépendant de la systole de ces organes.

L'*impulsion* du cœur, considérée dans les modifications qu'elle peut

---

reste pas muette devant les patientes investigations de l'esprit. La pathologie n'est plus un pays perdu, où l'obscurité la plus complète force à marcher en aveugle dans le labyrinthe des modifications nombreuses et variées qui écartent l'organisme de la normalité de ses fonctions. A la faveur de l'hygiène et de toutes les sciences de l'ordre physique et purement intellectuel qui lui fournissent des matériaux, l'intelligence qui déjà comprend l'homme dans son essence, dans sa nature, dans sa vie propre et dans la sphère de son organisation matérielle, le comprend aussi dans une partie de ses rapports avec ce qui l'environne, avec ce qui agit sur lui. Ce n'est plus seulement l'air, la saison, le vêtement, le régime qui sont analysés dans leurs convenances avec la normalité physique de l'organisme humain; l'hygiène a un cadre plus vaste dans lequel se dessinent au premier plan, des modificateurs d'un ordre plus élevé, d'une influence plus puissante et je puis ajouter aussi, plus immédiate. Ces modificateurs sont ceux qui agissent sur l'esprit, qui servent de mobile à tous ces phénomènes, dont le caractère si élevé fait dominer majestueusement l'homme sur cette grande famille animale, au sein de laquelle on a voulu le ranger. Or, pour en bien comprendre l'influence et en calculer la portée, il ne faut pas seulement se familiariser avec une nomenclature qui étale en série une longue suite de faits; il faut encore rechercher dans les sciences où l'homme spirituel est analysé dans ses passions comme dans ses facultés, les manifestations de cette existence, les modifications qu'elles peuvent subir, les phénomènes extra-normaux et anormaux qu'elles produisent, et s'assimiler toute cette catégorie de résultats physiologiques et d'influences morbides, avec l'ordre logique qui importe à une bonne classification; il faut encore monter des faits aux principes, des principes à la doctrine pour dominer de haut, c'est-à-dire pour féconder par une vue générale ce que tant d'autres ne voient qu'à travers la confusion d'une analyse faite dans la pensée préconçue d'un but à courte portée. Et, en suivant cette marche qui nous semble la seule philosophique, la seule réellement féconde, les modificateurs de l'ordre abstrait qui agissent sur l'homme ont leur place déterminée dans le tableau des excitans physiologiques et des agens morbides. Ceux qui mettent en jeu les facultés, qui éveillent les passions, ou par l'intermédiaire des sens ou par l'intermédiaire de la mémoire, ceux qui tiennent à cette action intime de l'homme, existant sous la dépendance de la vitalité d'une idée si l'on peut ainsi dire, dont la fiévreuse élaboration ne se repose pas pendant la plus courte intermittence, tous ces modificateurs ont enfin une réalité, ils ne sont plus relégués exclusivement parmi les poétiques élucubrations du monde métaphysique. La science des causes possède ainsi tous ses facteurs, ou du moins est constituée dans un cadre qui peut et doit les renfermer tous. De ce point de vue, par conséquent, le seul d'où l'on puisse voir juste, puisqu'il permet de tout embrasser, la question de la guérison des maux de l'espèce ne se résume pas dans les lésions de l'ordre matériel; elle implique un problème plus complexe. Les limites supérieures de la pathologie dominent en quelque sorte le monde des abstractions. Aussi, combien de secrets phénomènes deviennent accessibles aux investigations intellectuelles; combien de voiles tombent devant l'œil si sagement scrutateur de celui qui sait que, pour bien juger, il ne faut pas s'arrêter seulement sur les faits d'un ordre inférieur ! Aussi, combien de cas morbides se résolvent dans la franche restitution de la normalité physiologique, parce que les causes sont bien connues, et que les effets résultent directe-

présenter à l'état pathologique, est encore un phénomène important. Le mot impulsion du cœur désigne cette percussion contre les parois thoraciques perçue au moment de la diastole ou de la systole ventriculaires par l'application de la main ou de l'oreille.

Jusqu'à présent on ne l'a considérée que comme se rapportant seulement à la systole. Turner a signalé la percussion au deuxième mouvement du cœur; malheureusement il l'a considérée comme un phénomène normal, et l'expérience démontre que ce phénomène est purement pathologique. Il a fallu arriver jusqu'à Hope pour avoir une appréciation exacte de ce phénomène.

L'impulsion systolique résulte de la projection de la pointe du cœur en avant, contre les parois thoraciques; elle se perçoit au point de ces parois correspondant à la pointe de cet organe. Le maximum de son intensité est susceptible de varier de position dans plusieurs circonstances. Plus bas qu'à l'état normal, son abaissement peut dépendre, soit d'une élongation du cœur hypertrophié, soit du refoulement de cet organe en bas par une tumeur anévrismatique on autre, siégeant vers la base; perçue plus haut que dans son siége habituel, elle se présente ainsi dans les cas d'anévrisme de l'aorte ascendante, ou bien encore dans les abcès par congestion, qui se forment sur le corps des cinquième, sixième, septième et huitième vertèbres dorsales. L'impulsion systolique suit aussi le déplacement de la pointe du cœur à droite et à gauche, et toutes les fois qu'elle se perçoit à son maximum, en deçà ou au-delà de 68 millimètres en dehors du sternum, on peut affirmer que la pointe du cœur est déviée en dedans ou en dehors. Les déviations de l'impulsion en dedans sont plus rares que les déviations en dehors: elles se lient tantôt à un anévrisme développé dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche, tantôt à une hypertrophie de ce même ventricule, tantôt, enfin, à un épanchement pleurétique liquide ou gazeux du côté gauche. Dans tous ces cas, la pointe du cœur peut se rapprocher plus ou moins de l'appendice xiphoïde, sans jamais venir se fixer au-dessous de lui.

Les déviations en bas et en dehors sont des plus communes: elles reconnaissent pour cause une tumeur développée dans le médiastin antérieur, une hypertrophie des cavités droites, ou bien encore une augmentation de volume du poumon droit (emphysème) ou un épanchement liquide ou gazeux dans la plèvre du côté droit.

Sous le point de vue de sa force, l'impulsion systolique peut subir diverses modifications; elle peut être énergique ou faible, rapide ou lente, croître ou décroître avec rapidité ou lenteur.

Sourde, obtuse, faible, lorsque le bord antérieur du poumon gauche emphysémateux vint se placer entre les parois thoraciques et la pointe du cœur (circonstance facile à reconnaître par l'auscultation et la percussion), l'impulsion perd aussi notablement de son énergie lorsqu'il existe un épanchement dans la séreuse péricardiaque, et notamment dans l'hydro-péricarde. Elle présente les mêmes caractères dans la phlegmasie de la séreuse intra-cardiaque et des gros vaisseaux.

Normalement l'impulsion croît pendant un certain temps, et décroît successivement, mais avec régularité et rapidité. Dans certains cas pathologiques, cette régularité, dans sa manifestation, peut être troublée. Ainsi, elle peut commencer d'une manière brusque, énergique, et se terminer lentement. C'est le cas des dilatations ventriculaires du cœur, sans hypertrophie: ou bien elle croît progressivement et avec lenteur, et finit brusquement; c'est le cas de l'hypertrophie sans dilatation. Lorsqu'elle marche en croissant, et ne cesse que progressivement, il y a hypertrophie avec dilatation.

Dans les cas de rétrécissement des orifices artériels, le cœur n'agit que d'une manière successive, lente, non instantanée. L'impulsion est alors allongée dans ses périodes d'accroissement et de décroissement: cela s'explique suffisamment par la difficulté que le sang éprouve à franchir les orifices artériels, les obstacles qu'il y rencontre et la force qu'il est obligé de déployer pour les surmonter.

Quand le rétrécissement siége dans les orifices auriculo-ventriculaires, l'impulsion systolique est brusque et courte, suite nécessaire de la petite quantité de sang qui peut pénétrer, à chaque révolution du cœur, par les orifices rétrécis, faible colonne de sang qu'un choc brusque et peu prolongé suffit pour faire pénétrer dans les artères.

Signalons une source d'erreur: les palpitations modifient l'impulsion systolique, au point d'en rendre les caractères pathologique méconnaissables. Que des palpitations surviennent dans une affection hypertrophique du cœur, l'impulsion devient courte, brusque, et perd son caractère d'accroissement progressif. On conçoit de quelle utilité il est de se prémunir contre une cause d'erreur aussi facile. Aussi ne saurions-nous trop répéter qu'il ne faut jamais chercher l'existence des lésions organiques pendant la durée des palpitations.

L'impulsion diastolique, qui n'est jamais un phénomène physiologique, se perçoit à son maximum sur le tiers moyen du cœur; c'est là, en effet, qu'existe la plus grande ampliation possible des ventricules, par l'abord du sang. Elle donne à l'oreille et à la main la sensation d'un ressort à boudin qui se déploie et vient frapper le thorax. Cette impulsion est toujours brusque, croissant rapidement, et décroissant de même. Elle constitue un des signes de la dilatation ventriculaire; elle accompagne aussi les affections cachectiques, et notamment la chlorose. On la perçoit encore dans l'oligarmie, mais moins prononcée que dans la chlorose.

Il arrive quelquefois que l'impulsion, mais seulement l'impulsion systolique, se perçoit à la partie postérieure du thorax. L'oreille seule peut l'apprécier; elle indique toujours une dilatation avec hypertrophie des ventricules portée très loin.

Du reste, l'application du stéthoscope ou de l'oreille vaut mieux que la main pour percevoir le bruit diastolique.

L'impulsion correspond, d'une manière exacte, aux deux bruits du cœur; elle n'en est jamais séparée. Il y a, entre ces deux phénomènes, un enchaînement si rigoureux et si absolu, que l'impulsion peut servir à l'appréciation des bruits anormaux, parce qu'elle permet de reconnaître dans quels rapports ils sont avec les bruits de systole ou de diastole.

Examinons maintenant les modifications ou les altérations que subissent les *bruits* du cœur à l'état pathologique.

Laennec n'a pas été heureux dans les modifications des bruits circulatoires qu'il a notées. « Dans l'hypertrophie ventriculaire, le premier bruit, ou bruit systolique, est sourd, prolongé, et son timbre est plus clair que dans la dilatation. » Cette distinction de Laennec est difficile à apprécier, et d'une application souvent impossible. Mille circonstances peuvent, en effet, modifier le timbre des bruits du cœur, sans lésion appréciable. Tels sont les cas de surcharge graisseuse du cœur, d'hypertrophie musculaire ou graisseuse des parois thoraciques, d'ossification des cartilages costaux, etc. Ainsi, cette proposition de Laennec est trop peu précise,

---

ment de l'influence de ces causes.

Ceci nous ouvre une voie de plus pour arriver à une thérapeutique complète ou du moins pour lui donner une plus vaste circonscription. La thérapeutique, en effet, est une autre hygiène; seulement, l'hygiène fait connaître les modificateurs qui agissent dans les conditions de notre existence, du milieu qui nous circonvient, et la thérapeutique ceux qui sont à la disposition de notre volonté pour être dirigés contre des influences pernicieuses ou pour corriger des effets morbides. Ainsi, d'un côté, l'action; de l'autre, la réaction. Ici la résistance, et plus loin la force. Il n'y a qu'à suivre à travers l'optique d'une bonne physiologie les accidens multipliés de cette lutte, pour juger de la valeur absolue ou relative des facteurs qui en composent les élémens.

Arrivé à ce résultat, le médecin ne se rendra pas seulement compte de ces grandes modifications qui constituent la maladie et exigent l'intervention de l'arsenal thérapeutique. Pour peu qu'il médite, et il y sera forcé, car une pensée pousse vers une autre, et établit en quelque sorte un nouvel échelon sur lequel il se voit obligé de monter, son intelligence s'arrêtera sur les effets des seconds plans, sur ces nuances qui séparent les couleurs tranchées des teintes fugitives où tout se mélange et se confond. Du point culminant de la synthèse où il se trouve placé, le détail brillera par l'ensemble ou plutôt l'ensemble mettra de plus en plus en évidence le détail. Aussi, il découvrira des modifications, des effets sans que la normalité physique ou morale paraisse s'être écartée de la ligne physiologique. Ces effets, ces modifications pourront ne pas avoir besoin des ressources de la médecine. Mais le médecin verra là un germe que les plus faibles circonstances pourront pousser à un rapide et puissant développement. Si ce germe se développe, de manière à modifier visiblement l'individu, sous la continuité d'influence du même ordre de causes; si cette influence se manifeste sur plusieurs au lieu de se caractériser sur un seul, il en déduira la formule d'un tempérament mixte, d'une idiosyncrasie commune aux habitans d'une localité ou aux sectateurs enthousiastes d'une idée, d'une opinion.

En comparant ces résultats à ceux que fait connaître l'histoire, en les mettant en parallèle avec le tempérament intellectuel et physique des nations, il découvrira les causes d'effets inconnus, et trouvera peut-être la raison de ces grandes différences qui séparent tel peuple de tel autre: c'est ainsi que de déduction en déduction, il pourra, ou monter dans la généralité, ou descendre dans les applications spéciales. Par cette vérification, ou la cause sera rapprochée de l'effet, et ou l'observation sur un individu, conduira à connaître la loi du caractère physique et moral de tout un peuple, il pourra dresser le tableau des modifications qui ont donné à ce peuple le cachet, en quelque sorte, uniforme de l'individualité. Seulement ce tableau sera toute une histoire. L'histoire des révolutions du sol, l'histoire du progrès intellectuel de cette nation, c'est-à-dire depuis qu'elle a commencé de comprendre qu'elle faisait partie de la grande famille des peuples: voilà l'immense cadre où se trouveront renfermées les données essentielles du caractère, du tempérament national. Que cette grande observation soit bien dressée, et que le principal élément, c'est-à-dire l'homme tel qu'il était avant de recevoir le joug de ces modifications nouvelles soit bien analysé, et ce tableau ne contiendra pas une lettre morte, une histoire sans but, il révélera les tendances des masses, il donnera presque le mot du progrès ou de l'avenir. Or, l'analyse de l'homme comme type national est une étude physiologique; l'histoire des cir-

trop générale ; mais si, à la surdité du premier bruit, il eût ajouté l'impulsion systolique successive et croissante, progressivement, son diagnostic n'eût pas été un instant douteux; de même, le bruit clair de la systole ne mérite confiance que lorsqu'il s'y joint l'impulsion diastolique et lorsque l'impulsion systolique décroît progressivement.

Une remarque importante à faire relativement au diagnostic, c'est le point *maximum* où les bruits anormaux et l'impulsion du cœur se font entendre. Supposons un bruit diastolique reconnu; s'il diminue et s'éteint à mesure qu'on s'approche du bord droit du cœur, s'il se renforce, au contraire, en approchant du bord gauche, on sera conduit à penser que la lésion, cause du bruit anormal, siége à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Si l'impulsion progressivement croissante de la systole s'entend plus spécialement à gauche, et semble s'effacer à droite, on pourra diagnostiquer une hypertrophie du ventricule gauche. Si l'impulsion correspond, au contraire, derrière le sternum et s'affaiblit en se rapprochant du côté gauche du cœur, on pourra croire à une hypertrophie du ventricule droit.

Le *bruit de diastole* peut fournir encore des données pathologiques utiles, dans les altérations ou les modifications qu'il peut présenter; ainsi, en se rappelant que le *bruit diastolique* a son maximum d'intensité à la base du cœur, s'il est plus clair, plus étendu, plus persistant qu'à l'état normal, s'il retentit jusqu'à la pointe du cœur, et sous les clavicules, si, en outre, il s'accompagne de l'impulsion diastolique, on peut être sûr de l'existence d'une dilatation des cavités cardiaques. Faisons cependant encore ici la part des palpitations; car, pendant ce phénomène morbide, les deux bruits, et surtout celui de diastole, deviennent clairs, aigus, plus retentissants, et s'entendent dans une plus grande étendue.

Les bruits du cœur se perçoivent au-delà des limites de cet organe, sur le trajet des artères, qui en émanent, par l'intermédiaire de la colonne sanguine. Cette transmission se modifie, quant à son étendue, sous l'influence de certains états morbides. Ainsi, le *bruit systolique*, qui ne se propage qu'aux artères du deuxième ordre, dans l'état normal, peut bien s'entendre plus loin, dans quelques lésions fonctionnelles ou organiques du cœur. En général, cette prolongation a lieu quand le bruit de systole est clair, prolongé, retentissant. Aussi, dans tous ces cas faut-il le suivre le long des troncs artériels, jusqu'au point où il disparaît.

Le *bruit de diastole* se prolonge aussi sur le trajet des grosses artères; mais, dans l'état physiologique, il se perd très près de la base du cœur; lorsqu'il se propage au loin, il y a état pathologique, et, en général, cette propagation a lieu lorsqu'il est clair et persistant, ce qui se présente dans la dilatation ventriculaire.

Les bruits *systolique* et *diastolique* peuvent être modifiés par suite de certaines conditions pathologiques, qui appartiennent plutôt aux progrès des maladies du cœur qu'à leur nature elle-même. La formation dans les cavités cardiaques de caillots fibrineux, de concrétions polypeuses ou polypiformes rend faibles, sourds et éteints le bruit et l'impulsion systolique. Le bruit diastolique s'affaiblit aussi notablement, et cette imperfection de circulation se décèle aussi dans les artères. En général, ces concrétions reconnaissent pour cause soit un état de repos, de ralentissement de la colonne sanguine, soit un obstacle à la circulation cardiaque, soit une insuffisante expulsion du sang, par suite d'une modification pathologique des parois du cœur, soit enfin l'affaiblissement des contractions de ces organes, sous l'influence d'une fin prochaine. Tantôt cylindriques, allongées, et se continuant dans les grosses artères, tantôt intriquées dans les colonnes charnues; tantôt en masses sphériques appendues aux parois du cœur, ces concrétions, quelle que soit leur nature, et par leur seule présence, déterminent l'apparition des signes que nous avons énumérés plus haut : extinction, affaiblissement des bruits du cœur et de l'impulsion systolique. A ces symptômes vient se joindre l'irrégularité de ces bruits, lents pendant quelques révolutions du cœur, puis se succèdent rapidement pendant les quelques révolutions suivantes. Tous ces signes caractérisent la coagulation du sang dans les cavités cardiaques, circonstance, comme on peut le penser, extrêmement grave et nécessairement suivie d'une mort prochaine.

Les modifications de structure des parois du cœur ne sont pas sans influence sur le bruit systolique et diastolique. Ainsi il est un état pathologique dans lequel les parois cardiaques sont d'un jaune chamois, hépatique, friables, molles, et que l'on caractérise sous le nom de *cœur cuir*. Cet état précède ordinairement de peu l'extinction de la vie. Les bruits du cœur deviennent alors extrêmement sourds et s'effacent presque complètement. D'une autre part, la circulation des extrémités ne tarde pas à devenir stagnante; mais dans cet état morbide, la faiblesse des bruits coïncide avec la régularité de leur rythme, circonstance qui distingue nettement cet état pathologique de celui où il existe des concrétions fibrineuses dans le cœur.

Parmi les bruits anormaux que nous devons étudier dans l'histoire pathologique de l'organe central de la circulation, il en est une classe importante, ce sont les différentes espèces de variétés du *bruit de frottement*.

Le premier bruit de frottement dont nous devions nous occuper, est celui qui se perçoit sur toute la hauteur du cœur et dans tous ses mouvements, celui qui s'entend immédiatement sous l'oreille, c'est-à-dire le bruit de *frottement périphérique*. Il a son siége dans la cavité du péricarde, entre les deux feuillets séreux qui revêtent ce sac fibreux, et, par conséquent, à la surface du cœur. Il résulte du frottement de ces deux feuillets, lorsqu'ils ont perdu le poli de leur état physiologique, ou qu'ils sont froissés l'un contre l'autre avec une certaine énergie, par suite d'une sur-activité des contractions du cœur. Tel est le cas des palpitations où le bruit de systole et de diastole s'accompagne d'un frottement sec et court, dont le timbre est assez analogue au frôlement de la main sur le drap.

Le bruit de *frottement périphérique* est très superficiel et se perçoit presque immédiatement sous l'oreille. Il s'entend à son maximum dans le point où le contact des deux feuillets péricardiques a lieu avec le plus d'énergie, c'est-à-dire à la pointe, pour le frottement périphérique, systolique, à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur de cet organe pour le frottement périphérique diastolique.

Dans l'hypertrophie ventriculaire, le bruit de frottement s'étend à un plus haut degré et dans une plus grande étendue, résultat nécessaire de l'augmentation de volume du cœur, qui remplit exactement la cavité péricardique et de l'application plus étendue des feuillets séreux l'un contre l'autre à chaque mouvement du cœur.

Indépendamment de toute altération de la séreuse péricardiaque, le bruit de frottement périphérique peut reconnaître pour cause les déviations du cœur et de son enveloppe, résultant soit d'une tumeur développée dans son voisinage, soit d'une incurvation pathologique du rachis.

---

constances et des influences par lesquelles il devient ce qu'il est, une étude hygiénique; et la cause et les effets étant trouvés, le dernier terme de cette trilogie médico-sociale, ne doit pas rester dans le domaine de l'inconnu. Ainsi, la thérapeutique civilisatrice ou gouvernementale se formule d'elle-même et indique bientôt des révolutions à produire dans le sol, dans l'éducation, dans l'enseignement, dans le caractère des rapports, dans la division du travail, révolutions, d'ailleurs, dont la nécessité est si profondément sentie, que leur approche se révèle toujours par les agitations symptomatiques de l'instinct populaire.

Voilà donc où doit arriver le médecin, qui, en s'assimilant progressivement les sciences dont il a besoin pour oser fouiller dans les secrets de la nature humaine, les a étudiées, en obéissant à ce mouvement d'ascension qui fait aller des faits d'un ordre inférieur aux faits d'un ordre supérieur. Ceci s'appelle philosopher; car la philosophie consiste dans l'induction, ce travail actif de l'intelligence, par lequel on arrive bientôt au point culminant où il est permis de toucher et de comprendre le but. Or, ici le but est devenu visible, après avoir fait successivement parcourir à l'adepte médical toutes les assises de la science. Et ce but, loin de consister dans un enrollaire d'une étroite portée est le plus large, le plus complet qui existe, puisqu'il a pour objet de réaliser le bien physique et le bien moral chez les individualités comme chez les nations qui composent la grande famille humaine. Il est vrai qu'ici l'hypothèse a tout fait: qu'au lieu de demander aux grands faits historiques et aux grandes autorités ou des exemples ou des argumens, j'ai préféré attacher moi-même un à un les anneaux de la chaîne qui part des basses régions de la science, pour la fixer ensuite au sommet le plus élevé. Mais cette indépendance de la théorie ne peut naître que de l'incontestable vérité des faits. En comparant, en effet, l'existence des sociétés à la vie de l'homme, l'individualité à la généralité, que de points de contact, que de traits de ressemblance rendent l'un le résumé et l'expression vivante et condensée de l'autre! Il n'y a pas jusqu'à ces décrépitudes sociales qui ne ressemblent trait pour trait à la vieillesse des individus, jusqu'à ces tourmentes, à ces agitations fébriles qui soulèvent les masses dont les caractères ne puissent être comparés aux accidens morbides qui passent sans cesse sous les yeux aguerris du médecin! Il est donc tout naturel que l'étude de l'homme isolé conduise induction par induction, par la voie philosophique enfin, à l'étude des hommes, et que le médecin qui a suivi cette route en esprit clairvoyant puisse formuler son opinion sur les influences du passé d'une nation, sur les caractères physiologiques de son existence, sur les tendances nécessaires de son avenir. C'est pour lui de la pathologie sur une grande échelle, avec cette différence que l'état morbide existe dans ce cas, moins au physique qu'au moral.

Toutefois, cette grande question de la compétence directe du médecin en matière sociale et politique a été à peine effleurée dans son ensemble. Je dois donc entrer dans des détails, et puis suivre le médecin dans sa carrière de labeur, de dévouement et d'expérience pour prouver qu'elle lui sert beaucoup aussi à pénétrer les problèmes de l'ordre et politique et social; j'en ferai l'objet de quelques lettres qui suivront rapidement celle-ci.

Ed. Carrière.

Le frottement dans ces cas s'entend d'une manière constante en l'absence des palpitations, mais seulement vers le point où le péricarde est comprimé.

La circonstance pathologique la plus importante de ce bruit, c'est certainement sa présence presque constante dans les phlegmasies de la séreuse péricardiaque, dont il constitue un des signes les plus tranchés. Il se manifeste lorsque la surface séreuse du péricarde a perdu son poli et s'est recouverte d'une couche pleuro-membraneuse. Son timbre est sourd, un peu rugueux; il n'est pas sec comme dans les palpitations.

On le perçoit ordinairement à deux périodes de la péricardite, au début de la phlegmasie, lorsque la surface séreuse enflammée perd son poli en se recouvrant d'une exsudation albumineuse ou couenneuse, et, vers la fin de la maladie, lorsqu'à la résorption de l'épanchement succède la formation de pseudo-membranes celluleuses ou cellulo-fibreuses. Pendant la période d'état de la maladie, c'est-à-dire pendant la période de l'épanchement, le bruit de frottement disparaît entièrement, pour se reproduire lorsque sa résorption permettra aux feuillets enflammés de la séreuse de se rapprocher.

A l'étude du bruit de frottement périphérique se rattache naturellement celle des bruits de frottement internes ou intra-cardiaques, c'est-à-dire se produisant dans les cavités du cœur, et, par conséquent, inhérens aux actes, aux mouvemens de cet organe; ils résultent des modifications de disposition relative du sang et des parois sur lesquelles cette masse de sang glisse.

Ils doivent être distingués, d'après leur rapport avec les différentes périodes des actes du cœur, c'est-à-dire d'après leur rapport avec la diastole et la systole. On ne pourrait, en effet, arriver à un diagnostic précis et indiquer le siége exact de la cause du bruit morbide, si l'on se contentait de signaler qu'il existe dans le cœur un bruit de frottement, même en spécifiant minutieusement ses caractères, si on ne le rattachait à l'un des actes du cœur. Il faut savoir, en outre, s'il accompagne, s'il précède ou s'il suit la systole ou la diastole; connaissant alors le trajet que le sang parcourt pendant ces périodes de la circulation cardiaque et l'orifice qu'il traverse dans un moment donné, on pourra facilement en induire que la cause du bruit anormal siége dans telle ou telle partie du cœur. Ainsi, 1° pour les *bruits systoliques* nous distinguerons :

1° Les *bruits systoliques* proprement dits, ou qui commencent avec la systole et qui finissent avec elle, sans se prolonger dans la périsystole. Ils résultent d'obstacles au cours du sang existant dans la cavité ventriculaire elle-même, de rugosités, de lésions, siégeant sur les parois des ventricules. On les entend à leur maximum, au niveau même des points où existent ces lésions.

2° Les *bruits périsystoliques*, c'est-à-dire ceux qui commencent à la fin de la systole, et occupent le temps de la périsystole. Ils sont produits par des altérations, des obstacles, siégeant à l'origine des gros troncs artériels, ou dans ces vaisseaux eux-mêmes. Ces bruits se détachent d'autant mieux du bruit systolique que la lésion est à une distance plus étendue du cœur. Lorsque le bruit de frottement est systolique et périsystolique à la fois, on pourra certifier qu'il y a en même temps obstacle à la circulation dans la cavité cardiaque et artérielle.

3° Enfin, les *bruits présystoliques*, ou qui précèdent la systole en se continuant ou non avec elle, se rattachent à des rugosités existant sur le plancher des valvules mitrale et triglochine, du côté que regarde la cavité ventriculaire.

2° Pour les bruits liés à la diastole nous distinguerons également les bruits *diastolique, prédiastolique* et *péridiastolique*. Ces bruits, qui se rapportent à l'acte du cœur, dans lequel le sang pénètre de l'oreillette dans le ventricule, sont la représentation de lésions aussi fréquentes que les premières.

1° Les *bruits de frottement prédiastoliques* se font entendre quand la colonne sanguine, en passant de l'oreillette dans le ventricule, rencontre des rugosités sur le plancher auriculaire des valvules mitrale et triglochine. Si les rugosités s'étendent jusqu'au bord libre des valvules, ce bruit se prolonge dans la diastole et s'y termine.

2° Les *bruits péridiastoliques* établissent l'existence d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, en même temps qu'une dilatation des ventricules.

3° Les *bruits de frottement diastoliques* se retrouvent si l'altération occupe exclusivement le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires, sans intéresser leur bord adhérent ou l'orifice proprement dit. Le bruit ne commence qu'avec la diastole et se termine avec elle.

Dans une affection, à laquelle on a imposé récemment le nom d'endocardite, le bruit de frottement diastolique se retrouve coïncidant avec le mouvement de la colonne sanguine et son entrée dans les ventricules. Le bruit de frottement est alors simple ou double : simple, il est diastolique; quand il est double, il est à la fois diastolique et périsystolique; il a lieu dans la fin de la systole, parce qu'il résulte des rugosités du plancher des valvules et des colonnes charnues elles-mêmes. Ce bruit de frottement périsystolique, comme le diastolique, reconnaît pour cause la présence d'indurations ou boursoufflement de la membrane interne. Il se distingue des bruits artériels, parce qu'il n'occupe que le cœur, et ne s'étend pas au-delà.

L'appréciation du *timbre* des bruits anormaux du cœur n'est pas sans importance pour déterminer la nature des obstacles qui produisent le bruit de frottement : ainsi le *timbre sourd* du bruit indique que l'obstacle n'est pas dur, résistant, mais d'une certaine mollesse; le *timbre sec*, au contraire, est l'indice d'un obstacle résistant, sans élasticité; aussi se lie-t-il en général à la présence d'ossification des valvules artérielles ou auriculaires. Dans quelques circonstances, le bruit de frottement est *ronflant et sourd*; il indique alors diverses cachexies dans lesquelles la nature du sang est modifiée (affections chlorotiques, scorbutiques, cancéreuses); d'autres fois, le bruit de frottement est comme *frémissant*; il se lie alors au frémissement cataire et caractérise un obstacle qui produit des oscillations sous l'influence des mouvemens circulatoires du sang dans les cavités cardiaques. Ainsi il se manifeste avec ce caractère lorsqu'il existe dans un point de ces cavités, ou à leurs orifices, des productions flottantes, ou, dans les cas d'implantation, des colonnes charnues, à 5 ou 7 millimètres du bord libre des valvules auriculo-ventriculaires, circonstance qui permet au bord libre de se replier vers la cavité du ventricule et d'être soumis à des vibrations lorsque le sang contourne des valvules.

Disons encore quelques mots d'une dernière variété de ces bruits, qui présente de l'intérêt sous le rapport des lésions, dont il est l'indice pathognomonique; nous voulons parler du *bruit de frottement double*, ou *bruit de va et vient*; il siége d'une manière constante à l'origine des grosses artères, et dépend de la destruction ou de l'insuffisance des valvules sygmoïdes. Il est présumable que ce bruit double résulte, d'une part, du passage du sang à travers l'orifice artériel; d'autre part, de la rentrée dans le ventricule de la portion de sang qui vient normalement frapper en retour les valvules sygmoïdes fermées. L'insuffisance de ces valvules peut être le résultat soit de l'induration de leurs parties constituantes, soit de l'érosion d'un de leurs points, ou de leur atrophie, ou enfin de leur perforation; dans ce cas, le deuxième bruit de va et vient est constamment sibilant.

Il est dans les maladies du cœur un signe désigné par Laennec sous le nom de *frémissement cataire*, parce qu'il ressemble au bruit ronflant que font entendre les chats quand ils expriment leur joie, et qu'il transmet à la main l'impression d'un frémissement, comme celle qui se perçoit quand on passe la main sur le dos d'un chat qui fait entendre ce bruit ronflant. Le frémissement cataire se perçoit à la région précordiale par l'application de la main sur cette région, et aussi par l'ouïe, qui transmet à la fois le timbre et les caractères du frémissement. C'est donc un phénomène complexe qui se traduit tout à la fois par un bruit et par un mouvement, et qui est soumis à l'appréciation de deux sons, l'ouïe et le toucher. Il est plus ou moins prolongé et constitué par des oscillations plus ou moins serrées.

Pour mieux l'apprécier et en comprendre le siége, nous le rapportons aux différens temps de la révolution des mouvemens du cœur; ainsi, nous distinguerons le frémissement cataire suivant qu'il accompagne ou précède, ou suit la systole ou la diastole. En général, il est dû à des indurations, à des productions morbides flottantes sur le trajet que doit parcourir le sang, productions susceptibles de donner lieu à des vibrations plus ou moins fortes sous l'influence de l'impulsion sanguine. Si ces indurations flottantes existent au pourtour de l'orifice de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, le frémissement accompagne la systole et finit avec elle. Nous l'appelons *frémissement systolique*; si les indurations existent dans la cavité artérielle, le frémissement sera *périsystolique*.

Dans le cas de vice d'implantation des colonnes charnues, que nous avons signalé plus haut, on perçoit un frémissement cataire *prédiastolique* très prononcé.

Enfin, le frémissement sera *diastolique* lorsque l'obstacle flottant, occupant les parois ventriculaires, sera refoulé par le flot de sang chassé par les oreillettes. Tel est le cas, par exemple, de rupture d'une colonne charnue, en butte alors à l'impulsion d'une colonne sanguine.

Lorsqu'il existe des concrétions polypeuses, sphériques et oscillantes dans les cavités cardiaques, il se produit un frémissement constamment obscur et ronflant. Si ces concrétions s'interposent entre les segmens des valvules, de manière à les empêcher de fermer, le frémissement devient double et prend un caractère de *va* et *vient* tout à la fois périsystolique et prédiastolique.

Le bruit de frémissement est susceptible de varier d'intensité; mais il est en général, pour sa force, subordonné à l'activité de la circulation.

Ainsi, quand le sang a diminué de quantité, par exemple après les déplétions sanguines; quand le mouvement circulatoire a peu d'énergie; les vibrations, moins fortes, moins faciles à percevoir, peuvent même quelquefois disparaître.

Lorsque le frémissement est dû à des productions polypeuses très mobiles et variables dans leurs positions il présente des alternatives de disparition et de réapparition par suite du déplacement de leur extrémité flottante.

Dans les affections organiques du cœur, un phénomène important, c'est *l'état des veines jugulaires*, soit qu'elles soient gonflées par le sang, soit qu'elles présentent des pulsations isochrones à celles du pouls. Dans le premier cas; c'est-à-dire lorsqu'il y a simple engorgement de la veine sans battemens, non seulement elle paraît gonflée, mais encore si on la vide par le refoulement du sang de haut en bas, elle se remplit immédiatement par le retour du sang de bas en haut. Ce phénomène de reflux sanguin peut s'étendre jusqu'aux veines thyroïdiennes, et même jusqu'à la jugulaire antérieure. On a cherché à le rattacher aux maladies du cœur, mais il existe aussi chez un assez grand nombre de tuberculeux. Dans les maladies du cœur, il existe à son maximum quand les malades toussent. Ce retour du sang n'est pas dû à la contraction des ventricules, et par conséquent n'a pas l'intermittence de cette contraction; mais il résulte de la réaction de l'oreillette sur le sang qui la distend et dont un rétrécissement à l'orifice auriculo-ventriculaire doit gêner l'entrée dans les ventricules. Cette récurrence dans les jugulaires, quoiqu'elle ne soit pas en rapport avec la systole ventriculaire, n'est pas pour cela continue. Aussi elle coïncide avec le temps de la circulation cardiaque qui précède la diastole; c'est-à-dire qu'elle est prédiastolique. Ce phénomène de reflux du sang, par suite du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, se lie presque constamment à l'hypertrophie de l'oreillette droite, résultat nécessaire d'un obstacle qui existe à cet orifice, et des efforts exagérés de l'oreillette pour le vaincre.

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire lorsque le gonflement de la veine jugulaire s'accompagne de battemens isochrones aux pulsations artérielles, cette récurrence se présente surtout lorsqu'il existe un engorgement dans les poumons. Ce symptôme est toujours très grave, soit par la nature des lésions qu'il suppose, soit par les troubles circulatoires locaux ou généraux, dont il est presque nécessairement accompagné. En effet, d'une part, pour les lésions qu'il suppose, il résulte en général du rétrécissement d'un orifice artériel et de l'hypertrophie ventriculaire correspondante. Dans le cas de rétrécissement et d'hypertrophie vers le ventricule droit, cette récurrence est due à la gêne qu'éprouve le sang pour franchir l'orifice artériel. De là, reflux dans l'oreillette, et de proche en proche dans les gros troncs veineux, sous l'influence de la contraction ventriculaire, et par conséquent dans le même temps. Aussi, lorsque les battemens des jugulaires reconnaissent pour cause une lésion de l'artère pulmonaire et du ventricule droit, ils sont portés à un haut degré, et se font percevoir quelquefois même dans la veine jugulaire antérieure.

Différens états du sang des parois artérielles et des orifices du cœur peuvent imprimer des modifications aux bruits artériels. La production de ces bruits anormaux se rattache à la production de vibrations sonores dont la cause initiale peut être purement vitale. Lorsqu'on applique son oreille sur le larynx, on entend un bruit de soufflet ronflant très prononcé, résultat des modifications que la colonne aérienne éprouve dans sa rapidité; eh bien! par suite de la modification du calibre des canaux, toutes les fois qu'un liquide passe d'une partie plus large en une partie plus étroite, et réciproquement, ou qu'il traverse des canaux rugueux, il se forme des courans et des contre-courans qui déterminent des bruits anormaux. Ces vibrations se modifient sous l'influence de la rapidité du courant qui les rend plus intenses ou plus faibles. Les qualités constituantes des liquides modifient souvent les bruits artériels. En effet, le sang, liquide composé de matières aqueuses, de sels dissous et de fibrines, matières solides, de gaz combinés ou libres, toutes les fois qu'il éprouve des changemens dans les quantités relatives de ces diverses parties présentera des modifications dans ses vibrations normales.

La cause du bruit de frottement artériel repose sur deux conditions : 1° l'exagération de la vitesse du sang; 2° le passage rapide du sang des artères dans les veines aux extrémités. C'est là ce qui produit le bruit placentaire, le sang restant le même dans sa nature.

Les lésions des tubes artériels peuvent donner naissance à ces bruits de frottement. Ils résultent alors d'un obstacle au libre passage au glissement de la colonne sanguine lancée par la systole dans les tubes artériels d'un certain diamètre : cet obstacle peut être purement physique et étranger aux parois artérielles, ou bien il peut consister dans un altérateur pathologique de ces mêmes parois. C'est ce dont on peut se convaincre en comprimant une artère, la crurale, par exemple, avec les bords du pavillon du stéthoscope; il se produit aussitôt du frottement, qui cesse dès que la compression n'est plus exercée.

Lorsque les parois artérielles sont boursoufflées ou indurées, il se produit du frottement. On le retrouve encore lorsque ces mêmes parois présentent des ulcérations. Observons que lorsque ces ulcérations ont perforé les tuniques internes et creusé des excavations sous la tunique cellulaire, le bruit de frottement prend un caractère de sibilance très prononcé. La présence des néoplasmes, des rugosités sur la membrane interne donne lieu au même phénomène, et lorsque ces rugosités sont mobiles et pédiculées, il prend le caractère frémissant.

Le *bruit de frottement artériel* revêt encore plusieurs autres caractères. Ainsi, il devient plus ou moins *sec* ou *sourd*, suivant la nature de l'obstacle; *sec*, quand cet obstacle est cartilagineux ou osseux, ou bien est dû à des concrétions calcaires; *sourd*, quand l'obstacle est mou et charnu.

L'intensité de ce bruit varie beaucoup, suivant la profondeur de l'artère (en raison inverse de laquelle elle existe), suivant la forme circulaire de l'obstacle qui le rend très marqué, la vitesse de la circulation, la facilité du passage du sang dans le système vasculaire, la naissance des branches artérielles (à cause de la présence de l'éperon qui fait saillie dans l'intérieur du tube de l'artère), les incurvations artérielles qui peuvent le produire indépendamment de toute lésion, la grossesse, la densité ou la mollesse des parties qui séparent les parois artérielles de l'oreille de l'observateur; aussi l'entend-on très bien dans la crosse de l'aorte, et cela par plusieurs causes : l'impulsion plus forte du sang, l'incurvation de l'artère, enfin par la présence du sternum. Voilà encore pourquoi on entend le frottement dans le tronc basilaire en appliquant le stéthoscope sur le pourtour de l'orbite. Ce bruit est conduit par les parties osseuses, et son importance est fort grande; car la lésion du tronc basilaire est d'une haute gravité à cause de sa connexion avec les artères cérébrales.

Le frottement qui résulte d'un changemens dans la composition du sang s'observe dans toutes les cachexies; c'est là une source fréquente d'erreurs de diagnostic. Il importe donc de distinguer le frottement produit par une modification dans la nature du sang et celui qui est produit par une ulcération des parois artérielles.

Indépendamment des signes qu'on peut tirer de l'état général du malade, le frottement artériel des cachectiques s'observe dans toute l'étendue du système vasculaire. Il est renflant, souvent renflé à son centre comme le bruit que font entendre les jouets d'enfans connus sous le nom de *diable*. Ce dernier caractère existe plus spécialement dans la chlorose, dans les altérations des parois artérielles; le frottement est local, circonscrit, sec et nullement ronflant.

Le bruit de frottement ne s'entend que dans les artères d'un volume un peu considérable. Dans celles d'un petit volume, il ne s'entend plus, parce que le cours du sang s'y ralentit. Du reste, les bruits de frottement cachectiques ne s'entendent que dans la périsystole.

Mentionnons encore un autre bruit de frottement qui se produit dans les palpitations et seulement au milieu de la hauteur du cœur chez des individus affectés de dilatation de cet urgane : on entend alors un souffle profond très rapidement terminé, jamais rugueux.

Parmi les symptômes des affections organiques du cœur, il en est un que l'on rencontre très fréquemment et qui est en quelque sorte inhérent à certaines formes de ces affections, c'est *l'œdème pulmonaire*. L'œdème pulmonaire est un phénomène qui se rattache à la gêne de la circulation dans les artères et les veines pulmonaires et bronchiques, par conséquent à un obstable à la circulation cardiaque existant surtout aux orifices auriculo-ventriculaire ou aortique du ventricule gauche. Il est le résultat d'une infiltration d'un liquide séreux dans les intestins des lobules du poumon. Il s'annonce par l'oppression, la respiration courte, gênée et le râle crépitant, humide, à petites bulles, sans diminution très notable de sonorité. Presque toujours, il précède l'œdème des extrémités. La lésion du cœur à laquelle il se rattache le plus souvent est un rétrécissement des orifices des cavités gauches; mais il peut aussi coïncider avec le rétrécissement des orifices des cavités droites.

Les *hémorragies pulmonaires* n'ont une très grande intensité que chez les sujets affectés de maladies du cœur. Dans cette hémorragie, le sang s'infiltre dans le parenchyme et le convertit en un tissu noirâtre, homogène, qui a l'aspect de la truffe. A un degré plus avancé de l'hémorragie, le poumon se creuse de véritables foyers hémorragiques; enfin le sang peut s'infiltrer sous la plèvre et s'épancher dans la cavité pleurale. Dans un très grand nombre de cas, ces hémorragies se rattachent à un rétrécissement de l'aorte, à son origine, ou de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. La présence de crachemens de sang abondans, de douleur au côté, de toux, peut être considérée comme se rattachant à une maladie du cœur avec gêne du passage du sang à travers les orifices aortique ou

ventriculaire gauches; ce symptôme sert à fixer le diagnostic qui est toujours grave dans ces cas.

La *congestion hépatique* est un symptôme de maladies du cœur plus constant que l'hémorragie pulmonaire. Cet engorgement provient d'une gêne dans la circulation de la veine cave ascendante, par conséquent des veines sushépatiques et par suite de la veine porte. Elle se montre beaucoup plus fréquemment liée à des obstacles à la circulation dans les parties gauches du cœur et entraînant la congestion d'abord vers le poumon, puis vers le foie. Le malade est pris de douleurs dans l'hypocondre droit avec difficulté de respirer, dépendant de la congestion pulmonaire, douleur profonde augmentée par la pression, la marche et le coucher sur le côté droit et que le malade rapporte à la ligne médiane. Tout à coup, dans ces congestions, on voit paraître des phénomènes tympaniques. Le ventre se ballonne, devient douloureux à la pression par suite de cette congestion du système veineux abdominal. Le plus haut degré de cette congestion veineuse s'accompagne quelquefois d'hémorragies gastro-intestinales, signe constamment de mauvaise augure; car cette congestion du système veineux abdominal s'oppose à la nutrition. Les malades maigrissent rapidement épuisés par les hémorragies.

Cet obstacle à la circulation de la veine cave ascendante dépend d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou de l'artère pulmonaire; coïncidant avec l'hémorragie pulmonaire, il indique toujours un rétrécissement porté très loin dans les orifices du ventricule gauche.

Signalons encore parmi les phénomènes pathologiques liés aux maladies du cœur, les *vergetures*, les *taches bleuâtres*, les *taches violacées*, comme scorbutiques, que l'on observe sur différentes parties du corps; les différentes *gangrènes* dites *spontanées* qui apparaissent sous l'influence d'altérations profondes dans l'organe central de la circulation.

En général, ces symptômes ne se montrent que dans les maladies du cœur déjà anciennes et portées très loin; en effet, ils annoncent une altération profonde apportée dans l'organisme, une viciation de l'acte nutritif qui s'est successivement introduite dans l'économie. Mais cette modification générale des tissus une fois admise, la localisation de ce désordre ou plutôt sa manifestation locale paraît placée sous l'influence, non pas de l'action immédiate du cœur, mais du mode de vitalité particulier à tel ou tel organe; circonstance facile à expliquer si l'on admet que dans les organes la circulation capillaire n'est pas exclusivement sous l'influence du cœur, mais que le système nerveux de la partie, ainsi que plusieurs autres conditions puisées dans la nature même, et les fonctions de cette partie interviennent puissamment dans l'acte circulatoire et communiquent aux tissus une vie spéciale aussi constante dans les phénomènes physiologiques que les phénomènes pathologiques.

Cette vie propre de chaque organe trouve un nouvel argument dans le développement inégal ou disproportionné de plusieurs d'entre eux; ainsi le thymus, quoique soumis au même système circulatoire, s'atrophie et disparaît par degrés après la cessation de la vie fœtale; cela s'applique encore au foie qui, sans s'atrophier à la naissance, se développe cependant avec moins d'activité que le reste du corps et ne conserve pas un volume relatif aussi considérable.

En appliquant ces considérations au sujet qui nous occupe, nous dirons: 1° que le rôle immédiat de toute lésion organique dans la production des phénomènes pathologiques dont il est question consiste à déterminer par le trouble du mouvement circulatoire général une altération de la nutrition et par suite une détérioration dans les propriétés vitales des tissus; 2° que suivant la vitalité et la texture des organes, la nature de leurs fonctions et quelques circonstances accidentelles, il se manifeste, dans tel ou tel d'entre eux, soit de simples ecchymoses, des suffusions sanguines des sugillations violacées ou livides, soit des gangrènes plus ou moins étendues.

Un fait intéressant et qui rentre aussi dans les considérations que nous venons d'exposer, ce sont les *métastases des infiltrations œdémateuses* qui accompagnent si fréquemment les maladies du cœur. Sénac a insisté particulièrement sur cette circonstance et en a rapporté plusieurs exemples remarquables; ainsi l'histoire pathologique du cœur renferme bon nombre d'observations dans lesquelles on a constaté qu'un œdème général, après avoir été combattu pendant un certain temps, disparaît tout à coup pour être remplacé par un hydro-thorax ou un hydro-péricarde; par exemple. Il faut nécessairement, pour l'intelligence de ces faits, prendre en considération l'influence exercée sur la circulation capillaire par les organes eux-mêmes. Ainsi, dans le cas que nous avons précédemment cité, d'un œdème général chez un individu affecté de maladie du cœur, il survient une modification dans la vitalité de certains organes, tels que le poumon, la plèvre, le péricarde, le péritoine; la diathèse séreuse se localise et il survient, soit un hydro-thorax, soit un hydro-péricarde, soit une ascite qui acquièrent une intensité plus ou moins considérable, et qui sont d'autant plus rebelles qu'ils existent sous l'influence d'une cause générale fort difficile elle-même à combattre.

Terminons l'exposé des divers états pathologiques liés aux affections organiques du cœur par un symptôme non moins remarquable, la *cyanose* ou *cyanopathie*, c'est là un phénomène que l'on a été amené à regarder comme le résultat du mélange du sang noir avec le sang rouge depuis qu'on l'a trouvé, dans quelques circonstances, lié à la non-oblitération du trou de Botal ou du canal artériel. Cette cause de la cyanose est restée vraie et n'a pas été contredite par les observations subséquentes; mais les recherches d'anatomie pathologique ont démontré que dans certains cas de cyanose, le trou de Botal et le canal artériel étaient oblitérés, et que, par conséquent, il fallait aller chercher ailleurs que dans leur non oblitération la cause de cette maladie. Cette cause a d'abord été méconnue, et les pathologistes, tout en avançant qu'elle était inappréciable, ont voulu expliquer ces faits par un trouble intense de l'acte circulatoire. Aujourd'hui, il est reconnu que la cyanose, lorsqu'elle n'est pas due à la persistance du canal artériel ou du trou de Botal à sa source, dans une communication pathologique des gros vaisseaux artériels et veineux de la base du cœur. Ainsi, on l'a trouvée produite par une ulcération correspondante de l'aorte et de l'artère pulmonaire, par un anévrisme de cette dernière artère, ou d'une de ses branches ouverte dans l'aorte.

Il est cependant des cas où l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucune communication du sang veineux et artériel par les gros vaisseaux. La cyanose est alors le résultat d'une affection organique dans l'organe central de la circulation. Ainsi nous avons trouvé ce phénomène pathologique coïncidant tantôt avec une hypertrophie du ventricule droit portée très loin, tantôt avec un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou gauche, et de l'origine de l'aorte, tantôt avec des anévrismes de l'artère pulmonaire.

Dans tous ces cas, il est probable que la circulation, perdant son activité dans les capillaires pulmonaires, c'est dans ce système capillaire qu'a lieu la communication du sang noir et du sang rouge par l'intermédiaire des anastomoses multipliées entre les artères et veines bronchiques et les artères et veines pulmonaires, anastomoses si bien décrites par Semmering, et que l'on reconnaît dans ces cas très facilement, surtout dans les scissures inter-lobaires.

La cyanose, ainsi que l'indique son nom, se manifeste par une coloration bleuâtre des téguments (ictère bleu des auteurs). Cette coloration n'est pas partout également sensible. En général, elle se montre plus spécialement aux lèvres, aux ailes du nez, aux bords des paupières, aux replis des conjonctives, en un mot, dans tous les points où le système capillaire artériel est le plus développé et le plus riche.

Il est important de distinguer la coloration bleuâtre de la cyanose de celle assez semblable qui résulte d'une asphyxie commençante. Cette distinction est, en général, facile toutes les fois que les phénomènes de l'asphyxie naissent et se succèdent rapidement. Elle peut être difficile lorsque l'asphyxie marche avec lenteur. Toutefois on se trompera rarement si l'on examine avec attention les symptômes qui accompagnent la coloration bleuâtre des téguments. En effet, l'asphyxie, même lente, est toujours caractérisée par des troubles généraux, qui manquent dans la cyanose, tels que la gêne de la respiration, l'anxiété, l'aggravation incessante de l'état du malade. La cyanose, au contraire, et il ne s'agit pas ici de la cyanose congénitale, peut s'ajouter aux autres symptômes de la maladie du cœur sans accroissement de l'oppression de la dyspnée et sans aucun état pathologique quelconque. D'autre part, elle peut persister pendant plusieurs années sans aggravation marquée dans les symptômes et avec des alternatives d'augmentation et de diminution. Cette différence est, d'ailleurs, facile à saisir, car, dans l'asphyxie, c'est l'hématose qui est compromise, c'est-à-dire que le sang veineux ne subit qu'incomplètement sa transformation artérielle, et va porter dans tous les tissus des principes inassimilables, et par cela même délétères. Dans la cyanose il n'y a qu'un transport d'une certaine quantité de sang noir dans le sang hématosé, qui renferme toutes les conditions propres à la nutrition des organes, et ce mélange des deux systèmes vasculaires sanguins ne prive pas le sang revivifié des propriétés qu'il a acquises dans le poumon.

Il nous paraît à peine utile de dire qu'on ne doit pas confondre avec la cyanose les taches bleuâtres et circonscrites de la peau, les ecchymoses, les suffusions sanguines liées aux affections du cœur; ces dernières sont toujours locales. La cyanose est constamment un phénomène général, puisqu'il résulte d'une coloration anormale de toute la masse du sang artériel qui se distribue aux diverses parties du corps.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES ASCITES CONSÉCUTIVES AUX FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. CARUEL, D. M. P.

Monsieur,

Je viens de lire, dans votre estimable journal, une observation remarquable d'hydroperitonie, suite d'une hypersplénotrophie guérie par le sulfate de quinine. Le judicieux auteur de cette note ne cite qu'un seul fait; je crois de l'intérêt de la science et de l'humanité de dire que j'ai observé une quinzaine de faits pareils à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piorry, de 1834 à 1837. Ces observations recueillies avec soin par plusieurs médecins et internes des hôpitaux, en présence d'un grand nombre d'élèves, nous ont prouvé que l'ascite de cause splénique se dissipait dans un laps de temps très court, sous l'influence du sulfate de quinine.

A part l'efficacité des évacuations sanguines locales et générales, ou des révulsifs dans le traitement des douleurs spléniques (efficacité que nous n'avons pas le moins du monde observée à la clinique de M. Piorry), les opinions qui ont été émises par M. Nonat, et les faits qu'il a publiés sont exactement semblables à ceux que nous avons observés.

A M. Bally la gloire (et c'en est une) d'avoir vu que le sulfate de quinine diminuait le volume de la rate;

A M. le professeur Piorry, d'avoir prouvé que cet organe était toujours malade dans les fièvres intermittentes légitimes;

A lui d'avoir mesuré cet organe, d'avoir prouvé que tant qu'il reste malade, le traitement doit être continué; à M. Piorry d'avoir démontré que dans les hydropisies spléniques le sulfate de quinine guérit avec promptitude.

Témoin oculaire de la thérapeutique mise en usage par M. Piorry, et des heureux résultats qui en ont été la suite, j'ai cru devoir rendre à César ce qui appartient à César.

L'hydropisie splénique aussi commune peut-être que l'ascite rénale est celle que l'on guérit le mieux, et il est juste que les travaux de ceux qui ont fait connaître ce fait important ne passent pas inaperçus.

J'ose espérer, Monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien insérer ma lettre dans un de vos plus prochains numéros.

Agréez, etc.

SUR L'EMPLOI DE LA GLACE EN MORCEAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. LEMAZURIER, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Monsieur,

Jaloux de contribuer, autant que je le puis, aux progrès de la thérapeutique, j'emprunte la voie de votre journal, pour proposer aux médecins l'emploi d'un moyen qui n'est pas nouveau, mais dont l'application m'a paru nouvelle, au moins dans les cas où j'y ai eu recours, je veux parler de l'introduction réitérée de la glace en petits morceaux dans la cavité buccale, dans les encéphalites, dans les fièvres typhoïdes, et dans tous les cas où l'on applique depuis longtemps de la glace ou des liquides froids sur le sinciput.

Je fus conduit à faire cette application, par la difficulté que j'éprouvais à introduire la moindre quantité de liquide sur un jeune sujet qui était affecté d'une fièvre typhoïde avec état comateux, trismus, forte coloration de la face, etc. La maladie était parvenue à sa seconde période; le traitement anti-phlogistique avait été épuisé, et, selon mon habitude, j'avais eu recours au calomel, à l'eau chlorurée et aux moyens rubéfians et vésicans appliqués aux extrémités inférieures; le haut de la tête était continuellement couvert de glace.

Cependant, malgré mes efforts, l'état du malade s'aggravait, quand, profitant d'un moment où les mâchoires étaient un peu moins rapprochées l'une de l'autre, j'introduisis dans la bouche un morceau de glace, autant pour remplacer les liquides qui ne pouvaient être ingérés, que pour produire, par contiguïté à la base du cerveau, le même effet que le médecin cherche, lorsqu'il applique de la glace au sommet de la tête. Ce moyen me réussit. La glace, divisée en petits fragmens, par les mouvemens des mâchoires, fut bientôt fondue; d'autres morceaux furent introduits, et en quelques heures j'observai une assez grande amélioration, quant au coma, au trismus, et à la congestion cérébrale, pour pouvoir espérer que mon jeune malade guérirait, ce qui eut lieu en effet.

Depuis cette observation, qui remonte à l'année 1838, des faits analogues se sont présentés dans ma pratique; j'ai eu recours au même moyen, et avec le même succès. Tout récemment encore, j'ai eu à traiter un jeune enfant de six ans, chez lequel les symptômes d'une encéphalite avec épanchement m'ont paru évidens. L'état du malade était si grave, que, malgré une toux, *d'ailleurs insignifiante*, je n'hésitai pas à environner le cerveau de glace, que je faisais appliquer sans cesse sur le sommet de la tête, en même temps qu'elle était introduite dans sa bouche; le calomel était administré à la dose de plusieurs centigrammes par jour; des vésicatoires avaient été appliqués aux jambes, et à l'aide de ces moyens, en tête desquels je crois devoir mettre la glace, cet enfant est hors de danger, au moment où j'écris.

J'engage ceux de mes confrères qui ont, soit dans les hôpitaux et les colléges, soit dans la pratique civile, les occasions fréquentes de soigner des jeunes sujets, à recourir dans les cas où il leur paraîtra utile d'appliquer le froid sur la tête à l'introduction de la glace dans la cavité buccale, et je serais bien trompé s'ils ne se louaient, comme je l'ai fait, de l'emploi de ce moyen énergique.

Agréez, etc.

Versailles, 2 juin.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLY.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel rend compte de la correspondance. Elle comprend une lettre du ministre, qui demande à l'Académie son avis sur un nouveau système de filtrage. M. Vidal de Cassis fait hommage à l'Académie des trois premiers volumes de son TRAITÉ DE CHIRURGIE. M. Begin envoie une brochure sur l'état médical du nord-est de la France.

M. FERRUS prie l'Académie de donner suite au vœu exprimé dans la dernière séance par M. Gerdy, qu'une commission fût nommée, tant pour suivre les expériences de M. Bouillaud, que pour prendre connaissance de l'autopsie des animaux présentés à l'Académie.

M. le président nomme une commission composée de MM. Gerdy, Adelon et Bérard.

M. VELPEAU : Je n'étais point présent quand M. Roux a pris la parole dans la dernière séance sur la communication que j'ai faite, dans la séance précédente, d'un procédé pour l'ablation des tumeurs du maxillaire inférieur. Je suis heureux de savoir que M. Roux ait mis en usage l'incision en demi-lune, sur laquelle j'ai insisté. Son jugement en chirurgie est pour moi d'un grand poids. Seulement M. Roux n'a point, que je sache, publié le procédé en question. Un de ses élèves a bien donné une observation dans laquelle on voit quelque chose de semblable; mais, outre des différences notables, M. Roux n'a point généralisé cette incision à l'extirpation de toutes les variétés de tumeur du maxillaire inférieur, et même de beaucoup d'autres régions.

ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Henry, qui est prié de donner quelques renseignemens sur les eaux de Crausac, qui ont fait le sujet d'un mémoire lu dans l'avant-dernière séance. M. Henry n'ajoute aucun fait nouveau à ce que nous avons dit de ces eaux.

DU MOYEN DE RECONNAÎTRE LES PRÉPARATIONS CUIVREUSES SOLUBLES CONTENUES DANS LE CORPS HUMAIN APRÈS L'EMPOISONNEMENT, ET DE LES DISTINGUER DU CUIVRE EXISTANT NATURELLEMENT CHEZ L'HOMME.

M. ORFILA lit un long mémoire sur ce sujet, qui a constamment captivé l'attention de l'Académie. Il est difficile de saisir à une simple lecture tous les détails intéressans d'un semblable travail hérissé d'expériences, de faits, d'analyses, de procédés chimiques, dont la reproduction exige une rigoureuse exactitude. Aussi n'entendons-nous donner à nos lecteurs qu'une idée de l'ensemble de ce travail; mais nous sommes assez heureux pour pouvoir en reproduire les conclusions textuelles.

On sait que dans des mémoires précédens M. le doyen de la Faculté a cherché à prouver que les préparations solubles d'antimoine et d'arsenic introduites pendant la vie dans l'estomac, le rectum, le tissu cellulaire de l'homme et du chien étaient absorbées, et que c'était à cette absorption qu'était dû l'empoisonnement. Il restait à la chimie d'aller chercher au centre des organes placés loin du point où le poison avait été déposé, la démonstration matérielle de cette absorption, la substance vénéneuse elle-même. Cette tâche difficile a été accomplie avec bonheur, et de l'émétique déposé dans l'estomac a pu être retrouvé dans le sang,

dans les organes, dans les urines. M. Orfila a analysé de l'urine des malades traités par l'émétique à haute dose par MM. Duméril et Bonvier, et il a constaté dans ce liquide la présence de l'antimoine. Une femme à laquelle M. Bouvier avait donné 5 centigr. d'émétique, et qui était morte 15 heures après sans vomir, avait de l'antimoine dans le foie, la rate.

Il en est des préparations cuivreuses solubles, comme des arsenicales et des antimoniales; elles sont absorbées quand elles ont été déposées dans l'estomac, dans le rectum, dans le tissu cellulaire, pendant la vie. Des recherches chimiques toutes récentes démontrent que les tissus humains contiennent à l'état normal une certaine quantité de cuivre. S'il n'existait pas un moyen de distinguer sûrement le cuivre absorbé pendant la vie, du cuivre qui se trouve naturellement dans les tissus, il serait impossible aux magistrats de rien conclure d'un rapport de médecine légale qui annoncerait la présence du métal dans le corps d'un homme mort empoisonné. M. Orfila croit avoir trouvé ce moyen. Bien plus, les tissus vivans sont soumis après la mort aux lois de l'imbibition; il se pourrait donc que par un raffinement de méchanceté savante, un malfaiteur vînt déposer dans quelques parties d'un homme mort naturellement une solution cuivreuse, accuser ensuite un innocent d'une mort naturelle, et que la chimie découvrît ensuite le poison au sein des organes où l'aurait conduit l'imbibition. Les trois paragraphes du mémoire ont pour but d'élucider ces trois questions, bien graves, car elles touchent partout à l'honneur et à la vie des hommes.

PARAG. I. — Les sels de cuivre solubles, déposés dans l'estomac, le rectum, le tissu cellulaire, sont absorbés pendant la vie; avant d'arriver à la preuve de cette proposition, M. Orfila a voulu déterminer le meilleur procédé à l'aide duquel on pouvait découvrir les sels cuivreux, mélangés avec les substances organiques. Disons avant tout que tout ce qui suit est le résultat d'expériences nombreuses, variées, qui seules en pareille matière peuvent donner quelque valeur aux assertions:

1° De toutes les matières organiques, l'albumine est celle qui forme avec l'acétate et le sulfate de cuivre le composé le plus insoluble, et cependant l'ébullition prolongée dans une grande quantité d'eau enlève à ce mélange une petite quantité de sel cuivreux.

2° L'ébullition prolongée dans l'eau sépare des alimens les solutions cuivreuses mélangées avec eux.

3° et 4°. Les matières organiques mettant un obstacle à la précipitation du cuivre sur la lame de fer, il faut avant de chercher à obtenir cette précipitation détruire les matières animales.

5° La lame de fer est aussi sensible que le prussiate de fer pour déceler les moindres traces de cuivre, pourvu qu'on ait la patience d'attendre l'effet pendant une heure et plus, et pourvu que la solution sur laquelle on agit soit concentrée. Un seizième de gramme de solution cuivreuse est décelé par ce procédé dans un gramme d'eau.

6° L'incinération des matières animales contenant des classes de cuivre avec du nitrate de potasse permet de découvrir les moindres traces de métal.

Pour prouver que le cuivre était absorbé, plusieurs chiens ont été empoisonnés et les uns sacrifiés, les autres abandonnés aux effets meurtriers du poison. En traitant par une ébullition prolongée le foie, la rate, les reins, les poumons, le cœur de ces animaux, on a retrouvé dans tous ces organes des parcelles de cuivre; aux uns, la mort était seulement due au poison, et les organes n'étaient soumis à l'expérience que longtemps après la mort; aux autres, presque aussitôt après. Quelques-uns étaient sacrifiés bien après l'empoisonnement, et leurs organes aussitôt soumis à l'analyse. Les résultats étaient identiques; c'est avec l'acétate et le sulfate de cuivre qui ont constamment servi de poison. De ces expériences, M. Orfila conclut que 1° sur les chiens empoisonnés par le sulfate ou l'acétate de cuivre introduit dans l'estomac, on retrouve le cuivre dans le foie, la rate, le cœur, les reins, les poumons, soumis à une ébullition prolongée dans l'eau bouillante; 2° que les mêmes résultats sont probables chez l'homme.

PARAG. II. — Ce paragraphe est destiné à prouver que le cuivre obtenu par la préparation précédente, c'est-à-dire l'ébullition prolongée des organes n'est pas celui naturellement existant. La présence du cuivre dans les tissus vivans de l'homme ou du chien est actuellement un fait irrévocablement prouvé. Vauquelin le premier a fait mention de cuivre dans du sang incinéré; mais comme il avait opéré dans un vase de cuivre, il crut que ce vase avait fourni le cuivre trouvé dans le centre du sang. Un chimiste, dont le nom nous échappe, avait déjà annoncé la présence de ce métal dans les tissus végétaux et animaux, quand MM. Bouchardat en 1837 et Devergie en 1838 appuyèrent encore ces expériences de leur autorité. Pour distinguer le cuivre naturel, si l'on peut dire, du cuivre qui a fait un empoisonnement, M. Orfila s'est encore servi de l'expérience; il a soumis à une ébullition de 6 heures dans l'eau en grande quantité des organes d'hommes et de chiens, incinéré ces organes avec l'acide nitrique, puis traité le résidu par l'eau, et jamais il n'a pu découvrir un atome de cuivre. Or nous avons vu que chez les chiens empoisonnés, les organes traités de la même manière donnaient toujours des traces évidentes de cuivre. On obtient au contraire le cuivre normal par l'incinération du charbon des organes.

L'eau bouillante ne dissout pas la moitié du cuivre fourni aux organes par l'intoxication, car quand on a enlevé cette première moitié par l'eau, l'incinération donne des quantités de cuivre plus considérables que celles qu'on trouve quand il n'y a pas eu empoisonnement.

PARAG. III. — On pouvait croire que le cuivre trouvé dans les organes d'animaux empoisonnés s'y serait porté de proche en proche par imbibition, comme cela arrive au dire de quelques physiologistes, pendant la vie, et comme cela est incontestable après la mort.

L'imbibition pendant la vie est un fait démontré par l'expérience suivante. Isolez complétement un vaisseau, de préférence une grosse veine; que dans une certaine portion de son étendue elle soit close haut et bas par deux ligatures; puis arrosez-là d'une substance vénéneuse soluble. L'animal sur lequel vous aurez expérimenté sera empoisonné. Or, ici, il faut de l'imbibition pour porter le poison au-delà de la portion isolée du vaisseau. Ce point une fois franchi, le poison est livré à l'absorption. C'est à MM. Magendie et Fodéré que la science est redevable de ces faits. Sur le vivant, l'imbibition est rapide. Sur le cadavre chez lequel personne ne peut la nier, elle n'a point la même rapidité. Si on injecte du per-sulfate de fer par l'œsophage dans l'estomac d'un cadavre humain, et que quelque temps après on touche la surface externe de ce viscère avec une solution de prussiate de potasse, la coloration qu'on obtient décèle l'imbibition. Dans ses expériences, M. Orfila s'est attaché à découvrir la rapidité de l'imbibition après la mort: dans l'estomac d'un cadavre humain, 38 grammes de sulfate de cuivre dissous dans 120 grammes d'eau furent injectés; le corps ouvert huit jours après, la température s'étant maintenue de 8 à 20° cent., tout l'estomac était bleu. Les organes environnans l'étaient aussi partiellement, dans les points seuls qui s'étaient trouvés en contact avec l'estomac dont le grand cul-de-sac était le plus imbibé. Le sel avait parfaitement traversé le foie et était arrivé jusqu'à la base du poumon droit, qui était aussi bleuâtre ou verdâtre. Tous les points dont la coloration était changée et produite par la solution cuivreuse donnaient, par l'eau bouillante, du cuivre en grande quantité. Toutes les portions d'organes dont la coloration était normale, et qui n'avaient point été imbibées, ne donnaient point de cuivre par le même procédé. Ainsi toute portion de cadavre mis en contact avec une préparation cuivreuse soluble prend une teinte bleuâtre ou verdâtre qui dénote la présence du cuivre. Les tissus voisins du point où le sel a été déposé peuvent en être imbibés; mais ils se colorent et contiennent du cuivre dans ces points seulement.

Une main et un avant-bras revêtus de la peau pendant dix jours dans une solution concentrée de cuivre n'offrent à la surface interne de la peau aucune trace de cuivre, même quand l'épiderme a été enlevé; la peau elle-même contient dans son intérieur des traces de ce métal. Cette expérience montre que la peau oppose un grand obstacle à l'imbibition, et qu'en supposant qu'un cadavre fût déposé dans un terrain riche en sels cuivreux, il faudrait bien du temps et une grande abondance de sels pour que l'imbibition transportât du cuivre jusque dans le centre des organes, si ce cadavre n'était point celui d'un homme victime d'un empoisonnement.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — Il résulte des expériences et des considérations qui précèdent,

1° Que l'acétate et le sulfate de cuivre introduits dans l'estomac, ou appliqués sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivans, sont absorbés et portés dans tous les organes de l'économie animale.

2° Qu'il en est probablement de même pour l'homme.

3° Qu'il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer le cuivre métallique de la portion de ces sels cuivreux qui a été absorbée.

4° Qu'il devient indispensable de recourir à cette extraction lorsqu'on n'a pas trouvé ces poisons dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles ils avaient été immédiatement appliqués, ou dans les matières des vomissemens; car, en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à rechercher les sels cuivreux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas les découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

5° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant par le seul fait que, *dans le cas indiqué*, on aura omis de rechercher les sels cuivreux dans les parties où ils existent après avoir été absorbés.

6° Qu'indépendamment de la portion des sels cuivreux, absorbée pendant la vie, et qui se trouve inégalement disséminée dans tous les tissus, plusieurs de nos organes, et notamment les viscères abdominaux; si les sels ont été introduits dans le canal digestif, contiennent encore, surtout à la partie de leur surface qui était en contact avec ce canal, la portion de ces sels, qui est arrivée jusqu'à eux, par suite de l'imbibition cadavérique, et dont la quantité varie suivant l'époque à laquelle les cadavres ont été ouverts; que, dès lors le cuivre retiré, en dernier résultat, de ces organes, provient à la fois et du sel qui avait été absorbé, et de celui qui avait traversé les tissus après la mort.

7° Que l'imbibition dont il s'agit, mise hors de doute par les expériences de Fodera, de Collard de Martigny, de Magendie, de Muller, etc., et par les miennes, est un phénomène qui n'appartient pas à l'intoxication cuivreuse; puisqu'on l'observe dans *tous les empoisonnemens* où la substance vénéneuse, incomplétement absorbée pendant la vie, séjourne sur nos tissus après la mort, pourvu que cette substance soit dissoute, ou susceptible de se dissoudre dans le liquide qui la touche; qu'ainsi, ce qui vient d'être dit relativement à la proportion du poison cuivreux, fourni par les viscères, soit par suite de l'absorption, soit par suite de l'imbibition, s'applique à tous les genres d'intoxications dans lesquels les poisons ont été absorbés.

8° Qu'il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer si les sels de cuivre et les autres poisons retirés des viscères, dans les recherches médico-légales, ont été introduits dans l'économie animale *pendant la vie* ou *après la mort*, soit en ayant égard aux symptômes qui ont précédé celle-ci, et aux lésions de tissu qui ont été constatées à l'ouverture des cadavres, soit à l'aide d'expériences chimiques tentées sur tel organe éloigné du canal digestif, plutôt que sur tel autre qui l'avoisine, ou sur telle partie d'un même viscère plutôt que sur telle autre. Qu'à la vérité, dans quelques cas, fort rares, comme après une inhumation prolongée, et lorsqu'il ne resterait plus que des *détritus* des viscères, le problème dont il s'agit pourrait être moins facile à résoudre, si les renseignemens recueillis par les magistrats ne venaient éclairer l'expertise en établissant *positivement* que le poison n'a pas été introduit dans le canal digestif après la mort. Les annales judiciaires n'offrent, au reste, aucun exemple d'une accusation d'empoisonnement dans laquelle la perversité aurait été poussée jusqu'au point d'injecter une matière vénéneuse dans le canal digestif d'un cadavre pour faire prendre le change.

9° Que l'on peut déceler les sels cuivreux absorbés qui ont déterminé l'empoisonnement en faisant bouillir pendant une heure, avec de l'eau distillée,

les divers viscères ou les chairs, en desséchant le *decoctum* filtré, et en le carbonisant par l'acide azotique, ou en le décomposant par l'azotate de potasse, comme il a été dit plus haut.

10° Que si, à l'aide de l'eau bouillante, on ne dissout pas, même au bout de six heures, la totalité du sel cuivreux absorbé, on en extrait du moins assez pour mettre son existence hors de doute.

11° Que l'eau distillée, après une heure d'ébullition, *ne dissout aucune trace du cuivre normal* contenu dans nos tissus; que celui-ci ne peut être séparé en partie que par les acides concentrés, et en totalité par l'incinération (1), en sorte que l'expert devra conclure qu'une préparation cuivreuse a réellement été ingérée pendant la vie, soit comme poison, soit comme médicament, s'il obtient du cuivre d'un *decoctum* aqueux préparé en faisant bouillir, pendant une heure avec de l'eau distillée, les viscères ou les muscles d'un individu que l'on soupçonne être mort empoisonné, à moins qu'il ne soit *prouvé* que cette préparation cuivreuse est arrivée dans nos organes par suite d'une imbibition cadavérique.

12° Qu'il est préférable de soumettre à l'ébullition aqueuse d'abord les viscères éloignés du canal digestif, puis les portions des organes abdominaux, qui n'ont pas été touchées par ce canal, et d'agir ensuite sur les portions qui ont eu le contact de l'estomac et des intestins : en opérant ainsi, on est certain de retirer constamment une plus grande quantité de poison de ces dernières, et de recueillir des renseignemens propres à faciliter la solution des questions que l'on pouvait être tenté de soulever à l'occasion de l'imbibition.

13° Que si les recherches médico-légales, au lieu de porter sur les organes, avaient pour objet les matières alimentaires ou excrémentitielles, contenues dans le canal digestif, ou les liquides vomis, il faudrait faire bouillir ces matières pendant une heure, avec de l'eau distillée, filtrer la liqueur, la dessécher et la décomposer par l'acide azotique pur, ou par l'azotate de potasse exempt de cuivre. La présence de ce métal dans le produit de la décomposition permettrait d'*affirmer* qu'une préparation cuivreuse a été prise comme poison ou comme médicament, à moins que le poison n'eût été injecté, dans le canal digestif, après la mort. Quoique les sels cuivreux, intimement combinés avec des matières organiques, ne se dissolvent qu'en petite quantité dans l'eau bouillante, la dissolution, comme je l'ai déjà dit, contient cependant assez de métal pour qu'une lame de fer puisse l'extraire (voyez expérience première).

14° Que, si après avoir traité ces matières alimentaires ou excrémentitielles par l'eau bouillante on n'avait pas trouvé de cuivre, on aurait tort de les soumettre à l'action des acides forts ou à l'incinération, dans l'espoir de découvrir le cuivre qui aurait pu empoisonner, parce qu'en supposant même que l'on en obtînt, on ne pourrait pas conclure que ce métal provient d'un sel cuivreux ingéré comme médicament ou comme poison, attendu que plusieurs substances alimentaires contiennent du cuivre *normal* susceptible d'être décelé par les acides forts et surtout par l'incinération. Mieux vaudrait alors renoncer à la recherche du cuivre dans ces matières alimentaires et soumettre à l'action de l'eau bouillante le canal digestif, le foie, la rate, les reins, etc., comme je l'ai déjà dit (9°).

15° Que tout en admettant, avec M. Devergie, que la proportion de cuivre normal contenu dans les intestins de l'homme et de la femme adultes, ne dépasse pas 46 milligr., je ne saurais adopter avec lui qu'il y ait une certaine importance médico-légale à tenir compte de cette proportion pour décider, à l'aide de l'incinération, si le cuivre obtenu est ou non le cuivre normal, parce que, comme il le dit lui-même, les quantités de cuivre normal trouvées dans le *petit nombre d'expériences* qu'il a faites sont trop variables pour que l'on puisse considérer le chiffre indiqué comme exact, et surtout parce qu'il peut arriver tous les jours qu'à la suite d'un empoisonnement par un sel cuivreux il reste assez peu de ce sel dans les intestins pour qu'en réunissant le poids du cuivre qu'il fournit à celui qui existe naturellement dans ces viscères, on n'obtienne que 40 ou 50 millig. (V. le tableau tracé par M. Devergie, aux p. 536 et 537 du t. III de la 2e édit. de sa MÉDECINE LÉGALE.) Qu'on pourrait tout au plus avoir égard à la proportion de cuivre que donne l'incinération, quand cette proportion *dépassera de beaucoup* celle que des expériences ultérieures et plus multipliées auront indiquée comme étant réellement le *maximum* du cuivre normal; mais que, même dans ce cas, il est infiniment préférable de recourir au moyen que je propose, parce qu'il fournit les résultats nets et précis que je rappelle en terminant ; *Le cuivre d'empoisonnement peut être extrait en partie des organes que l'on fait bouillir dans l'eau pendant une heure, tandis qu'on ne retire pas un atome de cuivre normal par ce procédé.*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.—NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA CHUTE DU RECTUM; PAR M. ROBERT.

Les procédés actuels que la chirurgie oppose aux chutes du rectum sont impuissans quand cette maladie arrive au dernier degré. L'incision, l'excision, la cautérisation, ne portant que sur la muqueuse, font adhérer celle-ci au sphincter qui, après la cicatrisation, n'en reste pas moins relâché. Si l'on pouvait espérer quelque avantage d'une opération dans des cas pareils, ce ne pourrait être qu'en s'adressant à la cause du mal, au relâchement du sphincter. Ces réflexions ont amené M. Robert à retrancher à la longueur de ce muscle une étendue proportionnée au degré du relâchement. et à espérer que la réunion des extrémités coupées du muscle, se convertissant en un anneau étroit, s'opposerait à la chute de la muqueuse. Cette opération a été pratiquée avec succès sur une blanchisseuse, âgée de 33 ans, et traitée en juin 1839, dans la salle St-Jean de l'hôpital de la Pitié. Cette femme, à sa troisième grossesse, eut une chute du rectum qui était seulement temporaire et n'occasionnait qu'une gêne supportable. Une quatrième grossesse amena une chute de matrice, une chute permanente et très considérable du rectum, et un relâchement des parois abdominales. M. Roux a pratiqué sur elle l'excision d'un bourrelet de la muqueuse rectale. Cette operation amena quelque soulagement; mais bientôt la chute augmenta encore, l'écoulement des matières devint involontaire, et des douleurs dans les lombes, le haut des cuisses, s'y joignirent. Cet ensemble de symptômes obligea la malade à garder le lit. En juin 1839, elle entra à la Pitié. A cette époque, le sphincter était tellement relâché, que quatre doigts pouvaient facilement pénétrer dans son anneau.

M. Robert procéda à l'opération de la manière suivante (elle y avait été préparée par une diminution progressive dans son alimentation et l'usage de l'opium, pour amener une constipation aussi longue que possible) : de chaque côté du trou anal, une incision qui part du milieu de l'ouverture et à plusieurs millimètres d'elle, et se dirige en arrière jusqu'à la pointe du coxyx. Le lambeau de peau compris entre les deux incisions fut enlevé; y compris la portion de sphincter qu'elle recouvrait; la moitié de la longueur du muscle se trouvait ainsi retranché. La plaie fut réunie d'un côté à l'autre par trois points de suture enchevillée.

Le sixième jour après l'opération, les points de suture sont enlevés La réunion est presque complète. Il reste cependant un trajet fistuleux depuis l'anus jusqu'au coxyx.

Le quinzième jour, il n'y avait point eu encore de selles. Le lendemain, le besoin de la défécation s'étant fait sentir, on relève les matières stercorales avec la curette, pour éviter les efforts de défécation, qui ne pouvaient qu'être nuisibles.

Le quarante-unième jour d'opération, la malade, qui ne pouvait point retenir avant elle ses matières fécales, garde un lavement pendant tout un jour. A cette époque, il n'y avait plus de chute, l'ouverture avait repris le diamètre normal; seulement le doigt qu'on y introduisait n'éprouvait ce pincement énergique du sphincter dans l'état physiologique dans le courant du mois d'août, la malade marchait, rendait volontairement ses matières, mais un petit bourrelet de muqueuse était déjà sorti. Deux raies de feu ne la détruisirent point.

La guérison s'est depuis maintenue, sauf l'issue du petit bourrelet.

MM. Gerdy et Bérard sont nommés rapporteurs de ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. GIMELLE montre à l'Académie la vessie d'un homme mort avec une rétention d'urine. Cet organe, dont les parois sont hypertrophiées, offre une poche secondaire peu considérable, formée par la hernie de sa muqueuse. C'est là ce qu'on appelle une hernie interne de la vessie.

M. DUMAS apporte l'utérus d'une femme de 53 ans, qui n'a jamais eu d'enfant. Le col est parfaitement normal, comme chez les primipares; mais le corps de l'organe a pris le volume d'une tête d'adulte, et contient dans son intérieur une énorme tumeur encéphaloïde. Les parois elles-mêmes de l'organe et l'ovaire droit sont dégénerées et font partie de cette tumeur.

M. LAUGIER donne verbalement l'histoire d'un homme mort de hernie étranglée, dans son service. Cet homme portait deux hernies inguinales congéniales : celle du côté droit s'étrangla. Le malade fut porté à Beaujon, où l'élève de garde opéra la réduction. Les symptômes de l'étranglement continuèrent. M. Laugier ne voulut point se décider à ouvrir le ventre pour aller lever cet étranglement interne, dans l'incertitude où il se trouvait de reconnaître la portion d'intestin étranglée. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva la masse intestinale grêle libre dans le ventre; seulement un anneau fibreux, de 5 millimètres d'épaisseur et de hauteur, et libre sur l'intestin, comme pourrait l'être un anneau de fer, étreignait une anse intestinale de la longueur de 10 à 12 centimètres. Toute la portion étranglée était livide et noirâtre. La tunique vaginale du côté de l'étranglement était libre et vide. A l'anneau inguinal interne, on trouve adhérent à tout le pourtour du col un entonnoir du diamètre du canal inguinal, et long de trois centimètres, libre dans le ventre, et dont le bord libre était comme déchiré. Cet entonnoir pouvait facilement passer du ventre dans la tunique vaginale. Du côté opposé, l'infundibulum était dans la tunique vaginale, son bord libre était régulier. et bien différent du bord libre irregulier et frangé de l'infundibulum du côté opposé.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MEDICIN AND SURGERY, ONE INDUCTIVE SCIENCE (DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE CONSIDÉRÉES COMME SCIENCE D'INDUCTION ; par G. MACILWAIN.—Londres, 1838, 550 pages in-8. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le but de l'auteur de ce fort et élégant volume est de démontrer que la médecine ne peut point être considérée simplement comme une science d'observation, c'est-à-dire comme une suite de faits liés entre eux seulement par une analogie plus ou moins marquée, mais qu'elle doit être rangée parmi les sciences philosophiques, c'est-à-dire parmi les sciences qui reposent sur des principes immuables et d'où découlent des inductions plus ou moins nombreuses. Il ne s'est pas dissimulé combien son tra-

(1) Voy. plus bas.

vail rencontrerait d'obstacles, qui ne dépendent pas tous de l'état peu avancé de la science, mais dont un grand nombre sont dus à l'ignorance où l'on est dans le monde sur tout ce qui concerne la médecine et à laquelle participent une infinité de médecins eux-mêmes. Pendant que toutes les autres sciences faisaient de rapides progrès, dit M. Macilwain, la médecine seule restait en arrière et stationnaire ; c'est que, pendant qu'on employait le raisonnement et l'induction, avec de grandes précautions, dans la culture des autres sciences, on les bannissait presque complètement de celle des sciences médicales. C'est à la réparation de cette erreur grave que l'auteur consacre tous ses efforts.

Nous ne chercherons pas à le suivre dans son travail, qu'il a divisé en douze discours, dans lesquels les questions la plus importante de la philosophie médicale, de la physiologie et de la pathologie, sont successivement traitées, et où il a fait preuve de connaissances approfondies dans ces différentes branches de la science médicale. Peut-être pourrait-on désirer que le plan de l'ouvrage fût mieux dressé, que l'enchaînement des différentes parties dont il se compose fût plus évident ; mais, à part cette une d'ensemble, que nous n'y avons pas trouvée, chacun des discours qui le composent nous a semblé être un traité complet, et donnant, sous une forme philosophique, toutes les connaissances que comportent les diverses questions qui y sont traitées.

MÉMOIRE SUR LES INHUMATIONS PRÉCIPITÉES ; DES MOYENS DE LES PRÉVENIR ; DES SIGNES DE LA MORT ; par J.-B. VIGNÉ, D. M. — Deuxième édition. Paris, 1839, 61 pages in-8. Chez Béchet jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

L'ardeur avec laquelle M. Vigné combat la précipitation avec laquelle s'opèrent encore, sous l'empire de la législation actuelle, les inhumations dans quelques cas, ne mérite que nos éloges et l'encouragement de tous les amis de l'humanité. L'horrible mort du cardinal Somaglia, et la résurrection d'un riche Lyonnais à l'instant même où on allait l'enfermer dans un cercueil, ayant suivi de près la publication de son mémoire, ont été pour lui un motif plus pressant et plus évident encore pour chercher à le répandre davantage. Nous souhaitons bien ardemment qu'il arrive dans un grand nombre de mains, et que la nécessité de modifier la loi qui concerne les inhumations soit justement appréciée par ceux qui en ont le pouvoir. Nous nous associons complètement aux vœux de l'auteur, dont la plupart des propositions nous ont paru dignes d'être prises en considération.

VARIÉTÉS.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR VELPEAU SUR L'ORIGINE DE LA MEMBRANE DE L'HYMEN ET SUR SES ANALOGIES ; PAR J.-J. VIREY.

Mon docte collègue d'Académie,

Je me plais à m'entretenir avec les hommes qui réunissent, comme vous, une science profonde à l'intelligence des idées philosophiques, soit qu'elles naissent de vos travaux, soit qu'elles émanent aussi d'autres personnes (avec infiniment plus rare). Il me semble que les anatomistes et physiologistes, même les plus récents, n'ont pas bien compris encore les rapports d'analogie de l'hymen chez la femme avec les parties correspondantes du sexe mâle. Il s'en suit que malgré le grand nombre d'écrits sur cette membrane, on ignore généralement son origine et sa cause productrice. J'en donnerai pour preuve le travail, estimable d'ailleurs, que vient de publier le docteur Devilliers fils sur ce sujet.

En 1821, je présentai à l'Institut *quelques considérations sur la membrane de l'hymen*, en essayant de démontrer qu'elle n'était autre chose que le raphé de la ligne médiane, dilaté et déhiscent dans les parties sexuelles des femelles des mammifères, et l'analogue du filet placé au-dessous du gland de la verge chez les mâles. Mais, dans ceux-ci, la suture du raphé doit rester connivente, tandis que, chez les femelles, par l'ouverture naturelle du canal vulvo-utérin, soit pour la réception du principe fécondant, soit pour l'excrétion du fœtus, cette suture devient distendue, éraillée, déhiscente.

D'après la comparaison entre les parties génitales des deux sexes, on comprendra facilement 1° que le repli de la peau du *prépuce* est l'analogue des *nymphes* (objets de circoncision pareils dans les pays chauds) ; 2° que la membrane hymenale représente le filet du gland. Examinez, en effet, ce qui arrive chez les faux hermaphrodites et dans les embryons à l'époque où les organes sexuels, restant encore internes, n'ont point acquis toute leur saillie au dehors. La verge est alors réduite aux proportions du clitoris ; le méat urinaire s'ouvre inférieurement comme dans les cas d'hypospadias ; puis en dessous le scrotum est encore rentré en dedans et constitue le canal vulvo-utérin. Mais à l'entrée de ce canal, le raphé est obligé de s'élargir, de se dilater en membrane, laquelle se dilacère ensuite vers son milieu. Ainsi se forme évidemment l'hymen chez la femme, tandis que c'est le filet du gland avec sa continuation inférieure qui s'étend vers le périnée chez l'homme.

La nature n'a donc pas créé, comme on l'a supposé, dans l'hymen, un organe exprès et spécial pour les parties sexuelles chez toutes les femelles des mammifères où M. Duvernoy l'a découvert ; c'est la simple modification du même *raphé* qui *coud* ensemble les deux moitiés antérieures du tronc et qui constitue aussi bien le filet de la langue que celui du pénis et du clitoris ; puis il vient se rattacher inférieurement au raphé périnéal.

Je ne sais quel ingénieux anatomiste en avait inféré cette conclusion morale que, par ces *freins* d'organes, dont les abus sont si pernicieux, la nature avertissait les individus d'user avec sobriété, soit de la parole, soit du coït, sources de tant de biens et de maux. Toujours est-il certain que la défloration physique, *en chaque sexe*, consiste dans la rupture plus ou moins douloureuse, soit du frein du gland, soit de la membrane hyménale, et leur intégrité est le signe de la virginité de l'homme et de la femme.

La nature tend si constamment à rapprocher ensuite les parties divisées que chez certains rongeurs (*cavia cobaia*) et autres les parois extérieures de la vulve se ressoudent après chaque portée. Le mâle opère une défloration chaque fois qu'il féconde la femelle par ce pucelage renaissant.

Mon mémoire, il faut le dire, ne fut guère approfondi par M. Duméril, qui n'y vit qu'une idée ingénieuse et probable. Il le fut davantage par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, autre commissaire, qui y trouvait quelque conformité avec ses idées d'anatomie philosophique ; mais n'émanant pas de lui ni de son école, ce travail resta presque oublié.

Il fut inséré, toutefois, dans le JOURN. COMPLÉMENTAIRE DU DICTIONN. DES SCIENCES MÉDIC., t. IX, p. 373. Les détails et les preuves s'y trouvent consignés. Maintenant que les études anatomico-physiologiques s'étendent à toute la série animale, les bases de notre explication paraîtront plus assurées aux vrais amis de la science. Pour la multitude moutonnière et *tutti quanti* qui publient chaque jour des traités dont le titre seul est neuf, il ne faut pas espérer qu'ils se hasardent à reconnaître des vérités étrangères à leurs vieilles opinions ; leur innocence à cet égard n'est pas déflorée.

Cette petite partie, tout inférieure qu'elle paraisse, mérite donc l'examen des esprits supérieurs qui, comme vous, peuvent s'élever aux sommités du savoir.

.... Quod si
Frigida curarum fomenta relinquere posses,
Quo te cœlestis sapientia duceret, ires.
HORAT.

Recevez, mon cher collègue, l'expression de ma parfaite estime,

J. J. VIREY.

Paris, 8 juin 1840.

— EMS, SES EAUX THERMALES ET SES ENVIRONS ; par le docteur ALB.-JAC.-GUST. DOEING, conseiller de médecine et médecin aux eaux d'Ems ; traduit avec la coopération de l'auteur, par J. LENDROY, professeur à Offenbach, avec une vue du nouveau Coursaal, et une carte des environs d'Ems.

Ems, 1839, in-8°, chez L.-J. Kirchberger.

A Paris, chez Truchy, libraire, boulevard des Italiens, 18.

— TRAITÉ DE TOUS LES VICES DE LA PAROLE ET EN PARTICULIER DU BÉGAIEMENT, ou Recherches théoriques et pratiques sur l'orthophonie et sur le mécanisme, la psychologie et la métaphysique des sons modulés simples et articulés qui composent le langage humain ; par le docteur COLOMBAT DE L'ISÈRE, fondateur de l'Institut orthophonique de Paris, etc. — Troisième édition considérablement augmentée, accompagnée de planches et d'exercices orthophoniques dans les langues française, anglaise, allemande, italienne, espagnole et latine.

Cet ouvrage, précédé d'un rapport de l'Académie de médecine, a été couronné par l'Académie des sciences.

2 vol. in-8 ; prix : 12 fr. net et 14 fr. par la poste.

A Paris, chez Béchet et Labé, libraires de la Faculté de médecine, et chez l'auteur, rue du Cherche-Midi, 91.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 26. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 27 JUIN 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Deuxième mémoire sur le mal vertébral. (Suite.) — II. Revue des Journaux de médecine anglais trimestriels. Quelques observations tendant à démontrer que la formation de l'appareil vasculaire dépend de causes physiques. — Observation sur l'existence de certains élémens du lait dans l'urine pendant la grossesse, et sur l'application de ce fait au diagnostic de la grossesse. — Recherches sur les valvules du cœur. — Recherches sur la structure fibreuse de la membrane sous-serreuse de l'aorte. — Considérations pratiques sur les rétrécissemens. — Cas de la résection de l'articulation du coude. — Luxation de l'épaule avec fracture de l'humérus. — Observations et réflexions sur la maladie des reins qu'accompagne l'urine albumineuse. — De la proportion de l'urée dans certains fluides morbides. — Observations d'urine albumineuse, démontrant l'efficacité du tartre émétique, combiné aux autres moyens antiphlogistiques, dans les formes aiguës de cette maladie. — Plaie d'arme à feu avec perte complète de la rotule; large ouverture de l'articulation du genou. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 22 juin. Académie de médecine: séance du 23 juin. — IV. Bibliographie. De la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Esquisses, n. 3.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LE MAL VERTÉBRAL; par M. Nichet, chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole de médecine à Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

NEUVIÈME VERTÈBRE DORSALE INFILTRÉE DE MATIÈRE TUBERCULEUSE ET NÉCROSÉE; CARTILAGES CONTIGUS DÉTRUITS; CARTILAGES DES HUITIÈME ET SEPTIÈME, ET SEPTIÈME ET SIXIÈME VERTÈBRES DIVISÉS EN DEUX PLAQUES RESTÉES ADHÉRENTES; MOELLE ÉPINIÈRE RAMOLLIE; NÉCROSE ET ANKYLOSE DU COUDE.

Obs. VI. — Un enfant de 5 ans nous présente les phénomènes morbides suivans : 1° une légère inflexion de la colonne dorsale, avec faiblesse des membres inférieurs; 2° une incontinence de matières fécales qui rend ce malade un objet de dégoût pour ses voisins; 3° une tumeur blanche du coude gauche : cette articulation à demi-fléchie et immobile est médiocrement tuméfiée; les saillies osseuses ont disparu, ce qui lui donne un aspect fusiforme; quatre ou cinq ouvertures fistuleuses dispersées à sa surface laissent écouler une médiocre quantité de liquide séreux, et permettent au stylet d'arriver sur les extrémités osseuses dénudées. Cet enfant meurt dans le marasme, après un séjour de quatre mois à l'hôpital.

Nécropsie. Colonne vertébrale : la neuvième vertèbre dorsale est complètement privée de son corps; ce qui en reste consiste en trois ou quatre fragmens de la grosseur d'un poids, durs et blancs, plongés dans une petite quantité de sérosité. Les huitième et dixième vertèbres dorsales se touchent et commencent

Feuilleton.

ESQUISSES.

N° III.

Hæ nugæ seria ducunt. (Horat.)

Rien de plus commun que des observations particulières de maladies, mais quoi de plus rare que des observations bien faites et de haute portée? Le trait caractéristique, ineffaçable, est presque toujours ou négligé ou mal exprimé. Il manque dès lors à l'observation cette force de vie, cette saisissante réalité qui ne se trouvent que dans les grands maîtres. Voilà pourquoi dans ce genre il y a tant d'artistes médiocres et si peu d'hommes supérieurs; en effet, on peint comme on sait et comme on sent. La plupart cherchent pour chercher et non pour féconder; il se flattent d'avoir vu ce qui a passé sous leurs yeux; ils font des histoires, et ils se croient observateurs. Demander à un fait tout ce qu'il peut contenir de vrai, de réel, exige une finesse de perception, une force, une tenue d'attention très rare; je dis plus, il y faut une sorte de pénétration, de jugement, de clarté intérieure, de seconde vue qui tiennent pour ainsi dire de la divination. Existe-t-il dans l'encéphale un organe à part pour cette délicate opération de l'intelligence? Peut-être.

Veut-on connaître ce qui sauve et perpétue l'erreur particulièrement en médecine? C'est la portion de vérité qui s'y trouve mêlée, et l'autorité qu'elle s'attire par-là; les hommes s'y trompent pendant des siècles.

Voici un critique qui prend son mètre et sa balance; il vous mesure à sa taille, vous pèse à son poids, vous estime à sa valeur; il n'a pas d'autre règle de son jugement. En écrivant, vous avez de la force et du feu, il dit que c'est de l'emphase, de la déclamation; vous avez de l'élégance, il assure que c'est du clinquant, de l'afféterie; vous êtes simple et naturel, il prétend que vous tombez dans le trivial; vous faites preuve d'érudition, selon lui, c'est du pédantisme; vous êtes sobre de citations, alors vous ignorez la science du passé, etc. La loupe de sa malveillante critique altère, change et dénature tout. Que faire donc? Attendez : ce grand homme si difficile à satisfaire met la plume à la main, ô surprise! son sujet est commun et rebattu, ses principes sont faux, sa logique pitoyable; ajoutez que son style est incorrect, lourd, plat, ennuyeux; or personne n'ignore que le style *est l'homme même.*

La *localisation* de l'ame est la plus étrange, la plus folle idée qu'aient enfantée

à être usées. Au-devant de ces deux vertèbres, le ligament vertébral soulevé forme une poche du volume d'un œuf de poule, remplie d'une sérosité trouble. La surface interne de cette poche est recouverte d'une lame de matière jaune, épaisse et adhérente. Le ligament vertébral postérieur uni à la dure-mère est épais et hérissé d'aspérités. La portion de moelle située au niveau de l'inflexion spinale est grise et un peu plus molle que les parties situées au-dessus et au-dessous. Les cartilages des septième et huitième, sixième et septième vertèbres dorsales sont réduits à de minces lames restées adhérentes à la surface vertébrale correspondante; leur portion centrale, molle et pulpeuse a disparu sans laisser de vestiges. Point de tubercules en masse, ni à la surface, ni à l'intérieur des vertèbres dont l'organisation est parfaitement normale.

Les poumons sont crépitans; le sommet du poumon gauche, inégal, dur, renferme des masses de substance blanche et molle, comme de la cire, du volume d'un pois, et enfermée dans un kyste.

Au coude, la peau est lisse et percée par les ouvertures fistuleuses; tout le tissu cellulaire qui environne l'articulation, celui surtout qui est placé dans le pli du coude, au-devant de l'apophyse coronoïde, est dur, engorgé, comme squirrheux. Les ligamens latéraux sont confondus avec les parties environnantes. Les cartilages des trois os, qui forment l'articulation du coude, ont disparu; les deux os de l'avant-bras sont soudés avec l'humérus, par la plus grande étendue de leurs surfaces articulaires. La portion d'humérus comprise entre l'épitrochlée et la cavité olécranienne est convertie en un séquestre de la grandeur d'une pièce de deux sous; c'est de la cavité renfermant ce corps étranger que venait la matière puriforme qui s'écoulait par les fistules. La séparation de la soudure des trois os du coude ne s'opère qu'à la faveur d'un effort assez considérable; cette union est immédiate; aucune substance intermédiaire ne se laisse voir; des cellules régulières se montrent sur les surfaces séparées, et la constitution des os n'est point altérée.

Les observations précédentes nous ont montré les fibro-cartilages, tantôt complètement détruits, tantôt privés seulement de leur partie centrale; ici nous les voyons séparés en deux plaques restées adhérentes aux vertèbres correspondantes; cette lésion doit être placée entre les deux autres dont elle forme un degré intermédiaire.

La neuvième vertèbre dorsale infiltrée de matière tuberculeuse et convertie en séquestre doit être considérée comme la cause de la destruction des cartilages voisins. Quant à l'affection des cartilages des sixième et septième et septième et huitième vertèbres, nous l'attribuons à la vive inflammation du ligament vertébral placé au-devant d'eux, démontrée par la rougeur et les fausses membranes. Inflammation dépendant elle-même de la présence des fragmens nécrosés de la neuvième vertèbre.

Une lésion analogue à celle de la neuvième vertèbre dorsale s'est rencontrée au coude sur le même sujet; c'est-à-dire qu'une portion de l'humérus très voisine de l'articulation du coude s'est trouvée nécrosée et infiltrée de matière tuberculeuse, et, secondairement, tous les cartilages avaient disparu. Il s'était donc produit là comme à la colonne vertébrale un foyer formé par des ligamens, par des os dénudés, par un sequestre, et probablement aussi à une certaine époque par un liquide exhalé des parties molles enflammées; mais tandis qu'au rachis le liquide était resté accumulé par l'imperméabilité du ligament d'enceinte; au coude, la capsule ayant été perforée en plusieurs points, le liquide s'est écoulé à travers les ouvertures. Les surfaces osseuses dénudées, mais saines, d'ailleurs, restées à sec dans un contact immédiat et dans le repos le plus absolu, se sont trouvées ainsi dans les conditions les plus favorables pour se réunir, conditions qui ont manqué à la colonne vertébrale.

Nous verrons dans un autre mémoire que dans les mêmes circonstances, des phénomènes identiques se développent au rachis; c'est-à-dire que les vertèbres dénudées adhèrent entre elles par une ankylose solide.

CARTILAGES DÉTRUITS DANS DEUX RÉGIONS DU DOS; MATIÈRE TUBERCULEUSE ÉPANCHÉE DANS LE VOISINAGE; CARTILAGE LOMBAIRE DÉTRUIT; MATIÈRE TUBERCULEUSE INFILTRÉE DANS LA VERTÈBRE VOISINE; MATIÈRE TUBERCULEUSE ÉPANCHÉE ET INFILTRÉE DANS UN GRAND NOMBRE D'ORGANES.

OBS. VII. — Une fille, âgée de 7 ans, entra à la Charité en juin 1837, pâle, maigre, faible, portant plusieurs ulcères fistuleux au carpe et au métacarpe, et des abcès sous-cutanés dans ces mêmes régions, ainsi qu'à la cuisse et au coude; plusieurs s'ouvrent seuls; d'autres sont ouverts avec le bistouri; il s'en écoule en abondance du pus tuberculeux; l'enfant se plaint de douleurs dans le dos, elle ne peut se retourner; il n'existe cependant point de gibbosité vertébrale. La sensibilité et le mouvement persistent aux membres inférieurs. La malade ne peut rester longtemps assise sur son lit sans appuyer le menton sur les mains, et les coudes sur les genoux. La toux, l'oppression, la diarrhée, l'œdème des membres inférieurs produisirent un affaiblissement rapide. La mort arriva le 23 septembre.

NÉCROPSIE. Amaigrissement très prononcé; l'œdème des membres inférieurs est en grande partie dissipé; ni les membres, ni la colonne vertébrale ne sont déformés; il existe des abcès tuberculeux nombreux aux pieds, aux mains, à la jambe, aux genoux, à la cuisse, aux avant-bras, aux coudes, au bras, situés sous la peau ou dans les gaînes, soit inter-musculaires, soit inter-tendineuses, ne communiquant ni avec les articulations, ni avec des portions d'os malades. La plupart des articulations se montrent dans un état parfaitement normal. Le cerveau et la moelle épinière jouissent de toute leur intégrité.

Un vaste abcès situé au-devant de la colonne vertébrale s'étend depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la partie moyenne du sacrum. Sa paroi antérieure formée par le ligament vertébral antérieur est tapissée de fausses membranes; la paroi postérieure formée par le corps des vertèbres dont la surface présente, dans plusieurs points, des dépressions ovoïdes, est recouverte par une couche épaisse de matière tuberculeuse. Quelques tubercules, les uns ramollis, les autres à l'état de crudité, se sont développés au-devant des extrémités vertébrales des côtes. Entre les vertèbres et le ligament vertébral postérieur, se trouve une couche mince de matière tuberculeuse qui a partout séparé ce ligament, excepté au niveau d'une seule vertèbre dorsale. La troisième vertèbre lombaire, à moitié détruite, s'enfonce dans la quatrième; le cartilage qui les unissait a disparu, un fragment de cette troisième vertèbre, séparé des parties vivantes et resté en place, est infiltré de matière tuberculeuse. Cet espace inter-vertébral communique avec un vaste abcès situé au-devant des muscles psoas et iliaque gauches. La douzième vertèbre dorsale est presque complètement usée, ainsi que les cartilages voisins, le scalpel enlève dans l'espace qu'elle a laissé libre quelques flocons de matière tuberculeuse. A la partie supérieure du dos, deux cartilages vertébraux sont complètement détruits, sans que les vertèbres qu'ils unissaient aient subi la moindre altération dans leur tissu; à la place d'un de ces cartilages, on trouve une matière demi-liquide, d'un rouge lie-de-vin; l'autre, au contraire, est remplacé par de la matière tuberculeuse pure, sans aucun mélange. La colonne sciée dans sa longueur nous montre toutes les vertèbres dans l'état normal, sauf le sequestre de la troisième lombaire, qui, ainsi que nous l'avons dit, est infiltré de matière tuberculeuse.

Extrémité inférieure du radius droit infiltrée de matière tuberculeuse renfermant un séquestre qui en est également pénétré, la substance spongieuse la plus rapprochée de lui est rouge et ramollie; le cartilage est décollé. Le troisième os cunéiforme du pied gauche se montre aussi infiltré de matière tuberculeuse, et sa consistance est inférieure à celle des os voisins.

Poumons un peu œdémateux, exempts de tubercules; adhérences anciennes avec les plèvres costales. Cœur sain; ventricule gauche à parois plus épaisses qu'à l'état normal. L'estomac très contracté est sillonné par quelques ulcérations linéaires à fond et à bords rougeâtres qui ont mis à découvert la membrane musculeuse. Intestin grêle, sain, contenant 18 à 20 lombrics; gros intestin criblé dans

---

certains anatomistes. Nous est-il permis de localiser une idée, une perception, une sensation? Non, sans doute, et l'on a voulu nous indiquer, nous faire toucher du doigt, la place de notre esprit. Descartes, lui-même, qui a dit avec tant de vérité : il n'y a qu'un esprit qui puisse en voir un autre, a donné dans ce travers (1). Pour limiter l'ame dans un siége quelconque, il nous faudrait comprendre l'incompréhensible, c'est-à-dire la génération de la pensée dans l'organe, de l'immatériel dans la substance. L'ame est une force, et toute force dans la nature est invisible et intangible. Mais peut-on dire de l'ame qu'elle est toute dans le tout, et toute dans chaque partie du tout? Comment expliquer son unité et son rayonnement sur tous les points, cette sorte d'*ubiquité* successive qui la constitue? Mettons au bas de ces questions et de tant d'autres ce que mettaient les magistrats romains au bas d'une cause qui leur paraissait obscure : *non liquet*.

Qu'est-ce que la vie? On a répondu de la matière vivante. C'est une réponse selon Molière. Elle revient à dire : la vie, c'est l'organe qui vit, comme le son, c'est ce qui résonne, la lumière ce qui éclaire. Tout ce qu'on peut assurer, c'est

(1) On sait que, d'après lui, l'ame occupe le *conarium* ou glande pinéale; voici son motif : « Mon opinion est que cette glande est le principal siége de l'ame et le lieu où se font toutes nos pensées. La raison qui me donne cette créance est que je ne trouve aucune partie où tout le cerveau, excepté celle-là seule, qui ne soit double. » (Lettre à M. Meissonier, médecin de Lyon; janvier 1640.)

que dégager l'x d'un pareil problème, ou seulement en approcher, satisfaire sur ce point, cette témérité sacrée qui, depuis Prométhée, pousse l'homme à la conquête des secrets du ciel, serait l'époque la plus extraordinaire, la révolution la plus formidable pour notre espèce. Idées, opinions, intérêts, rapports, tout se déplacerait et changerait; la société actuelle serait radicalement modifiée. Mettez-vous donc à l'œuvre, expérimentateurs profonds et perspicaces; imitez Le Gallois qui croyait de bonne foi à la possibilité d'une résurrection individuelle; tâchez de trouver à l'extrémité d'un syphon, au fond d'un creuset, ou après le jeu d'une batterie galvanique, cette inconnue, parcelle de la grande unité de notre monde.

Toute ma science est dans mon expérience; quand on parle ainsi l'expérience est bien courte et elle ne va pas loin.

Au fond de chaque fait, il existe une idée, c'est l'hiéroglyphe qui a un sens; il s'agit d'en donner l'interprétation la plus vraie; grand et difficile problème!

L'esprit pétille et déborde, la phrase étincelle, le trait part, le raisonnement tonne, la plaisanterie éclate, à merveille; j'écoute, j'applaudis, je ris, mais voyons le *résultat*. C'est le but, c'est l'essentiel, la condition *sine qua non*. Sans le ré-

ses deux tiers inférieurs d'ulcérations dont quelques-unes ont mis à nu la membrane séreuse. Le foie renferme deux petits tubercules, un gros tubercule cru dans le rein droit, un cru et un autre ramolli dans le rein gauche. La rate, la vessie et le péritoine sont dans l'état sain.

(Recueillie par M. le docteur Bouchacourt pendant son internat à la Charité.)

A la partie supérieure de la région dorsale, deux cartilages sont détruits; les vertèbres voisines conservent leur intégrité, mais nous trouvons en avant et en arrière de ces os et même dans un espace intervétébral de la matière tuberculeuse qui se montre encore ici compagne fidèle de la destruction des cartilages. Au bas de la région dorsale, deux cartilages sont détruits; la douzième vertèbre intermédiaire est usée sans être altérée dans sa texture, et de la matière tuberculeuse est épanchée au-devant d'elle. Enfin, le cartilage qui unissait la troisième et la quatrième vertèbre lombaire n'existe plus; la première de ces vertèbres en partie usée s'enfonce dans la deuxième et un fragment de son corps non séparé encore des parties vivantes est d'un blanc jaune infiltré de matière tuberculeuse. La consistance de ce fragment ne diffère pas sensiblement de celle des vertèbres saines. Mais l'extrémité inférieure du radius et surtout la troisième cunéiforme plus molles que dans l'état normal se laissent pénétrer et diviser par l'ongle sans le moindre effort. J'ai dû porter à cet examen une attention d'autant plus grande que M. Nélaton a soutenu, contrairement à ce que j'ai écrit dans mon premier mémoire, qu'un os infiltré de matière tuberculeuse ne pouvait pas être ramolli, qu'il était au contraire toujours plus dur qu'un os sain.

Je signale les impressions ovoïdes creusées à la surface des vertèbres. Cette forme d'altération de l'os se rencontre quelquefois seule; elle est à la fois un effet et un signe de l'origine tuberculeuse de la perte de substance de l'os.

HUIT CARTILAGES DÉTRUITS; TUBERCULE ÉPANCHÉ; TUBERCULE INFILTRÉ; SIX VERTÈBRES NÉCROSÉES; DEUX ABCÈS PAR CONGESTION.

OBS. VIII. — Un boisselier, âgé de 33 ans, d'une taille ramassée et d'une forte constitution, n'avait jamais éprouvé qu'une affection syphilitique légère, lorsqu'il tomba malade à l'âge de 29 ans. Il attribua sa maladie à un faux pas qu'il fit en portant une cuve très lourde; un charlatan consulté prétendit qu'il avait deux côtes luxées et opéra des manœuvres de réduction. A la suite de cet accident des douleurs se firent sentir dans le milieu du dos et s'irradièrent dans le thorax et le côté droit de cette cavité. Les membres inférieurs s'affaiblirent graduellement et finirent par refuser tout à fait leur service. La vessie et le rectum tombèrent en paralysie: M. le docteur Reudet, qui a bien voulu me communiquer ces renseignemens et me faire assister à l'ouverture du cadavre, fut appelé à cette époque. Il trouva une gibbosité au milieu de la région dorsale, l'hypochondre droit était le siége d'une tumeur du volume du crâne d'un adulte, molle, pâteuse, fluctuante, à base large, soulevant les côtes asternales, empêchant le décubitus sur le dos. L'appétit et le sommeil étaient perdus; il y avait de la fièvre. Un mois et demi avant la mort, l'abcès fut ouvert dans le seul but de diminuer les souffrances du malade; il en sortit deux litres de pus mal lié, tenant en suspension beaucoup de flocons tuberculeux. Cette évacuation fut suivie d'un grand soulagement qui dura un mois; il survint alors des accès de fièvre avec frissons qui précédèrent de peu de jours la mort du malade.

NÉCROPSIE. Le poumon droit était uni à la paroi thoracique par d'anciennes adhérences. Dans deux espaces intercostaux à droite, il y avait derrière la plèvre des traînées de matière tuberculeuse concrète de 54 millim. d'étendue. A la base du poumon droit, entre lui, le diaphrame et la colonne vertébrale, on trouvait une masse tuberculeuse du volume d'une grosse noix, entourée de parties molles engorgées et d'une sorte d'atmosphère de matière albumineuse, produit d'une inflammation récente. Le poumon gauche adhérait légèrement aux côtes; il y avait à la racine un tubercule arrondi du volume d'une noisette. Le tissu des deux poumons ne contenait aucun tubercule.

Le ligament vertébral antérieur était entièrement séparé des vertèbres, depuis la septième cervicale jusqu'à la première lombaire; vers le milieu de la région dorsale, il existait une courbure à double concavité antérieure et latérale droite résultant de la destruction presque entière des cinq, six, sept et huitième vertèbres dorsales, dont il ne restait que quelques fragmens nécrosés et isolés. Les quatre premières vertèbres dorsales, dénudées comme les autres, étaient voilées par une légère couche de matière tuberculeuse qui remplissait plusieurs fosses infundibuliformes creusées dans leur épaisseur. Les quatre dernières vertèbres dorsales étaient recouvertes par des masses épaisses de matière tuberculeuse concrète logées en partie dans de larges excavations de leurs surfaces. Il existait encore dans l'épaisseur de ces vertèbres des cavernes étroites, sinueuses et profondes dans lesquelles de la matière tuberculeuse s'était logée. Le corps de la neuvième vertèbre dorsale était infiltré de matière tuberculeuse dans la moitié supérieure de sa hauteur qui était d'un blanc terne et plus dure que dans l'état normal. Cette portion de vertèbre et les parties saines restaient encore unies par des inégalités qui se pénétraient réciproquement; mais un effort assez léger suffisait pour séparer la portion infiltrée et en faire un véritable séquestre. La dixième vertèbre offrait un fragment nécrosé de semblable apparence, mais plus petit. La première vertèbre lombaire était seulement dépouillée du ligament antérieur. Les cartilages des quatre dernières vertèbres dorsales, aussi bien que ceux des quatre moyennes, avaient disparu sans laisser le moindre vestige.

Du foyer principal de la destruction, c'est-à-dire des quatre vertèbres dorsales moyennes partaient deux trajets fistuleux; l'un dirigé à droite passait sur le bord externe du psoas, au-devant du carré des lombes et s'étendait en s'effilant jusqu'au ligament de Fallope où il se terminait. Mais c'est surtout en arrière qu'il avait pris un grand développement; le pus, s'étant frayé une route entre le grand dorsal et le carré des lombes, était arrivé sous la peau; il avait formé le vaste dépôt ouvert pendant la vie. Du côté gauche, le trajet fistuleux n'était descendu que jusqu'au milieu de la fosse iliaque; il contenait un petit fragment d'os nécrosé de 9 millim. de longueur.

Cette observation offre beaucoup d'analogie avec la précédente. L'une et l'autre nous montrent le tubercule infiltré, le tubercule épanché, des dépressions tuberculeuses, des vertèbres nécrosées et détruites, un long décollement du ligament vertébral antérieur, des abcès par congestion, enfin plusieurs cartilages absens. Dans les deux cas, le tubercule épanché aussi bien que le tubercule infiltré me paraissent avoir concouru à la destruction des cartilages. Mais, dans le dernier sujet, les lésions étaient plus étendues et plus prononcées. Ainsi les quatre vertèbres moyennes étaient représentées par des fragmens osseux, dans lesquels l'infiltration tuberculeuse ne pouvait être méconnue. Cette même lésion avait envahi des portions assez étendues des neuvième et dixième vertèbres, qui tenaient encore aux parties saines, en sorte que leurs formes n'étaient point altérées. Enfin, les quatre dernières vertèbres, et surtout la onzième et la douzième, logeaient dans des fosses superficielles, et dans des cavités sinueuses et profondes, des masses tuberculeuses considérables. Des productions morbides aussi étendues et aussi rapprochées des cartilages avaient dû avoir quelque part à leur destruction.

La perte de substance et la double incurvation éprouvée par le rachis résultaient de l'absence des cartilages inter-vertébraux, mais surtout de la nécrose des quatre vertèbres dorsales moyennes, dont les fragmens, quoique volumineux, ne représentaient pas cependant les corps vertébraux primitifs. L'incurvation aurait été bien plus grande si ces fragmens, qui

---

sultat, tout le reste est pure agitation, bruit et fumée; ce n'est rien, moins que rien; en tout, le résultat est le maître des affaires humaines.

Un médecin, homme de mérite, ne réussit pas dans le monde, il y réfléchit et dit : C'est que je manque de savoir-faire. Aujourd'hui, il n'y a pas d'autre moyen de parvenir. Eh bien! j'aurai du savoir-faire. Alors, il prend l'encensoir, il flatte et encense les médiocrités influentes, les insolences protectrices, les talens qui ne s'élèvent pas à deux pouces de terre, mais bruyans et importans. Il s'essaie, il s'encourage, il prend des airs, et toujours en vain; réussit-il mieux? Pas davantage, et le ridicule est tout près de l'atteindre. Cet homme n'a pas compris que le savoir-faire se modifie, se perfectionne, mais ne s'acquiert pas; c'est une chose d'instinct, on l'a par tempérament, par idiosyncrasie. On naît rusé, intrigant, courtisan, comme on naît reptile, ver ou serpent. La vie de savant, en général, est une vie de grand labeur et de petit gain, mais il faut s'y tenir; c'est un diamant mal taillé, mal serti, mais qui a sa valeur intrinsèque. Tôt ou tard cette valeur est connue et appréciée, souvent les siècles lui appartiennent.

Il y a pour un livre deux sortes de succès; le premier est le succès de début, d'entrain ou d'éditeur. Pour celui-là, élevez la voix, avertissez la foule insouciante, dites que vous êtes là votre œuvre à la main, exposez hardiment cette œuvre dans le cirque bruyant des journaux; plus il y a de publicité, plus il y aura de juges; en un mot, aide-toi, la presse t'aidera. Le second, le véritable succès, dépend essentiellement de l'ouvrage, c'est à lui à se défendre, à se soutenir, à se faire valoir. Face à face avec le lecteur judicieux, impartial, s'il n'instruit et n'intéresse pas, s'il est trivial et commun, si l'auteur n'a pas su relever la foule jusqu'à l'œuvre, et non rabaisser l'œuvre jusqu'à la foule, c'en est fait, l'arrêt de mort est prononcé, et le sanctuaire se ferme; jamais ce livre ne pourra passer de l'éphémère publicité d'un journal à la durable consécration d'une bibliothèque choisie. Que l'oubli, la poussière et les insectes lui soient légers.

Une idée neuve est une idée sans avenir, si la passion, si l'enthousiasme, si l'amour-propre exalté ne lui viennent en aide; ce sont des ressorts puissans et actifs; le point difficile est de les mettre au service du bon, de l'utile et du vrai.

Callicrate se prononce et dit : La phrénologie ne me paraît pas admissible. — Beaucoup de personnes partagent votre opinion. — Pourquoi, ajoute-t-il, se hâter de conclure, pourquoi faire un système sur quelques observations limitées, contestables et contestées? — Cette remarque me semble juste. — Les penchans, les tendances morales, se forment bien plutôt par l'ensemble et l'harmonie des parties du cerveau que par de simples développemens périphériques. — Je pense entièrement comme vous. — Et puis le *moi*; comment fractionner psychologiquement l'action d'un tout si éminemment unitaire? La chose est difficile. —

soutenaient encore le poids des parties supérieures, eussent été brisés ou qu'ils se fussent éloignés de la ligne rachidienne. Enfin, les neuvième et dixième vertèbres dorsales, privées d'une portion de leur substance, auraient fini par faire partie de cette vaste échancrure.

LES DEUX PREMIÈRES VERTÈBRES LOMBAIRES DÉTRUITES; LA TROISIÈME CREUSÉE PAR UN TUBERCULE; ABCÈS PAR CONGESTION; OBLITÉRATION D'UNE VEINE ILIAQUE PRIMITIVE; PHTHISIE PULMONAIRE.

OBS. IX. — Un jeune homme de 15 ans fit, en 1835, un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, pour une inflexion anguleuse de la colonne vertébrale, située au niveau des premières vertèbres lombaires. Les membres inférieurs n'étaient point paralysés. Des cautères furent appliqués sur les côtés de l'incurvation et le repos prescrit, mais non observé. Le malade quitta l'hôpital et y revint au bout de dix mois, n'ayant pas cessé un seul jour de marcher; mais alors il était pâle et faible, sa voix était cassée, il toussait et crachait abondamment; il avait de la fièvre et du dévoiement. Les forces diminuèrent rapidement, les membres inférieurs s'infiltrèrent; le gauche surtout était énormement tuméfié. La mort arriva au milieu des symptômes les plus évidens de la phthisie pulmonaire.

NÉCROPSIE. — Les corps des première et deuxième vertèbres lombaires sont détruits presqu'en totalité; ce qui reste est de couleur rose pâle. Le corps de la troisième vertèbre et son cartilage supérieur commencent à être usés. Le ligament vertébral antérieur forme l'enceinte du foyer qui correspond aux vertèbres détruites; ce foyer communique avec un autre plus vaste, situé sur le côté gauche des trois dernières vertèbres lombaires, et descend au-devant du psoas, jusqu'au niveau de la crête iliaque. La veine iliaque primitive gauche, située dans la paroi de ce foyer, est oblitérée par un caillot sanguin, intimement adhérent à la face interne, et se prolongeant dans les veines iliaques externe et crurale du même côté; il est formé de couches fibrineuses concentriques, d'autant plus solides et plus pâles qu'on les examine plus supérieurement. Ce foyer contenait une verrée de sérosité tenant en suspension une grande quantité de matière tuberculeuse et quelques petits graviers. La troisième vertèbre lombaire ayant été dépouillée du ligament vertébral antérieur, dont elle était encore recouverte, on vit sur le côté gauche de son corps une ouverture, de la grandeur d'un centime, occupée par de la matière tuberculeuse, conduisant dans une cavité anfractueuse, profonde et large, remplie de la même matière, dont le manche du scalpel enleva trois masses, du volume d'un gros pois; moelle épinière et ses membranes intactes.

Un grand nombre de ganglions mésentériques sont durs et engorgés; de petits tubercules miliaires sont disséminés sur le mésentère. Les poumons contiennent une multitude de tubercules, et sont creusés à leur sommet par de nombreuses cavernes.

Deux vertèbres chez ce sujet sont en grande partie détruites; ce qui en reste est de couleur rosée et semble avoir été usé par le frottement; et l'on est d'autant plus en droit d'admettre que la destruction a eu lieu par ce mécanisme que, pendant la longue maladie de ce jeune homme, jamais les jambes n'ont été paralysées ni même faibles, et qu'il a constamment beaucoup marché, non seulement chez ses parens, où il était libre, mais encore à l'hôpital, malgré nos remontrances. Le corps de la troisième vertèbre lombaire était creusé par une cavité qui en occupait la plus grande étendue; la voûte de cette caverne n'était formée que par une mince lame osseuse, qui aurait été bientôt usée si le malade eût encore marché quelque temps; la cavité une fois ouverte, l'usure de la vertèbre aurait fait de rapides progrès. Rien ne prouve, sans doute, que des cavernes semblables aient existé dans les première et deuxième vertèbres lombaires, mais aussi rien ne démontre que leur disparition soit due à l'infiltration tuberculeuse et à la nécrose, dont il n'existait aucune trace sur le cadavre.

Une autre lésion mérite d'être notée : je veux parler de l'oblitération de la veine iliaque primitive, qui dépendait, sans aucun doute, du voisinage du foyer purulent. L'infiltration du membre inférieur correspondant, l'effet de cette oblitération doit aussi en être considéré comme un des signes les plus caractéristiques. Je dois placer ici une observation dans laquelle une complication semblable n'a pas moins concouru à la mort du sujet que la maladie principale.

MAL DE POTT; CATARRHE PULMONAIRE; DÉVOIEMENT; OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE; INFILTRATION DES MEMBRES INFÉRIEURS; ESCARRES AU SACRUM; MORT.

OBS. X. — Un garçon, de 12 ans, porte une incurvation vers le milieu de la région dorsale, sans paralysie; il tousse, il expectore en abondance des crachats épais et arrondis; il éprouve de l'oppression et de l'enrouement. Quelquefois il survient du dévoiement qui disparaît sous l'influence des moyens appropriés. Les membres inférieurs et le pourtour du bassin sont énormément infiltrés; des escarres se forment au sacrum et sur l'une et l'autre fesse; la face est bouffie, la peau terreuse. Cet enfant garde constamment la même position. On ne peut lui imprimer le moindre mouvement sans qu'il éprouve de cruelles douleurs; aussi n'a-t-il jamais pu être soumis à un examen approfondi du côté des organes de la poitrine. Je présume d'après les symptômes qu'il existe une phthisie pulmonaire dont l'infiltration des membres inférieurs n'est qu'un effet. Je me borne à calmer la toux, à modérer les crachats et le dévoiement lorsqu'il paraît, à faire panser soigneusement les plaies qui ont succédé à la chute des escarres. Tous mes soins n'empêchent pas le malade de s'éteindre sept mois après son entrée à l'hôpital.

NÉCROPSIE. La septième vertèbre est complètement détruite; quelques fragmens nécrosés de son corps nagent dans une petite quantité de liquide séreux qui tient en suspension des flocons tuberculeux. Les corps des deux vertèbres voisines de la septième sont à moitié détruits vers leur partie antérieure. Le ligament vertébral antérieur est à peine soulevé. La moelle épinière et ses membranes ne sont ni injectées ni comprimées. Les deux poumons sont souples, crépitans et intacts de tous points. Quelques ganglions bronchiques grossis sont transformés en matière crétacée. La trachée artère et les grosses bronches sont parfaitement blanches; les dernières ramifications bronchiques sont très légèrement injectées. Le cou ne présente rien d'anormal. L'estomac et les intestins sont blancs dans toute leur étendue. Tous les organes abdominaux sont intacts, hormis la veine cave inférieure qui est complètement oblitérée par un énorme caillot sanguin. Ce caillot commence en pointe au niveau de la troisième vertèbre lombaire; il grossit rapidement et remplit la cavité de la veine dont le diamètre est d'environ 20 millim. Le caillot continue dans les veines iliaques primitives et hypogastriques, et il se montre d'autant plus blanc et plus dense qu'il se rapproche plus de son extrémité supérieure. Tout à fait en haut, il a perdu complètement sa partie colorante; en bas il est mou et d'un rouge foncé. Il est composé de couches concentriques.

Toutes les veines occupées par le caillot sont distendues; la seule veine iliaque externe gauche est aplatie par l'artère du même nom qui passe obliquement sur elle. Le caillot des grosses veines n'adhère point aux parois de ces vaisseaux; il est fixé par les petits caillots qui pénètrent dans les vésicules collatérales. Les parois de tous ces vaisseaux sont parfaitement blanches.

La lésion de la colonne vertébrale est tout à fait étrangère à la mort de cet enfant qui a été le résultat des seules complications. Les crachats abondans, la diarrhée, l'infiltration des membres inférieurs et surtout les escarres étaient bien suffisans pour consommer la ruine de l'économie. Je dois faire remarquer que les crachats et la diarrhée n'étaient point expliqués par des traces d'inflammation dans les organes correspondans;

Sans contredit, et pourtant, mon ami, vous conviendrez à votre tour qu'il existe des crânes à diamètre tellement minime, que le mérite n'y saurait loger; qu'il y a des têtes si mal conformées, que la logique et le bon sens en paraissent à jamais bannis; enfin, qu'on voit des front si étroits, si bas et si plats, qu'il est impossible de n'y pas lire, ignorance, sottise et méchanceté.

Jeune homme, prends garde qu'il ne soit trop tôt; vieillard, prends garde qu'il ne soit trop tard.

Combattre l'opinion, relever quelques fautes des hommes de mérite, est-ce envie, est-ce dénigrement, est-ce pédantisme? Nullement, c'est souci de leur gloire, admiration de leur talent. On ne fait pas ou l'on ne devrait jamais faire de pareilles critiques aux auteurs médiocres; à quoi bon? Ils n'en deviendront ni meilleurs ni plus sages. Quant à ceux que la nature a faits pour briller, on ne peut trop leur recommander, avec Horace, ce soin attentif et sévère, cette perfection du fond et de la forme, ce *limæ labor et mora* qui assure à leurs productions, après l'enthousiasme du premier succès, une longue durée; qui fait qu'on les relit avec fruit, avec intérêt, qu'on les cite, que ce qu'ils ont dit, inventé, perfectionné, reste dans les fastes de l'art, comme *une œuvre à toujours*, selon la belle expression d'un ancien.

Dans la médecine comme dans les autres sciences, on trouve des hommes qui n'ont ni l'étoffe ni les moyens d'être modestes.

Hoffmann, le conteur, notait exactement chaque action de sa vie, il n'oubliait rien. On lit dans son journal : Le 11 mars, à huit heures et demie du soir, *j'ai été un sot*. En écartant ce ton un peu trop cru, si chacun de nous, dans l'exercice de l'art, traçait avec le même scrupule ses fautes, ses erreurs, ses méprises; si, pénétrant dans le vif de l'amour-propre, chaque médecin écrivait dans son journal, tel jour, dans telle maladie, j'ai été timide, imprudent, téméraire, peu intelligent, etc., voilà ce que j'ai fait, et voilà ce que j'aurais dû faire, etc; que de richesses pratiques s'accumuleraient! quelles annales pour l'art! quelle source abondante et pure d'une expérience presque infaillible! Mais qui en empêche? Ne le devinez-vous pas; l'orgueil, ce poison des bonnes idées, cet implacable tyran de nos volontés.

Le *vieux médecin*, s'appuyant sur sa canne et secouant sa perruque : mon *expérience*... j'en ai tant vu.

Le *jeune médecin*, relevant la tête et ajustant sa cravate : le *progrès* actuel... j'en verrai tant.

Souvent tous les deux ignorent combien dans ces deux mots, expérience, progrès, il y a d'illusions et de mécomptes. Leur valeur et leur portée échappent

et si la phlegmasie a existé à une époque antérieure, il faut convenir que sur la fin de la vie ces liquides étaient le produit d'une habitude de sécrétion contractée par les membranes muqueuses. Quant aux caillots des veines abdominales, bien qu'il n'existât dans les parois de ces vaisseaux aucune trace d'injection, aucun épaississement, il est plus que probable que la formation a été le résultat de la phlegmasie des parois de la veine cave à une époque qui a précédé l'entrée du malade à l'hôpital. Je me souviens avoir observé une inflammation de la veine saphène interne caractérisée par les symptômes les moins équivoques; le malade étant mort quelque temps après d'une autre maladie, je constatai que les parois de ces vaisseaux étaient parfaitement blanches et souples et que la cavité était occupée par un caillot solide comme dans le fait actuel.

CAVITÉ TUBERCULEUSE DANS LES DIXIÈME ET ONZIÈME VERTÈBRES DORSALES ET LEUR CARTILAGE; VASTE ABCÈS AU DEVANT DU RACHIS.

OBS. XI. — Un jeune homme de 25 ans entra à l'Hôtel-Dieu en février 1836: il avait une fistule à l'aine gauche, et portait la trace de deux cautères sur les côtes de l'épine dorsale. Dévoré par une fièvre continue avec redoublement, il toussait et crachait beaucoup et ressentait des douleurs dans l'abdomen. Ce malade nous apprit qu'il éprouvait depuis cinq ans des douleurs dans le dos, qu'il avait longtemps gardé dans l'aîne gauche un abcès ouvert et converti en fistule depuis six mois seulement. Cette fistule ne donnait qu'une médiocre quantité de pus. Un pansement simple avec de la charpie, des tisanes pectorales, des loocs, du lait et des bouillons, tels furent le traitement et le régime prescrits.

Dix jours s'étaient à peine écoulés depuis l'entrée de ce malade qu'il tomba subitement dans un état comateux auquel il succomba au bout de quarante-huit heures.

NÉCROPSIE. Une sonde introduite par l'orifice fistuleux de l'aîne aboutit à l'ouverture aortique du diaphragme en parcourant un long trajet derrière le péritoine. Un vaste foyer purulent occupe le devant de toute la colonne dorsale et des trois dernières vertèbres cervicales. L'enceinte de ce foyer est formée en avant par le ligament vertébral antérieur et les plèvres; en arrière par les corps vertébraux, leurs cartilages, les apophyses transverses, l'extrémité postérieure des côtes et une partie des muscles intercostaux. Le pus descend à droite de la région lombaire, derrière le rein droit jusqu'à la crête iliaque; il est crêmeux, jaunâtre, homogène, sans traces de tubercules; sa quantité peut être évaluée à un litre; les corps vertébraux ont une teinte noire; le fond de la gouttière transversale creusée sur leur face antérieure est occupé par une bande de matière albumineuse, dense, se laissant enlever par plaques mamelonnées et paraissant être un dépôt du liquide purulent puisqu'on les rencontre sur toutes les parois de cette vaste cavité. La colonne vertébrale, divisée dans toute sa longueur d'avant en arrière et sur la ligne médiane, nous laisse voir toutes les vertèbres et leurs cartilages intacts, à l'exception des dixième et onzième vertèbres dorsales et de leur cartilage commun. La partie centrale de ce cartilage, celle qui dans l'état normal offre l'aspect d'une gelée blanchâtre, est remplacée par une sorte de bouillie grise sans consistance et sans apparence d'organisation. La portion dure du cartilage, celle qui en occupe la circonférence, n'a point éprouvé d'altération, et sert comme à l'ordinaire de lien aux deux vertèbres. La dixième et la onzième vertèbres sont creusées dans leurs faces correspondantes par une excavation demi-sphérique dont la réunion représente une cavité arrondie assez grande pour loger une noisette. Cette cavité formée ainsi aux dépens des deux vertèbres et de la partie centrale de leur cartilage est occupée par la matière grise dont j'ai déjà parlé. Ses parois sont lisses, brunes; mais les vertèbres qui les forment n'ont subi aucun changement dans leur consistance et leur structure. Un canal long de 9 à 11 millim. ayant le diamètre d'une plume d'oie, situé dans le côté droit de la dixième vertèbre, s'ouvre en arrière dans l'excavation dont nous venons de parler, et en avant sur la face antérieure du corps vertébral, et par conséquent dans le grand foyer situé au devant du rachis. La colonne vertébrale n'a d'ailleurs éprouvé aucun changement dans sa forme. Les poumons sont souples, non adhérens, sans tubercules. L'estomac, les intestins et tous les autres viscères abdominaux sont sains. Le cerveau n'offre ni épanchement ni injection, ni altération de consistance. L'arachnoïde de la base paraît un peu opaque. Moelle épinière dans l'état normal.

L'observation qu'on vient de lire est d'une espèce très rare; les lésions qu'elle présente s'éloignent tellement de celles qu'on a l'habitude de rencontrer qu'il serait difficile d'en reconnaître la nature, si l'on n'avait fait une étude approfondie des maladies organiques des os et en particulier de celles de la colonne vertébrale; avec ces conditions même, la véritable cause de cet abcès aurait bien pu nous échapper, si nous nous étions contenté, ainsi qu'on le fait trop souvent, d'un examen superficiel, et si nous n'avions dépouillé avec soin la surface de toutes les vertèbres de la matière albumineuse concrète qui y adhérait intimement, et si en outre nous n'avions divisé le rachis dans toute sa longueur. Grâce à ces soins minutieux, nous pûmes découvrir et l'orifice antérieur du canal anormal qui occupait la dixième vertèbre et l'excavation sphérique creusée dans les dixième et onzième vertèbres et au centre de leur cartilage. La perte de substance éprouvée par ces trois organes était occupée, ainsi qu'il a été dit, par de la matière grise semblable à de la bouillie, n'ayant nullement l'aspect du tubercule. Le liquide contenu dans l'immense foyer qui mesurait presque toute la hauteur du rachis n'offrait non plus rien de tuberculeux. Dès lors quel rapport pouvait il exister entre le tubercule et les lésions pathologiques placées sous nos yeux?

Il faut d'abord remarquer la durée de la maladie. Plus de cinq années s'étaient écoulées depuis l'apparition des symptômes. Une douleur vive, continue, invariablement fixée au niveau des dixième et onzième vertèbres dorsales, avait été le premier et le plus constant des phénomènes manifestes chez ce malade. Deux cautères, appliqués dans le voisinage du mal, longtemps avant l'entrée du sujet à l'hôpital, n'avaient pu en triompher; il n'est pas besoin de chercher à cette douleur une autre cause que le foyer vertébral. Mais ce foyer lui-même comment avait-il été produit? S'il eût contenu un tubercule cru ou ramolli, la question serait toute tranchée, mais il n'en existait point de vestiges; il faut donc admettre ou qu'il n'y en avait jamais eu ou qu'il avait disparu. Je n'hésite pas à me prononcer pour cette dernière hypothèse. 1° Le tubercule des vertèbres, comme celui des poumons, comme celui de tous les autres organes, ne se montre à l'état de crudité que pendant un temps limité. Un moment arrive où, indépendamment de toute circonstance extérieure, et par les seules lois auxquelles son existence est soumise, cette production pathologique se ramollit et perd la plupart de ces caractères physiques. Ce ramollissement s'observerait fréquemment si la vie des malades se prolongeait assez pour qu'il pût s'opérer; mais le contraire arrive le plus souvent. Dans le mal de Pott, par exemple, les complications graves qui surviennent, enlèvent presque toujours le malade avant la fonte complète des tubercules, et fournissent l'occasion de l'observer à l'état de crudité; mais le sujet de notre dernière observation s'est soustrait à cette loi. Depuis le début du mal jusqu'à la mort, il s'est écoulé cinq années, qui ont été plus que suffisantes pour permettre au tubercule de se ramollir. 2° La forme de la perte de substance osseuse nous fournit encore un argument en faveur de l'existence du tubercule. Les cavités creusées au milieu des os par les tubercules en masse sont tellement caractéristiques qu'il est impossible de ne pas les reconnaître quand

---

inévitablement à celui qui ne réunit pas trois qualités précieuses, un grand savoir, beaucoup de logique et un esprit sans préjugés.

⁂

Je dirai toujours et je répéterai avec un homme de sens : les âmes élevées se mettent à genoux devant le mérite; les âmes communes devant le succès. Pour celles-ci le succès justifie tout; pour les autres, le succès lui-même a besoin d'être justifié.

⁂

L'esprit de parti et l'esprit de secte scientifique sont absolument identiques : la partialité ardente, le dénigrement perpétuel, l'hyperbole adulatrice, l'orgueilleuse satisfaction de se croire seul dans la bonne voie, en sont les caractères. Y a-t-il la moindre différence entre le brownien qui s'incline profondément devant le buste de son chef d'école, entre le partisan du physiologisme, qui dit : la médecine date de Broussais, rien avant, rien après lui, et le soldat enthousiaste, qui s'écrie : tout commence et tout finit à la redingote grise? L'esprit de secte, comme l'esprit de parti, accorde tout à l'un et refuse tout à l'autre : en vain vous y chercherez de la justice, de la bonne foi; toujours des conceptions étroites, des prétextes de bien public ou du progrès de la science; les faits et les raisonnemens, les théories et les chiffres, sont arrangés, disposés, transformés dans un sens, et jamais dans un autre; le principe est toujours là avec sa règle ou son triangle de fer, et les explications ne font jamais défaut. Stahl assure que l'âme n'oublie rien; qu'elle a même soin d'humecter la bouche quand il le faut. Nenter (1), son disciple, soutient que l'âme sait tout, fait tout, et sans le moindre délai, *præsto adest*. Astruc (TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES) dit que les enveloppes du fœtus, en s'engageant en même temps que lui dans l'orifice de la matrice, servent à tapisser le passage, à le défendre contre les froissemens du fœtus et *des doigts de la sage-femme*. Certes, voilà une âme ou une nature excessivement prévoyante. L'esprit de secte n'hésite pas un instant, l'exagération est même son argument principal. Mais le temps fait son office; il éteint de son souffle puissant ce feu, cet enthousiasme, ces éloges, ces transports, et son arrêt est irrévocable, c'est celui du destin.

⁂

Selon Platon (second Alcibiade), *l'esprit est ce qui se sert du corps*. Un philosophe religieux de notre époque, s'emparant de cette idée, définit l'homme « une intelligence servie par des organes. » Eh bien! la définition inverse est tout aussi vraie : « *L'homme est un composé d'organes servis par une intelligence.* »

⁂

L'exercice de la médecine est pénible, sujet à d'innombrables dégoûts. Dans la pratique de l'art, il y a toujours un mélange *de doute et de foi*, qu'on ne sau-

(1) FUNDAMENTA THEORETICO-PRACTICA, tom. I-II. In-4°. *Argentorati*, 1718-1721.

une fois un les a vues. Ces cavités sont tantôt largement ouvertes à l'extérieur, tantôt closes de toutes parts, et sans communication avec la superficie du rachis; d'autres fois, enfin, elles aboutissent à la circonférence d'une vertèbre, soit par un simple orifice, soit par un véritable canal. Quelle que soit leur forme, leurs parois sont lisses; on les dirait formées par un emporte-pièce, ce qui les distingue des pertes de substance qui résultent de la chûte d'un séquestre; souvent même elles sont recouvertes d'une fausse membrane. L'os sur lequel ces cavités sont creusées n'est point altéré, il n'a point diminué de consistance, ses cellules ne sont point élargies, sa couleur est celle de l'état normal. Ces caractères suffisent pour les séparer complètement des pertes de substance qu'éprouvent les os ramollis par la carie. Si les cavités tuberculeuses portent des caractères tellement tranchés qu'on ne puisse les confondre avec d'autres, n'est-il pas évident que de leur seule présence on devra conclure à l'existence antérieure du tubercule, lors même qu'il n'y aurait plus de traces de ce dernier? De même qu'une caverne tuberculeuse du poumon décèle, par sa forme, sa véritable origine, lors même qu'on ne trouve autour aucun tubercule à l'état de crudité. Appliquant ces considérations au cas qui nous occupe, j'en conclus qu'une masse tuberculeuse a envahi primitivement les dixième et onzième vertèbres dorsales; qu'elle a détruit consécutivement la partie centrale du cartilage intermédiaire; qu'elle s'est liquéfiée par l'effet du temps et probablement aussi par son mélange avec la portion pulpeuse du cartilage; enfin, que le produit de cette fonte a été versé au-devant de la colonne vertébrale par le canal creusé dans la dixième vertèbre par la matière tuberculeuse.

Maintenant il nous reste à montrer le rapport qui existe entre cette lésion organique et l'abcès situé au-devant du rachis. La première chose qui frappe, c'est l'immense étendue de ce foyer purulent, comparée à l'exiguité de la lésion vertébrale. Cette disproportion pourrait peut-être éloigner la pensée que celle-ci est la cause du premier. Mais il est aisé de concevoir comment une petite quantité de liquide versé entre le rachis et le ligament vertébral a décollé celui-ci et y a, par son contact, excité une inflammation, source d'une nouvelle sécrétion purulente. Le décollement, l'inflammation et la sécrétion purulente se prêtant un mutuel appui pour l'élargissement du foyer, celui-ci a pris une grande étendue, d'autant plus aisément que le temps ne lui a pas manqué. Du reste, je dois faire observer que cette collection purulente, quoique due à une maladie du rachis, n'était pas proprement un abcès par congestion. On appelle de ce nom un abcès dont le pus est formé dans un point circonscrit plus ou moins éloigné. Ici l'organe sécréteur n'était certainement pas la portion malade de la colonne, mais bien les parois molles du foyer; ainsi c'était simplement un dépôt symptomatique d'une lésion locale, comme ceux qui se développent autour des corps étrangers.

On pourrait se demander comment il se fait qu'une ou plusieurs vertèbres détruites par le tubercule n'ont souvent autour d'elles qu'un abcès très minime, tandis qu'ici un abcès énorme coïncidait avec un lésion organique fort circonscrite. Il est aisé de se rendre compte de cette différence : si le tubercule attaque et détruit d'emblée une ou plusieurs vertèbres, il en résulte une incurvation et souvent même une paralysie, qui tient le malade plus ou moins immobile dans son lit et prévient ainsi l'inflammation que les mouvemens développeraient autour de la lésion organique. Chez notre malade, au contraire, l'exiguité et le siége de l'altération laissant à la colonne sa forme, aux cartilages leur souplesse et aux membres inférieurs toute leur force, le repos n'a jamais été observé, et le mal, siégeant, d'ailleurs, dans un point du rachis où les mouvemens sont très étendus, il ne faut pas chercher d'autres motifs de l'accroissement incessant de l'abcès.

PERTE DE SUBSTANCE DE LA CINQUIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE; CANAL CREUSÉ DANS CE QUI RESTE DU CORPS DE CETTE VERTÈBRE; TUBERCULES CRUS; TRACES D'INFLAMMATION DANS LES PLEVRES, L'ESTOMAC, L'INTESTIN GRÊLE, LE PÉRITOINE.

OBS. XII. — Un enfant de la Charité, âgé de 11 ans, fut envoyé de la campagne pour une gibbosité vertébrale de la cinquième vertèbre lombaire, faisant une saillie très prononcée. L'enfant marchait bien, les membres inférieurs conservaient leur sensibilité; la tumeur, qui avait été douloureuse, ne l'était plus maintenant. Il attribuait sa maladie à des chutes fréquentes de cheval. Un cautère fut appliqué au voisinage de la gibbosité, et le repos prescrit; mais rien ne put obliger cet indocile malade à garder le lit. Un mois après son entrée, cet enfant fut atteint de petite vérole; l'éruption, partout très abondante, se montrait confluente à la face, pendant la période de dessication, il survint des vomissemens, de la diarrhée, et un mouvement fébrile continu. Les antiphlogistiques, les adoucissans, les calmans les plus variés ne purent triompher de ces symptômes qui se prolongèrent plusieurs mois. Dans les quinze derniers jours de sa vie, cet enfant refusa tout remède avec obstination; les boissons et les alimens les plus légers n'étaient pas mieux accueillis; il mourut dans le marasme le plus extrême.

NÉCROPSIE. Au-dessous de la base du sacrum, le ligament vertébral antérieur soulevé formait une tumeur élastique de la grosseur de la moitié d'une pomme ordinaire. La cavité de cette poche contenait environ une cuillerée à bouche de matière tuberculeuse en partie épaisse, en partie demi-liquide; la première tapissait la face interne du ligament soulevé, ainsi que la portion restante de la cinquième vertèbre lombaire; l'autre avait coulé au-devant du sacrum, et détaché de la première fausse vertèbre le tissu fibreux qui la revêt; on trouvait dans la partie déclive de cette poche quelques graviers osseux de la grosseur d'une tête d'épingle. La poche formée par le ligament vertébral était parfaitement close; aucun abcès n'existait dans le voisinage; néanmoins, le tissu cellulaire environnant était dur, engorgé, et les muscles psoas ainsi que la partie supérieure des iliaques étaient livides et ramollis.

La cinquième vertèbre lombaire usée de bas en haut avait disparu en grande partie, il ne restait que son apophyse épineuse, ses apophyses transverses et articulaires et la partie du corps la plus rapprochée du canal vertébral ayant 7 millimètres d'épaisseur d'avant en arrière. La portion de la face supérieure du corps qui avait échappé à la destruction, inclinée en avant, était encore incrustée d'une mince lame cartilagineuse; la face antérieure du fragment, devenue presque horizontale, était tapissée d'une couche de matière tuberculeuse au-dessous de laquelle on voyait le tissu osseux avec sa couleur rosée, ses cellules distinctes et la consistance normale. Cette pièce osseuse était traversée d'avant en arrière par un canal de 7 millimètres de largeur, nettement cylindrique, et semblant fait avec un emporte-pièce; il établissait une communication entre la cavité du kyste et le canal vertébral; de la matière tuberculeuse, homogène et consistante en occupait toute la cavité. En avant de ce fragment de la cinquième vertèbre lombaire, le cartilage de la quatrième, fortement incliné en bas, était venu se mettre en contact avec la base du sacrum, revêtue encore de son cartilage. Il n'existait de tubercule dans aucun autre endroit de la colonne vertébrale. Il n'y avait ni épanchement dans le canal rachidien, ni altération de la moelle ou de ses membranes.

Dans toute leur étendue, les poumons étaient unis aux plèvres costales et diaphragmatiques par des adhérences anciennes; ils étaient souples, crépitans et exempts de toute altération organique. Le cœur, mou, pâle, ne contenait que de petits caillots sanguins. Le foie sain, d'ailleurs, adhérait au diaphragme par toute sa surface convexe. La grosse extrémité de l'estomac, parfaitement sphérique, se rétrécissait subitement, et le reste de l'organe jusqu'au pylore avait la

---

rait nier, *une espérance inquiète et pleine de travail*, qui fatigue et obsède. Cependant on trouve d'admirables compensations. Y a-t-il au monde un spectacle plus curieux, plus attachant qu'une maladie à connaître, à pénétrer, soit par une étude attentive, soit par un tact rapide et sûr, par le coup de foudre lumineux du génie? Est-il une profession qui exige plus de force logique que la nôtre? Connaissez-vous de plus beau rôle que celui d'un homme qu'on attend avec impatience, qu'on voit avec bonheur, qu'on écoute avec anxiété, que l'on consulte comme un oracle, dont la parole dispense la joie ou la douleur, la consolation ou le désespoir. Malheureusement d'aussi hautes prérogatives sont frappées d'un cachet d'infériorité. En définitive, quel est le but qu'on se propose? *Gagner de l'argent*. Disons-le avec douleur, ces mots ont quelque chose de bas et d'ignoble; ils ont un effet qui désenchante et brise le prisme; alors le médecin semble tomber du ciel, c'est un ange déchu. Ah! c'est un triste mercantilisme que notre art, sans consécration spirituelle. Toutefois l'ordre social, les besoins de la famille, le pain de chaque jour, sont impérieux; la nécessité est là avec ses clous d'airain; il faut se soumettre, il faut se courber et marcher. Allez donc, médecin philosophe, assidu contemplateur des merveilles de l'économie, allez, si vous pouvez, *gagner de l'argent*, mais en faisant le métier, ayez soin de comprimer vos sentimens, d'abaisser votre pensée et de jeter un triple voile de deuil sur le tableau de Girodet.

La vieillesse est orgueilleuse de la prudence que lui a vendue l'expérience au prix de l'insensibilité.

Connaissez-vous chose plus triste, plus affligeante, que cette ivresse personnelle qui égare un homme de mérite dans sa propre adoration?

Plus on réfléchit sur l'homme, être complexe, *esprit-corps*, plus on découvre de rapports entre le physique et le moral, quoique sans identité absolue. Sur beaucoup de points, la loi est la même et par conséquent les résultats. Ainsi la pensée a son temps naturel de fécondation, de gestation et d'accouchement comme le corps. Tout ce qui vient avant ce temps est un avortement plus ou moins complet, la vie manque au produit. Les plus beaux fruits du génie sont mûris au soleil d'une pensée forte, active et persévérante. Sans cette incubation, n'attendez que d'informes essais. Combien d'ouvrages, combien de livres en sont la preuve; aussi faut-il s'écrier : « On n'a fait qu'imprimer, ils n'étaient déjà plus. »

O paix de l'ame! heureux accord des opinions avec les sentimens, avec les actions, la conduite et la position sociale! c'est toi qui tempères le feu des passions, c'est toi qui apaises les nerfs, rends le sang calme et doux, maintiens les forces de l'économie dans un équilibre salutaire, donne au rhythme vital cette régularité si favorable au bien-être; en toi se trouvent la santé, le bonheur, la vie de notre vie, le souverain bien s'il existe sur notre misérable planète.

forme d'un intestin grêle. La membrane muqueuse de la région pylorique était d'un rouge foncé; une injection semblable colorait toute la muqueuse du jéjunum.

Cette observation, analogue à certains égards à la précédente, confirme ce que nous avons dit sur la forme des pertes de substances produites par le tubercule; en effet, la portion de la cinquième vertèbre lombaire qui a échappé à la destruction est traversée d'avant en arrière par un canal nettement cylindrique, comme celui que nous avons vu sur la dixième vertèbre dorsale. Il est rempli par de la matière tuberculeuse, concrète, pure et exempte de tout mélange, ce qui ne laisse aucun doute sur l'origine de la perte de substance; peut-être existait-il au centre de la cinquième vertèbre lombaire une cavité tuberculeuse qui communiquait avec le canal rachidien par le conduit en question, comme dans l'observation précédente, la cavité commune aux deux vertèbres aboutissant par un canal au-devant du rachis. Peut-être encore un abcès se serait-il formé dans le canal rachidien, si la matière tuberculeuse n'eût pas trouvé à se répandre dans la direction opposée.

Chez ce dernier enfant, l'abcès qui soulevait le ligament vertébral était peu étendu, quoique la plus grande partie du corps d'une vertèbre eût disparu, et que la masse tuberculeuse fût assez considérable, tandis que chez le jeune homme de l'observation qui précède, l'abcès était très vaste et la lésion organique très circonscrite. Cela vient de ce que chez l'enfant, la maladie était moins ancienne; elle siégeait sur une partie du rachis où les mouvemens sont plus obscurs qu'à la partie inférieure de la région dorsale; enfin, depuis l'invasion de la petite vérole jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant plusieurs mois, il n'avait pas quitté le lit; malgré ces circonstances peu favorables au développement d'une inflammation, les parties molles étaient engorgées, rouges, ramollies; elles seraient probablement devenues le siége d'une abondante suppuration, si la vie de l'enfant se fût prolongée.

EXCAVATION TUBERCULEUSE DANS LA BASE DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE; DESTRUCTION COMPÈTE DE LA TROISIÈME VERTÈBRE CERVICALE ET DE SES FIBRO-CARTILAGES; ULCÉRATION D'UN TROISIÈME FIBRO-CARTILAGE; DESTRUCTION DES ARTICULATIONS ARTHRODIALES DES QUATRE PREMIÈRES VERTÈBRES; HÉMORRAGIE PAR L'ARTÈRE VERTÉBRALE.

OBS. XIII. — Un enfant de 7 ans, après neuf mois de maladie, fut admis à la Charité dans le service de M. le docteur Polinière. Un séjour de trois mois permit d'observer les symptômes suivans : ganglion engorgé sur le côté droit et supérieur du col, puis ulcération de la peau correspondante. Cette ouverture devint un orifice fistuleux, par lequel s'échappent un liquide séreux entraînant des grumeaux de matière concrète et de petites esquilles osseuses. Dans le dernier mois de la vie, il se fit par là une hémorragie abondante qui rendit le malade presque anémique. Enfin pendant les quatre derniers jours de la vie, on vit sortir par cette fistule des vers qui se renouvelaient chaque jour plus nombreux, malgré de fréquens pansemens. Les mouvemens de flexion et de rotation de la tête ne se faisaient qu'avec beaucoup de difficulté, et l'enfant assis dans son lit portait la tête légèrement inclinée à droite et soutenait son menton avec le pouce; il n'y eut jamais de paralysie. Ce malade s'éteignit le 29 octobre 1838.

NÉCROPSIE. La tête est inclinée à droite comme pendant la vie.

Au niveau de la troisième vertèbre cervicale et au côté droit du col, la peau présente une ouverture arrondie d'environ 7 millim. de diamètre, autour de laquelle cette membrane est décollée dans l'étendue de 41 millim. Les muscles sous-jacens ont éprouvé aussi un vaste décollement. Il existe là une sorte de canal évasé en dedans qui conduit sur le côté droit des cinq premières vertèbres cervicales.

La face inférieure du corps de l'axis a éprouvé une perte de substance; à sa place, on trouve une excavation arrondie creusée dans la base de l'apophyse odontoïde, assez large pour loger un pois. Cette vertèbre est brisée simplement sur son côté gauche; mais à droite elle est réduite en un grand nombre de petits fragmens tenant encore aux parties molles, et on y voit une large perte de substance. Les masses latérales ont complètement disparu. L'odontoïde conserve sa forme extérieure et les ligamens qui s'y attachent ou qui passent derrière elle n'ont subi aucune altération.

Le cartilage qui unissait le corps de l'axis à la troisième vertèbre, le corps de cette troisième vertèbre et le cartilage qui l'unissait à la quatrième ont été complètement détruits. Par suite de cette perte de substance, la base de l'apophyse odontoïde est venue se mettre en contact avec la face supérieure du corps de la quatrième vertèbre dénudée et un peu usée. Les surfaces articulaires supérieures des masses latérales de cette vertère, dépouillées de leur cartilage et chagrinées, sont en contact avec les faces inférieures plus larges des masses latérales de l'atlas également dénudées, mais non chagrinées.

Le fibro-cartilage qui unit la quatrième vertèbre avec la cinquième a éprouvé une perte de substance dans le tiers postérieur de son étendue; la portion correspondante des corps vertébraux est dénudée; si on regarde par derrière du côté du canal vertébral, on voit en place de la portion du cartilage absente une excavation profonde. Les deux tiers du cartilage restés intacts sont ondulés dans les limites de la perte de substance, et ce bord au lieu d'être taillé à pic est obliquement coupé et comme poli avec une lime. Dans le canal rachidien, à la hauteur de l'espace intervertébral dont nous venons de parler, on voit une poche formée par le ligament vertébral postérieur contenant un peu de pus et des esquilles très petites descendues des vertèbres brisées. Au voisinage des vertèbres malades, on trouve beaucoup de petits fragmens osseux semblables à du gravier; quelques-uns même ont 2 ou 5 millim. de longueur. Les portions d'os qui ont échappé à la destruction ne sont ni indurées ni ramollies; leur couleur est rosée, et leurs cellules sont semblables à celles des vertèbres les plus saines. La moelle épinière n'a éprouvé ni compression ni altération d'aucune espèce. Les poumons sont intacts et exempts de tubercules. Les ganglions mésentériques sont engorgés. L'artère vertébral du côté droit n'a pas pu être trouvée au niveau des vertèbres détruites; plus haut et plus bas, elle reparaissait. Ouverte par une esquille osseuse, elle avait probablement été la source de l'hémorragie qui avait tant affaibli le malade.

Je regarde comme étant de nature tuberculeuse la cavité sphéroïdale dont la base de l'apophyse odontoïde était creusée. S'il ne restait plus de traces de la production morbide, c'est qu'elle aura été entraînée pendant la longue suppuration dont le produit s'écoulait par l'orifice fistuleux cutané. On peut attribuer à l'influence plus ou moins éloignée de ce tubercule la disparition complète de la troisième vertèbre cervicale et celle de ses cartilages supérieur et inférieur.

Le fibro-cartilage des quatrième et cinquième vertèbres cervicales nous offre un mode de destruction tout spécial. Ce n'est point la partie centrale qui a été atteinte la première; mais il a été attaqué par son bord postérieur dans toute son épaisseur et dans le tiers de son étendue. A cette lésion se rattache la présence d'une poche remplie de pus et de petits fragmens osseux, dont le contact prolongé contre le tissu cartilagineux n'a pu qu'exercer une influence fâcheuse sur lui.

Quant aux articulations arthrodiales des quatre premières vertèbres, la destruction de leurs cartilages était complète ; il est très possible qu'il y eût primitivement autour d'elles de la matière tuberculeuse, comme on en voyait autour des mêmes parties, dans l'obs. 5, et qu'elle ait été entraînée par la suppuration. Il se peut encore que la suppuration abon-

---

En médecine, il faut une observation assidue des phénomènes, d'immenses travaux et une expérience mille fois réitérée, pour reculer un tant soit peu les bornes étroites du *probable*, jusqu'aux bornes plus étroites encore du *possible*, et arriver dans le très petit domaine du *certain*.

R. P.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai eu connaissance seulement ces jours-ci d'un mémoire, publié dans la GAZETTE MÉDICALE, le 16 mai, par MM. Diday et Pétrequin, sur la physiologie de la voix. Ce travail m'a d'autant plus intéressé que je viens de mettre sous presse *une méthode de chant*, dans laquelle je traite les mêmes questions. Il y a plus de huit ans que l'enseignement de mon art m'a conduit à constater quelques-uns des faits consignés dans le mémoire de ces messieurs; notamment *la fixité du larynx pendant la production du registre de poitrine en timbre sombre* (ce que ces messieurs appellent voix sombrée).

Sans prétendre détruire en rien la valeur des faits qu'ils signalent, je pense qu'il est de mon devoir aussi bien que de mon intérêt de réclamer une antériorité qui aura pour garantie le témoignage de tous mes élèves et celui de quelques médecins, parmi lesquels je me plais à citer mes amis, MM. Hippolyte Larrey et Édouard Louis.

Incertain de savoir, M. le rédacteur, si vous voudriez accueillir le travail que j'ai déjà préparé sur ce sujet, je vous prie de vouloir bien prendre acte, en attendant, de ma réclamation.

Agréez, etc. MANUEL GARCIA.

— M. le docteur MANRY, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, est mort le 23 de ce mois à St-Mandé.

— MINISTÈRE DE LA GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE CHIRURGIENS-ÉLÈVES, EN 1840. — Un concours sera ouvert le 20 août prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au JOURNAL MILITAIRE.

Le registre d'inscription sera clos le 18 août.

dante qui entourait ces articulations ait altéré leurs cartilages; comme aussi les moyens d'union de ces mêmes articulations, tiraillés pour soutenir la tête dans l'absence du corps de la troisième vertèbre, ont pu irriter les cartilages et les synoviales et amener la destruction de ces parties.

DÉPRESSION TUBERCULEUSE; VÉGÉTATIONS STALACTIFORMES; DESTRUCTION D'UN CARTILAGE; ABCÈS PAR CONGESTION.

OBS. XIV. — Jeanne-Marie Lazard, grande et grosse fille de 25 ans, réglée à 14 ans, habitait depuis quelques années la ville de Lyon où elle exerçait la profession de cuisinière. Durant toute sa jeunesse sa santé fut excellente, et malgré ses souffrances et un séjour de trois mois à l'Hôtel-Dieu, on remarquait que sa constitution était originairement bonne. Il y a deux ans environ, elle fut atteinte d'une maladie des organes respiratoires dont la durée fut de quinze jours seulement; depuis cette époque, elle éprouvait dans les reins et dans les membres des douleurs vagues qui ne cessaient jamais complètement: il faut noter qu'elle habitait alors un logement humide, puisqu'elle était attachée à un établissement de bains. Dans les premiers jours de janvier 1837, après une course faite par un temps de neige et de pluie, elle éprouva dans toutes les articulations des douleurs très vives, qui, après un mois d'augmentation et de diminution, se localisèrent sur la hanche droite; la marche devint de plus en plus pénible. Les bains et les douches d'Aix n'empêchent pas la hanche de se gonfler et la partie supérieure et postérieure de la cuisse de devenir le siége d'un abcès.

Les choses étaient dans cet état lorsque la malade entra à l'Hôtel-Dieu le 2 août 1839. L'abcès fut ouvert largement, et il s'écoula environ un litre de pus; l'ouverture se resserrant graduellement, il finit par ne rester qu'un simple orifice fistuleux situé au-dessous du grand fessier un peu en dehors de la tubérosité sciatique, qui fut jusqu'à la mort la source d'un pus fétide et abondant. Trois mois après l'opération, au 10 novembre, la malade était en proie à une fièvre grave avec redoublemens quotidiens, les forces étaient abattues, les membres inférieurs infiltrés; il y avait de la diarrhée, la suppuration devenait tous les jours plus abondante et plus fétide; la mort ne tarda pas d'arriver.

NÉCROPSIE. La cuisse droite est fléchie et portée dans l'adduction, le bassin élevé du même côté, l'épine iliaque portée en avant. Cette position du membre avait fait soupçonner pendant la vie une maladie de l'articulation ilio-fémorale. La peau et les muscles superficiels enlevés, on tombe sur les muscles psoas et iliaque, dont la couleur noire annonce le voisinage de la lésion. Le psoas est transformé en un véritable canal contenant du pus et contournant le col fémoral sur le trajet du muscle obturateur externe pour se rendre à l'orifice fistuleux déjà mentionné. Une fausse membrane se déploie sur toute la longueur de ce conduit. L'articulation coxo-fémorale était intacte; seulement, au-devant d'elle, on voyait une plaque osseuse de nouvelle formation, indépendante des os du bassin et du fémur, et représentant une sorte de bouclier.

Le trajet fistuleux, poursuivi vers l'extrémité supérieure du psoas, conduit jusqu'à la hauteur des première et deuxième vertèbres lombaires, où le foyer s'élargit et occupe tout le devant de la colonne vertébrale, dont il a détaché le ligament antérieur. Des deux côtés, le pus avait soulevé l'aponévrose du muscle carré des lombes et formé à gauche un vaste abcès au-devant des muscles profonds du dos.

Le cartilage des premier et deuxième vertèbres lombaires avait presque complètement disparu; il n'en restait que de légers fragmens attachés à la circonférence de la face supérieure de la deuxième vertèbre. Le milieu de cette face présente une dépression de la largeur d'une pièce de cinq sous et de 2 millimètres de profondeur. Du côté gauche, les deux vertèbres sont fixées à leur distance normale par une portion de la circonférence du cartilage intervertébral restée intacte. La face inférieure de la première vertèbre lombaire est creusée par une excavation sphéroïde de 23 millimètres de diamètre, et de 9 ou 11 dans sa plus grande profondeur, offrant en arrière et en bant l'orifice antérieur d'un conduit très court, large comme une plume d'oie, et dont l'orifice postérieur va aboutir dans le canal vertébral. Sur le côté droit du corps de la première vertèbre lombaire, on voit une impression digitale demi-circulaire rendue plus profonde par une stalactite développée sur la partie externe de son rebord. Elle forme une fosse complètement circulaire avec une autre dépression située sur le côté externe et supérieur de la deuxième vertèbre lombaire. Cette dernière est rendue bien plus profonde que la précédente par le développement de végétations osseuses très saillantes. Aucun de ces os, pas même la première vertèbre lombaire dont le corps a été creusé dans une assez grande profondeur, n'est altéré dans sa constitution. A l'état frais, ces surfaces osseuses dénudées baignaient dans le pus. La colonne vertébrale n'avait subi aucune inclinaison anormale. (Communiquée par M. Pommiés, chirurgien interne.)

L'abcès par congestion et la position particulière de la cuisse ont surtout fixé l'attention pendant la vie de la malade. On conçoit très bien que pendant un séjour aussi prolongé au lit, suffisamment motivé par une maladie de la hanche, et dans l'absence de douleur bien distinctes le long du rachis, de gibbosité et de paralysie, la lésion vertébrale pût être méconnue; aussi l'autopsie seule permit-elle de voir autre chose qu'une maladie de l'articulation coxo-fémorale.

Après l'ouverture du cadavre il ne devait plus rester aucun doute sur la nature de l'abcès; mais quelle était l'origine de la lésion du rachis? Dépendait-elle du vice rhumatismal, qui aurait porté son impression sur le fibro-cartilage? ou bien le tubercule aurait-il joué un rôle dans son développement? La première supposition a pour elle les antécédens de la malade sur laquelle le rhumatisme avait déjà sévi, aussi bien que l'apparition des douleurs dans les lombes, à la cuisse; mais parce qu'un sujet aura été atteint de rhumatisme, ce n'est pas à dire pour cela que toutes les lésions qu'il éprouvera seront de nature rhumatismale, et cette douleur lombaire, qu'on a regardée comme l'effet de rhumatisme, pouvait bien être l'effet de l'affection du cartilage produite par toute autre cause. Cette méprise n'est pas rare; c'est ainsi que le mal vertébral, fixé à la partie supérieure du col, est souvent pris pour un torticolis dans le début, lors même qu'il est réellement dû au tubercule.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS. (Avril 1840.)

Ce journal contient les mémoires originaux suivans : 1° *Mémoire sur l'influence des causes physiques sur l'organisation des vaisseaux*; par M. A. Carlisle. 2° *De l'existence de quelques élémens du lait dans les urines pendant la grossesse et application de ce fait au diagnostic de la grossesse*; par M. G. Bird. 3° *De l'usage des valvules auriculo-valvulaires, de leur structure fibreuse*; par M. King. 4° *De la membrane moyenne des artères*; par M. Chevers; 5° *Des conséquences pathologiques d'une mauvaise lactation*; par M. S. Ashwell. 6° *Considérations pratiques sur le traitement des rétrécissemens*; par M. Bransby Cooper. 7° *Résection de l'articulation du coude*; par M. Aston Key. 8° *Luxation de l'épaule et fracture de l'humérus*; par M. Hingeston. 9° *De la rapidité de la circulation lymphatique*; par M. King. 10° *Maladies des reins avec urine albumineuse* (deux mémoires); par M. Bright; 11° *Des proportions de l'urée dans certaines maladies des reins*; par M. Rees. 12° *Cas de néphrite albumineuse aiguë, traitée avec succès par l'émétique et les antiphlogistiques*; par M. Barlow. 13° *Plaie d'arme à feu, avec perte complète de la rotule*; par M. Ward.

QUELQUES OBSERVATIONS TENDANT A DÉMONTRER QUE LA FORMATION DE L'APPAREIL VASCULAIRE DÉPEND DE CAUSES PHYSIQUES; par M. CARLISLE.

Quelques mots suffiront pour faire connaître l'objet de ce mémoire et jusqu'à quel point l'auteur l'a atteint. L'ignorance où nous sommes sur la cause qui préside au développement des organes vasculaires chez les animaux qui n'appartiennent pas aux dernières classes de l'échelle fait qu'on l'attribue à la force d'organisation qui leur est propre ou au principe vital, comme on le fait pour tout ce qui, dans l'étude de l'organisation, échappe à l'explication des causes physiques; c'est cette opinion que M. Carlisle vent combattre, en attribuant la formation des vaisseaux à une disposition qu'il dit être très prononcée dans les formes des êtres animés et inanimés, à produire des figures arborescentes. Le système végétal, le marbre, les agathes et une foule d'autres corps présentent de nombreux exemples de cette disposition. M. Carlisle rapporte plusieurs expériences où cette disposition de divers corps est mise en pratique avec facilité, et en concluant que, pour la formation des figures arborescentes ou dendritiques, les deux conditions suivantes sont nécessaires : 1° la présence de deux différentes substances, l'une active et l'autre passive; 2° la substance active doit être douée de certaines propriétés qui tendent à la faire se disperser sur une multitude de points; ainsi ces figures d'arbres qu'on voit sur quelques-unes de nos poteries sont produites par une infusion de tabac mêlée avec de la matière colorante dont une goutte seulement appliquée sur le vase produit ces formes arborescentes qu'on prendrait pour une injection vasculaire très fine. Cette dernière condition ne se trouve, d'après l'auteur, que dans les substances qui contiennent une huile essentielle.

Si au moment où la couenne commence à se former sur le sang tiré de la veine d'un sujet atteint d'une affection inflammatoire, on verse sur cette couenne une seule goutte de sang non coagulé, elle se disperse immédiatement sous la forme de nombreux rameaux. M. Carlisle partant de cette expérience et voyant dans le sang rouge cette propriété à se disperser, étudie la formation des vaisseaux dans l'albumine de l'œuf et dans les masses de fibrine épanchée à la suite des inflammations et où se développent de nouveaux vaisseaux.

OBSERVATION SUR L'EXISTENCE DE CERTAINS ÉLÉMENS DU LAIT DANS L'URINE PENDANT LA GROSSESSE ET SUR L'APPLICATION DE CE FAIT AU DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE; par M. GOLDING BIRD.

Le but de l'auteur a été de s'assurer si réellement l'urine des femmes enceintes contient, comme on l'a dit, un principe mucilagineux d'une nature particulière, qui représenterait quelques-uns des élémens du lait, et auquel on a donné le nom de *kiestein*; cette substance, comme on le sait, deviendrait visible dans l'urine laissée pendant trois ou quatre jours dans un vase cylindrique en s'élevant sous forme de petits corps opaques à la surface où elle forme une croûte qui, au bout de trois ou quatre jours, se décompose elle-même et retombe au fond de l'urine sous forme de petits flocons.

Voici maintenant les faits recueillis par M. Golding Bird sur cette question.

Une femme admise au dispensaire, pour un catarrhe bronchique et enceinte de six mois, fournit le premier fait. Une demi-pinte de la première urine qu'elle rendait le matin à son lever fut, à trois reprises différentes, placée dans un vase en verre et recouverte de papier: la première fois, après deux jours de repos, l'urine commença à devenir trouble, et de nombreux globules ayant un aspect graisseux montèrent à la surface. Au bout de deux jours elle était complètement couverte d'une pellicule qui ressemblait beaucoup à celle qui se forme à la surface du bouillon de mouton lorsqu'il se refroidit. Le sixième jour, cette croûte se brisa et tomba au fond. La seconde et la troisième expérience faites après que la malade fut guérie de sa bronchite offrirent les mêmes résultats, avec cette différence seulement que la croûte était plus épaisse.

Ce résultat engagea M. Golding Bird à soumettre au même examen l'urine de toutes les femmes enceintes qui viendraient au dispensaire de Finsbury, et à la consultation de Guy's Hospital, ce qui ne fut pas toujours possible; mais pendant les mois de novembre et décembre l'urine de trente femmes, toutes arrivées du troisième au dernier mois de leur grossesse, fut examinée, et dans tous les cas, à l'exception de trois seulement, se couvrit d'une pellicule abondante et graisseuse au bout de deux ou trois jours.

L'urine de plusieurs jeunes femmes, qui venaient au dispensaire pour des aménorrhées, fut soumise au même mode d'expérimentation et fournit chez deux seulement la croûte dont nous venons de parler; l'une d'elles interrogée, d'après ce résultat, avoua qu'elle était enceinte, et en effet elle est accouchée depuis; l'autre ne voulut point en convenir, bien que l'apparence de l'aréole qui entoure le mamelon vînt à l'appui de cette supposition, et elle quitta le dispensaire.

L'odeur de fromage pourri que présenta la croûte de l'urine de ces deux femmes s'observe ordinairement dans les cas où cette croûte est très épaisse; elle est toujours précédée d'une autre odeur un peu agréable et qui rappelle celle du fromage de Bath lorsqu'il commence à se ramollir.

Après avoir prouvé l'existence de la kiestein, l'auteur examine si, comme on l'a prétendu, elle est un principe nouveau. Dans aucun des cas qu'il a examinés, l'urine des femmes enceintes ne s'est coagulée par la chaleur, par l'acide nitrique, ni, à l'exception de deux ou trois cas, par l'acide acétique; elle n'est donc pas composée, en grande partie au moins, d'albumine ou de matière caséuse. L'ammoniaque en précipitait une quantité considérable de phosphates terreux qui, examinés avec le microscope, paraissaient composés de myriades de petits cristaux à pointes aiguës. Sous les autres rapports cette urine ne contenait rien d'anormal.

La pellicule elle-même offre le lustre du blanc de baleine, et examinée au microscope présente un grand nombre de magnifiques prismes triangulaires qui réfractent la lumière et la décomposent et sont enveloppés dans une masse de matière granuleuse irrégulière, au milieu de laquelle on distingue cependant de petits corps globuleux réguliers; ces beaux prismes sont des cristaux de triple phosphate de magnésie.

Si on examine les fragmens de la pellicule lorsqu'au bout de quelques jours ils se sont précipités au fond de l'urine, ils présentent les mêmes caractères; mais on n'y trouve plus de traces de matière organique.

Les beaux cristaux que présente cette pellicule prennent un éclat bien prononcé, si on met un fragment de cette pellicule sur un verre, et qu'après l'avoir séché on le recouvre d'une légère couche de résine du Canada, et qu'on applique par dessus et en chauffant un autre verre ou un morceau de mica; cette préparation refroidie peut être conservée aussi longtemps qu'on peut le désirer.

L'auteur, cherchant à se rendre compte de la formation de cette matière qui se rapproche plus de la caséine que de toute autre substance animale, rappelle que pendant la grossesse les mamelles commencent à sécréter certains ingrédiens du lait, et qui s'y accumulent quelquefois en si grande quantité qu'on les en fait sortir facilement par une légère pression, et suppose que cette sécrétion importante, ne trouvant pas une issue convenable par les mamelles, reste dans la grande circulation et en sort par l'urine. Cette hypothèse qui se rapproche de celle de Burdach est en opposition avec celle qu'a émise M. Bayer dans son TRAITÉ DES MALADIES DES REINS où il dit avoir examiné un assez grand nombre d'urines de femmes grosses pour pouvoir assurer que si elles contiennent quelquefois du caséum, ce fait doit être très rare. Les expériences de M. Golding Bird sont rapportées avec trop de développemens pour qu'il puisse rester quelque doute sur ce résultat et sur la cause à laquelle on doit l'attribuer surtout quand elles auront été répétées par d'autres observateurs.

Les trois femmes enceintes, chez lesquelles M. Golding Bird n'a pas trouvé la pellicule graisseuse, étaient atteintes d'affections inflammatoires; chez l'une d'elles, la pellicule reparut aussitôt que l'indisposition eut disparu.

L'auteur a cherché en vain cette pellicule sur l'urine des nourrices; il ne l'a pas trouvée dans un seul cas; tandis qu'il l'a vue deux fois sur l'urine de femmes qui venaient de sévrer leurs nourrissons.

Il n'a pas fait assez d'observations pour savoir exactement à quelle époque de la grossesse la pellicule commence à paraître; l'une des femmes sur l'urine de laquelle il l'a trouvée lui dit qu'elle n'était enceinte que de deux mois, mais il ne sait si cette assertion était fondée.

Nous terminons par les conclusions que l'auteur tire lui-même des faits rapportés dans son mémoire.

1° Certaines matières organiques ressemblent au caseum, et contenant en abondance des phosphates terreux cristallisés, sont éliminées du sang pendant la grossesse, et si elles n'ont pas été entraînées hors du corps par une autre voie, en sortent par les voies urinaires.

2° Certaines circonstances accidentelles, celles surtout dans lesquelles le rein est appelé à suppléer aux fonctions de la peau (comme le prouve l'abondance de matière azotée qu'on trouve quelquefois dans l'urine sous la forme d'urate amorphe d'ammoniaque) suspendent temporairement le développement de la matière caséuse, comme elles le font pour les autres sécrétions.

3° La formation d'une pellicule caséuse sur l'urine fournit, avec les autres symptômes, tels que la couleur foncée de l'aréole qui entoure le mamelon, et la cessation de la menstruation, une indication d'une certaine valeur à l'appui de l'existence de la grossesse.

RECHERCHES SUR LES VALVULES DU COEUR; par M. WILKINSON KING.

L'objet de ce mémoire est d'appeler l'attention sur quelques-unes des conditions anatomiques et physiologiques des valvules du cœur, et d'où résultent certaines apparences, certaines lésions même, qu'on attribue encore exclusivement chez nous à l'inflammation, et qui, pour les médecins anglais, ne sont que des lésions de nutrition dépendant de l'organisation et du mode d'action de ces valvules. Une partie de ce mémoire est surtout consacrée à l'examen des parties de ces valvules qui se trouvent en contact mutuel lorsqu'elles sont à l'état de tension, et qui, pour cela même, sont fréquemment le siége d'altérations de différente nature.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE FIBREUSE DE LA MEMBRANE SOUS-SÉREUSE DE L'AORTE; par le docteur NORMAN CHEVERS.

Il résulte des recherches de l'auteur de ce travail, non seulement comme l'indique le titre, et comme le croyaient les anciens anatomistes, que la membrane sous-séreuse est composée de fibres, et que sa force varie sur les divers points du trajet de l'aorte, suivant la direction et le nombre de ces fibres; mais encore que cette membrane n'est pas le siége des productions athéromateuses et autres, qui se forment dans l'épaisseur des parois de l'aorte. C'est entre les différentes couches de cette membrane que se font ces dépôts, avec lesquels elle ne contracte aucune adhérence. Seulement, quand ces masses ont pris un grand développement, elles occasionnent l'absorption des tissus voisins, et se trouvent en contact avec les fibres de la tunique moyenne dont elles conservent l'impression, ce qui a fait supposer que ces fibres elles-mêmes avaient participé à l'ossification. Mais, sur plus de 300 cas d'aorte malade que l'auteur dit avoir examinés avec soin, il n'en a pas trouvé un seul où la portion osseuse eût été évidemment formée dans la tunique moyenne. L'aspect laminé de ces dépôts doit être attribué à la manière dont la matière morbide est déposée entre les lames de la tunique scléreuse qui peuvent être elles-mêmes amincies et même oblitérées par le progrès de la maladie; mais seulement après qu'elles ont imprimé une structure foliée à la masse.

L'auteur précise davantage qu'on ne l'avait encore fait un rapprochement signalé déjà entre les altérations pathologiques développées autour

de la membrane de l'aorte et celles que présentent les vraies séreuses, qui n'offrent des plaques semi-cartilagineuses et osseuses analogues à celles des grosses artères, que sur les points où ces séreuses elles-mêmes sont en contact avec une couche de tissu fibreux. Ainsi, le feuillet externe de l'arachnoïde; qui est en contact avec la dure-mère présente fréquemment des plaques osseuses très volumineuses, tandis qu'on n'en trouve jamais sur le feuillet interne; ainsi, encore, le péritoine, qui recouvre le foie et la rate, présente bien plus fréquemment des plaques osseuses, que celui qui enveloppe les intestins.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS; par M. BRANSBY COOPER.

Les auteurs ont généralement divisé les rétrécissemens de l'urètre en permanens, spasmodiques et mixtes. Le genre des rétrécissemens spasmodiques est fondé sur cette hypothèse que l'urètre est pourvu de fibres musculaires à partir du bulbe. Howships a introduit cette erreur qui d'ailleurs a été renversée par les expériences de Ch. Bell. Il est certain qu'entre les phénomènes de la contraction musculaire et ceux qui résultent d'une obstruction soudaine de l'urètre dans sa portion spongieuse, il y a une grande analogie. Une cause morbide quelconque agissant localement sur un des points de la portion spongieuse y détermine une contraction, comme le désir vénérien amène la contraction de tout le canal. C'est à la portion membraneuse que le rétrécissement spasmodique est propre, et là les auteurs anglais lui ont surtout donné le nom d'irritable. Les deux parties de l'urètre les plus vasculaires, les portions membraneuses et bulbaires sont le plus fréquemment attaquées. Il est peut-être moins important de reconnaître dans beaucoup de cas la véritable disposition du rétrécissement que de remonter à sa cause, car le plus souvent l'application mécanique des instrumens sert peu à la cure radicale. Aux coarctations récentes, il ne faut opposer qu'un traitement médical, et en employant les bougies dans les coarctations chroniques, le chirurgien doit moins chercher à pénétrer par force qu'à presser longtemps et avec mesure sur elles, et souvent à y déterminer une légère inflammation dont l'absorption a bientôt enlevé les traces. Dans le rétrécissement irritable du bulbe et de la portion membraneuse aucune médication calmante ne peut souvent apaiser l'irritabilité qu'on y observe. Un moyen infaillible dans ce cas est l'application d'un petit morceau de potasse caustique sur le périnée et dans la région du bulbe.

Il est des cas où l'état des malades réclame l'introduction immédiate de l'instrument ou un moyen quelconque de débarrasser la vessie. En pareille circonstance, la partie de l'urètre où on peut employer le plus de force pour faire avancer l'instrument est la portion membraneuse s'il s'y est d'abord engagé; en effet, l'aponévrose périnéale est là pour maintenir l'instrument dans la direction du canal comme une espèce de guide, avant la portion membraneuse, toute violence a pour résultat infaillible de perforer l'urètre, et ces accidens que j'ai souvent observés sont de la plus haute gravité; la cicatrisation de la déchirure devient souvent elle-même une cause de rétrécissement. Il vaut mieux en pareil cas inciser la portion membraneuse de l'urètre et pénétrer par cette voie dans la vessie. A cet effet, on pratique sur le raphé périnéal une incision de 55 millim. commençant un peu au-devant du bulbe; on coupe successivement tous les tissus, comme dans l'opération de la taille, en refoulant le bulbe, et c'est immédiatement derrière lui, à l'angle supérieur de la plaie, qu'il faut aller chercher le canal. Celui-là une fois ouvert, une sonde de femme y pénètre et vide la vessie. Après cette opération, la conduite du chirurgien est différente suivant le siége du rétrécissement. Quand ce dernier se trouve en arrière du scrotum et voisin par conséquent de l'ouverture qu'on vient de pratiquer, il faut introduire une sonde pleine par le méat, la faire arriver jusqu'à lui, et ouvrir la portion rétrécie d'arrière en avant jusqu'à la sonde. Cela fait, on place à demeure et avec les précautions convenables une sonde dont l'usage est de la dernière nécessité jusqu'à la cicatrisation de la plaie. Si la contraction était située au devant du scrotum, on laisse après l'opération les urines s'écouler librement par la plaie de l'urètre, et l'on traite le rétrécissement par les moyens ordinaires. L'époque de la guérison est celle où il faut commencer l'usage de la sonde à demeure dans le but de détourner les urines de la portion membraneuse.

CAS DE LA RÉSECTION DE L'ARTICULATION DU COUDE; par ASTON KEY.

La résection est une des dernières ressources de la chirurgie, et est placée pour la gravité au même, sinon un plus haut rang que les amputations; aussi n'est-ce qu'après l'insuffisance bien évidente des autres moyens que le chirurgien doit y recourir. Les cas où la maladie a débuté par les surfaces articulaires elles-mêmes sont ceux qui ont paru le plus favorables au succès de ce genre d'opération. C'est pour cette raison que l'opération réussit plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant. Chez ce dernier la maladie débutant ordinairement dans le centre de l'os n'attaque que secondairement les articulations et les progrès du mal s'étendent bien loin dans la longueur des os, trop loin pour qu'on puisse tout enlever par une résection. Au coude, la petite articulation du radius et du cubitus est souvent affectée la première : le mouvement de pronation et de supination sont alors les seuls douloureux; bientôt la surface du cubitus ne tarde pas à la perdre. Le cas suivant semble avoir commencé de cette manière.

OBS. I. — George Walther, âgé de 26 ans, brun, d'une constitution débile, mais actif et intelligent, souffrait depuis plusieurs mois dans l'articulation du coude droit. Depuis quelque temps la suppuration était établie et le pus venait de l'articulation.

En février 1839, il nous fut adressé par M. Davis qui, voyant la maladie si avancée, le sujet si affaibli, pensait que l'amputation était seule praticable. Nous pensâmes cependant que la maladie ayant débuté par les surfaces articulaires laissait les os sains à une certaine distance de l'article et permettait aussi la résection. Le malade dans l'espoir de conserver son membre s'y était courageusement résigné. L'opération fut faite comme nous le dirons dans la deuxième observation, seulement il fallut ici enlever une grande portion du radius qui était plus profondément altéré que les deux autres os. Sa tête était nécrosée et de couleur brune. Quoique la santé éprouvait une rapide amélioration, et qu'aucun des accidens ordinaires des grandes plaies ne soit venu compliquer l'opération, la guérison complète se fit longtemps attendre. Les angles de la plaie restèrent pendant longtemps fistuleux, et donnèrent par intervalles issue à des fragmens d'os. Au moment où le malade quitta l'hôpital pour reprendre ses occupations de facteur, l'articulation jouissait de quelques mouvemens d'extension et de flexion, et le membre lui-même jouissait d'une grande force.

Si cette opération paraît très grave au moment où on la pratique, le peu d'accidens qu'éprouva ce jeune malade montre bien que son excessive gravité est plus apparente que réelle, car elle n'atteint aucun vaisseau important et est très favorablement située pour l'écoulement du pus.

Le cas suivant est très remarquable par la rapidité de la cicatrisation et par la force dont jouissait l'article après la guérison. Le malade paraissait peu favorablement constitué pour subir une telle opération. Il était depuis longtemps très affaibli. L'affection semblait avoir débuté par le radius; mais toute l'articulation avait été bientot envahie, les ligamens détruits et l'humérus était devenu très mobile en travers. Voici d'ailleurs les principales circonstances de cette observation.

OBS. II. — Bryant, âgé de 43 ans, charpentier de marine, de constitution débile, a des habitudes tempérées, et a joui jusqu'à son entrée à l'hôpital d'une bonne santé. Il y était amené par une violente contusion reçue trois semaines avant sur le coude gauche. Une violente inflammation accompagnée de gonflement considérable, mais de douleurs modérées, avait presque aussitôt envahi l'articulation; la fièvre et les frissons n'avaient point tardé à paraître. Bientôt un abcès se fit jour au dehors, et c'était surtout l'issue d'une grande quantité de pus qui tourmentait le malade et l'avait engagé à venir réclamer des soins. On oppose aux lésions du coude un traitement local méthodique, et à son état général un régime fortifiant, suivi d'un succès si heureux, que bientôt il quitta l'hôpital presque complétement guéri. Cette amélioration ne fut pas de longue durée. Cet homme s'exposa sans aucun ménagement au froid, et tous les accidens d'inflammation se réveillèrent avec une nouvelle intensité. Les foyers purulens s'étendirent au loin, le pus devint fétide, l'abattement du malade extrême. Le radius et le cubitus étaient tous deux malades. Le moindre mouvement imprimé aux os faisait entendre une crépitation distincte; l'extension était imparfaite, mais la flexion était presque complète. La maladie avait neuf mois de durée depuis son apparition.

M. Key jugea le mal borné au voisinage de l'articulation, et lui attribuant le mauvais état de la santé de cet homme, il résolut de pratiquer la résection.

Le 14 décembre, on y procéda de la manière suivante :

L'incision des parties molles est faite d'après le procédé ordinaire. Sur chaque côté du bras et de l'avant-bras incisions de 108 millimètres réunies par une incision transversale qui porte sur leur milieu. Dans la résection des os, l'humérus fut d'abord scié au-dessus de ses condyles et désarticulé. L'olécrâne et l'apophyse coronoïde du cubitus furent ensuite enlevées. Le radius étant parfaitement sain fut laissé intact. Trois petites artères donnèrent assez de sang pour nécessiter la ligature; on peut évaluer la perte de sang à une livre à peu près. Des points de suture réunirent la plaie, et le membre fut placé sur une longue attelle en bois, garnie de coussins.

L'opération dura en tout 20 minutes, pendant lesquels le patient se montra fort courageux. Traitement ordinaire après les grandes opérations.

Les premiers jours se passèrent sans accident.

Le quatrième jour, la suppuration commençait à s'établir, la fièvre traumatique devint assez forte; on n'accorda pas de nourriture.

Le 29 décembre, la plaie est cicatrisée presqu'en totalité. La nouvelle articulation jouit de quelques mouvemens, et Bryant fléchit l'avant-bras à angle droit, l'étend à angle obtus; tous ces mouvemens s'exécutent avec assez de force pour que cet homme soulève une chaise par-dessus la tête. Il quitte bientôt l'hôpital pour reprendre ses travaux.

L'examen des portions d'humérus et de cubitus réséqués montra la destruction des cartilages avec carie des os.

LUXATION DE L'ÉPAULE AVEC FRACTURE DE L'HUMÉRUS; par M. HINGESTON.

OBS. — Un homme de 63 ans, d'une constitution faible, d'une mauvaise santé, fit le 21 octobre 1839 une chute dans laquelle son bras, étendu pour soutenir le poids du corps, porta le premier sur le sol. Le chirurgien, appelé aussitôt, put facilement reconnaître les signes ordinaires d'une luxation scapulo-humérale; mais en cherchant à préciser la position de la tête de l'os qu'on sentait à la fois sous la clavicule et sous l'aisselle, et en imprimant dans ce but quelques mouvemens de rotation à l'humérus, il sentit distinctement une crépitation des plus évidentes; les tégumens étaient d'ailleurs si minces par l'extrême maigreur du malade, et l'accident de si fraîche date que les doigts pouvaient facilement reconnaître les inégalités de la fracture.

La complication que la fracture apportait à la luxation éloigna tout effort de réduction. Le membre fut simplement placé dans une écharpe et couvert de cataplasmes émolliens.

Le 21 novembre tout gonflement avait disparu, et il ne restait que les signes bien évidens d'une luxation; cependant l'avant-bras était solidement fixé à angle droit au bras. Un examen attentif de l'épaule et du bras montra: 1° la tête humérale éloignée et placée sous la clavicule et l'apophyse coracoïde; elle déborde un peu cette dernière en dedans et repose sur le bord interne de la cavité glénoïde dont il est facile de sentir le vide;

2° L'extrémité du fragment inférieur de l'humérus repose sur le bas de la cavité glénoïde et se réunit sous un angle obtus à la tête humérale; entre les deux os une rainure fort sensible;

3° Une tumeur dure, moindre que dans les premiers temps, environne le lieu de la fracture;

4° Le ventre du biceps atrophié et paralysé; à cette paralysie, suivie d'atrophie et de raccourcissement, est dué, sans doute, la flexion de l'avant-bras. On soupçonna que le tendon de la longue portion arraché de sa coulisse était interposé aux deux fragmens et l'on explique ainsi l'immobilité du muscle;

5° La réunion des fragmens n'était encore que fibreuse; et le fragment inférieur était mobile sur le bord axillaire du scapulum où commençait à se former une fausse articulation. Indubitablement cette fausse articulation, malgré l'absence de réduction, eût singulièrement facilité les mouvemens du membre, si ce vieillard n'eût été, le 3 mars sans cause connue, pris de symptômes adynamiques qui le menèrent rapidement au tombeau.

Autopsie. L'épaule fut disséquée avec le plus grand soin; l'humérus était fracturé à la partie supérieure du col anatomique en six fragmens bien distincts et unis entre eux par des productions moitié osseuses, moitié fibreuses. La cavité glénoïde est vide et couverte de son cartilage; la tête humérale repose sur le bord interne de la cavité glénoïde; la surface articulaire regarde en bas et en dedans; elle est enveloppée par le ligament capsule dont la déchirure est complètement fermée. En ouvrant la capsule on put voir la tête parfaitement saine. Les tendons du sous-scapulaire et du sous-épineux paraissaient intacts et comme épaissis. Le tendon de la longue, portion du biceps séparé de son attache au scapulum et de la coulisse bicipitale, paraît solidement fixé à travers la substance qui réunissait les fragmens.

Cette observation est très intéressante sous le rapport de l'anatomie pathologique des luxations et sous celui des complications que la fracture apporte à ces déplacemens. Quand la chose est praticable, on doit toujours tenter quelques efforts modérés de réduction; car lors de la consolidation, les changemens apportés à l'articulation par les ossifications nouvelles doivent dans beaucoup de cas amener des obstacles insurmontables à la réduction. Dans le cas présent, les obstacles étaient au nombre de deux:

1° La réunion complète de la capsule déchirée faite sur la tête déplacée; il est à regretter seulement que l'auteur n'ait pas précisé le lieu de l'implantation nouvelle de la capsule sur le point du scapulum en contact avec la tête. Cette réunion de la capsule au bout de trois mois est certainement, si elle est véritable, un fait très rare; on peut s'en convaincre par les réductions faites après quatre, cinq, six mois, même un an et plus. Dans ces cas, si la déchirure de la capsule était réunie, incontestablement les réductions seraient impossibles, à moins d'opérer par les efforts de réduction une nouvelle déchirure. L'anatomie pathologique le prouve encore plus sûrement; car nous avons en notre possession une luxation du fémur datant de plusieurs années, et dans laquelle cette réunion n'est point opérée.

Dans ce cas la vraie capsule est largement ouverte; seulement les hords de cette ouverture sont amincis et comme naturellement faits. Une nouvelle capsule formée aux dépens du petit fessier, très épaisse et solide, enveloppe complètement la tête et sa capsule normale, et jouit d'une laxité assez grande pour laisser dans un cas pareil quelque espoir de réduction, si d'ailleurs on ne rencontrait d'autres obstacles tenant à la difformité de la tête osseuse et de sa cavité.

2° La nouvelle articulation de l'extrémité du fragment avec la côte du scapulum était un autre obstacle qu'on ne peut rencontrer que dans le cas de fracture, au voisinage des os luxés. Cette circonstance doit engager à ne pas attendre la formation complète de cal pour tenter la réduction. Plus on attend, plus ces articulations accidentelles s'entourent de liens solides.

3° Enfin, le déplacement et l'arrachement du tendon des biceps sont remarquables. Ils étaient là placés de façon à ne pas gêner la réduction, si elle eût été possible; mais on conçoit qu'ils puissent s'interposer à la tête luxée et au scapulum et empêcher ainsi toute réduction.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA MALADIE DES REINS QUI ACCOMPAGNE L'URINE ALBUMINEUSE; par le docteur BRIGHT.

Vingt-quatre observations font la base de ce mémoire, dans lequel le célèbre médecin de l'hôpital Guy n'émet aucune idée nouvelle, il est vrai, mais confirme plusieurs de celles qui n'étaient encore que très hypothétiques, et s'efforce surtout de combattre l'opinion généralement émise par les journaux anglais, et que paraissent avoir partagée quelques-uns des auteurs français qui se sont occupés le plus de ce sujet, savoir qu'il n'aurait reconnu et étudié la maladie des reins, qui a reçu son nom, que sous sa forme chronique la plus grave, à l'époque où le plus souvent la maladie est au-dessus des ressources de l'art, et qu'il l'aurait méconnue dans ses premières périodes, dans celles où la guérison est encore possible. La cause de cette opinion erronée dont se plaint ici M. Bright, c'est la distinction qu'il établit entre ces deux états morbides, dont il rapporte l'un à un trouble fonctionnel, et l'autre à une véritable altération organique. Or, comme les simples troubles fonctionnels ne sont plus dans l'ordre des idées médicales actuellement en vogue, on a négligé cette première période de la maladie, et on a même reproché à M. Bright de l'avoir oubliée. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens où il entre à cet égard, et qui seraient superflus pour nous. Nous nous contenterons de jeter un coup-d'œil sur les différens groupes dans lesquels se partagent les faits qu'il rapporte dans ce nouveau travail.

PREMIER GROUPE. — 4 faits, dont 3 sont des cas d'hydropisie avec urine albumineuse, guéris complètement par un traitement où les purgatifs et les diaphorétiques étaient les principaux moyens de médication. Le quatrième est un cas de la même maladie, mais chez un sujet pâle, de constitution scrofuleuse, et chez lequel le traitement ne fut commencé qu'après huit mois de maladie. Le même traitement fut suivi d'une grande amélioration; mais au bout de six ans, il y avait encore un peu de gonflement à la cheville et une disposition de l'urine à la coagulation. Ces observations sont d'un praticien de bonne foi, qui ne craint pas de faire connaître ses insuccès.

DEUXIÈME GROUPE. — 4 cas d'hydropisie avec urine albumineuse, à la suite de la scarlatine, dont trois terminés par la guérison et un par la mort. Il y a eu à Londres, pendant la dernière saison d'hiver (1839-1840) presque une épidémie de cet anasarque avec urine albumineuse qui suit ou accompagne la scarlatine. M. Bright n'avait encore en aucune occasion observé un aussi grand nombre de ces cas dans les salles de l'hôpital Guy. Il a eu l'occasion d'examiner les reins de plusieurs de ces sujets, qui ont succombé, et il dit avoir trouvé dans quelques cas une congestion irrégulière, sans lésion organique apparente, et, au contraire, ces lésions organiques déjà avancées dans un ou deux cas dans lesquels il a eu lieu de soupçonner que l'origine de la maladie remontait à une époque plus éloignée. Dans deux ou trois cas terminés par la guérison, il attribue ce résultat au séjour au lit et à de légers diaphorétiques. Dans le troisième cas, où la maladie était plus grave, la saignée, de légers purgatifs, et quelques toniques furent employés; mais M. Bright ne pense pas que cette guérison soit permanente, et il redoute le retour de la maladie sous l'influence de quelque cause excitante. Chez le sujet du quatrième cas, qui s'est terminé par la mort, la maladie ne datait que de quinze jours, quand il commença à être traité, et le troisième jour il était déjà mort; ce qui n'empêche pas que les reins présentaient à leur surface externe des dépôts de matière blanche, qui donnaient à la substance corticale une couleur blanchâtre. La lecture de ce fait nous semble démontrer, ou que cet état blanchâtre de la substance corticale n'est pas le caractère anatomique d'une altération chronique des reins, ou que la période aiguë n'est quelquefois que d'une courte durée.

Le troisième groupe comprend neuf cas dans lesquels le traitement ne fut pas commencé dès le début de la maladie, et où il y eut un soulagement considérable, mais non une guérison complète. M. Bright les cite comme des exemples du soulagement qu'on peut attendre dans des cas déjà un peu avancés; soulagement qui est tel que le malade se croit souvent complètement guéri; mais les traces d'albumine qui restent dans l'urine suffisent pour indiquer au médecin que la guérison n'est pas complète, et qu'il reste une maladie latente à laquelle les accidens d'une vie active donneront tôt ou tard une nouvelle activité.

Le dernier groupe, composé de six faits, présente des faits plus graves encore; ce sont des cas du genre de ceux que le docteur Bright a déjà si-

gnalés ailleurs, et qui ont été vus aussi par d'autres observateurs, dans lesquels, aux symptômes ordinaires de la maladie, il se joint des accidens du côté du système nerveux, des crampes, des attaques d'épilepsie, etc., et qui, le plus souvent, se terminent par la mort. Ces cas sont très remarquables et méritent de fixer l'attention des praticiens. Enfin, le vingt-quatrième cas est un exemple d'une bien singulière complication : c'est un exemple d'un diabète sucré avec urine albumineuse.

Nous terminerons cette analyse par quelques règles que l'auteur établit pour le traitement de cette maladie, et auxquelles sa longue expérience donne une grande importance.

Dans les cas les plus aigus, on doit avoir recours à la saignée, et en même temps aux purgatifs et aux moyens propres à rétablir les fonctions de la peau. De tous les moyens dirigés vers ce dernier objet, le séjour au lit est le plus efficace, surtout dans un climat froid et humide comme celui de Londres. Viennent ensuite les antimoniaux, l'acétate d'ammoniaque et une boisson acidulée avec le nitrate de potasse ou de soude. Le bain chaud, sous ses différentes formes, est quelquefois extrêmement utile. Parmi les purgatifs, ceux que préfère M. Bright sont la coloquinte avec le jalap et le bitartrate de potasse.

Si la maladie est à l'état chronique, il recommande encore les purgatifs, la plus grande attention à l'état de la peau et une puissante protection contre les variations atmosphériques, telle que le changement de climat, un voyage aux Indes; car il a acquis la conviction que ces sortes de cas guérissent bien rarement en Angleterre.

Il y a encore quelques moyens dont l'action, dans cette maladie, est moins évidente, mais qu'il conseille, par ce qu'il leur croit une action stimulante et spéciale sur le rein. Ce sont les acides minéraux, qui sont applicables au déclin de la période aiguë; l'*uva ursi*, dans la forme chronique; le *pyrola umbellata* et le *diosma crenata*, lorsqu'il y a une grande irritabilité des organes urinaires.

DE LA PROPORTION DE L'URÉE DANS CERTAINS FLUIDES MORBIDES; par le docteur REES.

Depuis longtemps, les chimistes ont constaté, dans plusieurs maladies, l'existence de l'urée dans le sang; mais jusqu'ici on n'avait pu apprécier exactement la proportion dans laquelle se trouve cette substance dans le sang, ni dans les fluides sécrétés, parce qu'on n'était jamais assuré, en traitant par l'acide nitrique, d'obtenir toute l'urée contenue dans le liquide, ni d'en séparer complètement tout l'osmazome. Voici, en quelques mots, la méthode que suit M. Rees; il fait évaporer le liquide qu'il veut analyser, et traite par l'eau bouillante la masse qu'il a obtenue. Cette dernière, après avoir été filtrée, est également évaporée et traitée par l'éther, qui fournit l'urée tout à fait pure et incolore. Par ce procédé, il obtient l'urée parfaitement pure, dans un liquide qui n'en contient que 0,15 sur mille. Il résulte des expériences qu'il rapporte que la plus grande proportion d'urée qu'il ait trouvée dans le sang est de 0,5 sur mille, et la moindre de 0,2096. L'analyse de la sérosité prise dans le cerveau lui a donné 0,415; celle du fluide infiltré dans le scrotum, 0,150, et le fluide du péricarde une trace seulement sur 500 grains.

Comme on a dit que l'urée se trouvait dans le sang, même à l'état normal, M. Rees a traité du sang normal par son procédé si sensible, et n'a pu y en constater la moindre quantité, bien qu'il soit certain qu'il l'y eût découvert s'il y en eut eu seulement une quantité égale à 0,2096 sur mille.

OBSERVATIONS D'URINE ALBUMINEUSE, DÉMONTRANT L'EFFICACITÉ DU TARTRE ÉMÉTIQUE, COMBINÉ AUX AUTRES MOYENS ANTIPHLOGISTIQUES, DANS LES FORMES AIGUES DE CETTE MALADIE; par le docteur BARLOW.

L'auteur commence par prouver, en rapportant un cas très grave d'hydropisie, survenue à la suite de la scarlatine, que cette maladie cède facilement au traitement par l'émétique, qu'il donne à la manière suivante : cinq centigrammes d'émétique, mêlés avec du sucre en poudre, forment seize doses, que le petit malade prend de quatre en quatre heures, ou à des époques plus rapprochées. Dans le premier cas, que nous regrettons de ne pas pouvoir rapporter ici, le traitement fut continué, pendant dix jours, avec des bains, quelques sangsues et de légers laxatifs; au bout de ce temps, l'urine avait cessé d'être albumineuse, et avait repris sa gravité spécifique normale. Les doses d'émétique furent éloignées et puis cessées complètement, et l'enfant recouvra sa santé parfaite.

L'auteur, après ce premier fait, démontre, par deux autres cas, avec autopsie, que l'hydropisie qui suit la scarlatine ne diffère pas de la maladie de Bright chez l'adulte, et non précédée de la scarlatine. Puis, allant plus loin encore, il rapporte un certain nombre de faits, qui ne permettent pas de douter que le traitement qu'il a trouvé utile contre l'hydropisie qui succède à la scarlatine convient également à la maladie de Bright. Cependant, nous devons faire remarquer que, dans ces cas encore, l'auteur ne se borne pas à l'emploi de l'émétique à faible dose, il y joint d'autres diaphorétiques, les purgatifs et quelques antiphlogistiques.

PLAIE D'ARME A FEU AVEC PERTE COMPLÈTE DE LA ROTULE; LARGE OUVERTURE DE L'ARTICULATION DU GENOU; GUÉRISON; par M. WARD; communiquée par M. BRANSBY COOPER.

Le 2 novembre 1838, M. Ward fut appelé près de M. X., qui venait de recevoir dans le genou un coup de fusil de chasse tiré à bout portant. Le coup avait porté sur la partie externe de l'articulation; la peau était largement déchirée et les bords de la plaie comme brûlés; la rotule avait été presque entièrement enlevée, à l'exception d'une faible portion qui était restée attachée au ligament rotulien. Cette déperdition de substance était grande à y mettre le poing et mettait à nu tout l'intérieur de l'articulation. Les cartilages ainsi que les condyles du fémur et du tibia étaient intègres; l'amputation immédiate du tibia fut d'abord résolue. Cependant, en réfléchissant aux raisons suivantes, M. Ward se décida à tenter la guérison sans opération : 1° l'intégrité du fémur, du tibia et de leurs cartilages; 2° le degré modéré de contusion et de lacération des parties molles environnantes; l'âge et la force du malade qui avait en outre des habitudes tempérées; M. X. relevait depuis quelque temps seulement d'un accident à peu près pareil pour le traitement duquel il avait suivi avec une volonté ferme un régime très sévère.

Le premier jour, le membre est placé dans la demi-flexion et la plaie recouverte de cataplasmes émolliens; opium à haute dose; diète les jours suivans; aucun accident ne survient. Il y eut un peu de sommeil la nuit et quelques légères douleurs dans le genou. Le pouls s'accélèra à peine; les anodins furent continués de même que les cataplasmes jusqu'à l'apparition de bourgeons charnus. On attendit pour fermer la plaie que la portion de rotule tenant au ligament fût exfoliée. A cette époque, on employa les bandelettes agglutinatives qui hâtèrent beaucoup la cicatrisation. Elle était complète le 4 janvier, à peu près un mois après l'accident. Le malade se leva bientôt, son genou étant soutenu par une attelle et un bandage approprié. Il marcha avec des béquilles. Vers le milieu du mois de mars, il faisait six milles à cheval. M. Ward a vu longtemps après son malade, qui marchait et courait sans aucun appareil.

En présence de la gravité de cette plaie, il faut regarder le chirurgien qui a osé tenter la guérison sans opération comme bien hardi et bien heureux. Elle a suscité à M. Bransby Cooper quelques réflexions que nous croyons devoir reproduire. Suivant ce chirurgien, aucune plaie ne lui inspire plus de crainte et en même temps plus d'espoir, quand un traitement habile est employé. Dans les plaies qui atteignent les articulations, il faut cesser de regarder comme nécessitant l'amputation celles où ces articulations sont largement ouvertes, qu'elles le soient d'ailleurs spontanément ou violemment. Quand ces larges ouvertures des membranes synoviales sont le fait des maladies spontanées, les complications qui s'y joignent réclament les résections plutôt que les amputations. Mais quand elles reconnaissent pour cause des violences extérieures, il faut, en les surveillant, les abandonner aux efforts réparateurs de la nature. Ce n'est pas sans dessein que je rapproche les plaies articulaires des opérations de résection. Il est certain qu'une articulation malade dont on a réséqué un des os se trouve dans des conditions fort analogues à celle d'une articulation largement ouverte par la violence. Dans le premier cas, comme dans le second, ce n'est pas par résolution ou par l'inflammation adhésive que la nature tend à guérison le plus souvent; elle développe sur les surfaces dénudées une couche de granulations, comme dans les plaies ordinaires.

Dans les plaies articulaires par instrumens piquans, les suites ne peuvent pas être les mêmes. La synovie est toujours sécrétée, et même la plus grande quantité. Elle baigne continuellement la plaie, et les changemens que l'inflammation amène dans sa composition sont contraires sans doute aux progrès naturels de la cicatrisation. La suppuration devient la conséquence de ces désordres et stagnant dans les anfractuosités devient une cause nouvelle d'accidens. Il est une autre circonstance qui rend peut-être les blessures de cette espèce plus graves, c'est que leur petitesse, et le peu d'accidens qu'elles amènent dans le premier moment, rassurent et malades et chirurgiens qui ne leur opposent dès lors aucun remède, tandis que pour une plaie large un traitement énergique est aussitôt mis en vigueur.

(*La seconde partie au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 JUIN.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'un associé libre en remplacement de M. le général Rogniat. La liste présentée par la commission nommée *ad hoc* porte les noms suivans :

1° M. Pelletier; 2° et par ordre alphabétique, MM. Coraboeuf, Francœur, Masséna.

M. Pelletier, au premier tour de scrutin, obtient 40 suffrages; M. Francœur, 13; M. Coraboeuf, 1.

Il y a un billet nul (sur lequel on a inscrit par erreur le nom d'un membre de l'Académie) et deux billets blancs.

M. Pelletier ayant réuni la majorité absolue des suffrages a été déclaré élu; sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

On procède également par voie de scrutin à la nomination d'un membre correspondant pour la section de géographie et de navigation; nous n'avons pu entendre distinctement tous les noms portes sur la liste de présentation. Nous dirons seulement que le nom du capitaine Bérard était porté en première ligne, et que tous les autres noms, disposés par ordre alphabétique, étaient ceux de navigateurs étrangers Comme dans le nombre des cinq correspondans qu'a déjà la section, il ne se trouve qu'un seul regnicole, il était naturel que ce fût un Français qu'on désignât cette fois au choix de l'Académie.

M. Bérard, au premier tour de scrutin obtient 36 suffrages; M. Parry, 6; M. Francklin, 2; M. Demidoff, 2; M. Owen, 1; M. Dumont d'Urville, 1.

M. Bérard ayant réuni la majorité des suffrages est déclaré élu.

La section de géométrie, chargée de dresser une liste de candidats pour la place d'examinateur permanent à l'Ecole polytechnique, désigne comme candidat unique M. Duhamel.

Au premier tour de scrutin, M. Duhamel obtient 40 suffrages; M. Comte, 1; M. Binet, 1.

M. Duhamel ayant réuni la majorité des suffrages sera présenté comme candidat de l'Académie au choix de M. le ministre de la guerre.

M. Thénard, au nom de la section de chimie, propose de déclarer qu'il y a lieu de nommer à la place vacante par suite du décès de M. Robiquet.

L'Académie, consultée par voie de scrutin sur cette question, décide à une majorité de 42 voix contre 6 qu'il y a lieu à nommer.

RUPTURE SPONTANÉE D'UN CALCUL DANS LA VESSIE.

M. Leroy d'Etiolles présente un nouveau cas de ces ruptures, et fait remarquer que bien que les auteurs en aient déjà mentionné d'autres, il n'est pas sans importance de les signaler toutes les fois qu'ils se présentent dans des circonstances bien connues, puisqu'on les a attribué à l'action d'un traitement alcalin auquel était soumis le malade chez lequel cette rupture s'observait. Dans l'observation de M. Leroy-d'Etiolles, comme dans trois autres qu'il avait précédemment recueillies, il n'y avait point eu de médiation interne ni externe qui pût faire illusion sur la cause de ce phénomène.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLY.

La lecture du procès-verbal ne soulève aucune réclamation.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend l'état des vaccinations dans les départemens du Finistère, de l'Aude, de la Corrèze, en 1839. (Commission de vaccinations.)

M. Vidal de Cassis écrit à l'Académie pour se porter comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. MM. Hip. Larrey, Jobert et Leroy-d'Etiolles écrivent pour la même cause.

M. le président annonce que dans la dernière séance, l'Académie a déclaré vacante une place dans la section de pathologie chirurgicale.

ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour amène le scrutin pour la nomination des membres correspondans. La nomination doit se faire à la majorité absolue des membres présens.

LUXATION CONGÉNIALE D'HUMÉRUS RÉDUITE AU BOUT DE 16 ANS; PAR M. GAILLARD, CHIRURGIEN A L'HÔPITAL DE POITIERS.

Pendant que l'on recueille le scrutin, M. Bouvier lit un rapport sur une observation de luxation congéniale de l'humérus, dont la réduction a été obtenue après seize années d'existence.

Obs. — Mademoiselle ... avait, au dire de ses parens, l'épaule difforme au moment de sa naissance. Pendant son enfance, la difformité persista dans l'épaule, les mouvemens étaient gênés; ceux de supination et de flexion de la main sur l'avant-bras ne pouvaient s'exécuter qu'avec une grande difficulté. M. Gaillard vit pour la première fois la jeune malade, en 1836, à l'âge de 16 ans. A cette époque, voici l'état dans lequel il trouva l'épaule. Cette articulation était grandement déformée; la tête était saillante dans la fosse sous-épineuse, où il était facile de la sentir; l'épine de l'omoplate, sur laquelle elle appuyait, offrait une courbure anormale; la tête était mobile, et, dans ses mouvemens, frottait contre une surface cartilagineuse; la clavicule était courbée; la voûte acromio-coracoïdienne très peu prononcée; le deltoïde aminci et déprimé. Le bras pouvait, par des tractions modérées, s'allonger de 40 millimètres; la main est dans la pronation; les mouvemens de rotation sont impossibles.

Le 5 janvier 1837, M. Gaillard tenta la réduction de la manière suivante : la malade était assise sur un tabouret, un coussin placé et maintenu dans l'aisselle par le lac contre-extensif; le lac extensif fut placé à la partie inférieure du bras posé horizontalement; l'extension dirigée dans le même sens, et faite par un poids de 100 (à peu près). Le premier jour, à deux reprises différentes, les efforts furent continués pendant vingt à vingt-cinq minutes, sans réussir à ramener complètement la tête, qui était cependant déplacée.

Les 10 et 11 janvier, les mêmes tentatives sont réitérées et abaissent l'humérus de près de 27 millimètres, sans toutefois le réduire entièrement.

13 janvier. Nouvelle tentative qui déplace la tête un peu plus que précédemment. A ce moment, le chirurgien saisit fortement le bras qu'il abaissa d'une main, pendant que l'autre relevait la tête. Pendant qu'il exécutait ce mouvement, M. Gaillard sentit la tête franchir brusquement et avec bruit un obstacle. En examinant l'épaule, il reconnut la tête sous l'acromion, le deltoïde soulevé, et il nota un allongement très marqué de plus d'un centimètre; les mouvemens communiqués aux membres étaient plus étendus et moins douloureux; la faiblesse des muscles, qui étaient atrophiés, ne permettait point à la jeune malade d'en exécuter elle-même de fort étendus. Le jour même, la luxation, qui avait été mal maintenue, se reproduisit.

14 janvier. Nouvelle réduction par le même procédé; la luxation se reproduit de nouveau.

24 janvier. Troisième réduction; le bras est maintenu, appliqué contre le tronc, et tourné en dehors, le coude un peu en arrière, à l'aide d'une bande imprégnée d'albumine destinée à rendre le bandage inamovible.

En mars, le bandage put être enlevé, la luxation ne se reproduisit point. A partir du 15 mars jusqu'au 1er décembre 1837, l'épaule devint à plusieurs reprises le siége d'inflammations répétées.

En avril 1838, deux ans et quelques mois après la réduction, les mouvemens étaient en grande partie rétablis, mais encore un peu douloureux lorsqu'ils étaient prolongés.

En juillet 1839, M. Gaillard s'est assuré que la tête humérale était bien maintenue dans la cavité glénoïde.

Les symptômes, dit M. le rapporteur, minutieusement rapportés par M. Gaillard, ne permettent point de douter qu'il n'ait vu et réduit une luxation de l'humérus en arrière, et que même la tête humérale dans cette observation ne fût placée plus en arrière dans la fosse sous-épineuse que dans les cas connus. Il n'est pas aussi bien démontré que la luxation fût congéniale, comme le dit l'auteur. Les renseignemens qu'il a pris à cet égard ne sont pas suffisans pour dire d'une manière certaine, si la luxation ne datait point des manœuvres de l'accouchement ou de quelques jours après la naissance, circonstances qui la rendraient bien différente d'une luxation congénitale; dans tous les cas, sa date était très ancienne, et c'est le premier exemple connu de réduction de luxation datant de 15 ou 16 ans. Ce succès remarquable ne doit point aveugler les praticiens. Le siége de la luxation, le sens de déplacement, la luxité des liens articulaires sont autant de circonstances que favorise la réduction, et qu'il ne faut pas s'attendre à rencontrer, ni dans cette même articulation, bien moins encore dans d'autres où les luxations congéniales sont plus fréquentes, telle que l'articulation de la cuisse.

Conclusions : Remercîmens à l'auteur; envoyer son mémoire au comité de publication; l'inscrire honorablement sur la liste des correspondans. (Adopté.)

M. Hamel lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

M. le Président fait le dépouillement du scrutin. Le nombre des membres inscrits est de 101, et le nombre des votes est de 104. L'appel nominal rétablit l'égalité, quelques membres ayant oublié de s'inscrire. La majorité absolue est de 53 voix. Plusieurs membres sont priés de passer dans les bureaux pour recueillir les voix.

PAIN FERRUGINEUX.

M. Piorry est appelé pour la lecture d'un rapport officiel, relatif au pain ferrugineux de M. Desrouet de Boissières. M. le rapporteur commence par faire ressortir combien la thérapeutique tire d'avantages de l'emploi du fer dans quelques maladies contre lesquelles ce médicament est en quelque sorte héroïque. Mais, comme beaucoup d'autres substances, avant de produire tous les bienfaits qu'on a droit d'en attendre, il doit être employé pendant un temps fort long. De là l'idée de s'associer aux alimens et de le faire entrer dans le pain. Les pains ferrugineux de M. Desrouet de Boissières contiennent à peu près 20 à 25 cent. de peroxide de fer pour 45 grammes de pain. L'analyse faite par les soins de la commission n'a point donné cette quantité, ou du moins elle ne l'a donnée que pour quelques-uns; dans d'autres on a trouvé une quantité de fer moindre. M. le rapporteur entrant dans les détails cliniques, cite plusieurs cas où l'usage du pain ferrugineux a guéri ou apporté une grande amélioration dans l'état de femmes chlorotiques ou anémiques.

En terminant, M. le rapporteur apprend à l'Académie que M. Coster s'est présenté chez lui pour lui dire que, dès 1838, il avait entrepris sur des animaux des expériences avec le pain ferrugineux contenant 2 grammes d'oxyde par livre; qu'il avait, par la privation de la lumière et de l'exercice, rendu tuberculeux des chiens, des chats, des lapins, et qu'en soumettant ces mêmes animaux aux mêmes influences, ils n'étaient point devenus tuberculeux quand ils avaient été nourris

avec le pain ferrugineux. M. Piorry rappelle qu'à la même époque M. Desronet de Boissières avait déjà fabriqué son pain ferrugineux. Ses conclusions sont :

1° Le pain ferrugineux est un médicament utile dans la chlorose et l'anémie, mais qui ne doit point faire oublier les autres préparations ferrugineuses.

2° Quand il contient 25 cent. de fer pour 45 gr. de pain, il guérit la chlorose dans l'espace de quinze jours à un mois.

3° Ce pain, contenant un médicament dont l'emploi inconsidéré peut devenir nuisible, doit être soumis aux lois de la pharmacie.

M. Velpeau : Je demande qu'on ajoute à ces conclusions : que le pain ferrugineux est utile à l'instar des autres préparations ferrugineuses.

M. Bouley rappelle que le pain ferrugineux ne doit son efficacité qu'au peroxide de fer; que le mérite de l'auteur est d'avoir mélangé l'oxyde au pain; qu'il n'y a pas matière à mériter l'approbation de l'Académie.

MM. Husson, Nacquart, Guéneau de Mussy ont goûté ce pain, et l'ont fait goûter à plusieurs membres de leur famille, et tous s'accordent à le trouver d'un très mauvais goût.

M. Rochoux s'étonne qu'on veuille reprendre les anciennes habitudes thérapeutiques qui consistaient à mélanger les médicamens. Plus ils sont simples, et meilleurs ils sont. Il ne préjuge rien contre les expériences de M. Coster; mais si ce médecin a prévenu la formation des tubercules, très certainement il ne les a jamais guéris, quand ils étaient une fois développés.

M. Castel se plaint de ce que depuis quelque temps on cherche a convertir l'Académie en tréteaux. On vient à chaque instant mendier un éloge d'elle pour aller l'afficher en la quittant. Il pense que la cuisson doit altérer les préparations ferrugineuses déposées dans la pâte du pain.

M. Guersent a employé ce pain avec avantage. Tous les enfans auxquels il l'a donné le prenaient sans répugnance, le recherchaient même.

M. Pelletier fait observer que le pain étant naturellement fade ne peut masquer la saveur du fer. Le meilleur moyen de donner ce médicament avec les alimens est de l'associer au chocolat.

M. Double : Je regrette que M. le rapporteur ait employé l'importance de son temps et la supériorité de son intelligence à un rapport que je ne peux approuver, et cela par la raison que le médicament en question ne présente aucune fixité dans sa composition. Je supplie en grâce mon collègue, qui sait toute l'affection que je lui porte, de supprimer son rapport, et de répondre à M. le ministre que l'Académie ne peut rien dire sur un médicament dont la composition est aussi mal définie.

M. Piorry persiste dans ses conclusions.

L'Académie vote à une grande majorité la suppression du rapport et la proposition de M. Double.

NOMINATION DES MEMBRES CORRESPONDANS.

La commission chargée de répartir les suffrages donne le résultat de son travail. Sont nommés :

MM. Lassaigne	91 voix.
Fontan	83
Taillefer	86
Scoutteten	78
Bonnet	73
Renard	69
Salgues	64
Gendron	60
Favard Moutlue	64
Gaillard	58
Prioux	57
Landouzy	59
Gerdy	56
Mondières	54

Dans une prochaine séance, l'Académie nommera six membres pour compléter le nombre des places vacantes, qui est de vingt, les autres candidats n'ayant pas réuni la majorité absolue des voix.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MM. Thierry fils et Laugier donnent communication de plusieurs faits de chirurgie très intéressans, dont nous rendrons compte dans le prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

De la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires; par C. H. Marc, premier médecin du roi, etc., etc. — 2 tomes. Paris, chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Il y a des hommes nés pour briller au second rang, et qui ont le bon esprit de ne vouloir jamais le franchir; à d'autres l'ambition des grandes entreprises, la volumineuse gloriole des œuvres complètes; ils contiennent dans des proportions plus modestes le rêve de leur renommée, le labeur de leur intelligence, et c'est pour eux surtout que, suivant l'antique oracle, l'art est long et la vie éphémère. Marc et Fodéré ne sont pas bien éloignés l'un de l'autre par le berceau; tous deux ont aperçu d'abord, dans la science médicale, telle qu'ils la trouvèrent à leurs débuts, une lacune immense que la France avait oublié de combler; la médecine légale, adulte et florissante dans les tribunaux et dans les universités de l'Allemagne, n'existait point chez nous; ce que nous avions de plus complet en cette branche d'études, le livre de Belloc et les articles de Mahon insérés dans l'Encyclopédie, ne méritaient point d'être opposés aux nombreuses et importantes productions qu'elle avait fait éclore chez nos voisins d'Outre-Rhin. C'est donc vers cette partie inexploitée du domaine médical que se dirigèrent les recherches de Fodéré et de Marc; mais le premier détruisit par un vaste traité où les rapports de la médecine avec la justice et l'administration publique étaient approfondis dans tous leurs élémens; l'autre écrivit en allemand des remarques générales sur l'action des poisons; l'un fit un ouvrage, l'autre un opuscule, la tentative synthétique du premier n'ent d'abord qu'un médiocre succès; tandis que le timide essai de M. Marc obtint, dès sa naissance, les honneurs de la traduction italienne. La fortune compensa toutefois, dans la suite, quoique avec lenteur, les chances initiales des deux médecins légistes qui venaient de naître à la science française, en laissant retomber presque immédiatement sur le jeune toxicologiste le voile de l'obscurité première, et en déversant sur le nom de Fodéré l'éclat de la notabilité européenne.

Qui n'a fait cette remarque, que dans les premiers travaux d'un écrivain, il est donné parfois de surprendre tous les germes de son avenir, et pour ainsi dire le plan de son génie? Fodéré s'est présenté au seuil de la carrière scientifique un traité complet à la main, et sa vie s'est consumée dans le polissage de ce produit premier-né, et la postérité, médiocrement soucieuse des autres écrits qui sont tombés en foule de sa plume, ne lui tiendra guère compte que du monument qu'il a élevé laborieusement à la médecine judiciaire. M. Marc a commencé par des mémoires, et il n'a plus apporté à la science, dans une période de plus de quarante ans, que ce genre de matériaux; ce n'est qu'à la fin de ses jours qu'il a jeté sur elle un regard d'ensemble; il s'est aperçu qu'il en avait fouillé les principaux coins et recoins, qu'il en avait éclairé plusieurs d'une vive clarté, qu'il avait amené là, sur ce terrain arpenté par d'autres, assez d'élémens nouveaux et de faits propres, pour qu'il lui fût permis de tenter l'édification d'une œuvre générale; mais l'âge, qui n'avait point glacé ses mains, doublait à ses yeux les difficultés et l'étendue du travail; une crainte le saisit au cœur, c'est que rien d'achevé ne restât de sa plume, c'est que des ruines pendantes et des ébauches interrompues ne fussent, après sa mort, le seul témoignage de sa pensée synthétique; il se hâta de terminer une portion de l'œuvre projetée, portion qui présente un ensemble, un tout harmonique, et c'est à cette impatience du lendemain d'un vieillard, trop vite justifiée par l'événement, que nous devons la publication de l'ouvrage qui suggère ces lignes.

L'éducation médicale de M. Marc le rattache à l'Allemagne; il l'a commencée à l'université d'Iéna et couronnée dans celle d'Erlangen. Il était donc naturel que, revenu en France vers la fin de 1795, il fût frappé du progrès des études médico-judiciaires en Allemagne, et de leur état arriéré dans notre pays, qui devint le sien par adoption; il se trouvait ainsi, par l'effet d'un antécédent, l'intermédiaire intelligent entre l'art allemand et l'art français; il lui appartenait de faire passer dans notre langue les publications capitales qui avaient contribué au-delà du Rhin à l'avancement de la médecine légale; ce n'est pourtant qu'en 1808 qu'il fit paraître le Manuel d'autopsie médico légale, de Rose. Deux mémoires originaux, l'un sur la docimasie pulmonaire; l'autre sur les moyens de reconnaître la mort par submersion, ajoutèrent à la valeur de cette traduction; il les avait fait précéder par d'autres mémoires sur divers sujets de médecine légale et d'hygiène publique, dont il a enrichi un journal français et plusieurs recueils étrangers. La thèse sur les maladies simulées, qu'il écrivit en 1811, et qui le fit agréger à la faculté, lui fournit plus tard les élémens de l'excellent article qu'il a imprimé sur ce sujet dans le Dictionnaire des sciences médicales, et qui est considéré avec raison comme un modèle de judicieuse appréciation. Les nombreux articles qu'il a livrés à ce recueil, ceux qu'il a fait paraître dans les Annales d'hygiène et de médecine légale, sa participation aux travaux du conseil de salubrité publique, une foule de consultations médico-judiciaires, son livre sur les secours à donner aux noyés, aux asphyxiés et aux blessés, lui ont créé autant de titres réels à la place considérable que la postérité lui a déjà assignée parmi les médecins légistes de notre époque. Ce qui distinguait son esprit et donnait à ses décisions une véritable autorité, c'était un sens droit qui émanait de la probité de son âme, le tact et la perspicacité qui relèvent autant de l'expérience profonde des hommes que du savoir acquis. Ces qualités se retrouvent dans ses écrits : point de décou-

verte, mais aussi point de mensonge dans les faits; point de nouveauté, mais aussi point de témérité dans les solutions; son talent paraît dans la commentation des rapports, dans l'analyse de seconde main, si je puis ainsi dire, qui fonde les consultations médico-judiciaires. Nous l'avons opposé par ses débuts à Fodéré; il s'en rapproche encore par les caractères de sa personnalité intellectuelle; même bonne foi, même candeur jusque dans les thèses que repousse le sentiment du lecteur; même sagacité d'aperçus, même finesse d'interprétation: mais cette qualité ressort plus chez Fodéré de l'étendue et de la solidité de ses lectures; chez M. Marc, d'une active et philosophique expérience; finesse pratique dans celui-ci; finesse d'érudition et de rapprochement dans celui-là. L'induction règle les allures logiques du professeur de Strasbourg; la déduction sévère est le procédé du praticien de Paris; il est tout simple que Fodéré ait inauguré sa carrière de médecin légiste par un traité didactique; M. Marc devait finir la sienne par la publication d'un traité expérimental.

Rien de plus expérimental que l'ouvrage sur la folie, envisagée dans ses relations avec les question médico-judiciaires; car il se compose en grande partie de faits, de données pratiques; dans le cadre d'un plan simple et rationnel, l'auteur a groupé tout ce que les fastes judiciaires de ces derniers temps ont enregistré d'événemens relatifs à son sujet; le respect scrupuleux qu'il montre pour la vérité des faits l'a porté jusqu'à les transcrire littéralement, et plus d'un drame judiciaire revit sur les pages de son livre, non plus pour susciter au lecteur de stériles émotions, mais pour le service de la science qui s'applique à surprendre dans les péripéties terribles ou bizarres de l'activité humaine les élémens de ses axiômes salutaires. M. Marc s'est conformé dans son livre à la méthode qui prévaut aujourd'hui dans les études médico-légales, et qui n'est autre que celle de la médecine clinique. Que fait le praticien au lit du malade? Il recueille, par toutes les voies d'information positive, le plus grand nombre de faits; il les classe, il les coordonne, il les compare; il en forme des tableaux logiques où se réfléchissent avec précision les principes de la théorie, et par ce travail de rapports et d'analogies, il arrive à formuler un diagnostic, bientôt vérifié par la contre-épreuve de la thérapeutique. Le résultat final de cette série d'opérations est, dans la pratique, un traitement rationnel, dans la science une observation complète, sincère; répétées, multipliées dans des circonstances diverses, les observations cliniques composent, par leur réunion, un répertoire précieux, expression de la vie médicale d'une époque, guide véridique des nouvelles générations d'esprits qui surviennent dans le champ de notre art. Ainsi procède aujourd'hui la médecine légale, déployant avec un zèle minutieux tous les moyens d'exploration, accumulant les faits, variant les expériences, pour soumettre ensuite au critérium d'une appréciation sommaire tous les matériaux qu'elle a colligés. Ce n'est point que nos devanciers n'aient su réunir en faisceau les phénomènes et les signes qui se rapportent à une question, et baser le diagnostic médico-légal sur la considération collective de toutes les circonstances d'un fait; mais aux auteurs contemporains appartient l'honneur d'avoir suivi cette direction avec autant de sagesse que d'avantage, d'avoir imprimé à la science spéciale qu'ils cultivent le caractère clinique que remplaçaient encore, il y a quarante ans, la scholastique et l'érudition.

Forcé par la nature de son sujet à s'appuyer sur quelques principes, M. Marc s'est préoccupé, avec une sollicitude qu'il ne déguise point, de les établir dans le cercle inviolable de l'observation physique, de leur procurer l'évidence des faits. L'obligation de dogmatiser semble effrayer son scepticisme, et plus les questions qu'il aborde refluent dans la métaphysique, plus il craint d'approcher de la limite où défaille l'activité des sens. Il a soin de s'abriter derrière la profession de foi, qu'il a affichée sur le frontispice de son œuvre, et qu'il résume dans ces deux vers de Lucrèce :

> Invenies primis ab sensibus esse creatam
> Notitiam veri neque sensus posse refelli.

Il pense même que, parmi les nombreux ouvrages publiés sur l'aliénation mentale, ceux-là seuls resteront qui ont été conçus en dehors de toute doctrine psychologique, et dont les auteurs ont fait bon marché des conditions intimes qui président aux dérangemens de l'intelligence humaine. Il y a trois mots dont M. Marc abuse contre ceux qui acceptent, sur le terrain qu'il a choisi pour écrire, le contact de la médecine et de la psychologie, la parenté des phénomènes organiques et des conditions morales; ces trois mots, ces trois fantômes, contre lesquels il lutte avec l'ardeur d'un zélé disciple de l'école de Condillac, sont les suivans : métaphysique, idéologie, subtilités spécieuses. Il n'y a lieu à discuter ici la part que l'on peut faire aux sciences morales dans l'étude de la folie; il suffit que M. Marc ait nettement circonscrit le champ de ses investigations pour qu'il nous convienne de l'y suivre, sans lui faire un crime des limites peut-être étroites qu'il s'est tracées lui-même. Il déclare n'envisager de la folie que la phénomalité, que les versatiles et multiples manifestations; c'est sur les actes qu'elle développe et les nuances qu'elle revêt qu'il entend fonder sa théorie; c'est dans l'extériorité de la maladie qu'il renferme sa besogne d'observation et de raisonnement : l'y prendre et l'y juger dans la mesure de son travail est le devoir d'une critique impartiale.

La première partie de son livre est consacrée à l'exposition des notions nécessaires pour l'appréciation de la folie considérée dans ses rapports avec la médecine légale. Il y traite successivement de la compétence médicale, du libre arbitre, des hallucinations et des illusions; il passe ensuite en revue les formes diverses de l'aliénation mentale, et fait connaître d'une manière générale les moyens de constater la réalité de l'aliénation mentale.

Dans la deuxième partie, il s'engage dans l'appréciation spéciale de la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, sujet vaste et fécond en détails, et qui ne pouvait être éclairci qu'à l'aide d'exemples nombreux, puisés dans chaque forme d'aliénation mentale. Il faut louer le choix sévère et raisonné que l'auteur a fait des observations consignées dans cette partie de son travail; et quoiqu'il ait dû se restreindre, elles sont assez multipliées pour familiariser le lecteur avec la conduite à tenir dans les investigations médico-judiciaires que suscite la folie; il se présente, d'ailleurs, dans cette voie pratique, des circonstances si individuelles, si mobiles, parfois si étranges, qu'il est presque aussi impossible de les introduire dans des préceptes généraux que de les prévoir par l'exposition de faits analogues. Consulter les travaux pratiques de nos devanciers, interroger les annales de l'expertise médico-judiciaire pour mettre à profit et les enseignemens et les erreurs qu'elles renferment, voilà la meilleure préparation aux problèmes inattendus dont la solution peut nous être demandée, et M. Marc a pris la peine de nous épargner l'ennui de ces recherches, en plaçant sous nos yeux, dans un ordre lucide et sous le reflet de ses commentaires, les documens les plus propres à exercer la sagacité des lecteurs. Nous croyons devoir reproduire ici la classification qu'il a adoptée pour les diverses formes de la folie, et qui indique en même temps l'ordre dans lequel il les a étudiées : dans un premier groupe, il réunit l'idiotie, l'imbécillité et la surdi-mutité, non qu'il assimile ce dernier état aux deux états précédens, mais parce que les malheureux affectés de cette décisive infirmité présentent à l'examen du médecin-légiste un ensemble de conditions morales et physiques, qui ne peuvent être mieux appréciées nulle part qu'à la suite de l'imbécillité. Il s'occupe ensuite de la manie, soit qu'elle s'accompagne ou non de fureur, circonstance qui n'en constitue point le caractère nécessaire. La monomanie fournit une série de variétés qui sont assez bien représentées par les dénominations suivantes : monomanie homicide, monomanie suicide, érotomanie, aidoiomanie (exaltation de l'appétit génital), démonomanie (manie religieuse), kleptomanie (vol), pyromanie (incendiaire), manie par imitation. Après avoir traité de la démence, il signale la folie transitoire, la manie temporaire, la manie des épileptiques, celle qui est le résultat de l'ivresse, la dipsomanie, la folie produite par l'intoxication. Enfin, il est une dernière variété d'aliénation mentale sur laquelle M. Marc a écrit, en terminant, quelques lignes judicieuses; c'est celle qui est déterminée passagèrement par un état intermédiaire au sommeil et à la veille; le somnambulisme et l'égarement momentané, bien défini par Hoffbauer, se rattachent à cette dernière et singulière forme d'activité cérébrale, digne de fixer toute l'attention des psychologistes. Les principales applications de la doctrine de la folie à la jurisprudence civile ont fourni à l'auteur la matière d'un dernier chapitre, où, sans pénétrer dans le dédale de la législation, il indique au médecin la marche à suivre pour faciliter au magistrat l'accomplissement de son ministère de vindicte contre les délits, ou de protection en faveur des droits civils.

On voit, par cette simple énumération des élémens de son travail, que M. Marc s'est constamment maintenu, au-dessous de la sphère psychologique, entre l'examen détaillé des manifestations morbides de l'intelligence humaine et les prescriptions du texte de nos Codes, entre le fait individuel et le fait social. Considérée dans ses applications, la doctrine médico-légale de la folie n'est en effet qu'une savante et consciencieuse protection établie, tantôt dans l'intérêt de la société contre l'un de ses membres, tantôt en faveur de l'individu contre la société; l'instruction judiciaire travaille à l'évidence du délit; les données qu'elle acquiert, l'accusation les fait valoir; mais c'est au médecin à pénétrer la signification psychologique de ces données, à déclarer au jury les mobiles intimes du délit qui lui est déféré. Quand la médecine arrache au criminel rusé le masque d'une simulation qui tend à l'exempter de la responsabilité morale, elle est l'appui tutélaire de la société en lui maintenant sa puissance répressive; quand elle écarte du vieillard assiégé par des héritiers impatiens la honte d'une interdiction injuste, quand elle arrête sur la tête du monomane la hache des vengeances légales, elle est la patronne des intérêts individuels. Croirait-on que cette haute fonction qui consiste à porter au-devant de la justice civile et criminelle le flambeau des con-

naissances physiologiques a été disputée à la médecine? Un esprit qui ne se sentait à l'aise que dans la plénitude du paradoxe, un médecin, Urbain Coste est allé jusqu'à prêter à toutes gens de toute carrière une compétence plus directe qu'à ses propres confrères pour l'élucidation des problèmes médico-judiciaires relatifs à la folie. Kant a réclamé pour les facultés de philosophie le droit de l'expertise spéciale que nécessitent les dérangemens de l'intellect; il était naturel que le philosophe de Kœnigsberg, qui n'est jamais sorti du domaine des abstractions, ne tînt nul compte des conditions organiques au milieu desquelles se développent les phénomènes multiformes de la folie et annulât le rôle des hommes qui s'occupent surtout du corps. M. Elias Regnault, frappé des abus que pourrait entraîner une certaine extension donnée à la doctrine de la monomanie, en a vivement combattu les principes et dénié aux médecins le privilége de l'exclusive compétence en matière d'expertise relative à l'aliénation. Avant d'aborder les questions enserrées dans le plan de son livre, M. Marc avait donc à relever la science et l'art de ces attaques, à revendiquer pour le foyer médical un droit vainement contesté, le droit de péremptoire intervention entre la justice et l'aliéné. Sans doute il est des cas où les caractères de la folie sont pour ainsi dire flagrans, où leur réalité ressort de preuves et de témoignages qui repoussent le doute; mais sont-ils les seuls sur lesquels il y ait à statuer judiciairement? Combien d'autres cas se présentent, douteux, obscurs, compliqués, chargés de faits contradictoires, et qui, pour être résolus on éclairés, sollicitent les lumières des hommes qui ont approfondi les nuances infinies des aberrations de l'intellect et qui joignent à cette connaissance le souvenir des faits qui pourront servir de points de comparaison! Où cesse la passion portée au plus haut degré? où commence le délire? où naît l'altération de la volonté? Quelles sont, en un mot, les lignes de ferme démarcation entre la folie et la raison? Qu'on lise ce que M. Lélut a écrit dans cette feuille (Gaz. Méd., 30 mai 1834) sur les analogies de ces deux états, et que l'on juge des difficultés purement psychiques qui se rencontrent dans cette appréciation, en dehors même de la solidarité physiologique du centre nerveux avec les autres organes: la nécessité d'une aptitude spéciale, de connaissances spéciales pour l'accomplissement de l'expertise dont il s'agit, se dégage victorieusement de l'argumentation de MM. Lélut, Leuret et H. Royer-Collard qui ont répondu aux détracteurs de notre compétence; leurs écrits ont en grande partie défrayé le premier chapitre de l'ouvrage de M. Marc; mais là, comme dans tous les sujets qu'il traite, se dénotent l'esprit modérateur et la sagacité pratique qui le distinguent éminemment; tout en plaidant pour l'intégrité de la prérogative médicale, il prémunit ses lecteurs contre les prétentions exagérées et les allures réformatrices de certains experts; il ne se jette point, en critique turbulent, à travers la législation du pays, il s'efforce, au contraire de mettre les principes qu'il émet en conformité avec les dispositions légales, sans jamais fléchir la majesté de la science sous le joug du préjugé social ou de la jurisprudence établie. Concilier les enseignemens nouveaux de la science et les conséquences pratiques qui en découlent avec notre système de lois, c'est là le but qu'il poursuit et qui ajoute à l'unité du sujet qu'il traite, l'unité d'intention morale: précieuse harmonie de la conscience et du savoir dans un écrivain placé en face de si graves intérêts.

Le chapitre consacré à la liberté morale nous ouvrirait une large veine de controverses; que de problèmes épineux, que de hautes discussions enfermées dans cette simple proposition qui forme le thême du chapitre précité : toute lésion bien constatée de l'entendement chez celui qui est inculpé d'un acte criminel détruit la criminalité de cet acte. Par le seul énoncé de ce principe, s'il est adopté (et comment l'infirmer?), toutes les questions de culpabilité sont ramenées dans la sphère intime de la volonté; c'est elle qu'il s'agit de juger, non sous le rapport de la matérialité du fait, mais sous celui des causes intellectuelles qui l'ont déterminé. Les bornes d'un article bibliographique ne nous permettent point de discuter la doctrine que l'auteur émet sur la volonté et sur ses lésions qu'il distingue en primitives et en consécutives. Les philosophes, et si licence nous en est concédée, nous nous rangerons de leur côté, seront peut-être médiocrement satisfaits de la manière dont M. Marc répond à cette question : qu'est-ce que la volonté? — « La volonté, dans son état normal, est une faculté morale qui produit, dirige, empêche ou modifie les actes physiques et moraux qui lui sont soumis. Cet état normal de la volonté constitue aussi ce qu'on est convenu d'appeler la liberté morale, le libre arbitre. L'homme, au contraire, dont la volonté n'est pas saine, devient, par cela même, incapable d'en maîtriser les actes et appartient à la catégorie des aliénés (t. I, p. 84-85). » Cette manière de définition ne nous réconcilie pas avec les prétentions philosophiques de la plupart de nos confrères; elle montre bien que décidément M. Marc n'avait point puisé dans les universités allemandes où il s'est formé le sens des choses psychiques, cette vertu de compréhension intime qui caractérise les esprits d'outre-Rhin. La définition que nous avons rapportée, jointe à un axiôme de Salomon Maimon, constitue néanmoins la pierre angulaire de cette partie fondamentale de son œuvre; toute la métaphysique de l'auteur pivote sur cette base; pour que le lecteur la juge avec impartialité, voici l'axiôme complémentaire de Maimon (Magasin de psychologie expérimentale, de Moritz, t. IX, p. 9) : «La santé de l'âme consiste en cet état où la volonté est libre et où elle peut exercer son empire, sans obstacle. Tout état contraire est une maladie de l'âme. » M. Marc est édifié de cette naïveté germanique, et il déclare que plus on avance dans l'analyse des faits dont se compose l'histoire empirique de l'aliénation mentale, plus on acquiert la conviction de la justesse de ce principe, car principe il y a pour lui.

En revanche, toute la finesse d'aperçus, toute la pénétration et la justesse d'induction que savait déployer M. Marc, se retrouvent dans le chapitre important où il trace d'une manière générale les moyens de vérifier la réalité de l'aliénation mentale. Soit qu'il recherche dans la complication de plusieurs formes de folie celle qui prédomine, soit qu'il esquisse les règles du diagnostic relatives à la folie simulée on imputée, soit qu'il interroge l'hérédité, les passions, les antécédens professionnels, on qu'il étudie l'influence de certaines perturbations pathologiques sur la production des désordres intellectuels, tout ce qu'il écrit est marqué au coin de la sage pratique, et chacune de ses pensées devient, à peine formulée, un précepte classique pour les novices. Les données subjectives, propres à éclairer sur la réalité de la folie, telles que l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, etc.; certains caractères tels que le geste et le maintien, le pouls, l'insensibilité cutanée, la physionomie, sont scrutés avec le même discernement, pesés avec une égale maturité d'expérience. Toute cette partie est sans contredit l'une des meilleures de l'ouvrage.

Produit d'une longue méditation et d'une expérience multipliée, conçu dans la limite rigoureuse des faits admis, destiné surtout au service de l'expertise active des tribunaux, le livre de M. Marc se détache de la foule des élucubrations qu'a fait éclore pareil sujet. Il a su éviter le paradoxe, se défendre contre la nouveauté et l'exagération; c'est un livre pratique et que le temps ne tardera pas à munir d'une solide autorité; il présente encore un intérêt triste et solennel; M. Marc a succombé en corrigeant les épreuves; il n'a pas eu la satisfaction de le voir circuler dans la publicité, et les plumes, taillées pour en rendre compte, ont dû faire besogne de nécrologie : heureux toutefois l'écrivain que la mort ne surprend qu'au seuil de l'imprimeur, et dont l'œuvre s'étale achevée même sur un tombeau! Combien sont passés qui n'ont pu léguer à la science nourricière de leur intelligence, un si complet testament, et dont la pierre funèbre a scellé sans retour la gloire inédite et l'œuvre achevée seulement dans leur génie!...

M. L.

VARIÉTÉS.

— Le cinquième fascicule de l'Ostéographie comparée, par M. de Blainville, vient de paraître. Il contient la famille des insectivores. Cette livraison ne le cède en rien aux précédentes.

L'Atlas continue à être traité avec une grande supériorité de talent. Il fait honneur à M. Werner, à qui la science doit déjà tant de beaux et importans travaux.

— Manuel d'obstétrique, ou Traité de la science et de l'art des accouchemens, contenant l'exposé des maladies de la femme et de l'enfant nouveau-né; suivi d'un précis sur la saignée et la vaccination; par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris et de celle de Berlin, de l'Académie de médecine, etc. — Troisième édition, corrigée et augmentée par l'auteur, revue et publiée sous les yeux de M. Lallemand, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et de M. Franc, professeur agrégé près la même Faculté.

Un vol. in-8, avec 46 fig. gravées, 8 fr.

A Paris, chez Fortin Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

A Montpellier, chez L. Castel, libraire-éditeur, Grand'Rue, 32.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les rapports qui existent entre le sang, le pus, le mucus et l'épiderme. — Maladies de la peau; clinique de l'hôpital Saint-Louis par M. Gibert. — Lettre sur le traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil. — II. Revue des journaux de médecine anglais trimestriels. Observations sur les effets et le mode d'administration de quelques médicamens. — Observation sur l'emploi de l'ipécacuanha dans les hémorragies internes; suivies de plusieurs cas où ce traitement a été employé avec succès. — Affection particulière se manifestant par un abcès entre le pharynx et la colonne vertébrale chez l'enfant et l'adulte. — Rétroversion de l'utérus; nouveau mode de traitement. — Observation de chirurgie. — Observations sur la bronchite plastique (polypes bronchiques). — Hydrophthalmie; rétinite. — Observations sur l'empyème. — Remarques critiques sur quelques points de l'histoire de la médecine. — Observation d'un cas d'inflammation de la membrane pituitaire qui, en suivant le trajet des nerfs olfactifs, s'est étendue au cerveau et y a déterminé la formation d'un abcès. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: suite de la séance du 22 juin. — Académie de médecine: séance du 30 juin. — IV. Revue bibliographique. Sur la vaccine chez les vaches. — Des médicamens nouveaux considérés sous le rapport de leurs propriétés physiques et chimiques, de la manière de les préparer, et de leurs effets sur l'économie vivante, saine et malade. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. De l'originalité en médecine.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LE SANG, LE PUS, LE MUCUS ET L'ÉPIDERME (lu à la société médicale d'émulation, le 3 juin 1840); par le docteur L. Mandl.

Les sécrétions pathologiques ont été, dans ces derniers temps, le sujet de recherches suivies; on s'est surtout appliqué à l'emploi du microscope, et nous avons vu, depuis quatre ans, paraître une foule de petites notes et de mémoires sur l'étude micrographique du pus et du mucus. Notre intention est, tout en publiant nos nouvelles recherches, de donner en même temps un aperçu de l'état actuel de nos connaissances sur ces produits; mais nous renonçons avec plaisir à l'énumération de toutes ces soi-disant observations et recherches, qui consistent dans un examen passager et superficiel du sujet, et dont l'éternel refrain ne fait entendre que : globules grands et globules petits, globules égaux et inégaux, etc.

Nous voulons nous attacher aujourd'hui surtout à l'examen de ces questions : Quelle est l'origine du pus et du mucus? Quel est le rapport entre cette sécrétion et le sang? Qu'y a-t-il de vrai dans cette ancienne opinion : l'épiderme est du mucus desséché?

Nous allons examiner les différentes opinions émises à ce sujet; nous verrons jusqu'à quel point elles diffèrent entre elles, et comment on peut les concilier.

Nous ne connaissons que deux opinions qui, dans ces derniers temps furent émises sur l'origine du mucus; nous disons seulement deux, car nous voulons nous occuper des opinions basées sur des expériences, et nous devons passer sous silence celles qui commencent par un *si* et finissent avec un doute. C'est ainsi que dans le siècle passé on avait déjà dit que le pus et le mucus prennent leur origine par la transformation des sucs albumineux du sang, et de nos jours on a parlé de la transformation des globules sanguins, des globules fibrineux, etc. Mais ces opinions ont été avancées sans preuve; et nous aurons plus tard, dans le courant de ce mémoire, l'occasion de démontrer leur fausseté.

Pour éviter les fréquentes répétitions des mots : globules du pus et du mucus, nous allons seulement parler des globules muqueux; car il est bien démontré maintenant pour tous les micrographes que ces deux sortes de globules ne diffèrent pas entre eux. Cette opinion que j'avais énoncée dès 1837, en France, fut plus tard ou tout au plus en même temps professée en Allemagne, et tout le monde se plait maintenant à reconnaître leur parfaite identité. C'est donc ailleurs que dans les élémens microscopiques qu'il faut chercher la différence de ces sécrétions; c'est dans la composition chimique du sérum dont nous devons plus tard nous occuper.

Voici l'exposé des opinions en question :

Feuilleton.

DE L'ORIGINALITÉ EN MÉDECINE.

Notre monde médical a ses caractères et ses types, comme la société générale dans laquelle il s'encadre; les mœurs et les idées du temps s'y combinent avec les habitudes et les besoins de la profession. Chaque individualité qui passe sur la scène médicale réfléchit en elle la double influence de la société extérieure, et de cette seconde société que lui fait sa carrière. On a eu beau abolir les corporations : le principe qui les avait fondées survit à la destruction de la forme légale; elles subsistent intérieures et se maintiennent, sans appareil ni réglement, sans patron ni bannière, par la solidarité des intérêts, par la communauté des études; par la vertu des souvenirs et des traditions puisées aux mêmes sources. Cette unité d'origine, de but et de travail est comme un premier niveau passé sur les esprits qui viennent s'implanter sur le sol de la médecine; elle jette sur les originalités personnelles un voile uniforme, qu'elles perceront plus tard par les coudées, sans jamais le dépouiller entièrement. Ce n'est pas impunément que les hommes d'une même génération viennent s'asseoir, durant plusieurs années consécutives, sur les mêmes bancs, dans le même amphithéâtre, feuilleter en commun les pages des mêmes livres, s'exposer à la parole des mêmes maîtres, aiguiser leur logique aux mêmes controverses, façonner leur observation sous l'optique des mêmes doctrines. Si les difficultés arides des premières études qu'ils doivent aborder ne réduisaient point le talent naturel comme la médiocrité sous le joug d'un labeur ingrat, et dans l'ignorante égalité du noviciat; si les différences de valeur native ne s'évanouissaient point au seuil des amphithéâtres de dissection, où la patience tient lieu de génie, l'action prolongée des communes influences de scholarité amènerait cette espèce de nivellement, imprimerait aux physionomies cet air de parenté que complétait autrefois l'uniformité du costume. A coup sûr, il y a dans les sciences, et surtout dans la nôtre, moins d'originalité que dans les lettres. Celles-ci, produit plus immédiat du génie, n'exigent point le public apprentissage des écoles; elles ne traînent pas leurs disciples par le cycle invariable des mêmes études; surtout elles n'asservissent point les élans de l'intelligence à la discipline des faits extérieurs. Si l'on veut s'expliquer le petit nombre de types originaux qui se détachent de la masse des médecins, ne faut-il point se reporter vers la méthode qui pèse sur leurs travaux et qui constitue à elle seule la condition vitale d'une science d'observation? La méthode expérimentale proscrit l'élément essentiel de l'originalité, l'imagination; elle ne permet aux exercices de l'esprit d'autre base que la donnée conquise par les sens; elle le circonscrit dans l'horison de la matière, et de la matière qu'il voit, qu'il odore, qu'il palpe, qu'il pèse actuellement; constater, créer, combiner, classer les faits, les grouper par séries, les agiter par l'analyse, les enchaîner par l'induction, les jalonner sur les lignes d'une théorie éphémère, telle est la fortune de notre science; avant qu'elle vous advienne, il a fallu débrouiller le cahos des faits ac-

La première de ces opinions est celle de MM. *Henle* et *Vogel*. M. Henle (1) disait d'abord que les globules muqueux ne sont que les élémens altérés de l'épithélium. Pour mieux comprendre cette idée, il est nécessaire d'ajouter l'explication suivante. Le tissu épidermoïde qui recouvre toutes les surfaces extérieures et revêt intérieurement, sous le nom d'épithélium, les parois de toutes les cavités et de tous les canaux du corps, se compose de cellules nombreuses, plus ou moins superposées, renfermant chacune dans son intérieur un noyau orbiculaire, ovoïde on aplati, et remarquable, en outre, par un ou deux points que l'on y distingue. Ces cellules diffèrent les unes des autres par leur forme, leur densité et le lien qu'elles occupent.

Nous avons exposé ailleurs les études de M. Henle à ce sujet; cet auteur reconnaît trois espèces d'épithélium: épithélium en pavé, épithélium en cylindre et celui en paillettes. Il suffira ici de décrire brièvement le premier. Dans l'épithélium en pavé, la cellule est, en général, moulée sur le noyau central, autour duquel elle forme une vésicule dont les parois sont plus ou moins distendues, éloignées du noyau ou appliquées contre lui. Cette espèce de tissu épidermoïde se trouve à la surface extérieure du corps, sur presque toutes les membranes séreuses, dans l'intérieur des vaisseaux, etc. Les cellules épidermoïdes sont multiples et stratifiées; elles se développent dans la profondeur, et se serrent les unes à côté des autres à mesure qu'elles approchent de la superficie. Dans la couche la plus interne, le noyau des cellules est d'un rouge jaunâtre, et la membrane des cellules est si fortement appliquée contre le noyau, qu'elle est presque imperceptible; peut-être y manque-t-elle complètement. Un peu plus vers la superficie, le noyau devient plus granuleux, plus pâle et plus grand; et surtout la cellule prend plus d'ampleur; plus en dehors encore, le noyau et la cellule s'aplatissent et finissent par devenir tellement comprimés qu'ils ne ressemblent qu'à de petites écailles. Dans les couches les plus superficielles de l'épiderme, le noyau des cellules ne peut plus être distingué et les écailles sont tellement serrées qu'on ne devinerait jamais comment elles se sont formées, si on n'avait suivi leur transformation successive.

Il résulte évidemment de cette description, dit M. Henle, que l'épiderme ne doit plus être considéré comme un produit inorganique sécrété par le tissu reticulé de la peau, dont, à la vérité, il tire sa nourriture; son organisation est rendue apparente par son accroissement successif, surtout par celui du noyau des cellules, qui, arrivé à un certain degré d'accroissement, change de couleur, s'aplatit et finit par disparaître dans les cellules superficielles; aussi, sous le rapport chimique, *la composition des cellules change* dans les couches profondes et superficielles.

Nous n'avons pas besoin de donner ici une description des globules muqueux que tout le monde connaît; eh bien! la conclusion à laquelle M. Henle était arrivé dans ce premier mémoire, est que la plupart des globules muqueux sont des élémens altérés de l'épithélium; c'est-à-dire qu'ils sont en rapport avec les noyaux plus ou moins altérés des cellules épidermoïdes.

Mais quel est précisément ce rapport? Le noyau sort-il de la cellule, et, devenu libre, constitue-t-il alors le globule muqueux? Ou ce changement, cette altération a-t-elle lieu dans les couches inférieures des cellules? Voilà des questions auxquelles M. Henle n'a pas répondu dans le travail cité, et auxquelles M. Vogel s'est chargé de répondre.

Par les observations que nous venons d'exposer, il était déjà démontré qu'il existait un certain rapport entre les globules muqueux et les cellules épidermoïdales les plus profondes, celles qui font voir à peine des parois, et dont les noyaux sont tout à fait pareils aux globules muqueux. On pouvait donc demander si les globules muqueux sont la première période du développement des cellules épidermoïdes, ou si plutôt ces dernières se transforment en globules muqueux. Vogel (1) démontre qu'on ne peut pas penser à une transformation des grandes cellules superficielles de l'épiderme en globules muqueux; car dans celles-ci le noyau a déjà presque entièrement disparu. Henle (l. c. p. 20) avait même déjà dit que dans l'inflammation des membranes muqueuses, ce sont d'abord les cellules superficielles de l'épithélium qui sont enlevées, et qu'ensuite la formation de globules a lieu.

On pouvait donc supposer que les globules muqueux sont les premiers élémens de l'épithélium, et que dans la suppuration suivie de la formation d'une membrane épidermoïde, les globules paraissent les premiers et sont plus tard transformés en cellules. Mais pour bien comprendre ces transformations, il sera nécessaire de dire d'abord un mot sur les phénomènes qui se passent dans la suppuration, et sur l'idée que les auteurs allemands se sont formée sur la composition du globule muqueux.

Ayant enlevé la peau à l'aide d'un vésicatoire, Vogel (l. c., p. 152) a vu que d'abord une sérosité claire, limpide, s'étend sur toute la plaie. Ce liquide ne contient aucun corpuscule microscopique. Peu à peu on voit paraître des globules très petits, de $\frac{1}{1000}$ de ligne de diamètre, quelques-uns plus grands, opaques; leur nombre s'accroît. Plus tard, on voit un pareil globule isolé, ou deux à trois réunis ensemble, entourés d'un halo transparent; viennent plus tard encore des corpuscules avec un centre opaque et une enveloppe transparente, ayant $\frac{3}{1000}$ de ligne de diamètre. Enfin paraissent de véritables globules du pus. Ces corpuscules différens sont, d'après les auteurs allemands, de degrés différens du développement du globule muqueux, et cette idée s'accorde merveilleusement avec celle qu'ils se sont formée sur la composition du globule lui-même. Nous verrons plus tard que ces auteurs ont pris pour les degrés différens de développement, des corpuscules de nature tout à fait différente, et qu'ils ont supposé une transformation parce que les uns sont venus plus tard que les autres.

Nous disions tout à l'heure que ces observations s'accordaient parfaitement avec l'idée de ces auteurs sur la composition du globule muqueux; car, d'après Guterbock, les globules du pus et du mucus ont un noyau de $\frac{1}{400}$ à $\frac{1}{600}$ de ligne de diamètre, ou deux à trois petits noyaux de $\frac{1}{700}$ à $\frac{1}{900}$ de ligne de diamètre. Ces noyaux sont opaques, pourtant transparens au centre, un peu concaves, incolores, et rarement ou jamais granulés à leur surface.

Mis en contact avec l'acide acétique, les globules muqueux deviennent complètement transparens dans leur partie extérieure; mais leur noyau subit des changemens variables, suivant la concentration de l'acide employé. Si on se sert d'acide faible, le globule muqueux ne fait que pâlir;

(1) HUFELAND'S JOURNAL. Mai 1838.

(1) PRODROMUS DISQUISITIONIS SPUTORUM IN VARIIS MORBIS EXCREATORUM; Monach., 1838, Ueber Eiter, Eiterung, etc. (SUR LE PUS, LA SUPPURATION), Erlangue, 1838.

quis et des erreurs imprimées, dresser vos sens au rythme spécial que nécessite l'éducation médicale, amortir la verve naturelle de vos facultés dans la persévérance d'un zèle mécanique, dilater la mémoire aux dépens du jugement, substituer à la souplesse et à l'éclat d'une organisation vivace je ne sais quelle médiocrité patiente et scrutatrice... Puis, si quelque spontanéité vous reste après ce long servage intellectuel, libre à vous enfin de l'exhiber; si l'élasticité de votre nature ne s'est point épuisée dans l'opiniâtre inflexion d'une épreuve de six ans, libre à vous de vous redresser dans l'orgueil de votre stature primitive et de restituer à vos idées leur geste et leur saillie.

Il y a donc des études qui facilitent par elles-mêmes l'évolution hardie de l'idée, qui laissent à l'intelligence ses libres allures; il en est qui gênent son essor ou ne lui permettent point un égal développement dans toutes les directions où la sollicite l'instinct de sa grandeur; la médecine appartient à cette dernière catégorie d'études. Les lettres exigent une culture égale de toutes les facultés de l'esprit: jugement, mémoire, invention, imagination sont mis en jeu par le travail littéraire et concourent, dans une harmonieuse proportion, à l'élaboration de l'œuvre brillante qui va fixer les regards du siècle; les grandes productions de toutes les littératures nationales portent l'empreinte d'une puissance intellectuelle qui résume toutes les qualités, tous les modes d'action de l'esprit humain; elles conservent à travers les siècles une immense clientelle de lecteurs, parce qu'elles s'adressent à toutes les variétés d'organisation dont se compose la foule, à toutes les compétences partielles qui forment la population des carrières savantes. Homère contient autant d'enseignemens pour le géographe que pour l'historien; le philologue et le capitaine puisent dans ses héroïques narrations un charme, un intérêt sans cesse renouvelés. Les mathématiques elles-mêmes, par la multiplicité de leurs combinaisons, par la mobilité de leurs formules, ouvrent un immense domaine à la raison et compensent la sécheresse de leurs principes, la rigueur de leurs axiômes élémentaires par la facilité de l'hypothèse et l'abondance de l'induction. Plus une science appelle à son service de facultés diverses de l'esprit, plus elle prête à l'originalité. Que faut-il à la médecine? Des sens intacts, sûrs, agiles, et derrière ces sens, une mémoire imperturbable, une raison ferme et exercée; la médecine s'arrange mieux d'un observateur que d'un penseur; elle réclame plus de jugement que de génie, plus de labeur que d'inspiration, plus de sens ordinaire que d'élévation naturelle dans l'esprit.

Mais avant de scruter ce que notre science offre de chances à l'originalité, ne faut-il point se demander en quoi réside cette souveraine vertu de l'intelligence? On est original de plus d'une manière; il est des hommes qui le sont par les côtés les moins aperçus de leur personnage; d'autres frappent d'abord par ce cachet spécial de leur nature. C'est un élément qui se mêle en quelque sorte à notre limon et lui donne sa trempe; mais ce mélange s'opère en proportions variables, d'une façon plus ou moins intime; tantôt l'originalité s'incruste profondément et forme le noyau de l'homme, sous une couche épaissie de trivialités sociales et de médiocres habitudes; tantôt elle coule à la surface et se répand comme un vernis brillant sur la peau; elle gît dans le caractère ou dans les mœurs externes ou dans l'habitus intellectuel; il se rencontre des organisations d'élite où elle se manifeste par cette triple face de l'être humain, et nous montre réunies dans un génie intact les singularités de la vie sociale, la pensée novatrice et les vives arêtes du caractère.

un peu plus concentré, l'acide attaque le noyau central; celui-ci se fend par ses bords, s'étrangle en deux lobes, comme un 8 de chiffre, ou en trois, comme une feuille de trèfle, en quatre et même en plusieurs lobes. Pour suivre la marche de l'action de l'acide acétique sur ces globules, il faut éviter leur contact trop brusque. Si l'on se sert d'acide acétique tout à fait concentré, son action est tellement brusque qu'on ne peut plus être témoin des changemens qu'il fait éprouver aux globules muqueux. Les deux ou trois petits noyaux du centre sont quelquefois séparés déjà par l'action de l'eau.

L'action de l'eau et de l'acide acétique sur le noyau central du globule muqueux, et sur la séparation de celui-là en deux ou trois noyaux, s'explique maintenant, d'après Henle, selon que le globule muqueux est plus ou moins âgé, c'est-à-dire, selon qu'un laps de temps plus ou moins considérable s'est écoulé depuis sa formation (1).

Ces idées ont reçu un grand appui dans les observations importantes que M. Schwann a faites sur l'analogie qui existe entre les tissus des animaux et des plantes. Ces observations sont encore tout à fait inconnues en France; mais, tout en nous réservant pour une autre fois l'occasion de parler des recherches de M. Schwann, nous dirons seulement, pour le moment, que cet auteur avait trouvé que tous les tissus sont, dans leur origine, composés de cellules avec noyaux, qui eux-mêmes contiennent des corpuscules très petits.

Or, nous avons, d'un côté, les globules muqueux, avec deux ou trois petits corpuscules centraux; d'un autre côté, les mêmes globules jouant le rôle des noyaux au milieu de la cellule dans l'épiderme : alors il ne restait pour les auteurs allemands aucun doute qu'il y a une transition ou plutôt une transformation de globules muqueux en épiderme.

En résumant donc toutes ces observations, voici quelle est l'opinion des auteurs cités sur la formation du pus, du mucus et de l'épiderme. Dans la sérosité se forment d'abord de très petits corpuscules, dont deux ou trois se réunissant, sont bientôt entourés d'une paroi et forment ainsi le globule du pus et du mucus. Ce globule devient à son tour le centre d'une cellule, qui s'agrandit peu à peu, et qui forme l'élément de l'épiderme, qui offre, depuis sa couche inférieure jusqu'à la plus superficielle, les différens degrés de développement de ces cellules.

Telle est la première opinion dont nous voulions parler, et que nous avons exposée avec la plus grande impartialité. Examinons maintenant la seconde de ces opinions, qui est la nôtre.

Nous avons fait nos recherches indépendamment de celles des observateurs allemands; nous les avons entreprises à une époque antérieure, mais nous les avons publiées presqu'en même temps. Notre mémoire ayant été publié dans un journal français (2), nous n'avons pas besoin d'en donner ici un extrait; mais qu'il nous soit permis d'en citer seulement les résultats.

Nous avons d'abord démontré que les corpuscules que l'on voit nager dans le mucus, le pus, la salive, les épanchemens, etc., et que l'on distinguait par des noms différens, par exemple, globules muqueux, globules du pus, de la salive, etc., sont tous identiques, et qu'il n'existe pas la moindre différence entre ces élémens microscopiques, soit sous le point de vue chimique, soit sous celui de leur forme, de leur grandeur, etc.

Nous avons démontré ensuite le premier que ces globules ne peuvent nullement être considérés comme transformation de globules sanguins, parce que ceux-ci, par leur contact avec le pus, parcourent peu à peu tous les degrés de dissolution, mais ne se transforment jamais en globules pareils à ceux que nous voyons nager dans la sérosité du pus, du mucus, de la salive, des épanchemens, etc.

Nous avons signalé, en outre, des corpuscules très petits, ayant $\frac{1}{400}$ à $\frac{1}{500}$ de millimètre de diamètre, que nous avons déclarés être des globules albumineux, formés par la coagulation de l'albumine du sérum, qui contient des sels. Nous n'avons donc admis aucun rapport entre ces globules albumineux et les globules du pus, du mucus, des épanchemens, etc. Ajoutant, en effet, une petite quantité d'un sel à un de ces liquides, on produira une quantité considérable de globules albumineux pareils.

Quant à la nature des globules du pus, du mucus, etc., nous avons établi le premier qu'ils sont des globules fibrineux. Quant à l'existence de ces derniers, il est absolument nécessaire que nous donnions ici une explication. A l'époque où, à l'aide de microscopes imparfaits, et d'un éclairage mal employé, on croyait voir tous les tissus composés de globules uniformes, quelques auteurs (Home, etc.), ont déclaré que, même les membranes de fibrine, par exemple, celles que l'on retire du sang, en le battant, à l'aide de baguettes, étaient composées de globules. Cette observation est entièrement fausse. Si la fibrine est coagulée en grandes membranes opaques, il est impossible d'y voir aucune structure; aucun élément microscopique ne peut être distingué. Mais en observant la fibrine se coaguler, sous le microscope, dans une gouttelette de sang, étendue entre deux verres, nous avons, le premier, démontré que la fibrine se coagule alors en globules ronds, aplatis, isolés. De même que le plomb ou la graisse liquide, tombant goutte à goutte, se coagule en globules isolés, mais ne forme que de grandes masses cohérentes, si une grande quantité de ces matières peut se figer à la fois. Nous le répétons, nous avons le premier signalé ces globules fibrineux dans le sang, que l'on a, avant nous, décrit dans le sang des amphibies, sous le nom de globules lymphatiques, et, après nous, dans le sang de l'homme, sous le nom de globules blancs.

Personne avant nous n'avait donc vu les véritables globules fibrineux; personne après nous n'a le droit de parler de globules fibrineux sans nous citer, et il aura encore moins celui de revendiquer un droit quelconque de priorité.

Nous avons le premier énoncé et prouvé que ces globules fibrineux et les globules du pus, du mucus, etc., sont identiques, sans recourir à aucune transformation de ces premiers en globules muqueux, etc. Nous avons expliqué la formation de ces derniers d'une manière bien simple, en disant que le sang transsudant à travers les vaisseaux sanguins y apparaît avec tous ses élémens, moins les globules qui ne peuvent passer à travers les parois des vaisseaux. Le sérum qui contient la fibrine en dissolution, placé hors de la circulation, donne lieu à une coagulation de la fibrine, et comme le sérum lui-même ne transsude que goutte à goutte, la fibrine elle-même ne peut coaguler qu'en gouttelettes, c'est-à-dire qu'elle forme les petits corpuscules que nous connaissons sous le nom de globules du mucus, du pus, des épanchemens, etc.

(1) Voy. Archives de Muller. 1839. Cah. 3, p. xx.

(2) Mémoire sur la nature et l'origine du pus, son action sur le sang, et les différences qui existent entre le pus, le mucus et les épanchemens différens. (Voir l'Expérience du 20 août 1838 et du 3 janvier 1839.)

On remarque l'originalité, on ne l'analyse point. Elle nous saisit, et dans le mouvement qu'elle nous communique, il y a plus d'autorité que de surprise; ses allures étranges, mais fermes et décidées, laissent après elles, sur les planches mal jointes de notre turbulente scène du jour, une empreinte sur laquelle on se courbe pour l'examiner, sans y poser un pied imitateur. Les idées qui relèvent de cette qualité de l'esprit sont douées d'une force propre, en vertu de laquelle elles se meuvent au travers de notre entendement; elles y séjournent plus ou moins longtemps; elles s'assimilent difficilement à notre substance intellectuelle; perçues en nous, elles y restent comme suspendues, mais en evidence à notre œil interne, marquées d'un signe, rayonnant d'une lumière intrinsèque; et les réfléchissant, vous et moi, nous disons : elles ne sont ni miennes ni vôtres. Ces idées-là s'appellent toujours du nom de leurs pères; maniées et remaniées par l'imitation et le plagiat, enchassées dans un style nouveau, dilatées, rognées, modifiées, elles restent ce qu'elles sont; la postérité les reconnaît comme une figure historique, et dans cette multitude de nouveautés vieillies, de découvertes menteuses et de créations qui ne créent rien, elles vivent, elles subsistent à part; les paradoxes, météores fugaces sur l'horison de la science, s'effacent; les hypothèses les plus ingenieusement agencées croulent; toute cette fausse monnaie de conceptions hardies, d'opinions et de principes factices, héritage dérisoire qu'un siècle lègue à l'autre, et qui résume l'industrie des ambitions secondaires et des amours-propres échauffés, s'use sous les plumes qui l'échangent et s'annulle dans le discrédit; mais les idées originales, médailles indestructibles, conservent la netteté de leur effigie et le timbre sincère d'un métal de bon aloi. Les définir, c'est les reconnaître; le sens public s'y entend; nul n'est plus original que le vulgaire, car nul ne recèle en lui plus de native puissance et n'imprègne ses conceptions d'une plus savoureuse fraîcheur.

Pourtant, s'il faut aligner grammaticalement la définition du mot, je ne saurais mieux où la prendre que dans les syllabes qui le constituent. Faites parler sa latinité: la chose originale est ce qui a sa source en nous, ce qui jaillit de notre fond, ce qui naît au foyer de notre activité propre; elle en est l'étincelle fixée par l'artifice de la plume ou projetée dans le véhicule électrique de l'improvisation. Celui-là est original qui pense par lui seul, sans le secours de l'enseignement, sans les secousses incitatrices d'une intelligence auxiliaire, sans les involontaires réminiscences des pensées d'autrui. Le plus original des hommes fut celui qui pensa le premier sur les objets qui nous environnent; nous sommes tous les copistes ou les coloristes de cette pensée initiale et multiple qui flotte dans notre atmosphère et qu'y mêla la première respiration de notre premier aïeul. Le moins original des écrivains, c'est le traducteur des œuvres d'autrui; or que faisons-nous que traduire dans leur propre langue les auteurs qui nous ont précédés? Combien est-il d'hommes de par le monde qui soient les promoteurs d'une conception inouie, d'une idée engendrée de toutes pièces? Le plus souvent notre rôle se borne à rapporter celles qui gisent éparses dans le passe de l'humaine intelligence. Examinez de près le prétendu trésor des vérités scientifiques dont se nourrit chaque génération, et vous verrez avec étonnement comme il se réduit sous la main qui l'explore; comptez les idées qui sont départies à chaque siècle et qu'un millier de plumes picotent et roulent dans leur encre, et dites si l'originalité, envisagée dans la rigueur de sa signification étymologique, est chose bien commune. Et ne songeons point à nous faire en ceci blâme et critique; n'ayons scru-

Si, au contraire, une quantité plus grande de sérosité passe à la fois à travers les parois des vaisseaux, alors ces globules formeront de grandes masses qui ne peuvent faire reconnaître aucun élément. Tel est, par exemple, le procédé de la nature dans les inflammations. Mais si le degré de l'inflammation est moins violent, alors des membranes très minces, formées peu à peu par la cohérence de ces globules, peuvent encore se prêter à la distinction de globules élémentaires, ainsi que nous l'avions annoncé depuis longtemps, ce que dernièrement M. Valentin a de même observé.

Pouvons-nous donc nous accorder avec les auteurs allemands sur le mode de formation des globules muqueux et du pus? Nullement. Ces observateurs, entraînés par le désir d'élargir les observations de M. Schwann, ont supposé une transformation entre les petits globules albumineux et les grands globules du mucus, transformation qui n'existe nullement. Ils sont bien vu les les uns à côté des autres, mais cela ne prouve rien. Et si nous admettons même que ces globules albumineux précèdent l'apparition des globules fibrineux, observation dont nous pourrions douter, ces auteurs n'ont nullement prouvé ou même examiné que la sérosité qui apparaît la première soit la même qui fournit véritablement le pus.

Nous nous opposons d'autant plus à cette théorie de la formation de globules du pus, que nous n'admettons nullement la préexistence d'un ou de plusieurs noyaux dans le globule muqueux. Nous croyons ces noyaux le produit d'un effet chimique, soit que le liquide, par exemple, soit acide (alors même, d'après Henle, doivent s'opérer des changemens dans la forme du globule muqueux), soit que l'on ajoute un réactif à la gouttelette exposée à l'examen microscopique. Les observateurs cités sont en effet forcés de dire que, pour bien voir les noyaux, il est nécessaire d'ajouter de l'acide acétique qui rend transparente l'enveloppe du globule. Nous savons fort bien que l'acide acétique rend transparens les globules; mais nous disons que l'acide produit en même temps une contraction, pour ainsi dire une coagulation dans la masse du globule qui a fait naître l'opinion combattue par nous.

On voit que jusqu'ici, si nous sommes en désaccord sur l'explication, nous admettons au moins les mêmes faits, les mêmes observations microscopiques. Nous sommes donc plus satisfaits encore si, étant, dans les lignes suivantes, en accord sur des faits et sur l'explication, nous y trouvons une approbation de notre opinion.

Oui, c'est le globule fibrineux qui, sécrété à la surface de la membrane, s'entoure d'une cellule et forme les élémens de l'épiderme. Ces globules frais, immédiatement après leur formation dans le sérum sécrété, c'est-à-dire les couches les plus jeunes de l'épithélium, doivent avoir une autre composition chimique que les couches superficielles, celles qui ont été déjà longtemps exposées à l'action de l'air et qui sont complètement desséchées.

C'est dans la fibrine que tous les organes prennent leur origine, ainsi que depuis longtemps il est établi dans la physiologie, et ce sont nos globules fibrineux qui forment les noyaux des cellules qui se trouvent, d'après Schwann, dans la structure originaire de tous les tissus.

Peut-on donc dire que le mucus est un épithélium imparfait? Nous ne le croyons pas, parce que cette explication dit implicitement que le mucus est destiné à devenir épithélium; mais nous croyons cette transformation seulement un cas particulier du sort des globules fibrineux. Si, en effet, ils sont expulsés hors du corps, sans y séjourner, alors ils forment les élémens du pus, du mucus, etc. Si, au contraire, ils restent fixés sur la membrane, ils subissent les transformations que nous voyons réalisées dans les différentes couches de l'épithélium. Ce qui est plus intéressant encore, c'est que cette transformation peut même s'opérer dans le mucus s'il reste plus longtemps à la surface des membranes; que l'on prenne, par exemple, le mucus qui se trouve dans le coin de l'œil, et on y verra beaucoup de globules, formant le noyau des grandes cellules. Ces cellules se sont formées au milieu du mucus, et il n'est pas du tout nécessaire de croire que ce sont des parties détachées de la surface de l'épithélium.

Si l'opinion des auteurs allemands et la nôtre diffère donc sur le mode de la formation des globules, nous sommes tout à fait d'accord que ce sont ces mêmes corpuscules qui fournissent les élémens de la formation de l'épithélium.

Nous n'avons, d'après ce que nous venons de dire, guère besoin d'insister sur l'explication de cette ancienne idée que l'épiderme est du mucus desséché. On voit comment le microscope peut donner une explication juste et scientifique à une hypothèse placée sans preuve et sans étude dans le domaine de la physiologie.

On voit en même temps comment des observateurs différens travaillant isolément, éloignés par de grandes distances et par la difficulté des communications entre eux, arrivent aux mêmes résultats principaux, lors même que leur point de départ est différent, et que leurs recherches sont dues à des études préalables tout à fait diverses. Mais on sera en même temps convaincu que les premières observations, quelque différentes qu'elles soient, continuées avec persévérance et sérieusement de chaque côté, doivent tôt ou tard amener à des résultats principaux identiques.

Nous avons jusqu'à ce moment parlé indifféremment de globules du pus et du mucus, et le lecteur pourra peut-être croire que nous ne faisons aucune distinction entre ces deux liquides. Mais telle n'est pas notre opinion.

Nous croyons bien que partout où le sérum sanguin, passant à travers les parois des vaisseaux, donne lieu à la coagulation de la fibrine, les globules qui en résultent constituent des élémens qui entrent dans la composition du mucus et du pus. Les différences qui existent entre ces deux liquides doivent être cherchées dans la composition du sérum, qui subit des changemens selon que la membrane se trouve à l'état normal ou inflammatoire; de même que dans la sécrétion habituelle des intestins et dans la dysenterie, on trouvera des différences dans la composition du sérum, dans la quantité et la qualité des sels, de l'albumine qu'il contient, etc.

D'après ce que nous venons de dire on peut donc trouver du mucus ou du pus sur tous les tissus parcourus par des vaisseaux sanguins, pourvu que les globules fibrineux, mêlés à un liquide qui en est chargé, trouvent une surface libre, pour pouvoir sortir de l'organisme. Si, au contraire, ils sont forcés de rester dans l'organisme, ces mêmes corpuscules subiront les changemens que nous avons signalés, et formeront les élémens de l'épiderme.

On voit donc que les différences ne doivent pas être cherchées dans les élémens visibles au microscope; car un seul et même procédé physiologique préside à leur formation. Elles doivent être trouvées dans la composition chimique du sérum. Mais si notre opinion sur l'origine du pus et du mucus est vraie, on doit trouver de l'albumine dans chacun de ces deux liquides; car tous les deux contiennent le sérum du sang, selon nous.

---

pule d'arranger sur nos corps amaigris les lambeaux découpés avec adresse dans l'ample vêtement de nos ancêtres; pour nous habiller à neuf, que nous a-t-il manqué? d'être venus en leur temps et lieu. Chaque génération qui disparaît ôte à celle qui lui succède une chance d'originalité; comme chaque coup de pioche du pionnier américain rétrécit le domaine inculte du désert; si vaste que soit celui-ci, les forces humaines finiront par s'en emparer, et le jour viendra où sur la zône extrême de ses steppes arides se déploiera l'appareil brillant de la civilisation. Les champs de l'intelligence ont aussi leurs limites; qui nous dira ce qu'il y reste à défricher?

Revenons à la médecine : en appliquant à l'originalité qu'elle comporte la rigueur du sens étymologique de ce mot, que trouvons-nous dans son domaine pour le justifier, si ce n'est les découvertes même dont elle s'est enrichie, les faits dont elle se compose, les dogmes qu'elle s'est forgés lentement sur l'enclume d'une séculaire induction? L'originalité médicale peut être poursuivie dans les résultats de l'observation, dans les théories, dans la pratique personnelle de l'art, dans les formes que la science revêt, soit dans les productions de nos écrivains, soit dans la bouche des maîtres qui la professent. Originalité foncière, c'est-à-dire établie sur des découvertes et des conquêtes; originalité d'esprit et d'imagination; originalité d'allure et d'action; originalité plastique ou d'expression littéraire : heureux qui peut se prévaloir de l'un ou l'autre de ces mérites; plus heureux qui en possède plusieurs et les déploie avec éclat : les réunir tous et les réaliser dans une forte et vivante unité, c'est tout simplement avoir du génie.

Il y a dans les faits et dans les doctrines des sciences une hiérarchie historique, une filiation nécessaire dont la trace ne peut échapper à l'analyse, quoiqu'elle ne soit point également saisissable dans toutes les périodes de leur formation. C'est qu'elles ne sont point des agrégats fortuits d'observations et de règles; c'est qu'elles ne se produisent point à l'aventure, suivant le caprice des temps et des lieux, par je ne sais quelle dispensation intermittente de découvertes inespérées et de gratuites fortunes. Filles de la nature extérieure et de la puissance intellectuelle qui est dans l'homme, elles ont une racine de vie propre dans leurs principes et dans leur but; elles reproduisent, dans leurs phases successives, les lois du développement universel : tout s'enchaîne, tout se subordonne dans leur accroissement; idées et faits se tiennent en elles par un lien logique que les siècles ne peuvent rompre, que les vicissitudes générales de l'esprit humain ne relâchent point; elles se commandent par leur importance ou par leur antériorité. Cette subordination historique des données d'une science règle leur valeur, détermine leur portion d'originalité. Si vous personnifiez les progrès successifs de cette science; si vous remplacez par des noms propres les résultats et les principes qui la fondent, la foule des célébrités que vous aurez évoquées se classe tout aussitôt comme une famille, et marque par sa répartition sur des échelons divers l'autorité relative de l'âge et de la parenté : vous reconnaissez à la ressemblance des figures le fils né deux mille ans après la mort du père, vous puisez dans les plus antiques archives de l'art de quoi contester l'originalité d'une utopie du dix-neuvième siècle. Comment refuser ce caractère excellent au naturisme d'Hippocrate, et comment l'accorder aux théories que le spiritualisme chrétien a façonnées sur ce type primitif? Les arrangemens dogmatiques de Van Helmont, de Stahl, de Barthez, ne peuvent pas plus être réputés originaux, après l'émission des principes hippocratiques, que la découverte d'une anastomose après celle

Voilà pourtant que Guterbock (1) dit : « Mucus purus qui faucibus et naribus et pulmonibus et recto secretus a me exploratus est, nullum continebat albumen.... Sputa catarrhalia.... coquenda mutata non sunt. » Nous ne comprenons pas quelle a pu être la cause de cette erreur de la part de cet observateur distingué; car, en écrivant ces lignes, nous avons voulu nous convaincre encore une fois par la répétition d'une expérience maintefois répétée; c'est-à-dire nous avons chauffé légèrement le mucus jusqu'à 60 ou 70°. Eh bien ! nous n'avons rencontré aucune difficulté à voir le mucus nasal, de transparent qu'il était, devenir, par la décoction, opaque et blanchâtre comme un blanc d'œuf délayé. On comprendra au reste facilement que ce changement de transparence et de couleur sera d'autant moins prononcé que le mucus est plus liquide; c'est-à-dire qu'il y a plus d'eau dans le sérum, de même que le blanc d'œuf ne devient qu'opalin s'il est délayé à l'eau.

On sait que la chimie animale laisse encore beaucoup à désirer. Pourtant nous voulons ajouter ici les analyses du pus, telles qu'elles étaient faites dans les derniers temps.

Le pus est, en général, neutre, d'après Vogel; mais il devient, par des causes accessoires, quelquefois alcalin ou acide (p. 32). Le même auteur communique une analyse faite par le pharmacien Martius, dont voici les résultats. Les parties constituantes étaient :

Bases : Chaux, soude, potasse, magnésie et ammoniaque.
Acides : Acides phosphorique, hydrochlorique et lactique.
Principes neutres : Eau, albumine, osmazome, colle et graisse.

Les matières qui se trouvaient en plus grande quantité furent le phosphate de chaux, des sels lactiques, l'osmazome et une grande quantité de graisse. L'oxide de fer, qui se trouve quelquefois dans le pus, provient, selon Vogel, d'une quantité plus ou moins grande de sang mêlé au pus.

Cent parties de pus contiennent, d'après Valentin :

Eau	88,064
Cholestéarine	1,046
Oléine, soude oléique et hydrochlorique	1,029
Stéarine	0,705
Albumine liquide	1,987
Albumine coagulée, fibrine, phosphate de chaux, talk	7,169
	100,000

La même quantité de pus a donné 5,32 parties de cendres, qui contiennent (2) :

Phosphates, carbonates et sulfates de chaux	0,62
Hydrochlorate de soude, avec de petites quantités de carbonate et de sulfate de potasse et de soude, et de traces de sulfate de chaux	4,70
	5,32

M. Valentin croit que la présence de graisse libre dans le pus (sous forme de gouttelettes) partout où l'on ne doit pas attribuer sa présence à la destruction du tissu adipeux est un signe d'une suppuration mauvaise. Mais nous demanderons ici si, en effet, la présence de graisse, que Guterbock croit, avec Michaëlis, caractéristique pour le pus, ne doit pas être toujours attribuée à la destruction d'une partie du tissu adipeux. Ce point n'est pas encore étudié dans l'histoire de la suppuration, mais nous sommes portés à croire que cela a réellement lieu.

Guterbock avait signalé dans le pus une nouvelle substance, qu'il appelle *pyine*, qui existe aussi dans le mucus, et dont les propriétés sont les suivantes :

L'alcool précipite dans le pus l'albumine et la pyine; l'albumine n'est plus soluble dans l'eau, mais bien la pyine; celle-ci donc, dissoute dans l'eau, est précipitée par l'acide acétique et nouvellement dissoute dans une quantité plus grande du même acide. Le précipité, provoqué par l'alun dans une dissolution de pyine, est très abondant. Une goutte d'acide hydrochlochlorique trouble la dissolution, une seconde goutte la clarifie. Elle diffère donc tout à fait du caséum.

Voici l'analyse du pus d'après cet auteur :

Eau	86,1
Graisse soluble dans l'alcool chaud	1,6
Graisse et osmazome solubles dans l'alcool froid	4,3
Parties insolubles dans l'alcool (albumine, pyine, etc.)	7,4
Perte	0,6
	100

La quantité des sels sur 100 parties de pus est de 0,8, dont 0,7 sont solubles dans l'eau. Ce sont, au reste, à peu près les mêmes que ceux que nous connaissons d'après les analyses précédentes.

Vogel (l. c., p. 77) cherchait en vain deux fois la pyine dans des crachats purulens, et il croit qu'elle n'est qu'une partie de mucus très délayée qui, passant à travers le filtre, produit plus tard l'aspect trouble laiteux. Valentin (l. c., p. 246), ne croit non plus à l'existence de la pyine comme matière particulière; il dit qu'elle se comporte comme le caséum.

M. Gueterbock avait dit que dans la matière des granulations dans les plaies il se trouve aussi la matière qu'il appelle la pyine.

M. Simon (Archives de Muller, 1839, p. 29) dit, au contraire, que les granulations ne contiennent pas cette substance particulière. L'auteur a fait une décoction, pendant 16 heures de granulations bien lavées, prises au cou d'un cheval; après l'avoir fait évaporer jusqu'à siccité, il a dissous le résidu dans l'alcool : la partie soluble était de l'osmazome; l'autre, insoluble, fut précipitée en blanc par l'acide hydrochlorique, et le précipité fut diminué, mais non pas dissous, par l'acide hydrochlorique. Cette substance est tout à fait pareille, selon l'auteur, à celle des condylomes et de la peau du fœtus, qui sont composés des élémens d'un tissu cellulaire imparfaitement développé, parce qu'autrement ils fourniraient de la colle par la décoction.

Nous dirons ici encore un mot des expériences faites par Preuss (1).

(1) De pure et granulatione. Berolini, 1837 (p. 21).
(2) Repertorium fur anatomie, etc., 1838, p. 246.

(1) Tuberculorum pulmonis crudorum analysis chemica. Diss. inaugur. Auct. Preuss. Berol. 1835.

de la circulation, que l'invention d'un nouveau râle après celle de l'auscultation. Oui, c'est à l'histoire de la médecine qu'il faut demander le critérium nécessaire pour apprécier le mérite propre des travaux accomplis dans les périodes modernes, pour vérifier les titres que font valoir les contemporains à l'originalité : sous le jour de cette enquête décisive, combien verrait-on pâlir de renommées, s'évanouir de prétentions ! Combien de novateurs inspirés qui convertissent leur chaire en trépied, ne seraient plus que les rhapsodes du passé !

Sur le fondement d'un fait vulgaire, le génie sait construire une théorie neuve et féconde, comme les données que fournit la simple investigation des sens, parfois les plus originales en apparence, sont ramenées par le travail de l'induction dans le giron des banalités scientifiques.

Qui dit originalité ne dit point vérité; à ce prix, peu d'idées théoriques mériteraient d'être remarquées; les faits eux-mêmes ne pourraient acquérir un caractère spécial et frappant, qu'après avoir passé au creuset d'une expérience multipliée; sans doute l'originalité ne consiste point dans une hardiesse inusitée d'interprétations et d'hypothèses, dans une gageure de dogmatisation; mais elle n'est point liée non plus aux chances de la vérification ultérieure. Elle brille dans les erreurs de l'humorisme galénique qui a dominé plusieurs siècles; je n'oserais dire qu'elle se dénote moins dans les résultats nouveaux dont la chimie a doté l'humorisme moins vague de notre âge.

Le genre d'originalité le moins rare parmi les médecins, c'est sans contredit celui qui consiste dans un ensemble étrange de procédés thérapeutiques et de représentation sociale; c'est, à vrai dire, la draperie de l'art et comme les enseignes de l'intérêt privé. Il y a même quelque abus à jeter le manteau d'une expression indulgente sur cette partie de l'individualité médicale : des manières étranges, une allure étudiée, une rudesse d'apparat, des distractions prévues, un laconisme abstrus, un costume qui nomme, tout cela relevé par quelques tentatives téméraires ou bizarres en thérapeutique, peut s'appeler de toute autre épithète que celle qui, à notre sens, désigne surtout la distinction spéciale et la vive saillie du dedans.

S'il est vrai que l'homme passe tout entier dans la plume et se moule dans le style, il ne saurait exister d'originalité dans la forme, si elle ne vit dans le fond; le mot dessine l'idée; c'est elle qui lui donne couleur et relief; l'agencement du discours accuse la synthèse scientifique. Niez donc l'originalité d'expression dans les aphorismes d'Hippocrate et la trivialité littéraire de la plupart des écrivains que possède la médecine contemporaine! Aux ambitieuses prétentions de certains géniuscules qui se décernent de lyriques ovations, je ne serais tenté d'opposer que la médiocrité déclamatoire de leurs écrits. Les talens faciles et élégans ne manquent pas plus à la médecine qu'à toute autre carrière; l'extension de la publicité médicale a contribué à les former; mais l'écrivain original, où faut-il le chercher depuis que Broussais a disparu? Certes, la maxime de Buffon, retournée par une méchante induction contre les publicistes actuels de notre science, porte en elle de fâcheuses conclusions; les volumes se succèdent, les presses gémissent, les librairies s'encombrent, comme si les yeux manquaient de pâture, et, dans ce débordement de produits hâtifs, c'est en vain que le critique sérieux recherche les traces naissantes ou perdues d'une saine et vigoureuse originalité, le noble stigmate du génie.

M. L.

Cet auteur, qui s'est occupé des recherches sur la constitution chimique des tubercules, y a trouvé de la matière caséeuse et de la cholestérine; mais il n'a pas trouvé la matière caséeuse dans le pus, excepté dans celui d'un abcès scrofuleux. Les flocons dans le pus de cette nature sont, d'après Preuss, de la matière caséeuse, précipitée par l'acide acétique libre qui s'y forme. On peut, dit, au reste, cet auteur, découvrir dans les cendres du pus, de l'oxide de fer; mais l'oxide de fer ne se trouvant pas dans le mucus, c'est le moyen proposé par cet auteur pour établir une différence entre le pus et le mucus. Nous avons vu tout à l'heure que la présence d'une quantité de sang plus ou moins considérable est la cause de la présence de l'oxide de fer dans le pus.

RÉSUMÉ.

1° Les globules fibrineux du sang, les globules du mucus et ceux du pus sont identiques.

2° Tous les globules sont le produit de la coagulation de la fibrine dans le sérum sanguin, qui a transsudé à travers les parois des vaisseaux sanguins.

3° La partie liquide, dans laquelle nagent ces globules, constitue la différence entre le pus et le mucus.

4° Si les globules fibrineux restent fixés à la surface de la membrane où ils sont sécrétés, ils deviennent les noyaux des cellules épidermoïdes, qui constituent les élémens de l'épiderme.

5° Si, au contraire, les globules fibrineux restent libres à la surface de la membrane, ils sont expulsés de l'organisme, et entrent comme élémens dans le pus et le mucus.

6° Ces deux liquides ne sont donc que du sang filtré, c'est-à-dire qu'ils contiennent tous les élémens du sang, moins les globules sanguins, le sérum subissant en même temps des altérations chimiques.

DERMATOLOGIE.

MALADIES DE LA PEAU. — CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS PAR M. GIBERT.

(Troisième article. — Voir les numéros des 9 et 23 mai.)

Encouragés par l'accueil fait par les médecins praticiens à nos deux premiers articles, nous continuerons à emprunter aux leçons cliniques de M. Gibert la matière de celui-ci, qui ne contiendra, comme les deux précédens, que les généralités les plus propres à intéresser le commun des lecteurs.

Quelques remarques historiques assez curieuses ont été faites par le professeur à l'occasion de la *couperose*, de la *mentagre*, et du genre *lepra vulgaris*.

Il est probable que la couperose était plus rare et moins intense à Rome, qu'elle ne l'est dans nos climats; du moins *Celse* regarde comme une futilité de s'occuper des moyens propres à effacer les taches et les boutons du visage, *vari*. Il conseille néanmoins un cosmétique composé de résine, d'alun et de miel. Mais les dames romaines, très soigneuses de l'entretien de leur teint, avaient singulièrement multiplié les topiques destinés à dissiper les taches du visage et à conserver l'éclat et le poli de la peau. Une certaine *Poppée*, entre autres, dont parle Juvénal, avait mis en vogue une sorte de masque fait de seigle bouilli dans du lait qui restait appliqué sur le visage, et permettait de vaquer à toutes les occupations du ménage. C'était là le visage domestique des coquettes du temps, le seul, pour ainsi dire, que connussent les maris; s'ils avaient l'imprudence d'y déposer le baiser conjugal, leurs lèvres (dit Juvénal) s'y prenaient à la glu. L'encens était très usité à cette époque, comme propre à enlever les boutons qui pouvaient ternir le visage. *Ovide*, dans son style galant, a soin de faire remarquer que l'encens ne doit pas être uniquement consacré aux dieux, mais que sa vapeur parfumée est encore destinée *à d'autres autels*.

On employait encore à Rome la terre de Chio ou de Samos, dissoute dans du vinaigre comme un fard propre à blanchir la peau et à conserver l'éclat du teint. Il est curieux de rapprocher ce fait des procédés modernes de M. Gannal qui se sert aussi de l'acétate d'alumine comme moyen de conservation des tissus après la mort.

La *couperose*, même légère, est presque toujours une affection difficile à détruire, et qui demande l'emploi d'un régime et de pratiques hygiéniques et thérapeutiques propres à modifier profondément l'économie. Aussi M. Gibert, consulté récemment par une dame de province qui voyait récidiver (mais faiblement encore) une couperose dont elle avait déjà été atteinte antérieurement, n'hésita pas à lui conseiller un voyage aux eaux thermales comme le traitement le plus efficace et le plus sûr. Il choisit les eaux minérales d'*Uriage*, du département de l'Isère, eaux sur lesquelles M. Gerdy (Vulfranc) a récemment appelé l'attention des médecins, et qui offrent réunis les avantages des eaux sulfureuses et des eaux salines thermales.

On peut dire à peu près la même chose de la *mentagre*. C'est presque toujours une maladie rebelle, fort difficile à guérir, et qui réclame impérieusement le concours des conditions hygiéniques et thérapeutiques appropriées.

Le récit curieux de *Pline* nous apprend que la mentagre, inconnue jusque-là, non seulement à l'Italie, mais encore à l'Europe presque tout entière, vint ravager Rome et ses environs, dans le premier siècle de l'ère chrétienne. Cette éruption n'était pas, à la vérité, dangereuse, ni même, à proprement parler, douloureuse; mais elle produisait une hideuse difformité. Les pustules d'*acne*, devenues tuberculeuses; ces tubercules eux-mêmes, devenus confluens et végétans, offraient cet aspect grenu indiqué par les auteurs grecs sous le nom de *sycosis*, chair de figue. L'éruption ne se bornait point au menton; elle envahissait le visage tout entier et s'étendait même au col et à la poitrine. Suivant l'opinion commune, elle se transmettait par contagion (caractère dont est dépourvu la mentagre de nos jours), et avait été apportée d'Asie par un chevalier romain. Or, comme les patriciens avaient l'habitude de se saluer en s'embrassant, ce fut surtout dans cette classe élevée de la société que sévit le mal (de nos jours au contraire, il est bien plus répandu dans les classes populaires livrées à toutes sortes d'excès et de malpropreté); les femmes en furent exemptes. Cette exemption, qui s'observe encore aujourd'hui, n'est pas tellement constante et absolue qu'on ne puisse signaler quelques exceptions. Nous en avons indiqué un exemple; c'est-à-dire, un cas de mentagre bien caractérisé chez une femme qui est en traitement au pavillon Gabrielle, dans le service de M. Gibert.

La mentagre de Rome offrait, comme on le conçoit, beaucoup de résistance aux moyens ordinaires de traitement; quelques empiriques n'hésitèrent pas à la combattre par la cautérisation avec le fer rouge, qui laissait, dit Pline, des cicatrices aussi difformes que le mal lui même. Un certain *Pamphile* obtint, à ce qu'il paraît, d'assez nombreux succès au moyen d'un emplâtre vésicant dont *Aétius d'Amide*, au cinquième siècle, nous a donné la formule.

Un des remèdes topiques les plus efficaces que l'art moderne puisse opposer à la mentagre, est l'emploi des douches de vapeur et des douches sulfureuses, alternativement froides et chaudes.

Il est clair d'ailleurs que ces topiques ne peuvent être regardés que comme l'un des élémens du traitement, et que la mentagre, comme la couperose, comme les autres formes du genre *acne*, nécessite un traitement hygiénique et médical complet. Les bains de mer, les eaux thermales des pyrénées, ont souvent produit d'excellens effets dans cette classe de maladies cutanées. M. Gibert a présenté à ses auditeurs plusieurs malades chez lesquels les parties supérieures du corps, mais particulièrement le dos, étaient semées de pustules volumineuses d'*acne indurata*, qui auraient certainement éveillé dans l'esprit de quelques praticiens le soupçon d'un vice syphilitique dont la plupart étaient exempts. Dans la *syphilide* pustuleuse, qui rappelle la forme de l'*acne*, on remarque presque toujours, outre les traits spéciaux propres à différencier les deux éruptions, cette diffusion de l'éruption que nous avons déjà eu occasion de signaler, et qui est ici plus remarquable et plus caractéristique qu'ailleurs.

L'*acne*, en effet, comme l'avaient déjà noté les anciens, et comme l'a indiqué avec soin Bateman, est un genre d'éruption qui n'attaque, le plus souvent, que les régions supérieures du corps et le tronc. Ainsi, l'*acne rosacea* occupe exclusivement le visage; l'*acne sycosis* ou mentagre siége au menton; l'*acne sebacea* ne se montre guère que sur le front ou sur le nez; l'*acne disseminata* elle-même se répand principalement sur le front, les épaules, la partie supérieure du dos. Au contraire dans la *syphilide* pustuleuse, il est ordinaire de voir les membres et particulièrement les membres inférieurs, envahis par l'éruption. Il ne faut jamais oublier d'ailleurs que les éruptions syphilitiques sont presque toujours accompagnées d'autres indices de syphilis, tels que tubercules plats aux parties génitales ou à l'anus, ulcères de la gorge, *iritis*, périostoses, etc., indices qui achèvent d'assurer le diagnostic dans les cas qui pourraient offrir quelques doutes. C'est précisément ce qui est arrivé chez un malade dont l'éruption avait paru suspecte à cause du nombre, de l'étendue, du volume, de la confluence, de la couleur des pustules. La présence de tubercules plats à l'anus vint attester la nature syphilitique de l'*acne*, malgré les dénégations du malade.

Avant de quitter ce sujet, nous signalerons une malade du pavillon Gabrielle, guérie en trois semaines environ d'une *acne sebacea* qui avait

convert le nez et le voisinage des joues d'une sorte de crasse épaisse, d'un jaune grisâtre, simulant assez bien la croûte d'un *impetigo* (dartre crustacée flavescente ou *mélitagre* de M. Alibert). Dans cette variété, il ne se forme point de pustules, les follicules sébacés s'enflamment et secrètent une humeur onctueuse qui se concrète sur la peau, et forme parfois comme une sorte de masque. Des lotions détersives, des pommades résolutives, des bains de vapeurs ou alcalins, dissipent en général promptement cette affection. C'est ce qui est arrivé chez la malade de M. Gibert, tandis que si elle avait été réellement atteinte d'un *impetigo*, la guérison aurait pu se faire attendre, non seulement plusieurs semaines, mais encore plusieurs mois.

Dans ce même ordre des *pustules* où se trouvent placés les genres *acne* et *impetigo*, se rencontrent encore l'*ecthyma* et la *teigne*, qui ont fourni matière à quelques considérations intéressantes.

Ainsi, deux sujets atteints, l'un d'un *impetigo* du bras, l'autre d'un *ecthyma* de la région lombaire, ont été présentés comme objets de comparaison propres à faire ressortir l'énorme différence qui peut exister entre des maladies dont la forme et les conditions organiques apparentes semblent les mêmes, tandis que la cause et la nature diffèrent. Chez ces deux individus, l'éruption n'était point de cause interne ou spontanée, comme on le dit, mais elle avait été provoquée, chez l'un, par des frictions irritantes avec l'essence de térébenthine; chez l'autre, par l'application d'un emplâtre émétisé. Aussi, de simples applications émollientes ont suffi pour dissiper en quelques jours la maladie de la peau, tandis que plusieurs autres sujets affectés aussi d'*impetigo* ou d'*ecthyma*, mais de cause interne, étaient en traitement depuis plusieurs mois et n'étaient pas encore guéris. Ce simple fait de l'observation la plus commune et la plus vulgaire ne suffit-il pas pour faire voir combien se sont égarés de la vraie voie médicale ceux qui, depuis vingt ans, croient avoir tout fait lorsqu'ils sont parvenus à asseoir sur les perfectionnemens les plus modernes le diagnostic *topographique* de la maladie soumise à leur observation!

En traitant de la *teigne*, M. Gibert s'est attaché à démontrer par de nombreux exemples offerts, soit par les malades en traitement dans les salles, soit par ceux du dehors, que beaucoup d'affections dartreuses diverses pouvaient envahir le cuir chevelu et simuler plus ou moins la teigne. Ces exemples ont été particulièrement empruntés à l'*eczema*, à l'*impetigo*, au *pemphigus* chronique, au *pithyriasis* et au genre *lepra*. Une seule maladie réunit, à strictement parler, tous les caractères de la teigne proprement dite, c'est le genre *favus* d'Alibert, *porrigo lupinosa* de Bateman. Mais la contagion et l'alopécie se retrouvent dans une autre affection que l'on peut rapporter au *pithyriasis*, et qui, à cause de ces deux caractères saillans et principaux, doit être mentionnée à l'occasion de la teigne; c'est le genre *porrigo furfurans* et *decalvans* de Bateman, regardé à tort comme une espèce fausse par M. Biett. Un exemple remarquable de cette singulière alopécie s'est offert tout récemment à l'observation de M. Gibert. Un petit garçon, âgé d'environ 9 ans, était venu passer chez sa mère un jour de congé; tout à coup celle-ci s'aperçut qu'il y avait sur l'un des côtés de la tête de l'enfant une place blanche et dénudée de cheveux *comme si elle avait été rasée*. La mère accusa même l'enfant à la première vue d'avoir dérobé le rasoir de son père, et de s'en être servi pour raser cette région du cuir chevelu. Mais bientôt on sut positivement que cette alopécie partielle s'était opérée d'elle-même, et l'on apprit que d'autres exemples de la même affection avaient été observés depuis une quinzaine de jours dans le pensionnat où l'enfant était élevé. On avait pu remonter à la source et découvrir l'élève qui avait introduit le mal dans l'établissement. Lorsque cet enfant fut présenté à M. Gibert, il avait à la région pariéto-temporale gauche, au-dessus de l'oreille, une place dénudée de la largeur d'une pièce de 5 fr. environ; la peau était entièrement dépouillée de cheveux dans cette étendue, elle offrait de petites écailles grisâtres assez épaisses et était le siége d'un léger prurit. Des lotions savonneuses et des onctions avec la pommade de moelle de bœuf au quinquina, camphrée, tels furent les seuls remèdes prescrits.

A l'occasion de la *croûte de lait* ou teigne muqueuse (*impetigo larvalis*), M. Gibert a fait remarquer que chez certains sujets cette éruption, le plus ordinairement bénigne et de courte durée, n'était quelquefois que le point de départ d'une affection dartreuse constitutionnelle qui persistait ensuite opiniâtrement jusque dans l'âge adulte. M. Gibert a eu occasion d'observer l'année dernière un terrible exemple de cette maladie. Le sujet, âgé de 25 ans, était affecté, depuis les premiers temps de son existence, d'un impetigo chronique qui avait envahi presque toute l'étendue des tégumens et ne s'améliorait ou ne disparaissait dans une région du corps que pour se développer et s'étendre dans une autre. Beaucoup de remèdes avaient été employés sans succès. M. Gibert conseilla vivement à ce malheureux de s'expatrier et d'aller vivre dans un pays chaud, à Naples, par exemple, et d'y faire un usage assidu des bains de mer.

La vraie *teigne* est aujourd'hui traitée par la méthode épilatoire. Des poudres et des pommades alcalines où entrent la chaux et la potasse sont la base du traitement empirique adopté par l'administration des hôpitaux. Lorsque la maladie n'est point accompagnée des circonstances constitutionnelles défavorables qui se rencontrent malheureusement dans un si grand nombre de cas, elle cède assez facilement aux remèdes ordinaires des maladies dartreuses. Si elle est accidentellement produite par contagion, on peut l'arrêter dès le début par la méthode ectrotique. M. Gibert a cité deux faits récens à l'appui de chacune de ces assertions. Une femme adulte, attaquée dans son enfance d'un *favus* qui avait laissé à sa suite une alopécie incurable, vit sa tête se couvrir de nouveau d'une croûte épaisse de teigne, à l'occasion de circonstances débilitantes qui vinrent agir sur elle. Placée dans le service de M. Gibert (salle Napoléon), cette femme fut guérie en moins de six semaines par des onctions avec la pommade à l'anthrakokali et des lotions chlorurées, la calotte croûteuse ayant été détachée dès les premiers jours par l'application de cataplasmes émolliens. Un jeune garçon, âgé de 10 ans, lymphatico-nerveux, mais d'ailleurs bien portant et né de parens sains, contracta par contagion un *favus* qui se manifesta à la nuque par quelques croûtes arrondies, sèches, jaunâtres, et déprimées en godet. Ces croûtes furent détachées par des cataplasmes; les points qui étaient le siége de l'éruption furent fortement touchés avec un pinceau imbibé d'une solution concentrée de nitrate d'argent...., et le mal fut arrêté sans retour. La guérison date aujourd'hui de plusieurs mois.

En parlant de l'ordre des *papules*, M. Gibert a décrit les tourmens que cause aux malheureux des deux sexes qui en sont atteints le *prurigo* du siége et des parties génitales. On sait que ce prurigo détermine quelquefois la nymphomanie chez les femmes et le satyriasis chez les hommes. C'est en vain, dit l'élégant *Lorry*, que la morale et la pudeur résistent à ces désirs; la main se porte involontairement vers les parties irritées; le frottement ajoute encore au prurit..., *et animus ipse in partem operis venit cum artuum tremore et palpitatione!* Le vin, les épices, le café, les spiritueux, dit encore Lorry, accroissent les accidens, tellement même, que j'ai connu des hommes qui n'étaient en proie à ce tourment que lorsqu'une semblable cause venait le provoquer; aussi, instruits par l'expérience, ils évitaient soigneusement l'usage des stimulans. A mesure que la maladie s'accroît, le prurit devient de plus en plus insupportable, les paroxysmes redoublent de force et de fréquence, si bien que le malade, perdant toute retenue, ne saurait s'empêcher de se gratter, même en présence d'un roi!

Généralement le prurigo des parties génitales est plutôt exaspéré que réprimé par les topiques astringens, résolutifs et stimulans. Les réfrigérans et les narcotiques sont encore les remèdes qui pallient le mieux les souffrances des malades. Cela est surtout vrai du prurigo de la vulve. L'eau froide pure ou très légèrement acidulée est souvent employée instinctivement en lotions et en application par les malades. Les bains de siége froids quotidiens, les douches d'eau froide, secondés à l'intérieur d'un régime sobre et de boissons laxatives, triomphent à la longue de cette redoutable affection. Quelques praticiens hardis ont cependant tenté la cautérisation avec la pierre infernale; mais outre que cette cautérisation est alors fort douloureuse, elle produit un état de sécheresse et de rigidité des tégumens qui semble tout à fait défavorable au rétablissement des fonctions de la peau.

Cette cautérisation, qu'Alibert avait étendue d'une manière banale à toutes les maladies dartreuses, est également nuisible dans le *lichen*, seconde maladie de l'ordre des papules. Toutes les variétés de cette éruption réclament d'une manière générale les adoucissans et les légers astringens. C'est à elle que doit être rapportée le plus ordinairement l'éruption consécutive qu'on observe fréquemment chez les sujets irritables, à la suite des onctions sulfureuses et des bains sulfureux prescrits contre la gale. C'est encore une éruption papuleuse du genre du *lichen* qui constitue souvent le phénomène connu sous le nom de *poussée* que présentent les malades soumis au traitement stimulant des eaux thermales et surtout des eaux thermales sulfureuses. Lorsque ces malades sont atteints d'affections dartreuses, la poussée peut consister seulement dans l'exaspération temporaire de la maladie cutanée existante, mais elle peut aussi se produire sous la forme d'une éruption papuleuse consécutive. Cette éruption d'ailleurs, ou cette exacerbation, indice de l'action efficace des eaux, n'est point considérée comme un inconvénient; elle ne fait pas même interrompre le traitement sur les lieux lorsqu'elle n'est pas trop intense. Mais dans nos salles d'hôpital et dans le cours de nos traitemens par les eaux minérales factices ou par les topiques stimulans, il est prudent, en pareille circonstance, de suspendre ou de cesser l'emploi des remèdes actifs.

Le genre *lepra vulgaris* est une maladie dartreuse de l'ordre des SQUAMMES qu'il faut bien se garder de confondre avec le mal hideux et terrible connu sous le nom populaire de *lèpre*. Cette dernière offre des questions historiques du plus haut intérêt que M. Gibert aura occasion de développer en traitant de l'*éléphantiasis* dans l'ordre des TUBERCULES.

L'opinion qui présente le plus de probabilité relativement à cette cruelle maladie est celle de *Schilling*, écrivain hollandais, qui avait observé la lèpre à Surinam, au 18e siècle. Cet auteur éclairé pense que la lèpre se présente avec une physionomie qui varie dans ses divers degrés, dans ses diverses phases, et dans les diverses latitudes; en sorte que la même maladie a reçu des noms différens de divers auteurs et dans divers pays. Ainsi, la lèpre antique ou *lèpre des hébreux* n'a été décrite dans le Lévitique que dans son premier degré où elle n'offre encore que des taches, c'est-à-dire des altérations de couleur et de texture de la peau. Ces taches sont tantôt blanches, et ont reçu des Grecs les noms de *leuce* et d'*alphos*, et des Latins celui de *vitiligo*; et tantôt noirâtres, ce qui les a fait indiquer sous le nom de *mélas* par les écrivains grecs. Mais dans un degré plus intense où à une période plus avancée de la maladie se montrent les tubercules de l'*elephantiasis* qui déforment les traits et donnent aux lépreux cette physionomie que les écrivains grecs ont peinte d'un seul mot en la désignant sous le nom de *léontiasis*, figure de lion, ou *satyriasis*, figure de satyre. Particulière à certains climats qui présentent les extrêmes du chaud ou du froid réunis à une autre condition commune, l'humidité (comme on le voit dans nos colonies pour la *lèpre tuberculeuse*, et dans les climats septentrionaux pour la *radesyge* ou elephantiasis du nord), cette horrible maladie ne se montre guère que par exception dans nos climats tempérés. Le genre *lepra vulgaris*, décrit par M. Alibert sous le nom de *dartre furfuracée arrondie*, est au contraire une affection commune et populaire dans nos contrées, et M. Gibert a pu en présenter beaucoup d'exemples à ses auditeurs.

M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DU STRABISME PAR LA SECTION DES MUSCLES DE L'ŒIL, adressée à l'Académie des sciences le 29 juin 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

J'ai l'honneur de faire part à l'Académie que j'ai pratiqué quatre fois avec succès la section des muscles de l'œil dans des cas de strabisme convergent. Voici en peu de mots les principes qui m'ont dirigé et le procédé que j'ai mis en usage dans cette opération.

J'avais établi dès longtemps et j'avais professé publiquement que le strabisme est le résultat de la rétraction des muscles de l'œil, et les variétés de cette difformité, le produit de la rétraction différemment distribuée dans les muscles qui meuvent cet organe. C'est, comme on le voit, une application de ma théorie générale des difformités articulaires du squelette, ce qui a fait dire avec beaucoup de justesse à un des membres les plus éminens de cette Académie que le strabisme est le *pied-bot de l'œil*. J'avais proposé, comme conséquence toute naturelle de cette manière de voir, d'étendre aux déviations de l'œil la section des muscles que j'ai appliquée à toutes les difformités de la même origine. Un grand nombre de médecins français, anglais et *allemands*, qui ont suivi mes conférences cliniques à l'hôpital des Enfans, reconnaissent que j'ai fréquemment reproduit cette idée, et un médecin très distingué de Paris, M. le docteur Pinel-Grandchamp, m'a rappelé qu'il y a dix-huit mois je lui avais proposé de le guérir de son strabisme à l'aide de cette opération. Ce point de départ de la méthode est d'ailleurs indiqué dans plusieurs écrits récemment publiés sur la matière (1).

Quant au procédé opératoire que j'ai employé, il diffère sous quelques rapports de celui qu'a suivi M. Dieffenbach. L'une des causes qui m'avaient fait retarder l'exécution de l'opération dont il s'agit, c'était la crainte des accidens inflammatoires consécutifs à une plaie pratiquée à l'air libre sur un organe délicat, placé au voisinage du cerveau. Ces accidens, je crois être certain de les éviter par le procédé suivant.

Au lieu de diviser couche par couche la portion de la conjonctive oculaire qui recouvre les muscles, je la détache de la sclérotique et la soulève avec une pince à mors larges, jusqu'à ce que le muscle soit mis à découvert. Celui-ci étant divisé avec des ciseaux courbes, je remets en place la portion détachée de la conjonctive; en recouvrant la plaie, elle empêche l'air d'y pénétrer et lui procure les avantages des plaies sous-cutanées. L'expérience a confirmé les prévisions de la théorie; dans les quatre opérations que j'ai faites, il n'y a eu aucun vestige d'inflammation suppurative.

Les résultats de l'opération ont été très satisfaisans, mais non aussi immédiatement avantageux que l'a observé M. Dieffenbach. Dans un seul cas, il y a eu redressement complet et instantané de l'œil; dans les autres, il n'y a eu qu'amélioration. Cette circonstance m'a paru être la conséquence naturelle de la véritable origine du strabisme. Tantôt la déviation de l'œil est primitivement musculaire, et le produit de la rétraction spasmodique d'un seul muscle; tantôt la rétraction n'est que consécutive, ou bien primitive encore, mais elle a atteint simultanément plusieurs muscles. On conçoit que, dans ces différens cas, le résultat de l'opération soit modifié par la nature et la distribution multiple des causes auxquelles elle s'adresse. Quoi qu'il en soit, j'aurai l'honneur d'exposer prochainement devant l'Académie mes observations sur ce point encore obscur de pathologie oculaire, dont je crois être en mesure de donner une solution définitive.

(1) ANNALES D'OCULISTIQUE, de M. F. *Cunier*, et MÉMOIRE SUR L'OPÉRATION DU STRABISME SPASMODIQUE; par M. *Cromelinck*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES.

Le volume de janvier, mars et mai 1840 contient les articles originaux suivans : 1° *Esquisse sur l'origine et la marche du choléra*; par M. J. Graves. 2° *Des effets et du mode d'administration des médicamens*; par J. Osborne. 3° *Mémoire sur l'usage de l'ipécacuanha dans les hémorragies internes, avec observations*; par M. Adams Trenor. 4° *De l'inflammation diffuse*; par M. Kennedy. 5° *De la position du placenta, observée avec le stéthoscope dans 100 cas* (réponse à M. Carmichael); par M. Rich Doherty. 6° *Affection particulière se manifestant par un abcès entre le pharynx et la colonne vertébrale, chez l'enfant et l'adulte*; par M. Fleeming; 7° *Rétroversion de l'utérus; nouvelle méthode de traiter cette maladie*; par M. Ch. Halpin. 8° *Observation de chirurgie*; par W.-H. Power; 9° *La bronchite membraneuse traitée par le mercure*; par M. R. Cane; 10° *Remarques sur l'emploi et l'abus du mercure*; par M. Ch. Lendrick; 11° *Extirpation d'une parotide cancéreuse*; par M. B. Power. (L'histoire de cette observation nous laisse quelque doute que cette glande ait été extirpée en son entier.) 12° *Du meilleur moyen de préparer et d'employer le protoxide de fer*; par M. Donovan; 13° *Maladies du cerveau dépendant de maladies du cœur*; par M. R. Law. 14° *Cas d'hydrophthalmie, de rétinite, traitées par le mercure*; par M. James O'Beirne. 15° *Observation sur l'emploi du nitrate d'argent dans quelques affections des muqueuses*; par M. Alf. Hudson. 16° *Observation sur la pathologie et le traitement du delirium tremens*; par M. Hug Mac Donald. 17° *Observations sur l'empyème*, par M. G. Greene. 18° *De la nature de la coqueluche et son traitement par le mercure*; par M. F. Mac Gregor. 19° *Remarques critiques sur quelques points de la médecine*; par M. Aquila Smith.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS ET LE MODE D'ADMINISTRATION DE QUELQUES MÉDICAMENS; par le docteur J. OSBORNE.

L'auteur de ce mémoire passe en revue quelques médications différentes, et émet à leur égard certaines assertions, dont quelques-unes nous semblent assez importantes, sous le point de vue pratique, pour que nous les signalions brièvement.

CIGUE. L'incertitude qui règne sur les effets de l'extrait de cigue tient aux variations qu'il offre dans sa composition, et qui dépendent de la quantité variable de conium (*conin*) qu'il contient, et dont quelquefois même il n'y a pas de trace. Le conium, qui est le principe actif de la cigue, se décompose souvent dans l'extrait en partie, quelquefois même complètement, en se changeant en ammoniaque. On reconnaît facilement que cette décomposition s'est opérée, en versant sur l'extrait un peu de dissolution de potasse caustique, qui facilite le dégagement de l'ammoniaque, et on reconnaît cette dernière à son odeur, ou aux vapeurs que rend visibles un bâton de verre que l'on a trempé dans l'acide muriatique, et que l'on tient pendant quelques instans au-dessus,

Voici la méthode qne conseille M. Osborne pour la conservation de la cignë, avec ses propriétés les plus énergiques, et qu'il croit ponvoir être employée avec autant d'avantages pour la conservation des autres plantes douées de propriétés énergiques : il fait piler les feuilles et les petites branches de la cignë, cueillies qnelqne temps avant qu'elles entrent en fleurs, avec une égale quantité, en poids, de thériaque ; ainsi préparée, cette plante se conserve très longtemps et est employée avec avantage. Cependant il préfère, quand il s'agit d'administrer la cignë à l'intérieur, les semences au reste de la plante, parce qne les premières contiennent une bien plus grande quantité de conium, le professeur Geiger ayant retiré de 3 kilogrammes de semence fraîche 31 grammes de conium, tandis qne 50 kilogrammes de la plante ne lui en avaient fourni que 4 grammes.

SÉTONS. Le séton ordinaire détermine des doulenrs et d'autres inconvéniens, qu'il serait bon d'éviter aux malades, s'il était démontré que cela est possible sans diminner le degré de contre-irritation que l'on a en vue. Voici le moyen qn'emploie M. Osborne pour obtenir ces avantages : il fait un séton avec un fil à condre ordinaire, mais un pen gros, uni à un fil de soie ciré ; il passe ce fil dans un pli de la peau, tenue avec la main, et donne au séton la longueur qu'il lui plaît. La douleur de l'opération est peu vive. Au bont de vingt-quatre heures, il survient de la rongeur, et, au bont de qnelques jours, un écoulement purulent beaucoup plus abondant qu'on ne l'attendait de la largeur de ce séton, et la tendance à la congestion vers la tête, si le séton est appliqué à la nuque, est beaucoup moins prononcée qu'avec le séton ordinaire ; en même temps, le peu de douleur qne produit l'opération permet de multiplier ces sétons, de remplacer les anciens par de nonveaux, et aussi d'obtenir un éconlement plus abondant et une contre-irritation plus efficace et avec moins d'inconvéniens qne par l'ancienne méthode, et sur des points où cette deruière n'aurait point été praticable.

SOPPOSITOIRES PURGATIFS. L'anteur voulant s'assurer du parti qu'on pouvait tirer des purgatifs introdnits dans le rectum, sons la forme de suppositoire, employa de cette manière l'*assa fœtida* dans onze cas, et dans neuf il obtint une ou deux garderobes ; dans un même, où il y avait météorisme très prononcé du gros intestin, le soulagement fut plus prompt et plus décidé qu'il ne l'eût été par les autres purgatifs ; aussi il conseille l'emploi de ce moyen dans ces nombreuses affections hystériqnes et dispeptiques, dans lesquelles il y a souvent un léger météorisme, dû au défaut de contraction par l'intestin.

Des suppositoires, formés de 5 centigrammes de coloquinte snr 40 centigrammes de savon, ont déterminé, dans deux cas, quatre déjections, dans denx autres, une seule très abondante, et, dans un cinquième, aucun effet. Un suppositoire, préparé avec deux gouttes d'huile de croton, a amené, dans un cas d'une constipation très opiniâtre, trois garderobes abondantes, qui commencèrent dix minutes après le placement du suppositoire ; le même moyen, employé de nouveau, amena l'expulsion d'une masse de matière fécale très dure, mais laissa du ténesme.

OBSERVATION SUR L'EMPLOI DE L'IPÉCACUANHA DANS LES HÉMORRAGIES INTERNES ; SUIVIES DE PLUSIEURS CAS OU CE TRAITEMENT A ÉTÉ EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS ; par le docteur TRENOR.

L'emploi de l'ipécacuanha dans le traitement des hémorragies internes a été presque complètement abandonné de nos jours, sous l'influence de la crainte d'accidens, le plus souvent chimériques. L'anteur qui voudrait remettre cette médication en honneur rapporte ici un bon nombre de faits où elle lui a réussi, et indique un moyen qu'il croit devoir mettre à l'abri des graves dangers qu'on a reprochés à cette méthode, et lui concilier la faveur des gens du monde, qui généralement sont prévenus contre l'emploi de ce moyen énergique : c'est d'administrer l'ipécacuanha à faible dose, à 5 centigrammes, par exemple, toutes les heures, ou même toutes les demi-heures, et d'éloigner les doses quand le vomissement devient imminent.

AFFECTION PARTICULIÈRE SE MANIFESTANT PAR UN ABCÈS ENTRE LE PHARYNX ET LA COLONNE VERTÉBRALE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE ; par M. FLEEMING.

Sous ce titre, le docteur Fleeming rapporte plusieurs observations d'abcès développés derrière la paroi postérieure du pharynx, et qui, par leur siége au voisinage du larynx, étaient accompagnés de grands troubles dans la respiration. Des trois premières, relatives à trois enfans de la même famille, deux paraissent étrangères à la maladie en question. Dans la première, l'aîné de ces enfans, âgé de 7 ans, est pris de convulsions, tombe dans un état comateux et meurt en vingt-quatre heures. L'autopsie ne démontre aucune lésion. Dans la deuxième, le plus jeune, âgé de 1 an, offre subitement des symptômes analogues, parmi lesquels la gêne de la respiration tenait le premier rang, comme dans le précédent. En trois jours, tons les accidens se dissipent, sous l'influence des évacuans.

Nons ne voyons rien dans ces deux cas qui pnisse être assimilé à ce qui a été observé dans le suivant, si ce n'est le tronble de la respiration. Mais ne voit-on pas tous les jours, dans les maladies cérébrales, dans les convulsions, ce trouble porté au suprême degré?

OBS. I. — Le troisième enfant est pris quelques jours après ses frères, en mai 1836, de symptômes semblables. Il était âgé de 3 ans et demi et jouissait habituellement d'une bonne santé. Il y eut d'abord quelques vomissemens qui furent suivis de gêne dans la respiration. En trente-six heures, les accidens s'étaient considérablement aggravés et avaient revêtu les formes d'une fièvre inflammatoire violente, paraissant dépendre de lésions du cerveau ou de ses membranes. Un traitement énergique leur fut opposé, et le quatrième jour l'enfant était en convalescence et si bien que je déclarai mes visites inutiles.

Le jour suivant, on m'appela de nouveau; l'enfant ne pouvait mouvoir sa tête, et tout son col était raide et comme inflexible, et la tête était penchée fortement en arrière. Les moindres mouvemens imprimés à ces parties étaient fort douloureux. Le petit malade se plaignait beaucoup du fond de la gorge; la déglutition était difficile et accompagnée d'efforts spasmodiques de vomissemens. Il n'y avait d'ailleurs ni toux ni altération de la voix. En quelques jours, cette dernière se perdit complètement. Les deux mâchoires ne pouvaient s'éloigner sans grandes douleurs. J'examinai avec toute l'attention dont j'étais susceptible le col et la gorge, et je ne pus rien y découvrir.

Au dixième jour, l'état du jeune malade n'avait fait qu'empirer. Amaigri, affaibli, il était tourmenté par une soif ardente, et les liquides passaient si difficilement qu'il ne buvait qu'à la dernière extrémité. Presque toujours plongé dans l'assoupissement, il restait couché sur le dos. Je m'aperçus que lorsqu'il se mettait sur son séant pour boire, le trouble de la respiration était de beaucoup augmenté, pour se calmer un peu aussitôt qu'il se recouchait. Le contraire arrivait pour les symptômes cérébraux qui s'aggravaient dans le décubitus. Cette coïncidence m'amena à penser que la maladie pouvait tenir à une obstruction mécanique du pharynx, survenue depuis l'examen que j'avais fait de ces parties. J'introduisis avec difficulté mon petit doigt entre les deux mâchoires serrées l'une contre l'autre, et j'arrivai jusqu'à la base de la langue, au-delà de laquelle je sentis distinctement une tumeur obscurément fluctuante. Le voile et les piliers se reconnaissaient facilement; mais le moindre mouvement imprimé à la langue était si douloureux que je crus devoir cesser mes investigations.

Quoique je n'eusse jamais vu ni entendu parler d'abcès au pharynx des enfans, la sensation d'une fluctuation obscure en cette région me confirma dans l'opinion que mon second malade portait un abcès dont le volume seul occasionnait les graves symptômes dont j'étais témoin. J'en tentai l'ouverture en m'armant de toute ma prudence, et, à ma grande satisfaction, il s'écoula une grande quantité de pus. Presque aussitôt les accidens disparurent. Le soir du même jour ils étaient revenus. J'examinai de nouveau la gorge; l'ouverture faite à la tumeur s'était fermée; je l'agrandis et procurai de nouveau l'évacuation d'une grande quantité de pus. Je recommandai de tenir la tête de l'enfant aussi élevée et aussi penchée que possible sur la poitrine; les jours suivans, la suppuration continua; l'enfant se leva et la convalescence, quoique longue, se fit régulièrement.

OBS. II.—En avril 1838, je fus mandé auprès d'un enfant de 7 mois. Il offrait les signes d'une gastro-entérite légère compliquée de symptômes cérébraux. Vers l'angle de la mâchoire à gauche, les ganglions lymphatiques étaient tuméfiés et douloureux. Le pharynx, la gorge n'offraient rien de particulier. Il y eut bientôt une grande amélioration, et je cessai de voir l'enfant. A quelques jours de là, on m'appela en toute hâte auprès de lui. Depuis la veille, il vomissait fréquemment; la respiration était laborieuse, la tête penchée en arrière et comme fixée sur le col lui-même immobile. Les deux mâchoires serrées l'une contre l'autre pouvaient difficilement s'écarter. Au moindre attouchement de ces parties, l'enfant poussait des cris; le col était légèrement tuméfié à gauche, sans changement de couleur à la peau. J'attribuai les accidens au gonflement des ganglions, et ordonnai un traitement approprié. Au bout de huit jours, les ganglions avaient diminué; mais un bruit de gargouillement, comme si l'air traversait une abondante quantité de mucus, s'entendait pendant la respiration; la suffocation était imminente. La mâchoire écartée avec force, j'introduisis mon doigt dans le pharyx, et j'y sentis une tumeur semblable à celle déjà mentionnée dans l'observation précédente. J'appuyai avec force mon doigt sur elle, et parvins ainsi à l'ouvrir. Une grande quantité de pus s'écoula, et l'enfant fut immédiatement soulagé. Mais, comme dans l'autre cas, l'ouverture faite à l'abcès se ferma, et tous les accidens reparurent avec intensité. La difficulté que j'éprouvai à faire passer un bistouri entre les mâchoires m'engagea à faire construire un petit trois-quarts large de 108 millimètres, légèrement recourbé, avec lequel je procédai le lendemain à l'incision de la tumeur. Ce trois-quarts, fait exprès, est tout simplement un stylet portant une petite lame à son extrémité. La lame reste cachée dans la canule jusqu'à son arrivée sur la tumeur. Après cette petite opération, l'enfant se rétablit promptement.

OBS. III. — Une femme se présente à l'hôpital Guy, se plaignant, dans le fond de la gorge, d'une violente douleur, qu'elle attribuait au passage d'un os pointu. A sa douleur se joignit bientôt une grande dyspnée, qui, faisant de rapides progrès, la fit promptement succomber.

AUTOPSIE. — On trouva entre le pharynx et la colonne vertébrale un énorme abcès, qui avait dû causer la suffocation, en fermant l'ouverture du larynx.

Nous rapportons textuellement cette observation, qui manque, comme on voit, de beaucoup de détails.

Obs. IV. — Peu de temps après, M. Babington amena à l'hôpital Guy un sien ami, qui, depuis quelques jours, était pris d'une grande difficulté de respirer. Il pria M. Fleeming d'examiner sa gorge; ce dernier y trouva une tumeur fluctuante, placée derrière le pharynx, l'ouvrit et guérit le malade.

L'auteur de ce mémoire a tiré de ces quatre observations des conclusions beaucoup trop générales. Ce qui domine surtout dans l'histoire des abcès du pharynx, c'est la manière mécanique dont ils agissent sur le larynx, et la nécessité de les ouvrir de bonne heure, quand ils apportent du trouble dans la respiration. Aigus ou chroniques, idiopathiques, critiques, ou, ce qui est plus fréquent, symptomatiques, d'affections des vertèbres cervicales, leur manière d'agir est, en définitive, toujours la même, et c'est là le point capital de leur histoire.

Rétroversion de l'utérus; nouveau mode de traitement; par Ch. Halpin.

Ce mémoire ne contient de nouveau que le mode employé par l'auteur pour maintenir en place l'utérus renversé de façon que son fond venait appuyer sur la paroi postérieure du vagin, à 27 millimètres de la vulve, et que son col, remonté en avant, entraînait l'urètre et produisait la rétention d'urine. Au lieu de se servir des pessaires ordinairement employés, il introduisit dans le vagin une vessie de porc, à laquelle était adapté un robinet. Il pouvait à volonté distendre cette vessie avec de l'air ou de l'eau. La poche, en se distendant, remplissait le vagin, et maintenait l'utérus dans la position normale qu'on lui avait primitivement donnée. Cette méthode de Halpin nous paraît plus ingénieuse qu'utile, et n'est guère destinée à faire oublier les moyens actuels.

Observation de chirurgie; par W. Power.

Ce mémoire est relatif à l'histoire de l'anévrisme de la carotide. L'auteur s'y est proposé deux choses: 1° distinguer, quand la tumeur anévrismale ne siége point sur la carotide primitive, laquelle de la carotide interne ou externe est le siége de la tumeur; 2° déterminer, à l'avance, quelles conditions doivent instruire le chirurgien que la ligature qu'il applique n'oblitèrera point la tumeur.

La première question, traitée assez au long n'a pu être résolue d'une manière positive. M. Power avait à traiter une tumeur anévrismale du col. Il ne put, ni avant, ni pendant l'opération, reconnaître si la tumeur siégeait sur la carotide interne ou externe. Après la ligature, les battemens persistent à un faible degré, et, à quelque temps de là, le malade mourut. Il ne put faire l'autopsie.

Dans la deuxième partie, le chirurgien rapporte plusieurs faits très intéressans, observés sur un autre malade, opéré pour la même maladie, et qui mourut d'hémorragie longtemps après l'opération. Ici les battemens, qui avaient cessé dans la tumeur, reparurent deux jours après. L'autopsie démontra que le sac, situé très près des carotides interne et externe, n'avait pu s'oblitérer, le courant sanguin ayant continué dans les deux artères.

Observations sur la bronchite plastique (polypes bronchiques); par le docteur Cane.

Nous ne savons jusqu'à quel point l'état morbide, dont l'auteur rapporte ici deux exemples, peut être appelé une *bronchite plastique*; quoi qu'il en soit, comme les cas analogues sont fort rares dans la pratique, et que réellement on ne peut les confondre avec les cas de bronchite simple ni de phlegmasie des parenchymes de poumons, nous allons reproduire l'une de ces deux observations, celle qui fut communiquée à l'auteur par M. Corrigan; celle qui a été recueillie par M. Cane lui-même ayant offert une complication de pneumonie et ayant dès lors des caractères moins tranchés.

Obs. — Le 14 août 1839, un homme d'environ 40 ans, qui venait me consulter, me parut à son entrée comme s'il était arrivé à la dernière période d'une maladie des valvules du cœur; il avait l'air abattu et anxieux, ses lèvres étaient bleuâtres; sa respiration était si laborieuse qu'elle faisait peine à voir; chaque inspiration était accompagnée d'un sifflement si fort qu'au premier abord je crus qu'il venait du larynx; mais sa voix n'était nullement altérée. Il me dit que, malgré la gêne apparente de sa respiration, il se trouvait en ce moment à son aise comparativement à ce qu'il était dans d'autres instans. Il avait eu depuis trois semaines plusieurs attaques de suffocation qui venaient pendant la nuit, duraient une demi-heure, et le mettaient, d'après sa description, à deux doigts de la mort; plusieurs fois il fut obligé de se tenir debout auprès d'une fenêtre ouverte. Ces accès se terminaient par une expectoration. Il n'éprouve pas de palpitations, a conservé son appétit et va régulièrement à la garderobe. Il attribue la maladie à un froid qu'il éprouva sur une voiture il y a environ un an; au printemps il eut la grippe, et depuis trois semaines il éprouve des attaques de suffocation.

En examinant la poitrine, je trouve les bruits du cœur tout à fait à l'état normal; la percussion ne révèle rien sur aucun point; mais le stéthoscope appliqué sur la clavicule droite, je trouvai une extrême irrégularité dans le bruit respiratoire. Dans un instant, il était extrêmement fort, et un instant après on pouvait à peine l'entendre.

Je fis tousser le malade avec force; la toux était dure et avait un retentissement bronchique très fort; puis, à la suite de quelques efforts, il expectora quatre ou cinq polypes bronchiques ou des tuyaux de lymphe plastique qui avaient pris la forme des tubes bronchiques.

L'une de ces concrétions avait le volume d'une grosse plume d'oie, et avait 41 millim. de long; d'autres étaient moins grosses, mais plus longues; elles étaient blanches, opaques et d'une résistance remarquable. L'expulsion de ces sécrétions plastiques fut immédiatement suivie d'un changement notable dans l'état de la respiration; le bruit respiratoire prit tout à coup une force considérable et la même des deux côtés; le sifflement disparut et le malade ne put le reproduire par la toux ni par tout autre effort.

La nature de la maladie était évidente, et il l'était également qu'elle ne céderait pas aux stimulans et aux antispasmodiques auxquels on s'était borné jusque-là, parce qu'on attribuait ces symptômes à l'asthme. Je prescrivis donc 50 centigr. de *blue pill* trois fois par jour; l'exhalation deux fois par jour de vapeur d'eau dans laquelle on faisait infuser de la ciguë, et de fortes doses d'eau de chaux. Ce traitement commencé le 14 fut continué jusqu'au 19, époque où les gencives commencèrent à s'affecter, en même temps que la sécrétion avait perdu son caractère de plasticité devenue tout à fait diffluente et que toute trace d'oppression avait disparu. Le malade ne se levait plus pendant la nuit; son sommeil tranquille n'était plus interrompu par la toux. Le matin seulement il rendait quelques crachats fluides comme il en avait l'habitude depuis plusieurs années, et à partir de ce moment, sa santé s'est soutenue dans un état parfait.

Hydrophthalmie; rétinite; par M. O'Beirne.

L'auteur, connu par des travaux nombreux et remarquables, rapporte deux observations, l'une d'hydrophthalmie, affectant un seul œil, et l'autre de rétinite, affectant les deux yeux d'un même malade.

L'hydropthalmie datait de sept ou huit mois, et était d'ailleurs accompagnée de quelques symptômes, qui porteraient à croire que quelques-uns des troncs nerveux de l'orbite étaient aussi malades. Pendant la cure, le malade fut pris de rhumatisme dans plusieurs articulations. M. O'Beirne regarda dès-lors la maladie de l'œil comme de nature rhumatismale. Les principaux symptômes étaient l'augmentation du volume de l'œil; sa proéminence, son immobilité, immobilité du globe oculaire et de l'iris, largement dilatés; douleur sus-orbitaire; perte complète de la vue. Un traitement de cinq semaines, par le calomel, les sangsues et les vésicatoires, amena une guérison radicale.

L'observation de rétinite se trouve d'accord dans l'historique des symptômes avec ce que les ophthalmologistes ont écrit sur cette maladie. Ainsi, douleur violente dans l'œil, coloration diverse des objets dans les premiers jours, lumières spontanées et des figures bizarres dans l'œil. Mais M. O'Beirne a vu la pupille immobile et très dilatée. Tous les auteurs qui ont traité de la rétinite notent un resserrement de la pupille d'autant plus grand que la maladie est plus aiguë. Le même traitement que dans l'observation précédente suffit pour amener la guérison en douze jours. A une période de la maladie, la vue avait été complètement abolie.

Observations sur l'empyème; par le docteur Greene.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser les faits intéressans sur lesquels reposent les principales conclusions que l'auteur a tirées de son travail. Cependant, avant de reproduire ces dernières, nous devons dire que le symptôme dominant qu'ont présenté les sujets de ces cas était, après l'empyème, une expuition abondante d'un liquide muqueux et souvent même purulent, qui disparaissait presqu'aussitôt après que, par l'opération de l'empyème, on avait évacué l'épanchement opéré dans la plèvre, et qui reparaissait aussitôt que l'écoulement cessait d'avoir lieu par l'ouverture extérieure, avec les mêmes caractères et presque la même abondance, suivant, au reste, mais dans un sens inverse, les phases d'augmentation et de diminution qu'éprouvait ce dernier, bien qu'il fût probable que, dans ces cas, il n'y avait pas de communication entre les bronches et le sac, et que cela ait été démontré dans un cas où l'autopsie fut faite. L'auteur, après avoir rapporté quatre observations de ce genre, et dont trois se sont terminées par la guérison, discute les différentes explications qu'on peut donner de ce phénomène, et y voit une espèce de crise, semblable à celle qu'on observe dans quelques cas de maladies du foie, et d'autres organes, et où des quantités assez considérables de pus ont été évacuées par des voies qui n'avaient aucune communication avec ces organes. Quoi qu'il en soit de cette théorie, qui exigerait d'abord que les faits sur lesquels elle repose fussent bien démontrés, voici les principales conclusions que l'auteur tire de son travail; elles feront connaître plusieurs questions importantes qu'il y a soulevées, et dont nous n'avons pas parlé, pour ne point être entraînés dans trop de longueurs.

1° Dans certains cas d'épanchement thoracique, il y a en même temps une expectoration purulente très abondante, sans que l'examen le plus attentif permette de trouver les signes d'une perforation pulmonaire ou d'une communication entre les bronches et la cavité où est l'épanchement, ni d'une affection tuberculeuse prononcée.

2° Aussitôt que l'on a donné issue à la matière de l'épanchement, il survient des changemens notables dans l'expectoration; elle diminue rapidement de quantité; passe de l'état puriforme à l'état de mucus, et, le plus communément, perd sa fétidité; et, si l'ouverture externe se ferme, l'expectoration redevient abondante, puriforme et fétide.

3° Ces modifications ne pouvant être expliquées, ni par une communication entre la cavité pleurale et les bronches, ni par l'existence d'une simple bronchite, on est obligé de regarder ces évacuations comme critiques et de les comparer à ce qui arrive quand un épanchement du péritoine est évacué par la muqueuse intestinale, sans qu'il y ait de communication entre la cavité péritonéale et le canal intestinal.

4° Dans ces cas, il arrive assez souvent que l'accumulation du liquide dans les bronches, et la compression qu'exerce le fluide de l'épanchement sur le poumon, déterminent, dans les bruits de la voix et de la respiration, des modifications qui feraient supposer l'existence de cavernes, surtout près de la racine des poumons.

REMARQUES CRITIQUES SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE; par le docteur AQUILA SMITH.

Nous allons indiquer très rapidement quelques-uns des points traités dans ce travail, et qui ne peuvent manquer d'offrir quelque intérêt pour la plupart de nos lecteurs.

ACCROISSEMENT DES OS. On attribue généralement à J. Hunter d'avoir démontré, par des expériences sur les animaux vivans, la manière dont les os s'accroissent. Les mêmes expériences avaient été faites longtemps auparavant par le docteur Hales dans le même but, et dont il avait tiré les mêmes conclusions. (HALES STATISTICAL ESSAYS, vol. 1, pag. 337. In-8°. Londres, 1727.)

INFLUENCE DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LA CIRCULATION VEINEUSE. C'est à David Barry qu'on accorde le mérite d'avoir le premier formulé, d'une manière exacte, l'influence de la pression atmosphérique sur la circulation veineuse. Mais déjà en 1752 le docteur Huxham, de Plymouth, dans son livre OBSERVATIONES DE AERE, donna des développemens sur cette question, auxquels les recherches de M. Barry n'ont réellement rien ajouté.

MOYEN DE PRÉVENIR L'ACTION FACHEUSE DES CANTHARIDES DANS L'APPLICATION DES VÉSICATOIRES. Le moyen ingénieux conseillé parmi nous, par M. Bretonneau, pour prévenir l'action fâcheuse que détermine la poudre de cantharide, employée pour produire la vésication, et qui consiste à mettre entre la peau et la poudre délétère un linge très fin, avait déjà été indiqué par un médecin de Dublin, M. Sproull, car on le trouve très exactement décrit dans un poème farce et burlesque, imprimé à Dublin, en 1775, sous le titre de MEDICAL REVIEW, et dans lequel l'auteur passe en revue toutes les inventions nouvelles de son temps, qui avaient rapport à la médecine, à la chirurgie et à la pharmacie.

III. MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

OBSERVATION D'UN CAS D'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE PITUITAIRE QUI, EN SUIVANT LE TRAJET DES NERFS OLFACTIFS, S'EST ÉTENDUE AU CERVEAU ET Y A DÉTERMINÉ LA FORMATION D'UN ABCÈS; par le docteur J. JOHNSON.

La science possède de nombreux cas où l'inflammation du cerveau fut le résultat d'une inflammation de l'oreille entière avec suppuration et altération des os qui entrent dans son organisation; mais il y en a bien peu où l'inflammation ait suivi la voie des fosses nasales et le trajet des nerfs olfactifs; aussi croyons-nous devoir rapporter ici le fait suivant qui nous semble en offrir un exemple remarquable.

OBS. — Madem. ....., âgée de 50 ans, d'un tempérament nerveux, éprouvait par la narine gauche un écoulement qui était jaunâtre, purulent, et d'une odeur fade plutôt que fétide. Le côté gauche du nez était plus saillant que le droit, et la peau présentait une très légère douleur érythémateuse. Le gonflement paraissait exister plutôt dans les parties molles que dans un écartement des os qui les supportent; il y avait de la sensibilité à la pression. La portion de la membrane pituitaire qu'on pouvait examiner était plus rouge que de l'autre côté et un peu gonflée, et on ne pouvait distinguer d'ulcération avec la sonde, ni trouver de carie sur aucun point. L'arrière-bouche et la gorge ne présentaient rien d'anormal; il en était de même de la vision; il n'y avait ni douleur de tête ni aucune autre incommodité. L'expression de la physionomie était maladive, la langue chargée, le pouls fréquent.

Elle ne pouvait fournir aucun renseignement sur la cause ou sur le commencement de la maladie; elle avait toujours joui d'une santé passable, bien que peu robuste; elle n'avait point été mariée et n'avait eu aucune affection vénérienne, ni subi aucun traitement mercuriel. L'écoulement s'était établi graduellement, et au commencement elle l'avait pris pour un rhume de cerveau. Il y avait six semaine qu'il durait.

Pensant que cette dame était atteinte d'une inflammation de la membrane pituitaire avec probablement quelques ulcérations sur les parties les plus élevées, je lui prescrivis l'application de deux ou trois sangsues au-dessous de la narine gauche, tous les deux ou trois jours; des injections d'eau chaude, suivies d'injections de solution de sulfate de zinc, puis des lotions avec le même fluide; quelques laxatifs et les moyens propres à améliorer l'état des sécrétions; et enfin un traitement par la salsepareille. Ces moyens parurent avoir un bon effet; l'écoulement diminua, disparut presque; la tuméfaction du nez diminua aussi; la douleur cessa de se faire sentir, et l'état général de la santé s'améliora; mais la malade était encore loin d'être forte; ayant voulu aller à la campagne, elle y trouva une température froide et humide dont elle souffrit beaucoup, et quand au bout de trois mois elle revint à la ville, je la trouvai extrêmement changée; elle avait beaucoup maigri; sa figure d'un pâle jaune et anxieux annonçait une maladie grave; elle avait de petits accès de fièvre, était très faible et très irritable; le pouls était faible et fréquent, et elle était disposée à la constipation.

Le nez était encore gonflé, bien moins que la première fois que je l'avais vue; l'écoulement était plus abondant par la narine gauche et purulent, souvent sanguinolent, abondant et fétide. Par la narine droite il y en avait aussi un peu, mais il était jaune et moins fétide. L'inspection des narines ne découvrait aucune autre altération que celles déjà indiquées. Les différens moyens que j'employai, et parmi lesquels je citerai surtout l'iodure de potassium, la salsepareille, les acides minéraux et différentes injections, n'apportèrent aucun soulagement à l'état de la malade, qui, au bout de deux mois, se trouvait même beaucoup plus mal.

Ce fut à cette époque que je remarquai chez la malade un tremblement qui paraissait ne pouvoir dépendre de sa faiblesse seulement. Elle avait en outre une absence de mémoire et d'attention qui me frappa. Elle ne se plaignait plus que l'écoulement fût fétide, et me demandait avec inquiétude s'il l'était toujours. Son pouls avait pris de la fréquence et sa peau une chaleur qui indiquaient une fièvre lente, incompatible avec tout traitement stimulant. La dernière fois que je la vis, elle avait tant de peine à marcher, ses pas étaient si incertains, ses yeux si hagards et ses idées si peu suivies, que je reconnus un commencement de délire. Le matin elle avait perdu par le nez une grande quantité de sang, ce qui paraissait avoir aggravé beaucoup son état. Dans la nuit suivante, elle tomba dans le coma, et elle mourut après être restée pendant trente-six heures dans cet état.

AUTOPSIE. Injection veineuse assez prononcée des membranes et de la substance du cerveau; distension considérable des ventricules par un fluide trouble séro-purulent qui contient beaucoup de flocons de lymphe. Le septum lucidum est presque entièrement détruit; les parois des ventricules sont ramollies à la profondeur de 2 ou de 3 millimètres, et la substance ramollie, ainsi que celle qui l'entoure, offre quelques traces d'injection vasculaire et pointillée. L'épanchement s'étendait dans les troisième et quatrième ventricules.

Les altérations les plus graves se trouvaient à la partie antérieure du ventricule gauche; la surface du corps strié est ulcérée et ramollie, grisâtre et pointillée; la corne antérieure du ventricule gauche s'ouvrait dans une cavité ulcéreuse du lobe antérieur droit, qui pouvait contenir une noisette d'une médiocre grosseur; elle était remplie par un fluide séro-purulent. A la base du crâne, et surtout du côté gauche, l'arachnoïde était recouverte d'une couche de lymphe et d'un liquide séro-purulent, qui s'étendaient jusqu'à la moelle allongée, où on cessa de les suivre. Une goutte de pus qui se trouvait sur la lame cribriforme de l'ethmoïde appela l'attention de ce côté. Ce pus communiquait par une large ouverture qui donnait passage à l'un des rameaux du nerf olfactif, avec du pus contenu dans la cavité nasale, et qui baignait la membrane pituitaire, et les parois osseuses de cette cavité, qui, sur plusieurs points, étaient à nu et cariées. Les cellules ethmoïdales du côté gauche s'ouvraient par des pertes de substance dans la cavité nasale, étaient remplies de pus et en partie détruites; la lame perpendiculaire était intacte, ainsi que la paroi interne des deux orbites. La dure-mère et l'arachnoïde qui recouvrent la face supérieure de l'ethmoïde étaient saines; la goutte de pus trouvée à leur surface venait d'un petit abcès creusé dans le lobe olfactif gauche, qui reposait sur ce point de la gouttière; la racine du nerf olfactif qui l'unit au lobe cérébral antérieur était grise, injectée, ramollie, et en partie ulcérée; c'est là qu'était l'orifice de la cavité ulcéreuse du lobe antérieur gauche dont nous avons déjà parlé.

L'auteur, faisant allusion au rapprochement que nous avons déjà signalé entre cette observation et celles où l'inflammation a passé des organes de l'audition au cerveau, indique pourtant entre ces deux états morbides une différence à laquelle il paraît attacher beaucoup d'importance, c'est que dans les cas où l'inflammation se propage au cerveau par le temporal, la dure-mère et l'arachnoïde sont altérées aussi, et que c'est par elles que l'inflammation gagne l'encéphale, tandis que dans le cas que nous venons de voir, la dure-mère et l'arachnoïde qui couvraient la lame supérieure de l'ethmoïde étaient, aussi bien que cette lame, à l'état normal, et que c'est dans une partie, non pas contiguë, mais comparativement éloignée et profonde du cerveau, que s'est développée la suppuration, après avoir suivi le trajet d'un tronc nerveux. Cette différence, à nos yeux, est moins importante, ou plutôt n'existe pas; car il y a dans la science un grand nombre de cas de suppuration de la substance cérébrale coïncidant avec une suppuration de l'oreille dans lesquels le rocher et les membranes qui le recouvrent étant à l'état normal, on n'a pu

suivre le trajet du pus de l'intérieur à l'extérieur, et où l'on a été obligé d'avoir recours à l'explication un peu obscure des métastases.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 22 JUIN.

COMPOSITION CHIMIQUE DU TISSU DES VÉGÉTAUX.

M. Ad. Brongniart fait, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Payen, intitulé : COMPLÉMENT D'UN MÉMOIRE SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DU TISSU PROPRE DES VÉGÉTAUX, ET SUR LES DIFFÉRENS ÉTATS D'AGRÉGATION DE CE TISSU.

Les principaux résultats chimiques des recherches sur ce sujet ayant été déjà constatés dans un rapport précédent, c'est sous le point de vue végétal de l'anatomie et de la physiologie que ces travaux sont considérés dans le nouveau rapport.

Déjà, depuis longtemps, les recherches sur la structure des végétaux avaient prouvé que les parois des cellules subissent en vieillissant des changemens notables; leurs parois, d'abord minces, incolores et transparentes, s'épaississent, se colorent, deviennent plus ou moins opaques, et l'épaississement n'ayant pas lieu uniformément, il en résulte presque toujours des ponctuations, des aréoles ou des lignes diversement disposées. Enfin, on peut souvent reconnaître les couches à peu près parallèles qui constituent cet épaississement intérieur des parois.

A ces caractères de structure, on peut en ajouter d'autres que l'observation microscopique directe fait reconnaître; on peut en ajouter d'autres que les réactifs chimiques nous signalent; et déjà un des botanistes les plus distingués de l'Allemagne, M. Schleiden, était entré en 1838 dans cette voie de recherches; mais s'étant borné à l'emploi de quelques réactif, sans éclairer leur mode d'action par des analyses plus complètes, il a déduit de ses essais des conclusions évidemment inexactes quand on les compare aux résultats beaucoup plus précis obtenus par M. Payen. Ainsi, en faisant réagir sur des tranches minces de différens tissus végétaux de la potasse caustique chaude, puis de l'iode, et quelquefois de l'acide sulfurique, il vit que la membrane primitive formant la partie la plus externe de chaque utricule restait sans aucune altération; il admit au contraire que, sous l'influence de l'alcali, les premiers dépôts qui s'étaient opérés sur cette membrane primitive se changeaient en fécule colorable en bleu violet par l'iode, et qu'enfin une partie de ces dépôts, qu'il nomme les dépôts secondaires, s'étaient transformés sous ces mêmes réactions en une matière colorable par l'iode en jaune orangé. M. Schleiden admet aussi que ces changemens sont un résultat de l'altération diverse des matières qui composent les parois des utricules par les alcalis, et que ces changemens sont accompagnés d'un dégagement d'acide carbonique formé aux dépens du carbone de ces tissus.

Les expériences de M. Payen lui ont au contraire permis de séparer, sans les altérer, les diverses matières qui constituent les membranes végétales, et elles conduisent à une explication différente des faits observés par M. Schleiden.

Il résulte d'abord de ses analyses que les tissus de tous les végétaux phanérogames ou cryptogames peuvent être ramenés par la dissolution successive des diverse matières étrangères déposées, soit dans leurs cavités, soit dans leurs membranes, à une substance unique constituant essentiellement la paroi primitive des utricules, du tissu cellulaire, du tissu ligneux ou des vaisseaux, matière désignée par l'auteur sous le nom de cellulose, et qui présente une composition identique avec celle de l'amidon, dont elle ne diffère que par un état d'agrégation qui la rend plus résistante à l'action de la plupart des agens chimiques.

Cette matière forme seule les parois des cellules jeunes de tous les tissus, et se retrouve dans les tissus plus âgés. Elle compose même seule les parois épaissies de plusieurs périspermes cornés, tels que ceux des dracœna, du dattier et le tissu cellulaire de la moelle de l'æschinomène. Les parois des utricules qui forment les filamens des conferves, le tissu des champignons, les feuilles de tous les végétaux, etc., ont encore la même membrane primitive pour base, mais il s'y ajoute une certaine quantité de substances plus carbonées qui en modifieraient notablement la composition, si on ne parvenait à les dissoudre, ainsi que les matières contenues dans les cellules, par l'action de la soude caustique à chaud et de quelques autres dissolvans.

Si l'uniformité de composition du tissu végétal primitif était un premier fait essentiel à constater dans les divers organes et dans les classes les plus différentes du règne végétal, il n'était pas moins intéressant de se rendre compte de la manière dont se comportaient relativement à cette membrane primitive et toujours identique, les substances qui, venant s'ajouter à elle dans beaucoup de cas, l'incrustaient et épaississaient les parois des utricules.

Nous nous sommes livrés, dit le rapporteur, de concert avec M. Payen, à quelques recherches sur ce sujet, en examinant au microscope et soumettant à divers réactifs des tranches très minces, soit transversales, soit longitudinales de bois, tant dans leur état naturel qu'après les avoir dépouillées de toute matière autre que la cellulose. Nous avons ainsi constaté que les couches d'incrustation intérieure des cellules ligneuses ne sont pas dues uniquement à des matières autres que la cellulose, mais que cet épaississement intérieur de chaque utricule est composé en même temps de cellulose et de nouvelles substances ligneuses mêlées avec elle, de sorte que, après avoir dissous et enlevé ces substances, les parois des utricules ligneuses ne sont pas réduites à une membrane extérieure mince, mais présentent au contraire une couche intérieure gonflée et comme spongieuse de cellulose, bien distincte par cet aspect de la zône externe, plus solide et nettement limitée, qui correspond à la membrane primitive de ces utricules. Après avoir été dépouillées des matières incrustantes, les cellules parenchymateuses ne diffèrent que par leurs formes et leur structure de ces mêmes parties avant l'action des réactifs; on y reconnaît les mêmes épaississemens partiels, les mêmes ponctuations, les mêmes linéamens. Cependant la partie externe qui correspond à la membrane primitive de la cellule, et qui, à l'origine, était formée exclusivement de cellulose, paraît, dans certains cas, avoir été pénétrée par un peu de matière incrustante, que l'action répétée des dissolvans n'aurait pas pu en extraire; car cette partie des parois dans les utricules fortement incrustées de bois, et dans quelques parties des vaisseaux, est susceptible de se colorer en jaune par l'iode et l'acide sulfurique faible, ce qui n'a pas lieu pour la cellulose parfaitement pure.

L'Académie, conformément aux conclusions du rapport, décide que la nouvelle partie du travail de M. Payen sera, comme les précédentes, imprimée dans le RECUEIL DES SAVANS ÉTRANGERS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLY.

A l'occasion du procès-verbal, M. HONORÉ demande la parole. Ce médecin trouve vicieux le mode suivi pour la nomination des membres correspondans et propose en conséquence que l'Académie se divise pour la présentation de ces places et pour la vérification des titres apportés par les candidats, en sections comme pour la nomination aux places de membres de l'Académie.

Cette proposition est renvoyée au conseil d'administration.

CORRESPONDANCE.

Dans la correspondance se trouvent : 1° L'état des vaccinations dans les départemens de l'Ardèche, de l'Orne, de l'Aube, des Côtes-du-Nord.

2° Une lettre du docteur Gasc, qui informe l'Académie que, se trouvant à Strasbourg lors de l'inauguration de la statue de Gutenberg, et voyant que l'Académie de médecine seule ne se trouvait pas représentée dans cette fête, il s'est réuni à un professeur de la Faculté de médecine de cette ville, pour réparer cet oubli, et qu'il y a paru au nom de cette société savante; il la prie aujourd'hui de vouloir bien approuver sa conduite.

3° Des lettres de MM. Souberbielle, Thiéry, Robert, Malgaigne, Manec, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT annonce pour samedi prochain une séance extraordinaire, où seront entendus la suite du rapport de M. Villeneuve sur la vaccine, et les divers travaux des candidats à la place vacante.

M. BOUSQUET, au nom du comité de publication, prévient l'Académie que le mémoire de M. Orfila, lu dans la dernière séance, sera imprimé dans le huitième volume des bulletins actuellement sous presse.

ORDRE DU JOUR. — RAPPORT DE M. VILLENEUVE SUR L'ÉTAT DES VACCINATIONS EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1838.

M. VILLENEUVE, rapporteur de la commission des vaccinations, commence la lecture d'un rapport sur l'état des vaccinations en France pendant l'année 1838. L'honorable rapporteur annonce d'abord que le travail de la commission se trouve compliqué cette année de la question nouvelle des revaccinations. C'est en octobre 1838 que l'Académie s'est trouvée saisie de cette intéressante question par une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui, informé des opinions que professent à cet égard les médecins du nord de l'Europe, priait l'Académie de l'éclairer sur l'opportunité des certificats de revaccinations à exiger dans toute l'Université. La commission, pour résoudre ce problème difficile, s'est entourée de l'expérience de tous les membres de l'Académie, et a demandé des documens à toutes les commissions départementales de vaccine. De ces documens au nombre de 360, 300 seulement ont été jugés dignes d'analyse, et c'est cette dernière qui occupera une partie du rapport.

Relativement aux vaccinations de l'année 1838, M. le rapporteur apprend que le nombre en a été moindre qu'en 1837. Toutefois cette différence est fictive, car quatre départemens n'ont pas encore complété l'état de leurs vaccinations pendant 1838. Quelque soin que la commission ait apporté à son œuvre, elle ne peut cependant donner la reproduction tout à fait fidèle des vaccinations. Il est encore plus difficile d'établir exactement la proportion du nombre des vaccinations à celui des naissances, l'âge des individus vaccinés étant souvent omis dans les tableaux, et cette opération étant souvent pratiquée plus d'un an après la naissance. En général, le nombre des vaccinations est à celui des naissances comme 5 est à 8. La différence devient beaucoup moins considérable quand on songe que la majeure partie des enfans sont vaccinés à six mois, et que jusqu'à cet âge de la vie le chiffre de la mortalité est effrayant.

(La suite à la prochaine séance.)

RECHERCHES SUR LE PRINCIPE VITAL ET SUR SON MODE D'ACTION DANS LES ÊTRES ORGANISÉS.

M. VIREY lit sous ce titre un rapport sur un mémoire de M. le docteur Picard. Pour M. Picard la vie n'est point un ensemble de fonctions, définition qui emporte l'idée qu'elle résulterait du jeu d'une réunion d'organes. Elle est pour lui un principe, une force impondérable, qu'il appelle la chaleur, le feu, l'ame du monde. Ce feu serait essentiellement composé d'atomes impalpables, impérissables

ne possédant aucune des qualités physiques et ne pouvant par conséquent se révéler aux sens. Ils n'accusent leur existence que par leur incorporation avec la matière. Ici vient l'explication du mode d'action de ce principe sur les êtres organisés. Les atômes se partagent par groupe, dont chacun se divise lui-même en diverses séries harmoniques qui vont s'emparant de la matière en faire des êtres organisés. La même matière de plus en plus travaillée par des séries harmoniques de plus en plus nombreuses, passe ainsi des derniers aux premiers échelons des êtres organisés.

Conclusion : Déposer aux archives le mémoire comme contenant des vues ingénieuses; remercîmens à l'auteur.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET INÉDITES SUR L'HYPÉRÉMIE; PAR M. FRÉDÉRIC DUBOIS.

M. DUBOIS annonce que voulant faire un travail complet sur l'hypérémie, il a senti la nécessité d'étudier avec soin, sous le rapport anatomique et physiologique, le système capillaire, théâtre de ce trouble organique. Ces études comprennent plusieurs mémoires dont le premier relatif à l'anatomie est celui que M. Dubois lit aujourd'hui.

Ce qu'on entend par système capillaire est loin de présenter une uniformité constante et dans tous les organes et dans toutes les différentes parties d'un même organe. Le microscope montre deux groupes de caractères tellement tranchés qu'ils doivent nécessairement entraîner une division fondamentale de ce système. Ces caractères sont assez nombreux comme le montrera la suite de ce mémoire; mais les plus caractéristiques sont au nombre de trois pour chaque groupe; ils suffisent à eux seuls pour faire distinguer chacun des groupes : 1° L'existence des parois distinctes; 2° La direction à peu près rectiligne des vaisseaux; 3° L'abouchement direct des canaux artériels et veineux, appartiennent au premier groupe; dans le second plus de parois distinctes, plus de direction principale, point d'abouchement direct.

Un problème qui a occupé et qui occupe encore les anatomistes est la détermination du lieu où l'artère se change en veine. Il semble qu'il était facile d'en trouver la solution dans l'observation directe. Celle-ci n'a pu donner les résultats qu'elle promettait, parce qu'on a négligé d'arrêter les caractères différentiels du capillaire veineux et du capillaire artériel. Quand on observe la circulation d'une trame organique, au sein de laquelle le sang passe, sans temps d'arrêt, de la direction périphérique au mouvement contraire, le capillaire artériel se reconnaît aux caractères suivans : il est plus petit, plus transparent, le courant est excentrique et plus rapide; son calibre va toujours diminuant; puis, tout à coup, commence à grossir. Alors le capillaire artériel devient veineux, sa paroi est plus mince, son courant court vers le centre, est moins rapide. Ce passage de l'artère à la veine se fait souvent par arcade assez volumineuse, comme Haller, Dœllinger et Muller en ont vu et cité des exemples.

Si l'œil, aidé du microscope, peut quelquefois saisir ce passage, il lui est souvent impossible, à quelque grossissement qu'il opère, de le soupçonner. Alors il voit, au milieu de la trame organique, un riche réseau capillaire formé par les anastomoses mille fois répétées de courans sanguins, sans direction arrêtée. Là, encore, l'artère à son entrée, et la veine à sa sortie du réseau, offrent chacune des caractères qui permettent de les reconnaître. Arrivé au voisinage du réseau, l'artère prend une distribution dendritique, et ses mille rameaux vont se jeter dans les mille courans du réseau vasculaire. A partir de sa terminaison dendritique, l'artère perdant tous ses attributs, ne peut être reconnue. A son émergence du réseau, le capillaire est veineux; sa forme n'est plus cylindrique; sa distribution est bien différente de celle que nous venons d'assigner à l'artère; et, enfin, sa circulation est centripète et s'éloigne du réseau.

Celui-ci ne participe, ni des caractères du capillaire artériel, ni de ceux du capillaire veineux. Les espèces de vaisseaux qu'il renferme n'ont ni forme ni direction, ni mode d'anastomoses déterminés. Tout en eux paraît irrégulier et comme fait par le hasard. Les courans sanguins sans direction, se faisant en tous sens, ne sont plus limités par des parois distinctes; deux lignes ombrées sans saillie antérieure indiquent leur trajet. Leur diamètre ne reçoit qu'un globule à la fois porté dans une couche de sérum. Bichat était bien loin de la vérité quand il donnait deux lignes d'étendue aux vaisseaux de ses capillaires, ou rouges, ou blancs. Dans les capillaires disposés en réseaux, jamais un courant ne parcourt un aussi long trajet sans être coupé par un grand nombre de courans voisins. En se croisant ainsi, ces vaisseaux incomplets laissent entre eux des aréoles, les mailles des réseaux, formées de substance animale tout à fait indépendante d'eux. Ces îlots de matière animale, de mucus, sont de forme quadrilatère irrégulière et d'étendue variable. Les différens diamètres et des îlots et des courans dans les différens points de l'étendue du vaisseau ont été mesurés avec exactitude. Quoique la direction des courans considérés partiellement n'ait rien de fixe, rien de constant, cependant le résultat définitif du mouvement désordonné du liquide est de l'entraîner des artères aux veines. La rentrée des courans à globules uniques des réseaux dans les capillaires veineux ayant à leur origine un courant d'au moins deux globules de front, offre quelques particularités que Haller avait déjà notées. Quand le courant du réseau vient se jeter à angle droit dans le courant de la veine, le globule s'arrête d'abord comme repoussé, et ce n'est que peu à peu, par une série d'oscillations, qu'il peut rentrer au sein de la grande circulation.

Ces différences justifient la comparaison que M. Bourgery a faite d'une de ces espèces de capillaires, ceux à abouchement direct, avec un système d'aqueduc; et, de l'autre, avec un système d'irrigation dont les artères apportent les matériaux et les veines remportent le superflu.

Le mémoire est envoyé au comité de publication.

Au commencement de la séance, l'Académie a procédé, comme dans la séance précédente, au vote pour la nomination de six membres correspondans. Majorité absolue, 52.

Un premier vote a amené la nomination de :

MM. Vuisin	. . . . . .	83 voix.
Chapean	. . . . . .	66
Caron	. . . . . .	61
Dubourg	. . . . . .	58
Philippe	. . . . . .	52

Au troisième vote a été nommé M. Gaussail.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — OBSERVATION DE PLAIE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE, SUIVIE DE CIRCONSTANCES REMARQUABLES.

Dans la dernière séance, M. Laugier a verbalement entretenu l'Académie d'une observation de plaie d'artère axillaire, dont nous n'avions pu saisir tous les détails. Nous les tenons aujourd'hui de l'obligeance de ce chirurgien; et nous nous empressons de les reproduire. Le sujet de cette observation est un jeune homme qui reçut, à neuf heures du soir, un coup de couteau dans le creux axillaire. La plaie était large, une abondante quantité de sang s'en écoula et affaiblit considérablement le blessé. Transporté à Beaujon, il fut pansé par l'élève de garde, qui comprima fortement la plaie. Le sang ne venant point, on attendit au lendemain. A sa visite, M. Laugier tenta la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie; mais les recherches faites dans ce but amenèrent à différentes reprises une si grande quantité de sang, que le chirurgien se vit obligé, dans la crainte de perdre son malade, d'aller lier l'artère au-dessous de la clavicule, d'après le procédé ordinaire.

Il a remarqué que la veine axillaire, habituellement gonflée et quelquefois au point de recouvrir l'artère, était ici vide, et revenue sur elle-même, ses parois étaient en contact. Il ne faut pas oublier qu'à cause du sang que fournissait la plaie, celle-ci et la veine avec elle étaient fortement comprimées. Cette compression arrêtait l'arrivée du sang veineux du bras. Cette ligature et l'axillaire sous la clavicule reste insuffisante; l'hémorragie continue par la plaie. Le bout inférieur est alors lié ensuite, l'hémorragie continue encore, et le bout supérieur dut lui-même être lié. Cette troisième ligature fut assez difficile; c'est pendant les recherches qu'elle nécessita que M. Laugier s'aperçut que la plaie de l'artère avait plus de 2 centimètres de long, et avait entamé les trois quarts de la circonférence du vaisseau.

Quoique le sang fût définitivement arrêté, le malade alla toujours s'affaiblissant, et mourut le lendemain matin, trente-six heures après sa blessure, vingt-quatre après l'opération. L'autopsie a permis de constater la longueur de la plaie artérielle. Laquelle est mise sous les yeux de l'Académie.

OBSERVATION DE LUXATION DU PIED ET DE LUXATION DE L'ASTRAGALE; PAR M. THIERRY.

M. THIERRY vient à son tour mettre sous les yeux de l'Académie deux pièces. L'une est une luxation complète du pied en dehors, avec issue du tibia au côté interne du pied, à travers une large plaie de la peau, faite par l'os lui-même. L'homme auquel a appartenu cette jambe est âgé de 40 ans, excessivement robuste. Cet accident lui est arrivé dans une chute faite en voulant franchir un fossé de 5 mètres de largeur. La mortaise tibiale, passée à travers la peau, est fracturée; le périoste est décollé à une certaine hauteur. Aucun des tendons n'est déchiré; le péroné est fracturé. La gravité de cette lésion fit regard l'amputation immédiate comme la seule chance raisonnable de salut. Cette opération, pratiquée par M. Thierry, réussit parfaitement. Ce chirurgien demande si, en pareil cas, on ne pourrait pas tenter la résection quand il y a fracture, ou quand la réduction est impossible.

La deuxième pièce, encore plus intéressante, est la jambe et le pied d'une femme morte quatre mois après une luxation de l'astragale, avec fracture au col de cet os, accident dont elle était guérie à l'époque de sa mort.

Madame ***, âgée de 66 ans, de constitution faible, tomba d'une échelle d'une hauteur de 2 mètres et demi. Un des pieds se luxa en dehors. Au niveau de l'articulation, la peau était divisée transversalement, et à travers cette plaie paraît la portion articulaire de l'astragale croisé par le tendon du jambier antérieur, luxée et séparée du corps de l'os. Après s'être consulté avec un de ses confrères, M. Thierry résolut de conserver le membre; il enleva la tête de l'astragale, qui était presque complètement libre, et opéra la réduction. Appareil ordinaire de fracture de jambe, lotions continues d'eau fraîche. Saignée, deuxième jour. Des abcès se développèrent à diverses reprises et furent ouverts. On voulut mettre en usage la suspension, la peau du talon se gangréna. L'appareil inamovible arrêta tous les accidens. A la levée de ce bandage, il ne restait qu'une petite fistule donnant du pus; la malade marchait. Le quatrième mois, un dévoiement opiniâtre enleva la malade.

L'examen de l'articulation malade démontra que la portion d'astragale restée à repris sa place normale, comblé le vide laissé par la portion enlevée, que toutes les parties osseuses voisines se sont accommodées à cette forme nouvelle de l'astragale, que les ligamens qui du tarse viennent à l'astragale sont conservés ou plutôt parfaitement reproduits avec l'apparence de leur primitive solidité.

FRACTURE DE MACHOIRE INFÉRIEURE; NOUVEAU MOYEN DE CONTENTION.

M. BAUDENS présente un jeune militaire sur lequel il a mis en pratique le nouveau moyen de contention que nous avons décrit dans un des derniers comptes rendus de l'Académie pour les fractures de mâchoires inférieures. Les arcades dentaires sont parfaitement de niveau; seulement la branche de la mâchoire chevauche un peu en dedans, entraînée par le ptérygordien interne. Les fils n'ont amené aucun accident dans la fracture.

TUMEUR GRAISSEUSE DE LA RÉGION SCAPULAIRE EXTIRPÉE PAR M. LUCIEN BOYER; PLAIE RÉUNIE AU MOYEN DE LA SUTURE ENTORTILLÉE, MODIFIÉE PAR M. AMUSSAT.

Le nommé Falet, âgé de 40 ans, d'un tempérament fort et robuste, portait à la région scapulaire droite une tumeur qui la convrait en totalité et venait faire saillie jusqu'au bord du creux de l'aisselle, de consistance molle, pulpeuse, sans fluctuation, paraissant à la surface légèrement lobulée, peu mobile sur les parties profondes, indolore, ne gênant le malade que par son volume, mais l'inquiétant par son accroissement progressif; la peau n'était altérée ni dans la couleur, ni dans la texture.

Le 8 juin 1840, en présence de M. Amussat et de MM. Filhos, Levaillant, Soins, Houël d'Astros, M. Lucien Boyer procède à l'opération qui s'exécute sans difficulté : une double incision circonscrit une portion de peau elliptique, large de 27 millim., au milieu de la hauteur qui reste adhérente à la tumeur. Celle-ci est rapidement disséquée dans toute la périphérie; sa consistance molle et presque gélatineuse fait qu'elle échappe entre les doigts, et se déchire sous les tractions du ténaculum. A la partie externe et inférieure, quelques lobules isolés, qui se prolongeaient jusque vers le creux de l'aisselle, sont plus difficilement extirpés et laissent, vers cette partie de la plaie, un clapier assez profond qui donne quelques inquiétudes sur la possibilité de la réunion immédiate. Le sang s'écoule en médiocre abondance par quelques veines, et quelques artérioles capillaires dont une seule est saisie et tordue. Après avoir tout abstergé, on procède à la réunion au moyen de la suture entortillée, modifiée de la manière suivante par M. Amussat : Des aiguilles à acupuncture en platine très fines et très acérées sont implantées le plus près possible des bords de la plaie, ce pénétrant que la couche la plus superficielle du derme. Un fil passé deux fois sous les deux extrémités de chaque aiguille et fixé par un double nœud complète le point de suture. Le fil et l'aiguille sont coupés aussi courts que possible. On applique aussi quinze points de suture qui ne se trouvent séparés les uns des antres que par des intervalles de 7 à 9 millim., de telle sorte que la réunion est linéaire et parfaite dans toute son étendue.

Pendant le pansement, il s'est épanché sous les lèvres de la plaie une assez grande quantité de sang; une compression attentive le fait sortir à travers les interstices de la suture, et l'on s'empresse de tout recouvrir d'un linge troué enduit de cérat, de charpie imbibée d'eau fraîche et de compresses graduées que l'on sontient au moyen d'un bandage à peu près analogue à celui de Desault pour la fracture de la clavicule, en ayant soin de maintenir le bras invariablement fixé contre le tronc.

Le quatrième jour, à la levée de l'appareil, la plaie est complètement réunie dans toute son étendue sans aucune trace de suppuration, sans aucune rougeur à la peau, une palpation attentive ne fait reconnaître aucun décollement; on réapplique le même pansement.

Dès ce moment l'aspect de la plaie reste exactement le même; le 23 juin les aiguilles sont encore en place, mais paraissent ébranlées; avec l'ongle on fait basculer une des extrémités de chacune d'elles. Toutes se détachent sans tiraillement et sans douleur, entraînant la petite portion de peau fixée par le fil qui se sépare comme une squamme superficielle, laissant après elle une dépression presque imperceptible, à la surface de laquelle un nouvel épiderme est déjà formé.

Le malade est dès lors complètement guéri, sans que, pendant tout le cours du traitement, il se soit écoulé une seule goutte.

Les avantages de ce mode de suture sont les suivans : la nature et la forme des aiguilles leur permettent de pénétrer plus facilement; les aiguilles, pénétrant moins profondément, déterminent moins de douleur, et plus rarement leur emploi est suivi d'inflammation. On peut, comme cette observation en offre un exemple, exprimer la presque totalité du sang épanché dans la plaie, dont l'excédant disparaît par absorption, comme une simple ecchymose, ainsi que cela se voit dans les cas de section sous-cutanée des muscles ou des tendons.

Enfin, l'on n'a pas à craindre, en enlevant les aiguilles, de priver prématurément la cicatrice d'un moyen de contention encore nécessaire, ou même de la déchirer.

En faisant cette communication, M. Lucien Boyer met sous les yeux de l'Académie un dessin qui représente exactement la plaie au quatrième jour de l'opération, et qui donne une idée exacte de la simplicité de cette nouvelle manière de faire la suture dite entortillée; il présente aussi un morceau de peau sur lequel sont comparativement exécutés l'ancien et le nouveau procédé, pour en montrer la différence.

TESTICULE CANCÉREUX SUR UN ENFANT DE DEUX ANS.

M. GUERSENT fils montre à l'Académie une tumeur qu'il a enlevée, le 27 juin, à un enfant de deux ans. Ce petit malade la portait dans le scrotum depuis trois mois seulement. Elle est de nature encéphaloïde et développée au centre même de l'organe; son volume est celui d'un œuf de poule. A partir du moment d'où elle fut reconnue jusqu'à trois semaines avant l'opération, son volume était celui d'une petite noisette. Depuis elle s'est rapidement accrue. Il est à remarquer que le grand-père de cet enfant est mort avec deux sarcocèles; le père et la mère ne portent aucune trace d'affection cancéreuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — TUMEUR ENCÉPHALOÏDE, COMPRIMANT LA PROTUBÉRANCE, ET AYANT DÉTRUIT LES NERFS FACIAL ET AUDITIF DU CÔTÉ DROIT ; PAR M. BOUVIER.

La femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était un habitante de l'hospice de la Salpêtrière; elle était âgée de 51 ans. Elle accusait, depuis cinq ans à peu près, des douleurs de tête presque continuelles. Huit mois avant sa mort, la marche devint impossible, par l'affaiblissement des membres inférieurs. Le repos au lit devint nécessaire. Les bras s'affaiblirent bientôt aussi, puis le côté droit de la face se paralysa entièrement ; pour les membres, c'était de l'affaiblissement, sans paralysie complète. La sensibilité était partout conservée. On n'a point, pendant sa vie, recueilli de renseignement sur les fonctions de l'ouïe. La langue était fortement déviée à droite, du côté de la paralysie de la face.

A L'AUTOPSIE on a trouvé une tumeur du volume d'un gros marron, développée sur le côté droit de la surface basilaire, comprimant le côté droit de la protubérance et du bulbe rachidien, creusée en niche pour le recevoir. Un prolongement de la tumeur a détruit la dure-mère et a pénétré dans le conduit auditif. Ce prolongement est du volume d'un gros pois, et a détruit la continuité des nerfs facial et auditif droits.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

UEBER KUHPOCKEN AN KUEHEN (SUR LA VACCINE CHEZ LES VACHES); par le docteur E. HERING. Stuttgardt, 1839. Avec une planche coloriée.

Le grand nombre de varioles survenues depuis quelques années chez des sujets prétendus bien vaccinés a fait penser que le virus vaccin passé d'homme à homme avait perdu de sa vertu préservatrice primitive; c'est pourquoi on a cherché à renouveler le virus vaccin en remontant à sa source naturelle.

Dans aucun pays, on n'a fait, sous ce rapport, plus de recherches que dans le royaume de Wurtemberg. M. Hering, professeur de l'école vétérinaire de Stuttgardt, s'est spécialement occupé de cette matière et a réuni dans ce travail toutes les expériences qui ont été tentées dans ces dernières dix années, tant par ses compatriotes que par lui-même. L'auteur, après avoir rappelé tout ce qui a été dit sur l'origine du bouton vaccin sur le pis des vaches, et de l'analogie de cette affection avec le clavean, passe aux effets de la vaccine accidentellement produite chez l'homme par le contact avec le virus provenu des vaches, et de la possibilité de se procurer du vaccin en inoculant la variole sur les vaches, puis aux moyens de renouveler les vertus de la vaccine; en inoculant des vaches avec du virus-vaccin pris chez l'homme; enfin, il termine en rapportant tous les faits relatifs au développement spontané de la vaccine chez les vaches.

M. Hering énumère successivement toutes les expériences tentées et les faits observés à ce sujet dans le royaume de Wurtemberg, et nous donne le résumé des conclusions qu'il en tire; ce sont les suivantes :

Plus de 400 vaches ont été observées. On a noté 69 inoculations de vaccine pratiquées sur l'homme avec succès; 17 cas de contagion accidentelle pendant l'opération de traire les vaches; 152 fois on a cru remarquer des vaches affectées de véritable vaccine; l'inoculation a été négligée, faite sans succès, ou est restée impraticable; 49 fois le résultat de l'inoculation n'a pas paru légitime et est resté nul.

Le nombre des individus, tous enfans (excepté une personne de 22 ans), qui ont été vaccinés se monte à peu près à 150.

Le résultat de toutes ces observations est le suivant :

1° La vaccine primitive est fréquente dans le royaume de Wurtemberg.

2° La position géologique des localités n'a aucune influence sur son développement.

3° Pas plus que l'élévation du sol au niveau de la mer, ou la nature de son climat.

4° La vaine pâture ne favorise pas le développement du vaccin.

5° La maladie s'observe plus particulièrement dans les étables des petits propriétaires.

6° Le changement de nourriture surtout, en passant du sec au vert, ainsi que le transport et le passage aux marchés, semblent favoriser la vaccine.

7° Cette dernière affecte indistinctement les races communes et celles de belle venue.

8° La vaccine prise sur l'homme réussit difficilement sur la vache.

9° La publicité et les primes sont d'une grande efficacité en ce qu'elles entretiennent et stimulent l'attention des propriétaires.

10° La vaccine originaire a été observée à toutes les époques de l'année, mais plus particulièrement aux mois de mai et de juin.

11° Entre deux et dix ans, les vaches peuvent prendre la maladie indistinctement, mais plus particulièrement à trois, cinq et six ans.

12° Les vaches laitières sont d'autant plus disposées à la vaccine qu'elles ont plus récemment vêlé; cependant celles qui ont fait veau depuis longtemps, ou n'en ont pas fait du tout, ne sont pas exceptées.

13° Lorsque la vaccine est vraie, les symptômes d'un malaise général, tels que fièvre, anorexie, etc., manquent souvent en partie ou en totalité, mais en général, l'altération de la sécrétion du lait est constante.

14° Les boutons de la vraie vaccine ne se montrent pas seulement aux traits, mais aussi, quoique plus rarement, au corps même du pis; leur nombre, leur forme et leur dimension sont variables; l'auréole et la dépression ombilicale manquent souvent; à la place de la première, on trouve fréquemment un bourrelet dur. La couleur bleue claire ou livide n'est pas caractéristique; on rencontre aussi fréquemment la teinte bleuâtre, jaunâtre, argentée ou perlée.

15° La marche de l'éruption véritable est régulière et lente en comparaison avec la vaccine fausse. La pustule a besoin pour se développer de huit à dix jours, et la chute des croûtes brunes qui lui succèdent ne se fait qu'au bout de trois à quatre semaines. L'éruption ne paraît le plus souvent pas d'une manière régulière; des pustules nouvelles et bonuesse succèdent dans l'espace de huit à quinze jours. Leur structure est cellulaire, leur contenu est limpide, plus ou moins gluant, plus tard purulent et à la fin caséeux, toujours insipide; ce n'est que sous la première forme que la lymphe présente toute leur efficacité; dans les cas où du virus trouble ou même des croûtes peuvent servir à l'inoculation, cela n'a lieu que parce qu'il s'y trouve encore de la lymphe non altérée, liquide ou desséchée. On n'a jamais vu survenir des ulcères de mauvaise nature à leurs suites, et les cicatrices qu'ils ont laissées restent visibles pendant des années.

16° Il n'est pas démontré que la vaccine puisse se développer deux fois chez la même vache.

17° On ne l'a pas vue non plus régner épidémiquement.

18° La contagion d'une vache à une autre n'est pas fréquente; lorsqu'elle arrive, c'est plutôt par l'action de traire.

19° La transmission accidentelle à l'homme (en trayant) a été observée rarement, et jamais accompagnée d'accidens graves.

20° La lymphe, prise sur les vaches, s'inocule plus difficilement chez les enfans que celle qui a déjà passé par d'autres organismes humains; la lymphe originaire desséchée, ou des croûtes, s'inocule plus difficilement que celle qui était fluide; on peut cependant la conserver et encore obtenir des résultats au bout de trois ou quatre mois.

21° Les pustules produites chez des enfans par l'inoculation de vaccin primitif sont accompagnées d'inflammation locale plus grande, plus vive, de fièvre plus forte et d'une marche plus lente; dans quelques cas rares le contraire a été observé. On remarque souvent cette réaction plus forte encore à la deuxième et troisième vaccination faite de bras sur bras. L'inoculation avec du vaccin ainsi renouvelé est moins souvent inefficace que celle faite avec du vaccin d'une origine plus ancienne. Un exanthème miliaire accompagne souvent la vaccination pratiquée avec la lymphe originaire.

22° Jamais on n'a observé de symptômes dangereux chez des individus ainsi vaccinés.

23° Lorsque les vaches sont affectées de véritable vaccine, on observe par ci par là d'autres éruptions à leurs pis.

24° Ces éruptions anormales ressemblent plus ou moins aux véritables pustules de la vaccine, telles sont les pustules acuminées et consécutives remarquables par leur développement incomplet et leur courte durée; telles sont encore les pustules variqueuses et pierreuses, qui sont presque sèches et restent longtemps en place; enfin les pustules gazeuses et bulleuses de courte durée et de structure vésiculeuse et non celluleuse. Elles sont rarement accompagnées de symptômes généraux, et se communiquent d'une vache à une autre, et non à l'homme, chez lequel leur inoculation ne réussit jamais.

25° Il en est de même des éruptions psoriques ou dartreuses au pis et d'autres exanthèmes pustuleux qui se trouvent aux différentes parties du corps, qu'on a cependant exactement observés.

26° On n'a jamais produit de fausses vaccines en inoculant de la matière prise sur des éruptions du pis; on n'a donc point d'accident à craindre, parce que, si l'inoculation réussit, elle parcourt ensuite ses périodes régulières, et si elle ne réussit pas, elle n'occasionne qu'une irritation locale qui disparaît, au bout de trois à quatre jours, sans laisser de trace.

DIE NEUERN ARZNEIMITTEL, etc. (DES MÉDICAMENS NOUVEAUX CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT DE LEURS PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES, DE LA MANIÈRE DE LES PRÉPARER ET DE LEURS EFFETS SUR L'ÉCONOMIE VIVANTE, SAINE ET MALADE); par le docteur V. A. RIECKE. Stuttgart, 1840.

L'ouvrage répond parfaitement au titre et la nouvelle édition est beaucoup plus complète que la première, qui elle-même a eu une vogue méritée. Elle a été épuisée en dix-huit mois.

M. Riecke, déjà favorablement connu en France par ses travaux sur l'hygiène publique, traite, dans ce livre, non seulement de tous les remèdes nouvellement introduits dans la thérapeutique, mais il s'occupe encore des remèdes anciens, qui sont administrés sous des formes nouvelles, ou qui ont subi des préparations chimiques récentes très importantes. L'ordre dans lequel la série des médicamens dont il est parlé dans cet ouvrage est classé est tout à fait arbitraire; c'est l'ordre purement alphabétique, tel qu'il a été suivi par tous les auteurs anciens. Ce n'est sans doute pas le plus rationnel; mais, en tous cas, le plus commode.

En parlant de chaque médicament en particulier, l'auteur s'occupe 1° de la synonymie, de sa bibliographie et de tout ce qui a été écrit à ce sujet; 2° des notions historiques; comment la substance a été introduite dans la thérapeutique, et enfin des opinions divergentes dont il a été l'objet; 3° des propriétés et complications chimiques de chaque médicament; 4° des diverses formes sous lesquelles on administre les substances médicamenteuses; 5° des effets du médicament sur l'économie vivante, des expériences tentées sur l'homme et les animaux. Ce chapitre est surtout très bien traité pour chaque médicament; nous ne connaissons pas d'ouvrage où il y ait plus et de plus précieux détails; 6° des cas de maladies dans lesquelles les remèdes ont été employés, et des succès réels ou problématiques qu'on en a obtenus.

Nous n'avons presque point remarqué d'omission de remède nouveau réellement efficace; les deux seuls médicamens dont nous aurions voulu voir la description et la critique, ce sont le sulfate de cuivre et le monésia.

En général, l'ouvrage est très bon; il y a un jugement sain et d'excellentes vues de médecine pratique; l'élève, comme le praticien consommé, le liront avec beaucoup de fruit.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Souvent absent de Paris, je n'ai eu connaissance que bien tard de l'analyse que vous avez publiée, dans le numéro du 20 décembre 1839, d'un travail de M. le professeur de Renzi, de Naples, en réponse à un mémoire que je suis censé avoir présenté à l'Académie de médecine de Paris. Comme le travail de ce savant professeur contient des inexactitudes capitales, permettez que j'y réponde; je regrette de n'avoir pu le faire plus tôt.

Je dois d'abord protester contre l'insinuation involontairement malveillante de plusieurs journaux de médecine français, qui m'ont attribué une critique déplacée sur la capacité des médecins italiens. Je n'ai adressé à l'Académie que les tableaux statistiques des hôpitaux des principales villes de l'Italie méridionale, accompagnés d'une lettre seulement. Il est vrai que dans cette lettre j'appelais l'attention de l'Académie sur la fréquence de la phthisie dans les régions méridionales, à Naples surtout. C'est qu'alors il était question d'un mémoire dont l'objet était la formation à Alger d'un établissement spécialement destiné aux phthisiques. Cette circonstance m'avait déterminé à adresser à l'Académie mes tables avant le mémoire explicatif que je préparais; et pour donner à ces tables toute l'importance que je leur croyais due, je disais qu'à Naples la phthisie était si fréquente qu'on la considérait comme contagieuse, peuple, médecins et professeurs eux-mêmes, pas tous assurément, mais le plus grand nombre. C'est à ce propos que certains membres de l'Académie ont cru devoir défendre les médecins napolitains d'une opinion qu'ils ont plus ou moins qualifiée, mais que moi, très humble docteur, je suis loin de croire absurde, puisque je l'ai crue digne des méditations de ce corps savant.

Venons aux inexactitudes que je reproche au travail du professeur de Renzi.

Les chiffres que j'ai publiés ont été pris dans les annales de l'hospice des incurables, auxquelles, par scrupule de conscience, je n'ai ajouté foi entière qu'après en avoir vérifié l'exactitude dans les archives de l'hospice. Ces annales sont d'ailleurs rédigées par des professeurs justement considérés, et que je tiens tous pour très consciencieux. Ces chiffres n'ont donc point été pris à la légère, tant s'en faut. Quant à ce qui est de défalquer de mes tableaux un nombre d'étrangers, celui que donne M. de Renzi est exagéré; cependant je puis l'accepter sans qu'il diminue rien de l'importance du chiffre total, car les étrangers dont parle le savant professeur sont tous Italiens ou Siciliens, à l'exception d'un nègre, d'un Russe, de trois ou quatre Allemands et de dix ou douze Français, en tout quinze ou vingt individus réellement étrangers. Je n'accuse pas le climat de Naples de produire la phthisie plus que les climats tempérés : j'ai constaté un fait, c'est que cette affection n'y est pas plus rare qu'ailleurs; l'explication de ce fait est difficile; j'entreprendrais peut-être de la donner si l'Académie avait apprécié à sa juste valeur le travail que je lui présentais, au lieu de faire le procès des médecins italiens, que personne n'attaquait, et pour lesquels j'ai toujours professé des sentimens de considération et de reconnaissance.

Je me plais, monsieur le rédacteur, à espérer que vous admettrez ma lettre dans vos colonnes; il importe à la vérité et aussi à l'honneur d'un de vos confrères que le travail de M. de Renzi ne reste pas sans réponse. J'aime à croire que ce consciencieux professeur s'empressera de la traduire dans les journaux dont il est le zélé collaborateur; je lui en offre d'avance mes remercîmens, me promettant de les lui faire bientôt de vive voix.

Agréez, etc.

J. Journé, D. M. P.

Résultat du concours ouvert, en 1839, par les rédacteurs des Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1° Concours de médecine légale.

Il est accordé à M. Malle, professeur à l'école militaire de Strasbourg, une médaille d'encouragement pour son mémoire médico-légal sur les cicatrices.

2° Concours pour le prix de statistique des aliénés.

Il est accordé à M. Bouchet, médecin en chef des hospices des aliénés de Nantes, une mention honorable et une médaille d'or de la valeur de 200 fr., pour son mémoire sur la statistique des aliénés de la Loire-Inférieure;

A M. Aubanel, médecin de l'hôpital Saint-Pierre à Marseille, ancien élève de Bicêtre, et à M. Thore, également ancien élève de Bicêtre, une médaille d'encouragement pour un mémoire fait en commun par ces deux auteurs sur la statistique des aliénés de Bicêtre.

Les prix proposés pour 1840 sont les suivans :

1° Prix d'hygiène.

Le sujet de ce prix n'est pas déterminé : tous les mémoires manuscrits qui traiteront un point quelconque d'hygiène seront admis au concours. Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

2° Prix de médecine légale.

La question suivante, déjà proposée l'an dernier, est remise au concours :

Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales dans l'analyse des substances toxiques, minérales ou végétales.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 600 fr.

3° Prix de statistique des aliénés.

L'auteur de la meilleure statistique des aliénés d'un des départemens de la France recevra une médaille d'or de la valeur de 500 fr. Les concurrens feront connaître la topographie physique du département et sa population, en distinguant les sexes.

Les mémoires destinés au concours pour le prix d'hygiène devront être remis avant le premier janvier 1841, et ceux destinés au concours de la statistique avant le premier février de la même année, au bureau des Annales chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Le nom de l'auteur sera renfermé dans un billet cacheté suivant les formes académiques.

Le rédacteur principal, Leuret.

— Le 25 juin 1840, des prix ont été distribués aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement, à Paris, par M. le baron de Gérando, pair de France, membre du conseil-général des hospices, délégué par lui pour présider cette cérémonie.

La distribution a été faite en présence de M. Orfila, doyen de la Faculté de médecine; M. le comte de Kergorlay, aussi membre du conseil-général des hospices; M. Valdruche, membre de la commission administrative des mêmes établissemens; M. Thunot, secrétaire-général de l'administration; MM. les professeurs, médecins et chirurgiens, et madame la sage-femme en chef de la maison d'accouchement.

M. le baron de Gérando a ouvert la séance par un discours. Des discours ont été aussi prononcés par M. Danyau, chirurgien, professeur-adjoint de l'établissement, et madame Brillon, élève sage-femme. Le directeur de la maison a lu le procès-verbal des épreuves du concours auxquelles les élèves sages-femmes ont été soumises. Il a ensuite proclamé les noms de celles qui ont obtenu des prix. Le premier prix a été décerné à madame Brillon, née Mourault, élève aux frais du département des Deux-Sèvres. Il lui a été remis une médaille en or. Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après madame Brillon sont : Mesdames Treille, élève aux frais du département de la Corrèze; Ledent, élève aux frais du département de la Seine; Briard, élève aux frais de l'administration des hospices de Paris; Thabourin, élève aux frais de l'établissement de la Lozère; Hébert, élève aux frais du département du Calvados; Leroux, élève aux frais du département de Seine-et-Oise; Petit, élève aux frais du département de l'Allier; Patey, élève aux frais du département de l'Eure.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur Jules Guérin commencera mercredi l'histoire des *déviations latérales de la colonne vertébrale*. Les conférences continueront d'avoir lieu tous les mercredis et samedis à dix heures précises, à l'hôpital des Enfans. Tous les mercredis, M. J. Guérin pratiquera une ou plusieurs opérations de section des muscles du dos. — Consultations tous les samedis à dix heures.

— Nouvelles démonstrations d'accouchemens, par M. Maygrier, membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchemens, 2e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée de 1° la description anatomique et obstétricale du bassin, des parties sexuelles et de leurs anomalies; 2° l'histoire de la menstruation et du développement du fœtus; 3° l'histoire de la grossesse; 4° le mécanisme de l'accouchement naturel; 5° la description des différens modes opératoires pour la terminaison des accouchemens difficiles; 6° l'indication des soins à donner à la mère et à l'enfant, par Halmagrand, docteur en médecine, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans.

Cet ouvrage se composera de 20 livraisons, ou 81 planches in-folio, gravées en taille douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume in-8 de texte.

Il paraît par livraisons de quatre planches et de deux feuilles de texte.

Le prix de chaque livraison est fixé à 2 fr. pour Paris. Il paraît une livraison le 1er et le 15 de chaque mois. Les seize premières sont en vente.

A Paris, chez Béchet jeune, et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

— Du médecin des villes et du médecin de campagne (mœurs et science); par Munaret, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de plusieurs sociétés savantes; deuxième édition, entièrement refondue; 1 vol grand in-18, papier vélin de 550 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

— Recherches et observations sur l'influence thérapeutique des eaux minérales d'Uriage, près Grenoble (Isère); second mémoire; par J. Vulfranc-Gerdy, médecin-inspecteur de ces eaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; in-8. Prix : 1 fr. 50 c.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

— Traité de pathologie externe et de médecine opératoire; par Aug. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes. Prix du t. IV, 6 fr. 50 c.; des t. I à IV, 26 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Œuvres complètes de John Hunter; traduites de l'anglais avec des notes par G. Richelot, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. La dixième livraison est en vente. La neuvième et la dixième livraisons renferment le commencement du *Traité du sang, de l'inflammation et des plaies par armes à feu.*

Les livraisons précédentes comprennent la *Vie de Hunter*, ses *Leçons sur les principes de la chirurgie*, le *Traité des dents* et le *Traité de la syphilis*, annoté par M. Ricord.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 11 JUILLET 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Deuxième mémoire sur le mal vertébral. (Suite.) — II. CORRESPONDANCE MÉDICALE. De la gale et de son traitement. — Tumeur fongueuse des gencives à la concavité de la mâchoire inférieure; opération pratiquée par M. Larrey fils. — Opération césarienne avec suture de la matrice, suivie de guérison. — Notes sur diverses falsifications du lactate de fer. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie de médecine: séance extraordinaire du 4 juillet et séance du 7 juillet. — IV. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Lettres sur les maladies vénériennes et le traitement qui leur convient. — Essai historique sur les céréales. — V. VARIÉTÉS. — VI. FEUILLETON. De l'importance politique et sociale du médecin.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LE MAL VERTÉBRAL; par M. NICHET, chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole de médecine à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros des 20 et 27 juin.)

TUBERCULE ÉPANCHÉ; TUBERCULE INFILTRÉ; EXCAVATIONS TUBERCULEUSES; DESTRUCTION DE PLUSIEURS CARTILAGES INTERVERTÉBRAUX ET D'UN CARTILAGE SACRO-ILIAQUE; CARIE DU SACRUM ET DE TROIS VERTÈBRES LOMBAIRES; DESTRUCTION DES DEUX PREMIÈRES VERTÈBRES LOMBAIRES.

OBS. XV. — Un enfant de la Charité, âgé de 18 ans, d'une constitution lymphatique, fut observé par nous à l'Hôtel-Dieu en novembre 1834. Malade depuis quatorze mois, il avait d'abord éprouvé des douleurs dans les genoux, sans tuméfaction ni rougeur; par la suite, elles quittèrent ce siége pour se fixer à la partie inférieure de la région dorsale où elles allèrent croissant sous l'influence de la masturbation, que le malade exerçait souvent plusieurs fois dans la journée; la courbure de l'épine se prononça dans la région dorso-lombaire, avec augmentation continuelle des douleurs et impossibilité de se tenir quelques instans couché. Dès qu'il fut soumis à ma direction, je lui fis appliquer deux cautères sur les côtés de la gibbosité; les douleurs ne tardèrent pas à disparaître, et le malade put se coucher quelques instans sur le dos. Plus d'une année s'écoula sans accident; point de douleurs dans le dos; point de paralysie dans les membres inférieurs; peu d'appétit, maigreur, faiblesse. On obtint, mais trop tard, du malade, qu'il ne se masturbât plus.

Au mois d'octobre 1835, au milieu de cet état stationnaire, il fut pris d'une violente douleur à la fesse droite, avec tuméfaction et fièvre, que les émolliens calmèrent; au bout de quelques jours, en décembre, il se forma autour de la gibbosité des abcès qui s'ouvrirent spontanément et laissèrent à leur suite des fistules sous-cutanées. En avril 1836, au milieu de la maigreur et de la faiblesse les plus profondes, il survint subitement une grande oppression avec battemens précipités du cœur et matité dans la région de cet organe; ces symptômes n'avaient pas duré trois jours que le malade n'existait plus.

NÉCROPSIE. Le péricarde, distendu assez pour occuper la plus grande partie de la cavité gauche de la poitrine, contient environ un demi-litre de sérosité limpide; le cœur et les orifices sont sains; les poumons crépitans ne contiennent point de tubercules; seulement quelques glandes bronchiques plus volumineuses que les autres renferment à leur centre une masse caséeuse assez considérable. Canal aérien parfaitement libre; aucun viscère abdominal n'offre de traces d'inflammation; la vessie est énormément distendue par l'urine.

Le cartilage des première et deuxième vertèbres lombaires est détruit, sans qu'il en reste la moindre trace. La deuxième vertèbre lombaire, blanche, nécrosée, est divisée en plusieurs fragmens qui sont maintenus en place par le ligament antérieur non soulevé. Au-devant des corps des troisième et quatrième lombaires, sous le ligament vertebral antérieur, on découvre plusieurs petites excavations renfermant de la matière tuberculeuse. Le léger vide qui sépare les deux premières vertèbres lombaires est occupé par une petite quantité de pus crêmeux. De ce même espace inter-vertébral part à droite un trajet fistuleux du diamètre d'une plume d'oie; il longe les vertèbres lombaires, le bord interne du psoas, et vient se terminer en s'effilant derrière le petit trochanter.

Le périoste, qui tapisse la face antérieure du sacrum de celui qui passe au-de-

Feuilleton.

DE L'IMPORTANCE POLITIQUE ET SOCIALE DU MÉDECIN.

(Deuxième lettre.)

J'ai, je crois, suffisamment fait connaître, Monsieur le rédacteur, dans les premières pages de cette correspondance, les conditions scientifiques par lesquelles le médecin arrive à pénétrer et à éclairer les problèmes si obscurs de l'ordre politique et social. En dressant ce que j'ai appelé ma génèse, c'est-à-dire l'échelle scientifique parcourue par l'adepte médical, pour atteindre le sommet d'où il peut embrasser d'un coup-d'œil et la physiologie individuelle et la physiologie des peuples, et de la race humaine, je n'ai pas suivi en esprit complaisant les erremens d'une vaine hypothèse; j'ai agi avec des données précises; je n'ai fait enfin que dérouler le plan scientifique qui comprend l'ensemble des études progressives du médecin. Il m'a suffi même de moutrer les jalons les plus élevés de cette carrière d'élaboration pour bien marquer la ligne qui va du point de départ au dernier corollaire, qui du principe conduit au but. Je n'ai eu nullement besoin de m'appesantir sur les détails, en décrivant minutieusement les accidens de la route; car il m'était presque inutile, pour remplir ma tâche, de lever cette topographie microscopiquement exacte que dresse le voyageur en affrontant les périls d'un pays inexploré. Le terrain que j'ai fait parcourir à celui qui s'engage dans la voie de l'initiation médicale n'est pas une terre inconnue.

C'est un défaut, sans doute, de se renfermer trop exclusivement dans les idées d'ensemble : les hauteurs métaphysiques sont toujours entourées de nuages, comme les pics des montagnes élevées. Mais tient-on compte des nécessités évidentes du sujet? Non ; car si les faits ne justifient pas, pour ainsi dire, d'avance les principes, on va jusqu'à accuser celui qui tient la plume de tourbillonner autour d'une hypothèse, de ne pas oser toucher la terre ferme du détail, dans la crainte d'y perdre la liberté de voltiger au gré de son caprice. Ici, toutefois, le reproche serait une injustice, parce que l'erreur l'aurait dicté. Les principes, en effet, représentent si fidèlement et si directement les faits, dans cette question, que l'ordre d'idées dont je vais continuer d'étudier la portée philosophique et pratique ne peut être comparé par personne, à ces bulles éphemères que l'enfant lance dans l'air en soufflant dans un chalumeau.

Je n'ai qu'à m'empresser de vérifier ce que j'avance, en cherchant la démonstration des principes dans les faits de détail, en demandant aux faits de détail la formule des principes, pour faire voir que je ne me suis pas confié le moins du monde aux trompeuses promesses d'une vaine prévention. Où serait, d'ailleurs, la vérité si elle n'était pas tout entière dans cette opinion que la connaissance et le gouvernement des hommes se déduisent de la connaissance de l'orga-

vant de la symphyse iliaque droite, est soulevé par une masse considérable de matière tuberculeuse blanche, molle, diffluente, que contiendraient à peine deux cuillerées à bouche; elle pénètre à quelques millimètres dans l'articulation sacro-iliaque droite. Le cartilage de cette articulation est complètement détruit, en sorte que les deux os jouent librement l'un sur l'autre. Le sacrum est ramolli à tel point qu'une pression médiocre suffit pour rapprocher presque jusqu'au contact les deux lames de tissu compacte qui le recouvrent en avant et en arrière. Le tissu spongieux qui sépare ces deux lames, outre la mollesse extrême dont nous venons de parler, présente encore des cellules larges et pleines d'un liquide rouge lie-de-vin qui s'en écoule en abondance par la pression. Les trois dernières vertèbres lombaires sont affectées d'une altération semblable, mais moins avancée; c'est-à-dire que les cellules spongieuses sont moins larges, l'os moins compressible, moins léger, et le liquide qui s'en écoule moins abondant. Le sacrum et les vertèbres ne présentent point de tubercule dans leur épaisseur.

Le cartilage intermédiaire aux troisième et quatrième vertèbres cervicales est détruit dans sa partie centrale pulpeuse; chaque vertèbre emporte avec elle une mince plaque cartilagineuse qui résulte de la division du cartilage, suivant son épaisseur; une matière crémeuse est répandue à la surface de ces deux plaques. Au-devant de la seconde de ces deux vertèbres, c'est-à-dire de la deuxième dorsale, on voit à droite et en haut une large excavation contenant de la matière tuberculeuse diffluente. La plaque cartilagineuse que cette vertèbre a emportée avec elle est détruite dans toute son épaisseur et dans un espace exactement correspondant à l'étendue de l'excavation. Au niveau de la gibbosité, les méninges et la moelle sont intactes. Toutes les vertèbres sont plus rouges et plus molles que dans l'état normal, mais aucune n'est ni affaissée, ni augmentée de volume. Le sommet des apophyses épineuses des première et deuxième vertèbres lombaires est converti en sequestre.

La matière tuberculeuse se présentait chez notre malade sous les deux formes principales qu'elle affecte en général, à l'état d'infiltration, elle occupait les cellules de la deuxième vertèbre lombaire, qui était frappée de nécrose. Elle formait une masse considérable au-devant du sacrum et de l'articulation sous-iliaque droite; elle avait creusé des excavations dans les troisième et quatrième vertèbres lombaires; dans le corps même de la quatrième vertèbre cervicale, elle avait creusé une cavité très profonde.

Plusieurs cartilages étaient détruits, et jamais les rapports entre les altérations de ces organes et l'existence de tubercule n'a été aussi frappant que dans cette observation; aux lombes, à côté d'un cartilage détruit, se trouve de la matière tuberculeuse infiltrée. Au cou, le cartilage est divisé en deux plaques, dont une a éprouvé une échancrure assez étendue qui correspond précisément à une excavation encore occupée par une matière tuberculeuse. Enfin, les cartilages d'une symphyse sacro-iliaque tout entière a disparu, et de la matière tuberculeuse se trouve accumulée au-devant de cette symphyse, et occupe même en partie la place que ce cartilage a laissée vide.

Le sacrum et les trois dernières vertèbres lombaires avaient subi une altération de texture qui se trouve rarement dans le mal vertébral lorsqu'il est exempt de complications. Ces os étaient d'un rouge foncé et profondément ramollis; leurs cellules élargies renfermaient une matière liquide d'un rouge lie-de-vin qui s'échappait en abondance par la pression. C'est seulement à cette lésion que l'on doit appliquer le nom de carie, et non point à toutes les pertes de substances osseuses, quelle que soit l'état de l'os, comme on le fait banalement.

Je dois faire observer, contrairement à l'opinion qui attribue l'incurvation au ramollissement et à l'affaissement des corps vertébraux, que, chez ce sujet, les trois vertèbres lombaires et le sacrum, malgré leur mollesse excessive, conservaient leurs formes et leurs dimensions normales; ils n'étaient ni écrasés ni élargis, et cependant cet enfant ne se tenait pas toujours étendu; je le trouvais presque constamment assis sur son lit; souvent il marchait pour satisfaire à ses besoins; si, malgré un ramollissement aussi profond, les vertèbres ne se sont pas affaissées sous le poids du corps; il faut bien en conclure que la théorie qui attribue la gibbosité au ramollissement des vertèbres est encore une fois en défaut. Après avoir si souvent observé la courbure sans ramollissement, il ne fallait plus, pour anéantir le doute, s'il en restait encore, que trouver un ramollissement sans incurvation; or, cette dernière observation ne laisse rien à désirer.

Nous venons de voir un malade qui, par un privilége aussi rare que funeste, réunissait en lui seul la plupart des altérations anatomiques qui peuvent se montrer dans le mal vertébral: 1° tubercule infiltré; 2° tubercule épanché; 3° excavations tuberculeuses des os; 4° destruction des cartilages; 5° nécrose; 6° carie. Tout ce que nous avons vu ailleurs plus ou moins séparé nous le trouvons ici réuni; nous ne saurions choisir une occasion plus favorable pour agiter quelques questions intéressantes que soulèvent les observations rapportées jusqu'ici et que souvent nous avons supposées, résolues, pour ne pas interrompre les réflexions que chaque histoire particulière nous a suggérées. Ne peut-on pas, en effet, se demander 1° qu'elle est la cause des altérations variées des cartilages? quel rapport il existe entre elles et le tubercule scrofuleux? 2° est-ce par simple érosion que les cartilages ont disparu, ou bien leur destruction s'est-elle consommée sous l'influence d'une phlegmasie? 3° quelle est la cause prochaine du ramollissement osseux qui constitue la carie? cette lésion organique a-t-elle envahi d'emblée les os? a-t-elle donné lieu consécutivement à la destruction des cartilages ou bien doit-on croire que le mal a suivi dans sa propagation une marche inverse? Et, par exemple, chez notre dernier sujet la carie a-t-elle envahi simultanément les vertèbres lombaires et le sacrum, ou bien commençant par une extrémité de cette ligne s'est-elle propagée sourdement jusqu'à l'autre extrémité à travers les cartilages, etc. Il nous serait impossible de jeter quelque lumière sur tous ces points encore fort obscurs si nous n'avions que des faits relatifs aux lésions vertébrales. Peu dangereuses par elles-mêmes, les maladies du rachis ne deviennent mortelles que par les complications qui s'y ajoutent et qui ne se développent souvent qu'après plusieurs années; il résulte de là qu'à l'ouverture des cadavres on n'a plus sous les yeux que le dernier terme de plusieurs transformations successives par lesquelles les organes ont dû passer pour arriver à l'état où il nous est donné de les contempler. Aussi pour découvrir les causes des lésions rachidiennes et juger des rapports qui les lient entre elles, serons-nous obligés d'étudier ces mêmes maladies dans les tissus analogues qui entrent dans la structure des articulations diarthrodiales. Les jointures des membres sont très nombreuses; moins cachées que celles du rachis, leurs maladies ont des traits plus saillans; les opérations que l'on pratique sur elles fournissent de fréquentes occasions de les disséquer à toutes les périodes des lésions qui les atteignent.

Nous allons exposer ce qu'elles nous ont appris touchant 1° l'inflammation des cartilages; 2° leur ulcération; 3° les tubercules; 4° la carie, etc., afin d'éclairer l'histoire de ces mêmes affections dans la tige rachidienne.

---

nisme individuel, de l'inductive expression de la physiologie humaine? Mais, le dirai-je? l'évidence de cet axiôme n'a pas frappé tous les yeux. Des hommes qui se jugent très clairvoyans en matière sociale et politique condamnent même cette proposition; ils se font une idée plus ou moins incomplète de ce qu'on appelle *droit* et *devoir*, ces deux mots illustrés par tant de querelles philosophiques et tant de discussions politiques; et avec ce léger bagage ils croient pouvoir aller conquérir dans le monde des idées, comme un héros d'espèce nouvelle, tout ce qui est dévolu de bonheur au genre humain. Il est, sans doute, assez étonnant que tant de déceptions n'aient pas dessillé les yeux de ces aveugles obstinés; qu'ils n'aient pas songé à les fixer sur ce grand livre ouvert à l'observation de tous, et dont chacun de nous constitue un exemplaire. En étudiant l'humaine nature, ils ne se seraient pas égarés comme ils l'ont fait. Tant de définitions vaines, parce qu'elles sont fausses, n'auraient pas dénaturé le vrai sens que les philosophes et les politiques devraient attacher aux mots *droit* et *devoir*. Mais qu'on ne pense pas qu'en entrant dans le domaine métaphysique, dont ces deux mots semblent m'ouvrir la voie, je revienne à de favorites abstractions pour éviter en fugitif l'épreuve nécessaire de la vérification. Je dois prouver que la formule politique du droit et du devoir a sa racine, si je puis m'exprimer ainsi, dans l'organisme individuel, pour déduire de cette facile démonstration la compétence du médecin en matière sociale. Et, certes, les argumens se grouperont nombreux devant moi; car, finalement, je reviens aux idées, aussi vieilles que vraies, de la philosophie grecque, qui enseignait que l'individu représentait fidèlement la vie organique du monde; qu'il était, enfin, le *microcosme* du *macrocosme*.

Et d'abord, il semble assez clair que l'étude de la construction physique des organes de l'homme, de la sage économie de leur agencement, du jeu physiologique des parties, du mouvement harmonieux de l'ensemble, conduise le médecin à déchiffrer quelques-unes des conditions de la vie. Or, ces conditions une fois connues, le médecin sait que l'existence de la fonction dépend de la satisfaction d'un certain nombre de besoins. Ainsi, pour que la vie de l'individu, cette grande fonction qui résulte de toutes les autres, soit possible dans toute l'intégrité des actes qui la constituent, il est nécessaire que sur une plus vaste étendue, elle jouisse des conditions dont jouissent individuellement les organes. La satisfaction d'un besoin doit se lier à la production d'un phénomène vital; l'un dépend immédiatement de l'autre. Mais, cette nécessité de la satisfaction des besoins ou physiques ou moraux ne donne-t-elle pas complètement l'idée du droit? Le droit n'est-il pas rigoureusement lié à cette acception, pour qu'il ne soit pas un besoin factice, ou en d'autres termes une flagrante injustice? On peut donc dire que tout ce qui vit a par cela seul le droit de vivre; argument qui, par parenthèse, pourrait compter parmi tous ceux qu'on évoque et qu'on dirige contre la peine de mort. Le droit établi, le devoir existe en effet; car le devoir n'est autre chose que la satisfaction des besoins qui forment eux-mêmes ce que sans le savoir on appelle depuis si longtemps le droit. Avec cette manière d'établir la signification de ces deux mots qui sont l'*alpha* et l'*oméga* de tant de questions si controversées, la définition du devoir devient on ne peut plus claire. Le devoir, sous le point de vue de l'individualité, consiste à tout faire pour que l'économie puisse remplir ses conditions d'existence, et qu'aucune compression ou matérielle ou morale ne vienne en déranger ou détruire la régularité. Donc le devoir

CONTUSION DU GENOU; MORT PAR DOUBLE PNEUMONIE; FAUSSE MEMBRANE DANS L'ARTICULATION; INJECTION, ULCÉRATION DES CARTILAGES; ULCÉRATION CONSÉCUTIVE DU FÉMUR.

OBS. XVI. — Un maçon, très robuste, âgé de 30 ans, fut porté à l'hôpital dans le mois de février 1834. Son genou gauche était tuméfié d'une manière énorme, il était très douloureux au toucher, et l'on y sentait une fluctuation évidente. La tuméfaction s'étendait à la jambe et au pied. Le pouls était fréquent et la chaleur très élevée. Le malade nous apprit que cette inflammation était la suite d'une chute sur les pieds qu'il avait faite d'une hauteur de 5 mèt. 847 cent. quelques jours avant son entrée. De nombreuses sangsues appliquées à la cuisse à plusieurs reprises et de larges cataplasmes modérèrent la douleur et la fièvre. Mais un vaste abcès se déclara à la partie supérieure interne de la jambe, une abondante quantité de pus fut évacuée à la faveur d'une incision. Les parois de l'abcès ne tardèrent pas à se recoller; un empâtement de la jambe et du genou céda au bandage roulé et aux applications résolutives. Lorsque le genou eut repris sa forme et son volume naturel, la jambe resta légèrement fléchie, les mouvemens de flexion et d'extension n'étaient possibles que dans des limites très-bornées, encore devaient-ils être communiqués et causaient-ils beaucoup de douleur. Je prescrivis des douches de vapeur qui furent administrées pendant vingt jours sans amélioration bien remarquable. A cette époque, le malade s'étant imprudemment exposé à un froid rigoureux fut atteint d'une double pneumonie à laquelle il succomba après avoir fait à l'hôpital un mois et demi de séjour. Je ne fais que mentionner l'hépatisation très étendue des deux poumons et passe à la description des lésions trouvées dans le genou gauche.

1° Adhérences celluleuses entre la membrane synoviale qui recouvre les paquets cellulo-graisseux situés sous le ligament rotulien d'une part; et de l'autre la surface des condyles du fémur, ainsi que la gorge qui reçoit la rotule. Le tissu qui forme ces adhérences s'allonge en longs filamens avant de se rompre. Les surfaces adhérentes ont conservé leur poli.

2°. A la partie antérieure du condyle externe du fémur, le cartilage présente une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 sous et circulaire comme elle. La perte de substance ne s'étend qu'à la moitié de l'épaisseur du cartilage, ce qui en reste est mou et se laisse facilement enlever avec le scalpel; l'os placé au-dessous n'a éprouvé aucune altération; les bords de l'ulcère sont arrondis et polis comme s'ils eussent été usés avec une lime. Tout autour de cette ulcération et à une assez grande distance, la surface du cartilage est d'une couleur rosée uniformément foncée qui tranche avec le blanc mat du reste du condyle externe.

3° Le point de la rotule correspondant à l'ulcère du condyle externe est rouge, dans l'étendue d'une pièce de 30 sous; au centre de cette tache circulaire, on aperçoit une petite excavation ulcéreuse de la largeur d'une lentille étendue seulement à une partie de l'épaisseur du cartilage.

4° Le condyle interne dans sa moitié interne et postérieure présente une surface rugueuse, inégale et chagrinée; là le cartilage a disparu dans l'étendue antéro-postérieure de 27 millim. Dans la portion la plus reculée de cet espace l'os est le siége d'une perte de substance, d'une véritable ulcération de 5 millim. de profondeur. Les bords de la solution de continuité du cartilage au lieu d'être obliques et adoucis sont au contraire taillés à pic, inégaux et comme déchiquetés. Toute la partie du cartilage qui a échappé à l'ulcération est d'un rouge vif, mais uniquement sur sa surface libre.

5° La région tibiale correspondante au condyle interne du fémur offre 1° le fibro-cartilage semi-lunaire d'un rouge foncé tirant sur le noir dans toute son étendue; 2° le cartilage tibial presque complètement enlevé par l'ulcération; 3° la portion non détruite d'un rouge vif; 4° le tissu osseux ulcéré superficiellement et très rouge.

8° Du côté externe, le fibro-cartilage semi-lunaire, le cartilage et le tissu du tibia n'ont rien perdu de leur blancheur normale.

7° La partie supérieure interne de la jambe qui avait été le siége de l'abcès offrait toutes les parties molles confondues en une masse ferme et jaunâtre.

Une chute sur les pieds d'un lieu élevé détermine une violente contusion de l'articulation tibio-fémorale, et consécutivement les symptômes de l'arthrite la plus intense, douleur, tuméfaction, épanchement de liquide, inflammation phlegmoneuse au voisinage de l'articulation. Par un traitement anti-phlogistique énergique, la douleur s'éteint, le liquide est résorbé et la jointure arrive à l'état de demi-ankylose, lorsqu'une mort imprévue permettant d'examiner les parties, nous trouvons des pseudo-membranes, des traces d'inflammation et d'ulcération des cartilages et des os. Cette interprétation fort simple du fait qu'on vient de lire me paraît aussi la plus naturelle et la plus vraie; cependant elle est en contradiction avec la doctrine professée sur la vitalité et les maladies des cartilages par des hommes dont le nom fait autorité, et nous sommes à cause de cela obligés de revenir sur quelques unes des circonstances que cette observation présente. Arrêtons-nous d'abord sur la concrétion pseudo-membraneuse qui comblait l'espace compris entre le fémur, le tibia et la rotule. Si l'on admet que la membrane synoviale se déploie sur toute l'étendue du cartilage, rien de plus simple que de lui attribuer cette sécrétion morbide; mais si avec quelques modernes et d'après le résultat d'expériences qui paraissent concluantes on fait arrêter la synoviale à la base des cartilages, on sera bien embarrassé pour expliquer la formation de cette fausse membrane, si en même temps on refuse à ces même cartilages la faculté de s'enflammer. Cependant cette concrétion albumineuse n'était pas seulement contiguë à la surface des cartilages; elle lui adhérait intimement, et lorsqu'on cherchait à l'isoler par la traction il se formait de longs filamens dont les extrémités étaient en quelque sorte collées au cartilage.

Mais c'est surtout l'inflammation et l'ulcération des cartilages qui méritent de fixer notre attention. Cette inflammation a été niée par des médecins fort distingués qui vont même jusqu'à refuser la vie au tissu cartilagineux, le regardant comme une substance inerte. La densité des cartilages n'est pas une raison pour leur refuser la vie; leur structure et leur vitalité sont en harmonie avec les fonctions dont ils sont chargés; autant vaudrait nier la vie à la peau parce qu'elle n'est pas organisée et qu'elle ne sent pas comme un viscère.

En supposant que les cartilages n'aient point de nerfs ni de vaisseaux, ce qui est douteux pour ces derniers, n'y a-t-il pas dans l'économie des organes qui sont dans le même cas, et auxquels on ne saurait refuser ni la vie, ni la faculté de s'injecter par suite de l'inflammation; la cornée transparente nous permet tous les jours de constater de nos propres yeux cette vérité. Si dans quelques cas la couleur rouge des cartilages est le résultat de l'imbibition, cette remarque ne peut s'appliquer à notre observation; la rougeur était circonscrite à des espaces limités; elle coexistait avec des altérations de structure des cartilages, deux conditions qu'on exige pour accorder qu'une injection est due à l'inflammation. Mais les ulcérations ne pouvaient-elles pas dépendre de la maladie de l'os? Tout au plus pourrait-on le soutenir pour celles de ces ulcérations qui étaient accompagnées d'une perte de substance dans la partie correspondante du fémur; mais celle sous laquelle l'os n'était pas altéré et dont les bords loin d'être décollés étaient au contraire très adhérens; mais celle de la rotule évidemment secondaire à la précédente, vis-à-vis de laquelle elle était située, et qui n'avait attaqué qu'une partie de l'épaisseur du cartilage du côté de la surface libre, il est impossible de les regarder comme consécutives à la lésion de l'os quelque bonne volonté

---

de la conservation marche de pair avec le droit de l'existence; c'est l'hygiène et la thérapeutique d'un côté avec la liberté physiologique de l'autre. Et le médecin qui est appelé à veiller à la conservation de ce droit, exerce sur l'homme la fonction que le pouvoir politique exerce sur la société. Ce rapprochement qui est trop naturel pour ne pas être plein de justesse assigne au médecin le rang honorable qu'il occupe ou qu'il doit occuper dans le monde, et que sans doute on ne lui disputera bientôt plus.

En laissant l'homme pour s'occuper des hommes, les analogies ne manqueront pas; il y aura même identité. La vie sociale a aussi une physiologie comme la vie individuelle. En la regardant dans son ensemble, dans sa marche à travers les siècles, on voit qu'elle porte aussi le cachet de l'unité. La série de ses besoins ne tarde pas à se dérouler devant les yeux de l'observateur qui a appris par l'étude de l'homme à savoir épeler quelques mots dans l'histoire de la vie des nations. Or ces besoins physiologiques doivent être, dans notre législation, la matière des théories du droit. Les nécessités de la civilisation dans un sens absolu comme dans un sens relatif trouvent ou doivent trouver une place dans ce monument qui devient la pierre angulaire sur laquelle se dresse la législation du devoir. Cette législation est donc la conséquence ou le complément du code de nos besoins; par l'une, l'autre se dresse, se formule. Si la première établit les conditions de la vitalité physiologique des sociétés, les besoins que cette vie active ressent dans les diverses périodes de son développement, la seconde dicte les lois d'hygiène et de thérapeutique qui doivent à la fois satisfaire et réprimer. L'hygiène, en effet qui est la thérapeutique de l'homme sain, comme la thérapeutique est l'hygiène de l'homme malade, enseigne à connaître, à administrer, à régler les influences qui forment les conditions de la vie. Eh bien! sous le point de vue social, le code du droit est la loi hygiénique qui assure le bien-être de l'association, et lui garantit la vitalité nécessaire à son existence, à son progrès dans les siècles. Et en poussant jusqu'au bout le développement de ce parallèle, la loi de répression qui garantit la société des coupables exagérations de la jouissance du droit doit être considérée comme une thérapeutique salutaire qui, par l'influence de ses agens, peut rendre à ce vaste organisme son équilibre ou sa normalité. Voilà donc le remède à côté du mal comme le droit à côté du devoir. D'un côté la liberté, de l'autre la répression; ici la force, là la résistance; et en résultat un balancement entre la loi du devoir et celle du droit qui doit produire sur la vie sociale, le même phénomène qu'il produit sur la vie individuelle. On le voit maintenant; les analogies ou plutôt les identités existent: il n'y a pas d'hypothèse dans cette opinion.

Ces principes posés, n'est-ce pas la science médicale qui doit conduire par induction à connaître la physiologie d'un corps national? Les faits de l'ordre social et politique ne sont-ils pas comme le second degré d'une science qui doit commencer par l'homme pour avoir une base, pour ne pas être mobile et stérile à l'instar de tant de sciences qui ont usurpé ce nom? Et n'appartient-il pas au médecin, qui a mesuré par état toute l'étendue du point de départ, de jouer un rôle important dans la solution de ces questions difficiles? Certes il est impossible d'en douter; mais de nouvelles preuves achèveraient bientôt la démonstration, si la démonstration était nécessaire.

Je suppose donc un corps national dans des conditions d'idées d'organisation, de milieu, qui donnent à la vie physique une prépondérance marquée sur l'acti-

qu'on en ait. S'il est vrai, comme on n'en saurait douter, que l'affection des cartilages a été primitive, il en résulte que la perte de substance que l'os avait éprouvée n'était venue qu'après elle. Il ne faut donc point admettre comme un principe absolu que l'affection des cartilages ne vient jamais qu'à la suite de celle des os, et que cette affection ne peut jamais être autre chose qu'une usure mécanique ou une dissolution par l'action d'un liquide.

INFLAMMATION DE LA PROSTATE; PHLÉBITE; SYMPTÔMES GÉNÉRAUX GRAVES; INFLAMMATION DES CARTILAGES DE L'ARTICULATION TARSO-MÉTATARSIENNE DROITE; ABCÈS SOUS LE GRAND PECTORAL.

OBS XVII. — Un ouvrier, très robuste, âgé de 29 ans, livré aux excès de table, à l'ivrognerie, et à l'abus des plaisirs vénériens, ayant eu plusieurs maladies syphilitiques, est sujet à une difficulté d'uriner habituelle qui se transforme souvent en rétention d'urine complète. Il but de la bière le soir du lundi 23 mars 1835; le lendemain, à deux heures après midi, il est pris d'une rétention complète.

Le 25, à cinq heures du matin, lorsqu'il entre à l'hôpital, il n'a pas rendu une goutte d'urine depuis la veille. Pensant avoir affaire à un rétrécissement de l'urètre, j'introduisis dans ce canal une sonde élastique d'un petit calibre, et je parvins sans obstacle dans la vessie; mais l'urine ne coule pas; je la remplace par une sonde d'argent avec laquelle j'évacue un litre d'urine environ. Le malade se sent aussitôt soulagé; mais on ne remarque pas sur sa figure cet air de contentement que montrent ceux qui viennent d'être délivrés des douleurs atroces d'une rétention d'urine. La sonde est retirée, et le malade urine, le soir, sans un nouveau cathétérisme.

Le 26, deuxième jour de l'accident, le pouls est plein, fréquent; la soif vive, la peau chaude et sèche; l'hypogastre très douloureux (vingt sangsues au-dessus du pubis). Le soir, le malade est soulagé.

Le 27, frissons dans le dos alternant avec la chaleur et revenant cinq à six fois dans la journée.

Le 28, les frissons continuent, la peau prend une teinte jaune; une douleur des plus vives, survenue sur le dos du pied droit, fait pousser au malade des cris continuels; il s'agite dans son lit, il ne peut trouver le sommeil; les membres sont douloureux, surtout au niveau des articulations; il se plaint d'une douleur vive sous l'une et l'autre mamelle qui l'empêche de respirer; le pouls est d'une fréquence et d'une faiblesse extrêmes; le malade éprouve un profond sentiment de défaillance (65 milligr. de tartre stibié dans une potion, infusion sudorifique, vingt sangsues sur le dos du pied droit). Le tartre stibié n'a pas été toléré; il a provoqué des vomissemens; la douleur du pied n'a pas diminué; les autres douleurs, surtout celles des parois thoraciques, sont plus vives; la faiblesse et la précipitation du pouls ont augmenté; la face exprime la stupeur; il existe un léger délire, une sueur abondante ruisselle de toute la surface du corps (31 grammes d'onguent mercuriel employé en friction sur la peau).

Le 30, mêmes symptômes; de plus, perte de connaissance, pouls insensible. Mort dans la nuit.

NÉCROPSIE. Le dos du pied droit est le siége d'un empâtement résultant d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-cutané qui produisait pendant la vie une apparence de fluctuation. L'amputation du pied dans l'articulation tarso-métatarsienne à laquelle correspondait la violente douleur, nous montre toutes les surfaces cartilagineuses de cette jointure complexe colorées en rouge cerise très foncé, à l'exception toutefois des deux surfaces correspondantes du cinquième métatarsien et du cuboïde qui ont conservé leur blancheur normale. La rougeur n'est point limitée à la surface des cartilages, elle pénètre dans toute leur épaisseur; en sorte que les lames qu'on enlève avec le scalpel ressemblent à des écailles de bois de Campêche. Le tissu spongieux des métatarsiens dont les cartilages sont affectés, divisé avec le scalpel, se montre d'un rouge vif; le cinquième métatarsien dont le cartilage est intact est au contraire d'un blanc mat. Le tissu cellulaire, les muscles du dos du pied et des espaces inter-osseux sont gonflés et infiltrés de sang. Les surfaces articulaires tarso-métatarsiennes du côté gauche contrastent par l'éclat de leur blancheur avec la coloration de celles du côté droit; les autres articulations du pied droit n'ont point éprouvé d'altération.

L'urètre est libre dans toute son étendue; la prostate n'a pas augmenté de volume; son lobe gauche est creusé par une cavité de la grandeur d'une noisette, contenant de la sanie purulente; les parois de ce foyer sont fongueuses; un vaisseau veineux vient s'y ouvrir; cette veine qui admet facilement une sonde cannelée dans sa cavité parcourt toute la circonférence gauche de la prostate; ses parois épaissies se tiennent à distance et ne s'affaissent pas sur elles-mêmes; sa face interne, traversée par des lignes saillantes semblables à des valvules conniventes, est d'un rouge brun. Plusieurs autres veines plus petites aboutissent à cette veine principale et présentent des altérations identiques. Un caillot de sang noir non adhérent remplit tous ces vaisseaux; on le retrouve dans les veines correspondantes du côté droit; mais celles-ci ont leurs parois unies, blanches, transparentes et affaissées sur elles-mêmes. Dans l'épaisseur du lobe gauche de la prostate, on trouve deux autres veines d'une ligne de diamètre à parois épaisses et rouges. Dans le lobe droit, au contraire, les veines sont si fines qu'elles se dérobent à nos recherches; les veines hypogastriques et leurs divisions; les iliaques, les veines cave, inférieure, porte, etc., sont blanches, non épaissies, ne renferment que du sang tantôt liquide tantôt coagulé. La vessie revenue sur elle-même n'a éprouvé aucune altération. Sous le muscle grand pectoral gauche, au-devant des côtes et des muscles intercostaux, on découvre une cuillerée de pus infiltré dans le tissu cellulaire. Ni les articulations, ni les muscles, ni les viscères ne présentent de lésion appréciable.

Rappelons les circonstances qui ont précédé la phlegmasie des cartilages. Une inflammation du lobe gauche de la prostate constitue la maladie primitive; des symptômes généraux très graves lui succèdent, et c'est au milieu de la perturbation de toute l'économie que l'on voit naître l'inflammation des cartilages de l'articulation tarso-métatarsienne gauche. Cet enchaînement dans les lésions ne me paraît pas pouvoir être contesté: en effet, la rétention d'urine, la douleur dans la région de la vessie, le foyer purulent trouvé dans la prostate, les altérations anatomiques des veines, établissent suffisamment la nature de l'affection de ces organes. Les symptômes qui ont suivi sont ceux que l'on voit paraître après toutes les phlébites, que l'on attribue à la résorption purulente, et qui dépendent probablement d'une altération profonde du sang. Enfin, le dépôt purulent situé sous le grand pectoral et l'inflammation de l'articulation du pied appartiennent à la troisième période de l'affection, période caractérisée par des épanchemens purulens dans le tissu cellulaire, dans les viscères, dans les cavités séreuses et articulaires; car si nous n'avons pas trouvé du pus dans l'articulation tarso métatarsienne, le temps est la seule chose qui a manqué.

Mais, ce qu'il nous importe d'établir pour le moment, c'est l'inflammation des cartilages; or, quels caractères plus tranchés veut-on de cette inflammation? Pendant la vie, une douleur des plus violentes avait son siége exactement sur la ligne qui sépare le tarse du métatarse, et après la mort nous trouvons les cartilages correspondans au lieu douloureux pénétrés d'une couleur rouge très foncée, non pas seulement à leur surface, mais dans toute leur épaisseur.

Si la vie du sujet se fût prolongée, nous aurions trouvé, soit du pus dans la cavité articulaire, comme cela est si fréquent dans ces circonstances, soit des ulcérations des cartilages, comme nous l'avons vu dans la précédente observation; et si ces malades eussent vécu encore plus long-

vité de l'esprit. Pour que l'ordre existe au sein de cette nationalité, il faudra nécessairement que la catégorie des devoirs individuels l'emporte sur celle des droits, ou en d'autres termes que la passivete de l'obéissance l'emporte sur le libre exercice de la volonté. Mais si le pouvoir veut pousser au progrès ce corps de nation dont il doit savoir analyser le caractère ou mieux encore l'organisme, pour bien juger ses tendances, il recherchera les conditions les plus favorables à l'éducation, au développement de l'esprit; et une fois qu'il les aura trouvées, il entrera courageusement dans la carrière des modifications. Or pour arriver à ce résultat, il faut se rendre compte de l'influence reelle des mœurs, des habitudes, du sol, sur l'organisme individuel et social, s'expliquer les causes par lesquelles l'assimilation, si on veut me passer ce mot, est loin de se faire au profit de l'esprit, et localiser suffisamment les causes pour pouvoir les attaquer, les modifier, les détruire si c'est nécessaire, aussi près que possible du principe de leur existence. Ainsi dans l'hypothèse que l'etude approfondie des résultats aurait fait découvrir la nature des causes, ce ne serait plus en aveugle que le pouvoir ouvrirait aux masses ces carrières industrielles qui, en exerçant les forces du corps, exigent aussi la féconde intervention de l'esprit; il saurait alors le faire d'après un plan déterminé où les inconvéniens n'auraient pas une plus large part que les avantages. Ce ne serait plus en aveugle, que le pouvoir encouragerait le mélange des races qui doit avoir toujours pour but d'identifier autant que possible au corps national, le type le plus en rapport avec les conditions les meilleures d'une bonne et complète organisation. Ce ne serait plus en tâtonnant ou dans le vague absolu d'un *à priori*, qui pourrait s'appeler dans beaucoup de circonstances un caprice de la volonté, que le pouvoir mettrait à l'essai un système d'éducation plutôt qu'un autre, dont il ne s'occuperait plus peut-être une fois qu'il l'aurait fondé. Enfin, lorsqu'il s'agirait d'établir des communications entre les points les plus extrêmes du pays, ce n'est pas à la voix de quelques intérêts mercantiles de peu d'importance que le pouvoir obéirait, mais à la nécessité de modifier le caractère d'une partie de la population par le frottement d'une autre, et de travailler ainsi à la formation de cette unité qui est la condition la plus favorable au progrès national. Ceci se resout pour ainsi dire dans une question de haute gymnastique. C'est le développement sous des influences determinées des facultés humaines; et la médecine a évidemment ici de bons conseils à donner, de vives lumières à fournir.

La Grèce, d'ailleurs, procédait de cette manière. Elle ne voyait, il est vrai, que le corps, non l'esprit; les forces matérielles, et non celles qui dominent et régissent la matière. Mais, dans l'étroite circonscription de cette croyance, elle procédait, il faut le dire, avec grande raison. Ainsi, elle cherchait à balancer, par la gymnastique, les forces entre elles. Par ce moyen, elle modifiait des penchans vicieux, ou croyait les corriger à jamais; elle développait enfin un antagonisme sur un point pour contrebalancer une activité trop grande sur un autre, et elle arrivait par ce système d'éducation à créer dans le corps un équilibre organique qui se rapprochait le plus possible de ce *temperamentum temperatum* des anciens, dont le beau idéal, ce rêve des artistes de tous les siècles, est presque la fidèle traduction. Mais ce n'était pas dans un but d'art et de plaisir, pour créer des modèles ou des athlètes, que la gymnastique multipliait ses établissemens; c'était dans un but d'education, dans un but social. On croyait alors que l'équilibre des forces du corps constituait la moralité, que le tempérament mixte était l'essen-

temps, l'ulcération ayant dévoré tout ou partie des cartilages, les os étant dénudés, ulcérés à leur tour et ramollis, on n'aurait pas manqué de dire que les cartilages n'avaient disparu que par suite de la lésion des os. A la vérité, les os correspondans aux cartilages malades étaient eux-mêmes vivement injectés, mais ils ne l'étaient que secondairement aux cartilages dont l'inflammation primitive était démontrée par le siége de la douleur. Voudrait-on soutenir l'inverse, c'est-à-dire que les cartilages enflammés ne l'ont été que consécutivement aux os? Cela ne changerait rien à la question, qui est de savoir si les cartilages peuvent être affectés d'inflammation, comme toute autre partie vivante, ou bien si, comme on l'a dit, ils ne peuvent subir qu'une usure, une érosion, ou une dissolution, à l'instar des corps inertes, Or, le fait qui nous suggère ces réflexions tranche évidemment la question en faveur de la première de ces deux doctrines. Ces cartilages auraient-ils été injectés par simple imbibition? Mais comment cette imbibition aurait-elle été accompagnée d'une douleur si vive? Comment les autres cartilages du tarse, aussi favorablement placés qu'eux pour se laisser pénétrer par le sang, auraient-ils conservé leur blancheur normale? Concluons que cette rougeur des cartilages était le résultat d'une phlegmasie et même d'une phlegmasie très violente.

FRACTURE DU FÉMUR; INJECTION; ULCÉRATION DES CARTILAGES TIBIO-FÉMORAUX; ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LE GENOU ET DANS L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

OBS. XVIII. — Un homme de soixante ans fut admis à l'Hôtel-Dieu pour une fracture oblique de la partie inférieure du fémur gauche. Traité par l'extension, il mourut au bout de trois mois, sans avoir, pendant tout ce temps, présenté aucun signe de consolidation ou même de réunion de fragmens. Aucune douleur n'avait été ressentie dans le genou. Voici les lésions que l'autopsie cadavérique fit connaître :

1° ÉTAT DE LA FRACTURE. — Les fragmens sont mousses et arrondis, mais ne présentent pas la moindre trace d'agglutination. Rien n'indique qu'il y ait eu un cal provisoire. Un faisceau de fibres musculaires sépare les deux bouts osseux. Les parties molles sont contuses et infiltrées de sang noir dans une grande étendue.

2° GENOU DU COTÉ MALADE. — Cette articulation, restée immobile pendant trois mois, contenait une grande quantité de sang épanché; le cartilage de la fossette articulaire interne du tibia présentait en arrière une perte de substance à peu près circulaire de 9 millimètres environ de diamètre, n'affectant que la moitié de l'épaisseur de l'organe du côté libre; le fond était inégal et comme chagriné. La circonférence était injectée à quelques lignes de distance.

La portion du cartilage du condyle interne du fémur, contiguë à l'ulcération dont nous venons de parler, était perforée dans toute son épaisseur, de forme oblongue, longue de 9 millimètres; cette perte de substance avait des bords taillés à pic, légèrement arrondis vers leur angle libre. La substance du fémur n'avait éprouvé aucune altération.

Le cartilage de la fossette articulaire externe du tibia est ulcéré en arrière, dans un espace irrégulier d'environ 23 millimètres de diamètre La perte de substance est peu profonde, le fond est inégal. Le tissu du cartilage qui supporte cette ulcération est ramolli, mais non friable; il est évidemment tuméfié. Tout autour de cette perte de substance, mais surtout en avant, le cartilage est pénétré d'une injection d'un rouge vif uniforme. Le cartilage du condyle externe du fémur est rouge dans la seule étendue corresqondante à cette dernière ulcération.

Les fibro-cartilages semi-lunaires sont intacts. Les cartilages malades, et même ceux des autres articulations, se détachent des os avec la plus grande facilité.

3° L'articulation tibio-tarsienne gauche contient du sang épanché. Les cartilages sont d'une couleur jaunâtre; la synoviale qui tapisse l'articulation péronéo-tibiale est injectée, tuméfiée, et fait saillie dans l'articulation tibio-tarsienne. (Recueillie par M. Teissier, chirurgien interne.)

Cette observation ne laisse aucun doute sur la réalité de l'inflammation ulcérative des cartilages. L'injection qui entourait les ulcérations était l'effet d'une phlegmasie, et non le résultat de l'imbibition, quoique la cavité articulaire contienne une notable quantité de pus. L'imbibition aurait coloré uniformément tous les cartilages et toute leur étendue, et ne se serait pas bornée à dessiner une auréole autour des pertes de substance. Je dois faire remarquer la tuméfaction, parce qu'on a prétendu que les cartilages ne pouvaient pas se tuméfier, et qu'on a même regardé cette circonstance comme une preuve contre la possibilité de la phlegmasie des cartilages.

L'absence de douleur n'est pas un argument contre la nature inflammatoire de ces ulcérations. Beaucoup d'inflammations de la plèvre existent sans douleur, ce qui n'empêche pas que la douleur ne soit un des principaux caractères de la pleurésie. Ainsi, on ne saurait nous opposer ce fait lorsque nous disons que l'ulcération des cartilages se traduit à l'extérieur par une violente douleur, car en pathologie aucun phénomène ne se produit avec une constance invariable. Cette absence de douleur peut être expliquée ici par le peu de réaction qui existait chez ce vieillard, dont la fracture n'a pu être consolidée, malgré l'immobilité la plus complète.

FRACTURE DU CORPS DU FÉMUR NON CONSOLIDÉE APRÈS VINGT-DEUX MOIS D'EXTENSION ET D'IMMOBILITÉ; AMPUTATION; RAMOLLISSEMENT DU FÉMUR ET DU TIBIA; ULCÉRATIONS DES CARTILAGES TIBIO-FÉMORAUX; UNION PAR FAUSSES MEMBRANES DES CARTILAGES TIBIO-FÉMORAUX ET FÉMORO-ROTULIENS; UNION DE CES MÊMES CARTILAGES PAR CONFUSION DE LEUR SUBSTANCE.

OBS. XIX. — Pierre Mavel, âgé de 27 ans, d'une constitution lymphatique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai 1838, pour une fracture de la cuisse droite, produite par un éboulement de terrain. La fracture siége au milieu du corps du fémur; elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Le fragment supérieur fait saillie en avant et l'inferieur s'enfonce en arrière et remonte sur le supérieur.

Le membre est raccourci de 27 millimètres. Ce jeune homme éprouve, en outre, quelques symptômes de scorbut. Les gencives sont engorgées, violettes et saignantes.

Le membre est placé dans un appareil à extension permanente. Après quatre mois, la réunion des fragmens n'est pas encore commencée. Pour assurer une immobilité plus parfaite, on applique une attelle postérieure solide, montée sur le membre, garnie d'un coussin et assujétie par un double bandage de Scultet. On se sert en même temps d'attelles latérales. Les toniques et les amers sont administrés à l'intérieur. Malgré toutes ces précautions, aucun indice de cal n'apparaissait vingt-deux mois après l'accident; il existait, au contraire, une fausse articulation, qui motiva l'amputation du membre. Le 5 mars 1840, M. Bonnet pratiqua cette opération, immédiatement au dessus de l'endroit fracturé.

DISSECTION DU MEMBRE AMPUTÉ. Les extrémités du fragment sont arrondies et séparées par un faisceau de fibres musculaires. On n'aperçoit point de traces d'ossification. Le tissu osseux est infiltré de sang.

GENOU. Le cartilage de la facette articulaire interne du tibia a éprouvé une érosion circulaire de l'étendue d'une pièce de 20 sous. Ses bords sont arrondis et la substance du cartilage est notablement rouge jusqu'à 7 millim. de distance. Le cartilage du condyle interne du fémur a éprouvé une perte de substance correspondante à la précédente, de même forme et de même étendue qu'elle. Une fausse

---

ticlle condition de la modération, de la sagesse; et les gymnases étaient des écoles ouvertes aux hommes dont on voulait faire des citoyens. Dans ces temps reculés, la médecine travaillait pour l'état; c'était à elle que la patrie s'adressait pour avoir des hommes. Mais, alors, les médecins étaient des demi-dieux. Que sont-ils maintenant?

Si je passe à la question tant controversée des races humaines, et sur laquelle ont régné si longtemps de si déplorables préjugés, il me sera facile d'établir que le droit, dans ce qu'il doit avoir de commun chez tout ce qui porte une forme humaine, est plutôt découvert par la science du médecin que par celle du philosophe et du philologue. En effet, l'anatomie comparative et la zoologie, en enseignant la structure de toutes les espèces animales, fait découvrir la grandeur du cercle, si l'on peut ainsi dire, qui renferme les variétés ou les anomalies de chaque espèce L'embryogénie met en évidence l'independance qui existe entre chaque zône, chaque portion de la série, en démontrant que le régne animal, loin de se composer d'une suite de nuances qui iraient en se compliquant, depuis l'être le plus rudimentaire jusqu'au chef-d'œuvre de la création, dévoile au contraire une distribution par laquelle chaque espèce est assez circonscrite dans ses caractères spéciaux, pour qu'une profonde ligne de démarcation la sépare entièrement des espèces voisines. La physiologie fait apprécier les différences qui existent dans la mesure d'activité des organes de chaque variété de l'espèce, et conduit par conséquent à faire connaître la nature de chaque type, et la distance organique, si l'on peut ainsi dire, qui sépare ces types les uns des autres. Enfin, l'étude des influences ou morales ou physiques qui agissent sur l'homme éclaire jusqu'à un certain point, la question des causes productrices de ces variétés de l'humaine espèce, dont les caractères sont si tranchés, et met sur la voie des élémens d'action qui pourraient servir à opérer leur réhabilitation intellectuelle et physique. La question, ce me semble, peut très bien se passer d'autres élémens. Ceux-là suffisent pour arriver à la conclusion qui groupe dans une même famille les facteurs divers de la grande famille humaine, et qui donne au nègre comme au blanc cet absolu du droit au-delà duquel les droits et les devoirs se modifient, en raison directe des conditions spéciales de l'état de progrès ou du caractère de la civilisation.

Le problème si complet du droit international, de cette législation qui circonscrit la sphère d'action de chaque peuple, pour que chacun puisse développer, sans nuire à son voisin, les multiples conditions de son existence, ce problème, dis-je, ne doit-il pas aussi trouver sa solution dans les données fécondes que fournit la science médicale? Ceci est de la plus évidente logique; car pour bien juger les tendances de chaque nation, il faut savoir mesurer l'intensité de ses forces actives, et rattacher cette puissance à la cause organique et intellectuelle dont la molécule intégrante, si l'on peut s'exprimer ainsi, se découvre en quelque sorte par l'analyse du caractère physique et moral de l'individu De cette cause, qui n'est elle-même qu'un résultat, il faut savoir encore remonter, pour se rapprocher le plus près possible du but, aux influences qui l'ont produite, à ces *circumfusa* de la température, du sol auxquels se rapportent souvent de si profondes modifications, etudier surtout avec détail l'influence des idées, des mœurs qui ne sont elles-mêmes que la traduction des idées par l'habitude, et voir jusqu'à quel point cet élément abstrait agit ou peut agir sur les tendances de l'ordre inférieur, Par ce travail de physiologie et de psychologie comparati-

membrane mince, placée entre ces deox ulcérations, s'étend encore au loin sur le cartilage persistant du tibia. Soulevée par le scalpel, elle ressemble à l'arachnoïde cérébrale devenue opaque. Le ménisque correspondant adhère d'un côté à cette fausse membrane, et de l'autre au cartilage du condyle interne du fémur.

Le condyle externe du fémur est uni au tibia d'une manière solide. Une coupe verticale faite d'avant en arrière met en évidence le mode de cette union. Les cartilages du fémur et du tibia n'ont point éprouvé de perte de substance, ils n'ont rien perdu de leur épaisseur; séparés en avant et en arrière par un espace triangulaire résultant de la convexité du condyle fémoral, ils sont unis immédiatement par le ménisque et par une fausse membrane qui lui est continue en dedans et qui comble avec lui cet espace triangulaire. La fausse membrane élastique ressemble à un fibro-cartilage inter-vertébral. A l'endroit de la plus grande convexité du condyle dans l'étendue de 7 millim., les cartilages du fémur et du tibia sont unis immédiatement; leur substance est confondue sans que l'on puisse apercevoir la plus légère trace de démarcation entre eux. L'épaisseur du cartilage qui en résulte est double de celle des cartilages isolés.

Une semblable confusion existe aussi entre le cartilage de la rotule et celui de la gorge articulaire du fémur; mais seulement vers le milieu de l'os et dans l'étendue de 7 millim. verticalement. Au-dessus et au-dessous les cartilages reprennent leur isolement et sont tenus à 5 millim. de distance par une membrane de nouvelle formation blanche et élastique.

L'articulation péronés-tibiale est saine.

Dans l'articulation fémoro-tibiale il existe un épanchement de sang et des pseudo-membranes épaisses et adhérentes. Les cartilages sont érodés sur quelques points. Des érosions analogues existent dans les articulations phalangiennes, les cartilages présentent de très légères érosions. Toutes ces jointures contenaient du sang; les franges synoviales étaient rouges.

Au fond des ulcérations des cartilages tibio-fémoraux, la substance des os était plane et n'avait souffert aucune perte de substance; mais la consistance était affaiblie sensiblement; le doigt la pénétrait et la brisait avec la plus grande facilité. Le tissu spongieux des cellules du fémur et du tibia était d'une largeur extrême et renfermait une substance rouge, demi-liquide, abondamment exprimée par la pression. Le tissu compacte qui limitait le canal médullaire des deux os avait subi un amincissement extrême. (Recueillie par M. Teissier, chirurgien interne.)

L'adhésion immédiate des surfaces cartilagineuses, leur réunion par l'intermédiaire d'une fausse membrane prouveraient seules qu'une phlegmasie a existé, lors même que l'ulcération et la rongeur ne seraient pas là pour éloigner toute hésitation à cet égard; aussi je n'insisterai pas davantage sur ce point. Mais la cause spéciale de cette plegmasie mérite d'être remarquée; ce n'est point comme dans l'observation 16 une contusion, ni comme dans l'obs. 17 une altération humorale, mais une fracture non consolidée du fémur comme dans l'obs. 18. Dans les deux cas, la phlegmasie établie dans un point de l'os a été propagée jusqu'au cartilage à travers le tissu spongieux. L'altération des cartilages tibio-astragaliens ne reconnaît pas d'autre cause. La transmission de la phlegmasie s'est faite à travers toute la longueur du tibia pendant les ving-deux mois qui se sont écoulés depuis l'accident jusqu'à l'amputation. Le ramollissement des os, la dilatation des cellules, l'amincissement du tissu compacte de la diaphyse témoignent de l'état pathologique du tissu osseux. Cette propagation de la phlegmasie osseuse est un phénomène qui se reproduira souvent dans nos observations. Dans les deux faits qui précèdent, la maladie de l'os a été antérieure à celle des cartilages. L'ordre inverse a lieu plus fréquemment; il est très commun en effet de voir des lésions organiques des os être la conséquence de la phlegmasie de ces organes auxquels on refuse toute participation à la vie.

CONTUSIONS RÉPÉTÉES DU GENOU; DOULEUR FIXE; ULCÉRATION ET INJECTION D'UN CARTILAGE DU FÉMUR; ULCÉRATION ET RAMOLLISSEMENT DE L'OS; INFLAMMATION DE LA SYNOVIALE; PHTHISIE PULMONAIRE.

OBS. XX. — Joseph Bévardier, tisserand, âgé de 46 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1836; sa constitution est entièrement ruinée. Le genou droit très volumineux contient une grande quantité de liquide. Cette articulation qu'il était obligé d'appuyer constamment contre un pieu pour faire aller son métier, était devenue le siége de douleurs sourdes depuis le mois de mai 1834. Outre la posture habituelle qui suffisait pour expliquer les douleurs, il travaillait dans un local humide, ce qui avait bien pu exercer une influence fâcheuse sur l'articulation. C'est surtout pendant la station que la douleur se faisait sentir; elle était fixée au-dessous des condyles du fémur et principalement du condyle externe.

Au mois de juin 1834, du gonflement apparut autour de la rotule; d'abord léger, il n'a pas cessé de s'accroître depuis cette époque, aussi bien que les douleurs et la toux dont il ressentit les premières atteintes à peu près dans le même temps.

Lors de son entrée à l'hôpital, la fluctuation dans l'article n'est pas douteuse; la tumeur s'étend sur la partie inférieure de la cuisse; la pression développe de vives douleurs sur les côtés de la rotule, vers la surface des condyles fémoraux. L'application du froid est intolérable; la chaleur, au contraire, apaise les souffrances. Le malade tousse beaucoup; la respiration ne s'entend pas dans toute l'étendue du poumon droit; seulement il existe en haut et en arrière du râle muqueux à grosses bulles, et en avant sous la clavicule on entend un gargouillement. Toute la partie antérieure du côté droit de la poitrine rend un son mat à la percussion. A gauche, la respiration s'entend parfaitement; les crachats sont purulens. Après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, ce malade s'éteint au milieu des symptômes toujours croissans de la consomption pulmonaire.

NÉCROPSIE. Le genou droit ponctionné laisse écouler environ une livre de sérosité roussâtre, mêlée à des floccons albumineux et à du pus. Ce liquide était contenu dans la cavité de la membrane synoviale, très distendue et remontant à 108 millim. au-dessus de la rotule où elle se terminait en cul-de-sac, ainsi qu'inférieurement au-dessous des condyles du tibia. Cette synoviale paraissait épaissie; elle était rougeâtre et recouverte d'une fausse membrane épaisse et jaune. Les cartilages du condyle du fémur de couleur brune sont séparés dans quelques points de la substance spongieuse de l'os, qui elle-même est ramollie. Sur le bord externe du condyle externe, on voit une érosion du cartilage entourée d'une rougeur foncée parsemée de stries d'un rouge plus intense que le reste. Les cartilages semi-lunaires et ceux du tibia conservent leur couleur normale et leur intégrité. La membrane médullaire du fémur est infiltrée de matière jaunâtre et convertie, dans quelques points, en une sorte de bouillie rouge.

Le poumon gauche est crépitant dans une assez vaste étendue; mais en avant le lobe supérieur est farci de granulations tuberculeuses; d'autres sont clair-semées dans le reste de l'organe. Au-dessous du lobe inférieur, on voit une portion membraneuse d'un blanc nacré, de l'étendue d'une pièce de 20 sous, très adhérente au tissu du poumon et ressemblant à une cicatrice. Le poumon droit, très adhérent à la plèvre costale, est dans plusieurs points hépatisé et farci de tubercules, surtout à la partie antérieure du lobe supérieur. Le sommet de ce même lobe est creusé de deux cavernes de l'étendue d'une noix; la plus postérieure est tapissée d'une couche pseudo-membraneuse et contient du pus avec de la matière tuberculeuse ramollie; on ne trouve dans l'autre qu'un putrilage noirâtre. (Par M. Testu, chirurgien interne.)

Des froissemens répétés et peut-être un principe rhumatismal ont produit l'inflammation, puis l'ulcération des cartilages, l'inflammation de la synoviale, les fausses membranes et l'épanchement du liquide. L'action soutenue d'une pression constante a sans cesse aggravé la maladie et s'est opposée à l'absorption de l'épanchement que le repos aurait favorisé. Le siége de la douleur nous fournit un moyen précieux de nous

---

ves, on conquiert des résultats dont la valeur ne s'évapore pas comme une illusion vaine devant l'épreuve d'une rigoureuse application. Et alors, ce ne serait plus en invoquant l'éphémère nécessité d'intérêts de peu d'importance qu'on établirait les bases des rapports qui doivent lier deux nationalités voisines: les pactes reposeraient sur de moins fragiles fondemens. En ne s'écartant pas de la ligne qui conduit à pénétrer la physiologie nationale des peuples, on aurait la clef des sympathies ou des antipathies utiles, des ligues nécessaires ou des alliances funestes. Enfin, ce seraient les conditions de la nationalité sous le point de vue physique et moral, étudiées dans l'histoire de leur développement, qui éclaireraient la question de l'avenir de tel ou tel peuple, et recuIeraient ainsi les limites de la sphère ouverte aux investigations et aux inductions de l'esprit.

La diplomatie éprouverait, à la suite de cette direction (la seule qu'on devrait suivre), une salutaire révolution. Elle ne consisterait plus dans une lutte d'esprit et de finesse entre deux individualités, dont l'intelligence n'aurait pris ses degrés d'instruction qu'au milieu de la foule nobiliaire de ces salons dorés où les riens sont présentés de manière à paraître quelque chose. Ces avantages d'homme du monde (c'est le nom qu'on donne à ce qu'on pourrait appeler de grands défauts) auraient désormais un rang secondaire, en présence des qualités essentielles à celui qui se destine à parcourir la carrière difficile du diplomate. Ainsi, moins homme d'esprit que de sens, moins homme de salon que d'intelligence, moins esclave de la forme que du fond, le diplomate, tel qu'il devrait être, aurait, avec l'amour des choses sérieuses, l'instinct des connaissances par lesquelles il lui serait moins difficile qu'à tout autre d'observer et d'apprécier le caractère physique et moral des nationalités étrangères. Cet instinct, que je suppose en lui dans les grandes fonctions diplomatiques, le conduirait logiquement à s'initier avant son entrée toutes ces sciences qui enseignent à déchiffrer quelques caractères sur les tables hiéroglyphiques de la vie intime des nations. Une fois qu'il aurait étudié l'homme pour connaître les hommes, l'individu isolé pour connaître la société, son observation s'exercerait sur une grande surface, si je peux ainsi dire, et les résultats qu'il en retirerait seraient loin d'avoir la stérilité de ces résultats, conséquences étiolées de données insuffisantes. Tout cela se comprend; car, avec toutes ces lumières, le diplomate ne bornerait pas tous les soins, toutes les manœuvres que lui suggère son esprit durant le cours de ces escarmouches internationales, qui s'appellent des entrevues diplomatiques, des pourparlers, des conférences, ou, quand l'escarmouche prend le caractère d'une bataille, des congrès, à épier les démarches, à peser les mots de son antagoniste, à l'enfermer dans un réseau de paroles, à déguiser la pensée sous le flot de la périphrase; enfin, à tromper pour éviter d'être trompé. Il reconnaîtrait bien vite que les rapports des nations ne doivent pas dépendre de ces misérables joûtes d'esprit et de courtoisie, et que son devoir lui prescrit, puisqu'il l'oblige si souvent d'être le metteur en œuvre des destinées de deux peuples, d'étudier avant tout l'organisme national, dont il pourrait bien ne pas connaître le plus grossier des ressorts. Or, cette étude lui apprendrait dans quelles bornes doit s'exercer l'activité d'une nation; jusqu'à quel point cette expansion d'activité peut contraindre et comprimer l'activité absolue et relative des nations limitrophes, et surtout de celle qu'il représente; à quelles limites par conséquent doivent s'arrêter les droits pour que l'équilibre subsiste, et que, dans cette vaste organisation qui de celle-ci s'appelle le monde civilisé, il y règne cette division hiérarchique de

éclairer sur le siége primitif du mal; en effet, la douleur que le malade a éprouvée dès le début de l'affection était rapportée surtout sous le condyle externe; elle devenait plus vive pendant la station. Or c'est là précisément sous le condyle externe que le cartilage était dévoré par l'ulcération. De là l'inflammation s'était propagée d'un côté à la membrane synoviale, de l'autre côté au tissu spongieux du fémur qui était rouge, profondément ramolli et dont le tissu compacte était aminci.

Dans les faits précédens l'ulcération était entourée d'un cercle rouge plus ou moins vif; dans celui ci nous ne trouvons que des stries violacées, comme on en voit autour des vieux ulcères cutanés. Cette circonstance se rattache à l'ancienneté de la maladie. Si elle eût duré davantage, il est probable que toute coloration aurait disparu et que le cartilage environnant la perte de substance serait resté tout à fait blanc.

DOULEUR ANCIENNE ET CIRCONSCRITE DU GENOU; HYDARTROSE-SYNOVITE AIGUE; ULCÉRATION DE DEUX CARTILAGES; RAMOLLISSEMENT ET ULCÉRATION DU FÉMUR; RAMOLLISSEMENT PULPEUX D'UN AUTRE CARTILAGE.

OBS. XXI.—Jeanne Jacquemet, âgée de 66 ans, avait depuis dix-sept mois une tumeur au genou gauche, contre laquelle plusieurs traitemens avaient déjà échoué. Lorsqu'elle entra dans mon service, en juillet 1834, elle m'assura que depuis quatorze mois elle n'avait pas quitté le lit, et que la jambe était toujours restée dans la position où je la voyais; c'est-à-dire tellement fléchie sur sa cuisse, que le talon était appliqué contre la fesse. Le genou était tuméfié, arrondi par un empâtement élastique qui existait tout autour de l'articulation, principalement sur les côtés du ligament rotulien. L'extension de la jambe était impossible, la plus légère tentative faisait jeter les hauts cris. Une douleur vive siégeant dans l'articulation et rapportée à la partie supérieure interne de la rotule ne laissait de repos à la malade ni le jour ni la nuit. Des vésicatoires, des cautères, la morphine, par la voie endermique, modérèrent les douleurs, mais seulement pour quinze jours; elles revinrent après avec la même violence; la partie supérieure du genou se tuméfia, un abcès se forma sur le côté interne du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse; son ouverture soulagea la malade pour quelques jours, mais bientôt tout le genou se gonfla; il devint plus douloureux que jamais; plusieurs ouvertures se formèrent autour de la rotule par lesquelles il s'écoula chaque jour une grande quantité de pus fétide; les os du genou jouèrent l'un sur l'autre, et firent entendre de la crépitation. Les douleurs, la suppuration, la fièvre, l'insomnie, conduisirent rapidement la malade au tombeau. Les sangsues répétées en grand nombre, les applications émollientes, les grands bains, ne ralentirent que faiblement la marche de cette terrible maladie. Les bains seuls avaient la propriété de calmer les douleurs pendant que la malade y était plongée.

NÉCROPSIE. Les cartilages de la rotule, des condyles internes du fémur et du tibia ont complètement disparu; les os correspondans sont dénudés simplement, mais nullement ulcérés; le tissu spongieux du tibia et de la rotule conserve la consistance ordinaire; celui du condyle interne du fémur se laisse briser par l'ongle, qui le pénètre avec beaucoup de facilité. Sur les condyles externes du fémur et du tibia on ne trouve intacte qu'une petite portion des cartilages; la plus grande partie est molle, pulpeuse, et se laisse enlever sans la moindre difficulté. Dans quelques points circonscrits, l'os est à nu, mais il n'est point ulcéré, et il conserve sa dureté normale. Le tissu fibreux, qui complète l'enceinte articulaire, est perforé dans plusieurs endroits; une de ces perforations est plus remarquable que les autres par la place qu'elle occupe, située immédiatement au-dessus de la rotule; elle traverse de part en part le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. En arrière, la partie inférieure de ce muscle, ainsi que la surface contiguë du triceps sont recouvertes d'une couche épaisse de pus, et circonscrivent une cavité qui communiquent avec l'extérieur par plusieurs ouvertures. Les ligamens latéraux et croisés conservent leur consistance; ils sont seulement relâchés par suite de l'absence des cartilages.

Le côté interne de l'articulation avait été le siége primitif de la maladie, c'est presque exclusivement dans cette partie que ces douleurs étaient rapportees depuis quatorze mois; là aussi les cartilages ont disparu sans laisser le plus petit vestige. A la vérité, le condyle interne du fémur étant ramolli et légèrement ulcéré, on pourrait croire que c'est par lui que le mal a commencé; mais cette même articulation ne nous montre-t-elle pas les cartilages des condyles externes du fémur et du tibia détruits ou ramollis, sans que les os sous-jacens aient éprouvé le moindre changement de structure. Si, dans ces derniers cartilages, la maladie était primitive, quelle apparence qu'elle ne fût que secondaire dans les autres? Ainsi, l'inflammation ulcérative des cartilages était la maladie la plus ancienne, c'est celle qui entretenait l'inflammation chronique de la synoviale avec épanchement de sérosité, comme une lésion organique du testicule à l'égard de la tunique vaginale, inflammation élevée rapidement à l'état sur-aigu, par suite de l'introduction de l'air dans la cavité articulaire.

L'état pathologique des cartilages se présente ici avec des particularités que nous n'avons pas encore rencontrées. L'injection n'existait pas ou n'existait plus, et l'organe, réduit en pulpe, s'enlevait sans le moindre effort. L'absence d'injection s'explique très bien par l'ancienneté de la maladie. On voit souvent sur la peau ou sur les membranes muqueuses, de vieilles ulcérations autour desquelles les tissus sont tout à fait pâles, et qui ne laissent pas de faire des progrès. Quant au ramollissement, qui, dans ce cas, paraissait être le préliminaire de la perte de substance, était-il le résultat de l'action du liquide environnant? rien ne le prouve. Je suis d'autant moins porté à le croire, que nous verrons le ramollissement du cartilage exister dans des articulations dépourvues de liquide. L'inflammation est probablement la cause de ce ramollissement qui se produit sous son influence dans tous les organes de l'économie. Ainsi, les ganglions lymphatiques longtemps enflammés chroniquement finissent par tomber en dissolution; ainsi la tuméfaction des plaques de Peyer dans les intestins, se termine-t-elle par le ramollissement et l'ulcération, sans qu'il existe autour la moindre injection sanguine.

CHUTE SUR LE GRAND TROCHANTER; INFLAMMATION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE; DESTRUCTION DES CARTILAGES; CARIE DU FÉMUR ET DU TIBIA.

OBS. XXII.—Un enfant de 10 ans fit une chute sur le grand trochanter, il en résulta une douleur vive dans l'articulation coxo-fémorale, avec impossibilité de mouvoir le membre. Lorsque je vis le malade, trois mois après l'accident, toute la circonférence de la cuisse, au niveau de l'articulation, était énormément tuméfiée; on y sentait de la fluctuation; la cuisse fléchie, immobile, devenait douloureuse au moindre contact. Une ponction, en évacuant une grande quantité de pus, soulagea le malade, mais la source de ce liquide ne fut point tarie; non seulement l'ouverture faite avec le bistouri ne se cicatrisa point, mais encore il s'en forma sur la cuisse et sur la fesse plusieurs autres qui laissaient sortir chaque jour une grande quantité de pus. Le malade, couché sur le côté sain, ne quitta jamais cette position; la cuisse resta constamment fléchie et immobile; le simple contact du doigt sur la peau faisait pousser des cris. La suppuration abondante, le dévoiement et l'infiltration générale terminèrent les jours du malade après une année de séjour à l'hôpital.

NÉCROPSIE. Les muscles de la cuisse sont infiltrés de pus dans leur moitié supérieure; la capsule fibreuse est épaissie et perforée. La tête du fémur, dépouillée de son cartilage, conserve sa forme et son volume. En la pressant, on l'aplatit comme une éponge, et on en exprime une sanie noire; le scalpel la divise avec la plus grande facilité; la surface de la coupe est noire; les cellules sont dilatées.

---

l'organisme individuel, où la vie matérielle est dominée par la vie intellectuelle, les besoins physiques sont soumis à la suprématie de l'intelligence, les organes d'assimilation, de nutrition, de sensibilité, de mouvement, à la supériorité d'action du cerveau.

Je ne puis donner que des aperçus d'ensemble, de généralité, sur les conditions fondamentales de l'instruction de l'homme d'etat, qui doit étudier dans l'homme les conditions d'existence des sociétés; car si je revenais trop souvent sur le sujet de ma première lettre, je m'enfermerais dans une pétition de principe qui n'aurait pas d'issue. D'ailleurs, l'intelligence de mes lecteurs y pourvoira facilement, puisque je crois avoir déjà prouvé, que mon imagination ne s'était pas mise en frais d'une ambitieuse rêverie ou d'une ridicule hypothèse. Je reviens souvent sur cette accusation, trop bien fondée peut-être aux yeux, toutefois, de ceux qui ne sont pas médecins, ou qui portent ce titre, sans le mériter, parce qu'on s'est efforce beaucoup trop jusqu'ici d'isoler la théorie de l'application, de rendre les principes pour ainsi dire étrangers aux conséquences. Cette manie de ne pas songer à la matière de la politique, en faisant de la politique et en procédant à des tentatives de progrès, à des essais de civilisation, cette manie produit toujours des travaux dont la fécondité n'est qu'un vain mot, mais dont la stérilité devient bientôt une réalité incontestable. Il suffit de regarder les fréquentes oscillations qui font chanceler les nationalités sur leurs bases, de suivre cette instabilité qui peut finir tôt ou tard par une chute éclatante, pour reconnaître combien une telle direction porte avec elle une cause active de désorganisation. De nombreux argumens sont venus témoigner en faveur de cette opinion; et, bien que ceux qui suivent avec quelque intérêt les développemens de ce travail en aient aussi trouvé de leur côté (ce dont je ne doute pas), ce serait une négligence impardonnable de ma part de ne pas m'occuper, avant de finir, d'une division de la science politique où règne, par parenthèse, la plus complète division, parce qu'on neglige d'étudier, ou parce que chacun interprête à sa manière les données premières du problème à résoudre.

C'est l'économie politique dont je veux parler, c'est-à-dire l'histoire des conditions d'existence matérielle d'une nation. Or il n'y a qu'à réfléchir un instant sur cette définition qui, je crois, indique suffisamment l'objet principal de l'économie politique, pour reconnaître que dans ce cas spécial il ne faut pas se jeter spontanément dans le dédale obscur des statistiques, et admettre comme de lumineuses vérités les élucubrations qui en sont le résultat. En économie politique surtout, il est constant que les conditions qui se lient à l'existence matérielle de l'homme doivent constituer les prémisses de celles qui se lient à l'existence matérielle des habitans d'un pays. Pour apprécier les forces d'une population dans son ensemble ne faut-il pas connaître la force possible de l'individu? Pour établir une relation entre ce degré de force et de vitalité que doit conserver un corps de nation, afin de ne pas offrir le triste spectacle d'un étiolement funeste, et le travail nécessaire à la production qui doit à la fois nourrir et enrichir le pays, ne faut-il pas avoir étudié les lois admirables de cet équilibre dans le petit monde, dans le type organique que présente chacun de nous? Ce travail préliminaire et comparatif ne conduit-il pas à établir un code d'équité, entre la force qui produit et celle qui consomme, entre l'homme, dont toutes les heures sont consacrées à fournir des alimens à l'insatiable digestion sociale, et celui qui se prélasse à profiter pour lui seul des jouissances de l'assimilation? Ce travail enfin ne fait-

les lames qui les séparent sont amincies et fragiles. La cavité cotyloïde est complètement dénudée de son cartilage; les trois os qui viennent s'y réunir sont séparés et mobiles, le périoste interne épaissi les tient seul rapprochés, et complète l'enceinte de l'excavation pelvienne au niveau de l'intervalle qui les sépare. La partie de la cavité cotyloïde formée par l'ischion est ramollie. Le canal médullaire du fémur est élargi aux dépens des parois dont le tissu compacte est réduit à une ténuité extrême; les cellules du tissu réticulaire sont agrandies; ses lames, devenues très minces, se laissent briser par le moindre effort; le tissu spongieux de l'extrémité inférieure du fémur, celui de l'extrémité supérieure du tibia du même côté présentent une mollesse et une rougeur vive très remarquables; le fémur et le tibia de l'autre membre, divisés longitudinalement et comparés aux précédens, s'en distinguent par un tissu compacte plus dur et plus épais, par un tissu spongieux, pâle, à cellules étroites et à consistance ferme. Les organes de la poitrine sont intacts. Dans l'abdomen, le colon transverse paraît seul avoir été malade; la membrane muqueuse est boursoufflée et injectée.

Une chute sur le grand trochanter est suivie d'une inflammation interne de l'articulation coxo-fémorale. Les cartilages contus, enflammés, ont été détruits par l'ulcération, comme il est arrivé à ceux du genou, à la suite d'une contusion semblable; chez le sujet de notre seizième observation, nous eussions certainement découvert des traces de l'inflammation des cartilages, si le sujet eût été disséqué à une époque rapprochée de l'accident; mais le malade a vécu encore quinze mois, ce qui suffisait de reste pour que la destruction des cartilages fût entièrement consommée, et pour que l'inflammation se communiquât au tissu spongieux.

Les effets de l'inflammation du tissu spongieux se montrent chez ce sujet dans leur degré le plus avancé. Les traits principaux de cette altération sont la diminution de consistance de ce tissu, l'élargissement des cellules et l'amincissement des cloisons, le boursoufflement et la couleur rouge ou noire de la membrane qui les tapisse, et la sécrétion d'un liquide rouge ou noir qui remplit les cellules et est exprimé en abondance par la pression. Entre cette altération et celle que nous avons vue sur les vertèbres lombaires et le sacrum, chez le sujet de l'observation 15, il n'existe aucune différence essentielle; seulement, dans celle de la cuisse, la maladie était parvenue à un degré un peu plus avancé.

Le fémur, dans toute sa longueur, et le tibia, dans son extrémité supérieure seulement, avaient perdu leur structure normale; cependant, l'altération se montrait d'autant moins profonde qu'on s'éloignait davantage de la tête du fémur, foyer primitif du mal. Ici la mollesse du tissu était poussée plus loin, les cellules étaient plus larges; la membrane qui les tapissait était noire, et le liquide qu'elle renfermait avait la même couleur. Plus bas, les cellules, quoique plus larges que dans l'état naturel, l'étaient moins qu'à la tête du fémur; la fragilité n'était pas aussi grande et la couleur de la membrane aussi bien que celle du liquide étaient d'un rouge vif. L'inflammation s'était propagée de haut en bas, elle était plus récente dans les parties inférieures, et avait par conséquent altéré moins profondément la trame osseuse. Il est arrivé ici ce qui se voit dans les inflammations des parties molles, dans celles des intestins, par exemple: l'affection est-elle récente, la membrane muqueuse est injectée d'un rouge vif; a-t-elle duré plusieurs mois ou plusieurs années, cet organe passe au rouge brun, ou gris foncé, ou noir.

L'inflammation de la tête du fémur s'est propagée le long du tissu spongieux de cet os jusqu'à ses limites les plus inférieures, c'est-à-dire jusqu'aux condyles. Cette communication de l'inflammation n'a rien qui ne soit conforme à ce que nous voyons tous les jours sur les organes d'une vaste étendue, tels que le tissu cellulaire, la peau, les membranes muqueuse et séreuse, et le système vasculaire. En effet, l'identité de structure et la continuité de la membrane médullaire dans les cavités des tissus spongieux et réticulaire, suffisent pour faire comprendre cette propagation de la phlegmasie. Mais entre le tibia et le fémur il n'y a pas seulement solution de continuité; il existe entre deux os deux disques cartilagineux, que l'on dit être inorganiques, et qui, à ce titre, devraient arrêter la marche de l'inflammation et lui opposer une barrière insurmontable. Cependant nous avons trouvé dans le tibia une altération organique, semblable à celle de l'extrémité inférieure du fémur. Et qu'on ne dise pas que cette lésion était fortuite et qu'elle dépendait de causes qui avaient agi directement sur le tibia; car toutes les fois que nous avons disséqué une carie ancienne fixée sur un espace circonscrit d'un membre, nous avons trouvé la même altération propagée à tout le tissu spongieux de ce membre et offrant des degrés plus faibles, à mesure qu'on s'éloignait du siége du mal. Pour constater la réalité de cette lésion, nous n'avons pas seulement divisé les os du côté malade; mais la même opération a été faite sur tous les os semblables du côté sain, et toujours nous avons constaté entre eux une remarquable différence. Ce fait, qui, je crois, n'avait encore été noté par aucun auteur, je l'énonce d'une manière générale et à l'avance, car nous le retrouverons dans plusieurs des observations qui vont suivre. Or, quel a été le véhicule de l'impression morbide propagée à une aussi grande distance? Évidemment, ce n'a pu être que les cartilages. Cette remarque est, à mon avis, une des meilleures preuves que l'on puisse donner de la vitalité des cartilages. Qu'on mette, s'il est possible, à leur place un corps inerte, et l'on verra, si la maladie ne reste pas concentrée dans le lieu où elle a pris naissance.

Je désire encore fixer l'attention sur une lésion anatomique fort remarquable, je veux parler de l'amincissement extrême de la substance compacte qui forme la diaphyse des os longs. C'est ici surtout que se montre l'utilité de la comparaison de l'os malade avec l'os sain. Dans l'observation qui précède le rapport d'épaisseur du premier au second était comme 1 : 2. Mais j'ai vu chez des adultes la différence être encore plus grande, puisque l'épaisseur du tissu compacte était diminuée des trois quarts. Cet amincissement, qui fixe de prime abord l'attention dans le tissu compacte de la diaphyse, parce que cette portion de l'os est très volumineuse, ne se borne cependant pas à elle seule: la couche mince qui enveloppe la masse spongieuse des extrémités des os longs est quelquefois tellement atténuée qu'elle est comparable à la plus mince feuille de papier. Les lames de substance compacte, qui, diversement entrecroisées, forment le tissu réticulaire; celles qui séparent les cellules du tissu spongieux deviennent aussi plus minces et moins résistantes que dans l'état normal; c'est même parce que les cloisons perdent de leur épaisseur que les cellules s'agrandissent. Cet amincissement général du tissu osseux, sous quelque forme qu'il se présente, me paraît tenir à un seul et même principe, savoir: l'inflammation et l'hypertrophie de la membrane médullaire; l'os que cette membrane tapisse, frappé à son tour d'inflammation, diminue de cohésion et perd la force de résistance. L'inflammation de la membrane médullaire, se continuant à l'état chronique, entretient dans cet organe un boursoufflement, une véritable hypertrophie, qui exerce sur le tissu compacte une influence atrophique, agissant en cela comme toutes les tumeurs placées au voisinage des os, avec cette différence qu'une tumeur ordinairement circonscrite à un espace limité

---

il pas comprendre le vrai caractère des rapports qui doivent lier le travailleur pauvre au riche oisif, en établissant entre ces deux extrémités de l'échelle sociale des devoirs qui fassent expier à l'un sa richesse, des droits qui servent de compensation à l'autre pour sa laborieuse pauvreté? De cette manière, l'organisme d'une nation ne ressemblerait pas à un être hypothétique dont la vie se concentrerait dans quelques organes du dernier ordre peut-être, et laisserait les plus importans dans la torpeur, dans le froid de la mort. Le paupérisme, ce vice qui condamne une si grande portion d'un corps national à vivre d'une vie morbide et paralytique, ne ferait pas si souvent réaction contre cette autocratie qui confisque au profit de besoins factices, l'aliment qui est nécessaire aux besoins les plus réels, les plus pressans. La prévoyance en effet aurait mis probablement à l'épreuve tout ce qu'enseigne la distribution économique de l'organisme individuel. Sans parler de cette circulation de la richesse nutritive, de l'élément substantiel de notre corps, qui perce de ses mille canaux les plus microscopiques interstices, et sait si bien reporter aux organes élaborateurs la liqueur bienfaisante qui résulte de leur travail incessant, combien ne doit-on pas admirer l'économie particulière des parties les plus éloignées du point où la chaleur et l'activité vitale semblent se composer! Ne reconnaît-on pas bien vite que tout a été prévu, et que les parties les moins centrales n'ont rien à craindre de ce paupérisme circulatoire et assimilateur, qui les condamnerait à vivre sans force et sans pouvoir remplir le but de leur existence? Il ne suffit pas, en effet, que de nombreux vaisseaux sanguins viennent s'épanouir en mille réseaux sur tous les points de notre circonscription individuelle; chaque point de notre peau puise encore des alimens à l'extérieur, et communique à l'aide de cette nutrition supplémentaire une activité nouvelle aux parties extrêmes dont elle forme le vêtement.

Telle est la prévision physiologique qui veille sur les pôles, si l'on peut s'exprimer ainsi, de l'organisme humain; et certes si les théoriciens ou plutôt les physiologistes de l'organisme social voulaient méditer avec quelque soin sur ce phénomène et sur tant d'autres de la même catégorie, ils comprendraient mieux la science qu'ils obscurcissent de leur savoir mal dirigé et de leur aveugle bonne foi. Il est probable que tous ces élémens, joints à ceux que je laisse à deviner, leur donneraient une plus juste idée de l'économie logique qui convient le mieux à la grande science de l'économie politique. Et alors ils établiraient sans doute, en principe, que l'équilibre heureux et l'harmonieux accord d'un corps national dépendent directement de cette équitable distribution du travail et de l'aliment parmi tous ses membres, qui n'est autre chose que la jouissance du droit à la condition de l'accomplissement du devoir.

Mais, ces développemens quelque sérieux qu'ils soient ne sont que la fidèle traduction d'un apologue populaire. La fable des membres et de l'estomac du grand plutôt que du bon La Fontaine, qui contient des vérités qu'on lit, qu'on goûte, et dont on ne profite pas, prend l'organisme de l'homme pour exemple, dans sa démonstration de la nécessité du concours de toutes les parties pour produire et entretenir l'harmonie du tout. Ainsi les rapports qui lient physiologiquement l'individu à la société, qui font l'un, le type, le modèle, la molécule intégrante de l'autre, se trouvent dans une fable; mais, comme toutes les grandes vérités, celle qui est contenue dans cet apologue, est cachée au fond d'un puits. La fable immortelle des membres et de l'estomac n'est lue et apprise que par les enfans!

fait éprouver à l'os une perte de substance partielle, tandis que la membrane médullaire, déployée sur toutes les anfructuosités osseuses, pressant partout d'une manière uniforme, atrophie l'os dans toute son étendue.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA GALE ET DE SON TRAITEMENT; par le docteur DE LA HARPE, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

Je ne parlerai ici de la gale que sous un point de vue pratique, laissant de côté toutes les discussions relatives à la nature de cette maladie, à l'existence de l'*acarus*, aux rapports qui existent entre l'exanthème et cet insecte. Ces diverses questions ont, d'ailleurs, été longuement débattues, pendant les dernières années, en France, en Angleterre, et surtout en Allemagne. Les journaux de ces derniers pays ont consacré à ces discussions, depuis près de trois ans, un assez grand nombre d'articles (1).

Depuis quatre ans et demi, j'ai soigné 408 galeux à l'hospice de Lausanne; ils ont tous été soumis au même traitement et tous sont sortis guéris, si l'on en excepte deux à trois, qui se sont évadés avant la fin de la cure. J'ai compté quelques récidives, mais rares. Dans la plupart des cas, j'ai pu m'assurer qu'elles étaient le résultat d'une nouvelle infection. Pendant les deux premières années, la guérison a été moins promptement obtenue que pendant les deux dernières : cela dépendait uniquement du manque de régularité et d'exactitude dans le service. En 1836, la moyenne des jours de traitement s'élevait à 18 jours; en 1837, elle a été de 15 jours; en 1838, elle ne fut plus que de 11 jours, et, en 1839, de 10.

Voici comment ces dernières moyennes se formèrent :

EN 1838.	EN 1839.		
»	1	malade fut guéri de....	2 jours.
»	5	malades furent guéris de.	3 —
5 malad.	6	— —	4 —
6 —	9	— —	5 —
14 —	20	— —	6 —
11 —	10	— —	7 —
5 —	17	— —	8 —

(1) Consultez en particulier le JOURNAL DE CHIRURGIE ET D'OPHTHALMOLOGIE des professeurs Graefe et Walther, 27e et 28e vol., qui renferment un article très développé, intitulé : *Ueber die Kraetze, mit vergleichenden Versuchen ihres Heilbarkeit durch verschiedene Mittel*; vom doct. B. Ritter, in Rottemburg.

EN 1838.	EN 1839.		
11 —	9	malades furent guéris de.	9 —
14 —	10	— —	10 —
3 —	7	— —	11 —
4 —	6	— —	12 —
3 —	6	— —	13 —
7 —	7	— —	14 —
2 —	2	— —	15 —
2 —	4	— —	16 —
7 —	4	— —	17 —
2 —	»	— —	18 —
1 —	3	— —	19 —
4 —	»	— —	20 —
» —	1	— —	21 —
» —	2	— —	22 —
» —	2	— —	23 —
1 —	1	— —	24 —
1 —	»	— —	30 —
1 —	»	— —	31 —
» —	3	— —	33 —
2 —	1	— —	35 —
1 —	»	— —	36 —

Il est évident, d'après ce tableau, que la majeure partie des galeux furent guéris du quatrième au quatorzième jour. Les guérisons obtenues avant le cinquième jour ne portaient que sur des gales légères et récentes : ici la guérison avait déjà lieu au deuxième ou troisième jour; mais on les gardait toujours un ou deux jours de plus pour s'assurer de la réussite du traitement. Les gales qui exigèrent plus de quinze jours de traitement étaient compliquées de quelque autre maladie, on bien ne pouvaient pas être soumises au traitement ordinaire. En général, les gales qui se présentent à l'hôpital de Lausanne sont invétérées et souvent rebelles.

Voici maintenant quel est le traitement suivi :

A son entrée à l'hospice, le malade prend un bain de propreté. Au sortir du bain, il reçoit une chemise, un pantalon et une blouse de toile, puis il est conduit dans la chambre des galeux, où il est placé sous clef. Il se frictionne tout le corps avec l'onguent pour la gale; il répète ces frictions soir et matin, pendant trois à quatre jours. Au bout de ce temps il ne ressent pour l'ordinaire plus de démangeaisons. Il est alors envoyé derechef au bain, où il se nettoie avec soin et se savonne tout le corps. Au sortir de ce second bain, on bien il est renvoyé guéri, on bien il reçoit du linge propre, et recommence à se frotter pendant trois à quatre jours, comme la première fois. Après cette seconde cure, il reçoit un troisième bain de propreté, qui, pour l'ordinaire, termine la cure. Quelquefois cependant, on lui administre une troisième cure, semblable aux précédentes, pour détruire quelques pustules nouvellement apparues. Lorsque la gale est compliquée d'ulcérations, de furoncles en suppuration, ou de dartres, j'ai toujours obtenu de bons effets de quelques bains soufrés pour terminer la cure. L'onguent pour la gale dont je fais usage ressemble beaucoup à l'*unguentum sulfuricum compositum* de la pharmacie de Londres. Il se compose de :

Je voudrais encore prolonger ma lettre; car rien n'est aussi palpitant d'intérêt et d'utilité que ce sujet sur lequel devrait se fixer toute la presse médicale. Mais je dois m'arrêter; l'haleine me manquerait ainsi qu'à mes lecteurs.

ED. CARRIÈRE.

CONDAMNATION POUR EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE.

Par jugement rendu le 14 courant, sur les poursuites du ministère public, le tribunal correctionnel de Figeac a condamné le nommé Jean Robert, dit Toiran, à 25 fr. d'amende et au remboursement des frais de la procédure, comme convaincu du délit d'exercice illégal de la pharmacie et de vente publique de remèdes, en conformité des dispositions de la loi du 21 germinal an XI.

Depuis longtemps, comme dans d'autres localités, les charlatans couraient nos campagnes et venaient sur nos places publiques exercer impunément leur industrie. J'adressai, au mois de septembre dernier, à M. le procureur du roi, une plainte contre le nommé Robert; ce magistrat accueillit favorablement ma demande, et cita Robert en police correctionnelle.

Là, des faits graves ont été signalés, le hideux de cette classe d'industriels s'est montré dans tout son jour; un de ses domestiques, qui battait la caisse pour lui, a donné la recette des préparations qu'il employait : de la cire, du suif, de la térébenthine, du suc de morelle, voilà quelle est la formule de la pommade qu'il vendait 1 fr. les 15 grammes; des substances inertes ou dégoûtantes, roulées dans de l'amidon, des décoctions de plantes prises sans discernement, voilà quels étaient les moyens curatifs internes employés par Robert.

Le public de notre ville n'était pas assez stupide pour avaler les pilules de Robert, aussi courait-il les campagnes : les jours de foire, de marché seulement, il paraissait sur nos places. Quelques témoins ont déclaré avoir payé 10 et 15 fr. tes potions de Robert.

Depuis le jugement qui condamne Robert, quelques-uns de ses collègues se sont présentés dans notre ville; mais informés des dispositions de nos autorités, ils ont porté ailleurs leurs riches costumes, leur musique bruyante, et surtout leur industrie.

L. PUEL, pharmacien.

Fleurs de soufre	16	grammes.
Sulfate de zinc	2	—
Poudre d'ellebore blanc	4	—
Savon noir	31	—
Axonge	62	—

Cette dose coûte à l'hospice quatre batz, on 60 centimes de France. Chaque galeux en emploie environ 2 hectogrammes en moyenne. Lorsque les galeux en emploient davantage, ils ne sont points guéris plus rapidement.

La propreté est le point le plus difficile à obtenir dans ce traitement, et cependant elle en est une partie très importante. Pendant que les malades se frictionnent, on place leurs habits à la lessive. Chaque fois que le malade prend un bain, il importe que les draps et les couvertures de son lit, ainsi que ses vêtemens de cure, soient lavés avec du lessif ou désinfectés par l'acide sulfureux. Dans l'intervalle des bains, il faut, au contraire, que les malades gardent soigneusement les mêmes vêtemens et n'enlèvent point l'onguent qui couvre leur corps.

Les effets de ce traitement sont extrêmement prompts. Sitôt après la deuxième ou troisième friction, la démangeaison a diminué considérablement, si même elle n'a pas cessé complètement. Après le deuxième bain, on trouve la plus grande partie des pustules flétries et desséchées, l'épiderme s'est détaché autour des plus grosses, et l'auréole qui les entoure a pris une teinte bleuâtre. Si l'on trouve encore alors des pustules intactes, elles sont peu nombreuses et situées sur des parties où l'épiderme est épais, comme aux mains et aux fesses. Ces boutons-là sont récens, car tous ceux qui étaient en efflorescence les jours précédens sont détruits. Si l'on continue les frictions, ces derniers sèchent immédiatement; s'il en survient encore d'autres, ils subissent le même sort dès que la pommade les a touchés pendant 24 heures. Au bout de huit à dix jours, dans la plupart des cas, on n'aperçoit plus de nouvelles pustules, et la place des anciennes n'est reconnaissable qu'aux taches bleuâtres, qui persistent pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines encore.

Lorsque les malades sont frottés pendant quatre à cinq jours, ils éprouvent assez fréquemment une démangeaison différente de celle de la gale, qui est causée par l'onguent. Cette démangeaison provient de petites excoriations ou de vergetures situées sur les points de la peau où l'épiderme est le plus mince. Les enfans y sont plus exposés que les adultes, les blonds que les bruns. Les peaux fines en souffrent plus que les grossières; celles-ci ne sont même jamais excoriées par la pommade. Il convient de faire attention à ces circonstances, afin de modérer la quantité d'onguent suivant les cas. Il suffit, du reste, de suspendre les frictions pour faire cesser immédiatement ces excoriations, sauf les cas où la gale est compliquée d'une affection dartreuse un peu aiguë : en cas pareil, on doit donner quelques bains tièdes ou légèrement soufrés, après la cessation du traitement de la gale. Ces excoriations peuvent bien, dans quelques cas, prolonger le séjour des malades à l'hospice; mais jamais elles n'entravent le traitement spécifique, parce qu'elles ne surviennent que lorsque les pustules sont détruites.

Ce traitement se réduit donc à détruire les pustules de la gale. Plus vite il atteint ce but, sans trop blesser l'organe cutané, mieux il réussit. La nature de la peau joue aussi un rôle important à ce dernier égard; si l'épiderme est mince, perméable et facile à entamer, la guérison est plus prompte; les parties du corps où l'épiderme est plus délicat sont aussi plus promptement nettoyées. Du reste, l'action irritante et en quelque sorte caustique de l'onguent se porte principalement sur les pustules de la gale, et beaucoup moins sur le reste de l'épiderme; car les frictions détruisent bien du premier coup toutes les pustules développées, mais elles n'empêchent pas qu'il n'en reparaisse de nouvelles pendant quelques jours. Cela s'observe surtout chez les galeux dont l'épiderme est épais. J'ai observé quelquefois une desquamation furfuracée générale à la suite des frictions, chez certains galeux dont la peau était très délicate.

Les 408 galeux sortis de l'hôpital de Lausanne n'ont fait aucun autre traitement que celui que je viens de décrire; jamais ils n'ont fait usage de remèdes internes. Tous ont été guéris sans le moindre accident, sauf les excoriations superficielles dont nous avons parlé. Aucun d'eux n'a éprouvé d'accidens consécutifs. J'ai souvent ouï parler des effets de la rétrocession de la gale; mais je n'en ai jamais observé. J'ai tout lieu de croire que ces prétendues rétrocessions de gale n'avaient pas été observées chez de vrais galeux. Quiconque observe habituellement ces malades sait qu'il est aisé de se tromper dans le diagnostic. D'ailleurs, il ne serait point impossible que ces rétrocessions fussent bien moins la suite de la disparition de l'exanthème que l'effet des moyens employés pour le combattre. Certains médecins et le peuple font fréquemment usage en frictions de substances très actives, telles que la chaux vive, les mercuriaux, l'arsenic, le tabac, la staphysaigre, etc., etc., toutes substances qui peuvent aisément réagir sur l'organisme ou par absorption, ou en altérant profondément les fonctions si importantes de la peau. Je ne sais si plusieurs remèdes internes vantés, et particulièrement le soufre, ne font pas aussi plus de mal qu'on ne l'imagine, en troublant les fonctions digestives.

Quoi qu'il en soit, je suis convaincu que le traitement externe suffit pleinement pour guérir la gale dans toutes ses périodes et sous toutes ses formes. Je pense, en outre, que le meilleur moyen est ici celui qui détruit et corrode le plus promptement les pustules, en soulevant l'épiderme; toutefois, j'exclurai toujours d'une sage pratique les médicamens capables d'altérer ou de troubler fortement les fonctions de la peau. Je crois, de plus, que, selon toutes les probabilités, l'acarus est la cause unique de l'éruption, et ne s'y trouve point accidentellement; autrement, comment expliquer le succès certain du traitement externe? J'estime enfin qu'il est difficile d'obtenir des résultats généraux plus avantageux que ceux que j'obtiens, si ce n'est par la méthode anglaise, connue en Allemagne sous le nom de méthode Vezin, du nom de celui qui l'a le plus fortement conseillée. Dans cette méthode, qui fait usage d'un onguent semblable au mien, on remplace les vêtemens des malades par un manteau de laine qui, nuit et jour, enveloppe le corps à nu, et on accélère l'action de la pommade en provoquant fortement la sueur par le séjour dans une chambre bien chauffée (1). J'aurais déjà introduit à l'hospice l'usage de cette méthode, si elle eût exigé moins de soins de la part des employés, et de précautions, pour obtenir des moyennes plus avantageuses que les miennes.

Les résultats obtenus par la méthode anglaise ne sont pas d'ailleurs toujours tels qu'on pourrait le conclure de quelques faits isolés. Il ne faut pas s'imaginer que par cette méthode on guérisse tous les galeux en vingt-quatre ou trente-six heures, comme on l'a dit. Le docteur Vezin est celui qui a obtenu les plus heureux résultats (2). Pendant les années 1833 à 1835, à l'hôpital d'Osnabrück, sur 249 malades il en compte 2 de guéris en quatre jours, 11 en trois jours et 236 en deux jours. En 1836, sur 129 galeux il en eut 3 guéris en trois jours et 126 en deux jours. On conçoit qu'après de semblables résultats il parle fortement et très exclusivement en faveur de sa méthode. Il faut cependant observer que ces chiffres ont besoin d'interprétation pour être bien compris; Vezin commence par administrer un bain de propreté à son malade, puis il le fait suer dans la laine pendant douze heures; voilà qui fait *un jour*; après ces douze heures il fait sa première friction, et douze heures après une deuxième; ainsi se passe le deuxième jour. Le matin du troisième jour il fait une troisième friction, et administre le dernier bain douze heures après la troisième friction; ce qui doit porter pour l'ordinaire au matin du quatrième jour. Lors donc qu'il parle de quarante-huit heures de traitement, je crois qu'il faut entendre deux jours de frictions, soit quatre jours de séjour à l'hôpital. Du reste, il doit être souvent fort difficile de nettoyer les vêtemens par la lessive en moins de temps; et pour moi il m'est arrivé plus d'une fois de devoir garder un et deux jours de plus les galeux qui attendaient leurs vêtemens pour quitter l'hôpital.

Les médecins qui ont suivi les directions de Vezin et des Anglais n'ont pas été aussi heureux. Ainsi au dire de Vezin lui-même, le docteur Hergog à Posen comptait treize jours en moyenne pour la durée du traitement anglais. En 1817 et 1818, on fit plusieurs essais à la Charité de Berlin qui ne furent pas très heureux. Les malades ne pouvaient souvent pas être renvoyés avant le dixième et le quatorzième jour, parce que les frictions irritaient trop fortement la peau. En 1830, on reprit ces essais: plusieurs galeux furent très éprouvés par le traitement; quelques-uns ne le purent pas supporter par suite d'oppression et de crachemens de sang. On fut enfin obligé de renoncer à cette méthode parce que les salles ne pouvaient être suffisamment chauffées et que le nombre des galeux était trop considérable pour que chacun d'eux fût soumis aux soins qu'exige ce traitement.

Huit médecins de l'arrondissement de Liegnitz, chargés de faire des essais avec la méthode anglaise, virent la gale se guérir en deux à quatre jours. Le docteur Greiner guérit trois cas de gale invétérée en six à huit jours; un autre y employa six à neuf jours. Les simples frictions sans les manteaux de laine guérirent quelques malades en trois à quatre jours.

(1) La pommade anglaise ou de Vezin se compose de soufre en poudre, 31 grammes; poudre d'ellebore blanc, 7 grammes; nitrate de potasse, 5 décigrammes; savon noir, 31 grammes; et d'axonge, 93 grammes.

(2) Dr Vezin : Sur la gale et son traitement d'après la méthode anglaise; Osnabrück-Backhorst, 1837. — Gaz. Méd. de Berlin, 1836, p. 220, et 1838, n. 4, 5, 14 et 15.

Le reproche capital que l'on peut faire à la méthode anglaise est celui d'être à peu près inexécutable hors d'un hôpital. Elle exige nécessairement deux salles, l'une pour la cure, l'autre pour recevoir les malades qui ne peuvent pas être immédiatement renvoyés. Elle éprouve beaucoup les galeux débiles. Elle demande dans ce service une exactitude et des précautions difficiles à obtenir, et sans lesquelles la méthode que j'emploie est tout aussi heureuse.

Je suis du reste convaincu que je pourrais aisément obtenir des moyennes plus avantageuses encore par ma méthode, en renvoyant les galeux aussitôt qu'ils ne ressentent plus de démangeaisons. La plupart seraient alors guéris; mais il m'est impossible de croire, avec le docteur Vezin, que les pustules qui se montrent quatre, cinq, six et même dix à quatorze jours après la cessation de la démangeaison soient sans danger. Elles appartiennent à l'éruption de la gale; pourquoi ne pourraient-elles pas la reproduire? Il est vrai que le docteur Vezin, pour éviter cet inconvénient, recommande très particulièrement de frictionner les malades dans le dernier bain avec un morceau de flanelle grossière, de manière *à crever toutes les pustules* sans exception. Peut-on se flatter d'obtenir ce résultat sur des sujets dont le corps entier est couvert de boutons et dont l'épiderme épais recouvre encore bien des pustules inaperçues? J'ai lieu de croire encore que la diversité des climats n'est pas sans influence ici. Vezin pratique dans le nord de l'Allemagne au milieu d'une population de blondins à peau fine, tandis que sous notre ciel la majeure partie de nos galeux ont la peau dure et épaisse, recouverte par un fort épiderme (1).

Je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur des divers remèdes externes proposés contre la gale. Celui dont je me sers ne le cède en rien aux plus vantés et possède plus d'un avantage qu'ils n'ont pas; il est d'ailleurs sans danger et sans inconvénient. Il serait même facile de composer d'autres onguens irritans et tout différens de ceux employés jusqu'à ce jour et qui rendraient les mêmes services. Je crois, par exemple, qu'on pourrait faire usage avec succès de l'huile essentielle de moutarde à fort petite dose. Un vieux chasseur se servait avec succès d'un liniment composé de 62 grammes de poudre à canon, d'une poignée de sel, digérés dans 250 grammes d'eau-de-vie.

J'ai fait usage de mon traitement depuis dix ans dans ma pratique particulière, et avec un égal succès. Lorsque les malades ne peuvent pas prendre de bains, je leur prescris des lotions générales avec de l'eau de savon chaude; elles suffisent pour nettoyer et irriter la peau, ce qui est ici la chose essentielle.

TUMEUR FONGUEUSE DES GENCIVES A LA CONCAVITÉ DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; OPÉRATION PRATIQUÉE PAR M. LARREY FILS; observation recueillie à l'hôpital de la Clinique, par M. MARCELIN FAURAYTIER.

Les tumeurs fongueuses des gencives sont des maladies communes; mais il est si rare de les voir occuper la concavité de la mâchoire inférieure, comme dans le cas dont nous parlons, que je ne connais dans les auteurs qu'un fait de ce genre, c'est celui observé par M. Brouillard et rapporté dans les mémoires de l'Académie de chirurgie; à ce titre, et sous le rapport de l'instrument que M. H. Larrey a imaginé, nous croyons l'observation suivante digne de quelque intérêt.

OBS. — Robendo, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, s'aperçut il y a huit mois d'un petit bouton, situé dans la concavité de la mâchoire inférieure, sur le point de la gencive correspondant entre les deux incisives du côté gauche. Survenu sans douleur, ce bouton a progressivement augmenté de volume sans occasioner un seul instant de souffrance.

Aujourd'hui (1er mai) il forme une tumeur de la grosseur d'une noix, située en arrière de l'arcade alvéolaire de la mâchoire inférieure, adhérant en avant au tissu de la gencisive, s'élevant presque au niveau des incisives, se terminant en arrière vers le frein de la langue, selon une ligne transversale menée de la première petite molaire droite à la deuxième petite molaire gauche. Cette tumeur accolée à la langue sublinguale se prolonge entre les deux incisives du côté gauche par un pédicule qui se renfle au-devant de ces dents, sous forme d'un petit champignon mobile, dont la saillie repousse légèrement la lèvre inférieure. Les incisives entre lesquelles existe ce prolongement sont un peu ébranlées et déviées latéralement, l'une en dedans, l'autre en dehors, comme si elles avaient subi un quart de rotation en sens opposé. Toutefois elles sont parfaitement saines, ainsi que les dents voisines et celles correspondantes de la mâchoire supérieure; l'absence de toute espèce de douleur du côté des alvéoles et de la mâchoire inférieure est à noter pour diagnostiquer le point de départ de la tumeur; celle-ci présente une surface irrégulière, bosselée, une couleur violacée; quelques points ulcérés, sanguinolens; d'autres grisâtres et livides; le bout du doigt promené autour de la fongosité reconnaît qu'elle est à large base, à texture molle, spongieuse à sa surface, plus ferme et résistante à son centre, et l'œil dénote la vascularité de son tissu.

Le malade ressent une partie des effets fâcheux dont ces sortes d'affections sont ordinairement la source; ainsi, chez lui, difformité de la lèvre inférieure, ébranlement et déviation des incisives, fétidité de l'haleine, exhalations sanieuses, difficulté de la prononciation, gêne de la mastication, irritation et ulcération de la fongosité par la plus légère pression, écoulement sanguinolent renouvelé par le contact des alimens, etc.

Rien dans les antécédens du malade, rien dans ses habitudes ne saurait révéler la cause de cette excroissance; on sait que des contusions ou des irritations mécaniques répétées suffisent, chez certains sujets, pour mettre en activité la disposition végétative des gencisives et occasioner le développement de fongosités; c'est ce que l'on a observé dans un cas à la suite d'une fracture de la mâchoire, et dans un autre à la suite de la lésion des gencisives par un fragment de coquille de noix écrasé entre les dents. Aucune cause de ce genre n'a agi chez notre malade : point d'état scorbutique des gencisives, ni d'aphtes ulcérés, point de carie ni d'abcès, point d'habitude de fumer ni de passer d'épingle entre les dents. Seulement quelque temps avant le développement de la tumeur, la gencive de la mâchoire inférieure était rouge, violacée, tuméfiée et quelquefois sanguinolente, état congestionnaire qui a disparu pour se concentrer tout entier dans le tissu de la fongosité.

Du côté de la constitution, aucune affection appréciable; point d'hémorroïdes ni de maladies de peau supprimées, point de symptômes de syphilis constitutionnelle ni d'effets vers la bouche de traitement mercuriel. Le malade proteste qu'il n'a eu qu'une légère gonorrhée il y a un an, laquelle a été guérie par des tisanes rafraîchissantes sans préparations hydrargiriques. Voilà donc une tumeur dont la cause nous échappe complètement, comme celle de tant d'autres maladies; mais quelle est sa nature? c'est là un point important pour le pronostic.

L'aspect de la tumeur est-il un signe caractéristique? Non, parce que les tumeurs de la bouche, continuellement baignées par la salive, subissent sous cette influence un ramollissement superficiel qui leur donne à toutes un air de ressemblance capable de tromper l'œil le mieux exercé; mais si, en tenant compte de l'état de la tumeur dont nous parlons, l'on réfléchit qu'elle n'a jamais été le siége d'aucune douleur ni d'aucun élancement, l'on sera porté à rejeter l'idée d'une tumeur carcinomateuse, pour s'arrêter à celle d'une tumeur fongueuse; dénomination vague, il est vrai, qui a le tort de confondre des variétés pathologiques différentes, mais que l'on conserve néanmoins, parce que ces variétés ne sont pas suffisamment déterminées; aussi, serait-il très difficile de dire, *à priori*, quelle est la texture essentielle de la tumeur à laquelle nous avons affaire; la dissection seule doit résoudre le problème.

Une autre question, comme complément du diagnostic, et pour assurer le succès de l'opération, est de savoir quel a été le point de départ de la maladie. Est-ce, par exemple, le tissu gengival, le périoste de la mâchoire, ou les parois alvéolaires; car, enfin, si le périoste est malade, et qu'on n'attaque que la gencive, la fongosité reparaîtra : elle reparaîtra encore si le tissu alvéolaire étant altéré, on n'agit que sur le périoste de la mâchoire.

A priori, l'on conclut que si le périoste avait été malade, des douleurs l'auraient annoncé, et que si le tissu alvéolaire avait été d'abord occupé, les dents correspondantes auraient été soulevées, déracinées, expulsées : vu l'absence de ces phénomènes pathologiques, il est rationnel de penser que le tissu gengival a été le point de départ de la tumeur, et que seul il se trouve envahi.

Ce diagnostic posé, le traitement était facile : exciser et cautériser. Les anciens chirurgiens paraissent avoir préféré la ligature à l'excision; cependant, celle-ci fut quelquefois pratiquée par Ambroise Paré, ainsi que le prouve ce passage de ses œuvres : « J'en ai amputé, dit-il, qui étaient si grosses, que partie d'icelles sortaient hors de la bouche, ce qui rendait le malade fort hideux à voir, et jamais aucun chirurgien n'avait osé en entreprendre la guérison, à cause que ladite excroissance était de couleur livide, et je considérais, outre cette lividité, qu'elle n'avait point ou peu de sentiment, dont je pris la hardiesse de la couper, puis de la cautériser, dont la maladie fut entièrement guérie, non toutefois à une seule fois, mais à plusieurs, à cause qu'elle repullulait, combien que je l'eusse cautérisée. » J'ai transcrit ces quelques lignes, parce qu'elles montrent l'opiniâtreté de la récidive et le soin avec lequel il faut cautériser jusqu'aux plus légères traces de la végétation. Tous les chirurgiens n'eurent point la hardiesse d'Ambroise Paré, et la plupart s'en tinrent à la ligature de la cautérisation, quelquefois même à cette dernière toute seule, pratiquée, soit avec de l'eau forte, soit avec le cautère actuel; ainsi, au treizième siècle, Guillaume de Plaisance se contente de l'application répétée de cautères cultellaires, pour enlever une tumeur volumineuse de la mâchoire inférieure; plus tard, Pierre de Bayro, médecin de Charles III, ne fait usage que de l'eau forte pour un cas analogue, etc.

Quant à la fongosité dont nous parlons, M. H. Larrey résolut de l'attaquer par l'excision et la cautérisation avec le fer rouge; mais ici, une difficulté se présentait. Comment détacher cette tumeur? Sa base est large, elle occupe toute la paroi sub-linguale, dont le plan est bien inférieur à celui des incisives : l'excision horizontale avec le bistouri est impraticable; l'arcade dentaire inférieure s'oppose à ce que l'on dirige la lame de l'instrument d'avant en arrière, et la mâchoire supérieure s'oppose à l'excision d'arrière en avant.

(1) Ce fait, qui m'a souvent frappé, explique la facilité avec laquelle nos paysans supportent nos froids âpres et nos brusques variations de température, tandis que les gens aisés sont souvent condamnés à porter toute l'année la flanelle sur la peau.

M. H. Larrey, prévoyant l'insuffisance du bistouri, fit faire un petit instrument qui rendit l'opération aussi facile que régulière; cet instrument consiste en une lame ronde, aplatie, tranchante, coudée à angle droit sur un manche.

Le malade étant assis et la tête tenue renversée, M. Larrey engagea le disque tranchant au-dessous de la tumeur, en avant de la glande sublinguale, et agissant d'arrière en avant, par un mouvement combiné de pression et de section, il excisa complètement la base de la fongosité. J'insiste sur cette petite manœuvre, parce que, sans l'emploi de l'instrument particulier imaginé par par M. Larrey, l'opération, si simple en apparence, aurait offert de véritables difficultés. La portion de la tumeur adhérente à la concavité de la gencive fut détachée sans peine avec le bistouri boutonné, de même que celle qui se prolongeait à la face antérieure de l'arcade dentaire. Le doigt, promené comme moyen explorateur sur les divers points de la paroi sublinguale, ne découvrit aucun reste de la végétation. La surface saignante de la plaie fut cautérisée immédiatement avec un fer olivaire recourbé, rougi à blanc, dont l'action arrêta instantanément l'écoulement du sang.

La tumeur, examinée aussitôt après son ablation, est comme décolorée et flétrie; elle a l'aspect d'un ganglion lymphatique; elle offre de la résistance au tranchant du bistouri, et la coupe montre que le tissu est mou à la surface, compacte dans les coupes sous-jacentes, fibreux plus profondément et très dur au centre; là il y a un noyau d'apparence osseuse, à stries rayonnées, qui donne au doigt une sensation raboteuse, et sous le choc du stylet un son clair et sec, comme une concrétion calcaire. Cette variété de texture ne paraît pas très rare: Ambroise Paré l'a observée; elle est notée dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, et, dans ces derniers temps, M. Bégin l'a rencontrée dans une tumeur globulaire, enlevée à la mâchoire supérieure d'une jeune fille; mais nulle part que nous sachions elle n'a été l'objet de réflexions ni d'explications; c'est cependant un fait pathologique curieux que la présence de ces concrétions osseuses dans le centre de certaines tumeurs buccales; il paraît d'autant plus digne d'attention qu'il ne se répète point dans les tumeurs si variées des autres régions de l'économie. Serait-il le résultat d'une altération de la salive ou du dépôt de quelques-uns de ses élémens décomposés? Cela est possible.

Malgré le grand soin que M. H. Larrey avait pris de bien cautériser toute la surface malade, quelques points fongueux ont paru repulluler, particulièrement entre les dents incisives. L'application renouvelée du fer rouge a suffi pour les détruire complètement, sauf les chances peu probables d'une récidive.

OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC SUTURE DE LA MATRICE, SUIVIE DE GUÉRISON; par le docteur GODEFROY, de Mayenne.

OBS. — Le 27 mars, au soir, je fus appelé à Oisseau, près Mayenne, par M. Renaut, officier de santé à Ambrières, pour donner mes soins à la femme Patrice, en travail d'enfant depuis deux jours. Le terme de la grossesse était arrivé quinze jours avant, me dit M. Renaut, qui avait vu la femme à cette époque; les eaux avaient commencé à s'écouler. Mandé pour terminer l'accouchement, aussitôt les douleurs commencées, et voyant qu'après vingt-quatre heures de contractions énergiques de la matrice, l'enfant ne s'était aucunement engagé dans le bassin, il jugea l'accouchement impossible par les seules forces de la nature, et c'est alors qu'il réclama mon aide.

Arrivé près de la malade, connaissance ayant été prise des faits précédens, je jetai un coup-d'œil rapide sur l'ensemble de la constitution de cette femme. En voici le résultat: la femme Patrice, âgée de 42 ans, arrive à peine à la taille d'un mètre 30 centimètres, offre une constitution grêle, rachitique, avec cette mauvaise conformation des hanches qui donne aux femmes qui la possèdent la marche particulière et caractéristique que nous leur connaissons. Assez bien faite, du reste, elle est mariée depuis un an avec un homme d'une constitution semblable à la sienne, et dont la colonne vertébrale est fortement inclinée.

Toutes les questions d'usage en pareil cas étant épuisées, et les douleurs de l'enfantement continuant avec violence après mon arrivée comme avant, je passai de suite par le toucher à la recherche de la cause qui mettait obstacle à l'accouchement. La malade placée sur le bord du lit, les jambes écartées et maintenues par des aides, j'introduisis dans le vagin la main tout entière, que je portai jusqu'au détroit supérieur, où s'était engagée, en forme de coin, une partie du crâne, dont les os se croisaient fortement le long des sutures, tant les contractions utérines avaient été vives; la tête était véritablement enclavée par son sommet entre l'angle sacro-vertébral, très proéminent, et les pubis, dans un espace qui ne présentait pas plus de 5 centimètres d'ouverture. L'accouchement fut aussitôt jugé impossible, même à l'aide du forceps. Cependant les douleurs continuaient et la malade commençait à s'affaiblir; il fallait donc prendre un parti promptement, si on voulait faire quelque chose dans l'intérêt de sa conservation. Trois moyens se présentaient: 1° perforer le crâne de l'enfant, puis arracher le tronc par lambeaux, à l'aide des crochets; 2° la symphyséotomie; 3° l'opération césarienne.

Le premier de ces moyens me parut ici tellement périlleux, à cause de l'impossibilité d'introduire la main dans la matrice et de pouvoir ainsi diriger les crochets aigus après la perforation du crâne, qu'il fut rejeté tout d'abord. Et d'ailleurs, en supposant que l'application de ces crochets, faite au hasard, n'eût porté aucune atteinte à la matrice, la violence qu'on eût été obligé d'employer pour forcer l'enfant à franchir un passage si étroit eût été tellement considérable, et par conséquent redoutable pour l'utérus, que cette tumeur eût entraîné à sa suite les dangers les plus graves. D'un autre côté, la certitude de la vie de l'enfant, dont le cordon ombilical, engagé en partie dans un des côtés du détroit supérieur, laissait distinctement percevoir des battemens au toucher, vint encore nous affermir dans le rejet de ce premier moyen. 2° La symphyséotomie. Par l'écartement des pubis, serait-on parvenu à donner au détroit du bassin une ouverture suffisante pour rendre l'accouchement possible à l'aide du forceps? Je ne le pense pas. 3° Enfin, restait l'opération césarienne, par laquelle l'enfant devait presque certainement conserver la vie, et la mère encourir les chances d'une opération dangereuse, il est vrai, mais entreprise encore à temps, avant que les forces fussent complètement épuisées. Je m'arrêtai à ce dernier parti, et je procédai sur le champ à cette opération ainsi qu'il suit:

La malade fut placée sur une table étroite, garnie comme un lit, la tête basse, les jambes relevées et écartées. La vessie, vidée à l'aide de la sonde, et toutes les précautions prises en pareil cas pour tendre la peau et fixer la matrice, je fis, sur le milieu de l'abdomen, une incision verticale qui, partant de l'ombilic, se rendait presque au pubis, et offrait de 15 à 16 centimètres de longueur. Les tégumens furent incisés couche par couche, et le péritoine ouvert avec précaution, en le soulevant pendant que je prolongeais l'incision en haut et en bas; les lèvres de la plaie étant écartées, ainsi que plusieurs anses intestinales qui se présentaient, je passai à l'incision de la matrice, qui, toujours fixée, fut ouverte sur la ligne médiane, couche par couche, avec lenteur et dans une étendue d'environ 13 à 14 centimètres. Arrivé aux dernières couches de fibres qui constituent l'utérus, je reconnus facilement le placenta, qui était fixé à la partie antérieure. Je ménageai autant que possible cet organe pour éviter toute effusion de sang. La section de la matrice étant terminée, je décollai aussitôt le placenta, que j'entraînai au-dehors en le saisissant à pleine main. L'extraction de l'enfant, commencée par les pieds, n'offrit rien de particulier. Seulement, pour amener la tête au-dehors, je fus obligé d'employer la manœuvre dont on se sert ordinairement dans l'accouchement naturel par les pieds, et qui consiste à placer la main sur le front ou la face pour ramener le diamètre occipito mentonnier à une direction verticale. Le cordon ombilical fut aussitôt coupé, l'enfant poussa un cri, il était sauvé. Son poids était d'environ 3 kilogrammes.

L'accouchement étant ainsi terminé sans accident, sans avoir eu le plus petit vaisseau à lier, la matrice fut nettoyée en la tenant près de l'ouverture abdominale, puis abandonnée à elle-même. Ses contractions ne tardèrent pas à se manifester, et bientôt tout écoulement de sang discontinua. Cependant, bien que par suite de ces contractions l'ouverture pratiquée à l'utérus fût réduite à des dimensions moins considérables, la plaie conservait encore une grande longueur, et ses lèvres non rapprochées présentaient un écartement de 3 à 4 centimètres, dans lequel aurait pu s'engager une anse intestinale ou une portion d'épiploon. Cette disposition, qui devait en outre permettre l'épanchement facile dans le péritoine, des lochies et de la suppuration, ne laissait pas que de m'inspirer de l'inquiétude. Aussi, après un moment de réflexion, pour prévenir ces accidens possibles, me décidai-je à fermer la plaie par quelques points de suture. A cet effet, des aiguilles droites ordinaires furent garnies de fils doubles cirés (je n'avais pas avec moi d'aiguilles plates et courbes); puis, le doigt garni d'un dé à coudre, j'enfonçai mes aiguilles de dehors en dedans, pour le côté droit, de dedans en dehors, pour le côté gauche, à quelques millimètres des bords de la plaie, et en comprenant toute l'épaisseur de l'utérus. Trois fils, ainsi placés, l'un au milieu, deux aux extrémités, furent serrés légèrement et arrêtés par un double nœud, près duquel ils furent coupés. La réunion était parfaite; alors la matrice fut complètement abandonnée à elle-même. Je passai ensuite au rapprochement des bords de la plaie de l'abdomen. Avec les mêmes aiguilles garnies de fils plus larges, je pratiquai, en comprenant toute l'épaisseur des tégumens, et même le péritoine, trois points de suture enchevillée, en outre desquels la forme proéminente du ventre rendit encore nécessaires deux autres points de suture séparés aux extrémités supérieure et inférieure de la plaie. Les lèvres étant parfaitement affrontées, excepté au bas, où je les laissai un peu béantes pour donner issue à la suppuration qui pourrait se former, je terminai le pansement avec de la charpie, des compresses et un bandage de corps assez fortement serré. La malade fut reportée dans son lit et couchée sur le dos, la tête et les genoux élevés.

La malade passa la nuit suivante assez tranquille et fut mise à l'usage de tilleul pour boisson. Le lendemain, le pouls présentant de la fréquence et de la dureté, malgré toute absence de douleur, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. Cette journée et la nuit suivante sont bonnes. Le surlendemain, le pouls, moins dur, l'est encore assez pour exiger une seconde saignée de trois palettes. Pendant ces deux jours, des lochies sanguinolentes sont sorties par la vulve. Lors de l'opération, la malade éprouva du froid qui occasionna une bronchite avec toux fréquente, qui ne laissa pas que d'inspirer de l'inquiétude par l'influence fâcheuse qu'elle pourrait avoir sur la cicatrice. Le tilleul fut remplacé par de l'eau d'orge miellée, du bouillon de veau léger et du sirop de capillaire.

Lundi 30, il n'y a pas eu d'évacuation alvine depuis le jour de l'opération; on administre 30 grammes de tartrate de potasse dans deux tasses de bouillon d'herbes. Ce laxatif produisit, contre toute attente, un vomissement assez abondant, accompagné d'une selle. Le bien-être ne s'en soutint pas moins. Aucune douleur dans le ventre ni dans la cicatrice; les lochies continuent toujours. On combattit plus tard la constipation par des lavemens.

Mercredi 1er avril. On enlève le premier appareil, qui est à peine taché par la suppuration. La plaie lavée à l'eau tiède paraît en bonne voie de cicatrisation. On remplace la charpie par de la nouvelle imbibée de crême, et on continue le même pansement tous les jours jusqu'au 6 avril, où la réunion de la plaie abdominale paraissant solide, je coupe tous les fils des sutures. La plaie, dans un état parfait, est alors pansée à plat jusqu'au 24, où il n'existe plus aucune trace de suppuration. La fièvre, qui avait persisté jusqu'à cette époque, cesse en même temps, ainsi que l'écoulement lochial et purulent qui avait succédé aux premières lochies sanguinolentes. A partir du 10 avril, deux potages sont accordés par

jour, et à mesure que le mieux augmente on permet d'augmenter légèrement la nourriture. Aujourd'hui la guérison est complètement consolidée, et la malade se lève, prenant pour toute précaution le soin de soutenir la cicatrice avec une pelote de linge ouatée et solidement piquée.

Cette opération césarienne, comme on le voit, n'offre rien de particulier, si ce n'est la rapidité de la guérison obtenue sans le moindre accident et sans douleur. Elle n'est donc remarquable que par le moyen employé pour fermer la plaie de la matrice, moyen non conseillé, mais blâmé par les chirurgiens, et qui valut la qualification d'inhabile donnée par Desormeaux à un accoucheur qui s'en servit en pareille circonstance. Ne s'est-on pas trop exagéré les dangers qu'entraînent à leurs suites les sutures? Presque généralement proscrites pendant un certain temps, l'opinion publique paraît aujourd'hui plus disposée à les admettre avec discernement. Les règles de leur emploi sont difficiles à tracer. C'est au chirurgien à prononcer quand et comment il doit y avoir recours. Dans l'exemple rapporté, il fallait laisser béante une plaie de la matrice, permettre l'épanchement de la suppuration dans la cavité péritonéale, ou bien il fallait fermer cette plaie avec la suture accompagnée de ses dangers. C'est le dernier parti auquel je me suis arrêté. Ai-je bien fait? La fin a justifié le moyen. Mais ce n'est pas une raison pour mettre ma conduite, dans ce cas, à l'abri de la critique.

NOTE SUR DIVERSES FALSIFICATIONS DU LACTATE DE FER; par M. LOURADOUR, pharmacien.

Il y a six mois environ (janvier 1840) que, sur la demande de plusieurs médecins, je fus conduit à faire quelques recherches sur un sel qui, bien que connu depuis longtemps de la chimie, semblait avoir été complètement oublié, quant à ses usages; je veux parler du lactate de fer. Après de nombreuses expériences, je parvins à la découverte d'un procédé nouveau, qui me permettait de livrer ce sel à la pharmacie en grande quantité, procédé qui fut présenté à la société de pharmacie le 4 mars 1840, par M. Boudet, et inséré dans le JOURNAL DE PHARMACIE du même mois.

Un échantillon du sel cristallisé, obtenu par ce nouveau procédé, présenté par M. Trousseau dans son cours de matière médicale, fut déposé par ce savant professeur au musée de la Faculté de médecine.

Depuis cette époque, malgré la simplicité extrême du procédé que j'ai publié, et qui semblerait devoir être seul adopté, j'ai eu occasion d'observer, avec étonnement, que le lactate de fer livré au commerce par plusieurs fabricans était à l'état pulvérulent. J'ai eu de plus l'occasion d'examiner divers échantillons, dans lesquels j'ai constaté des falsifications pratiquées à la faveur de l'état pulvérulent, falsifications que je m'empresse de signaler aux médecins qui en font usage et à mes confrères.

J'ai trouvé dans quelques-uns de ces échantillons du sulfate de fer effluvé, ou précipité par l'alcool, dans d'autres de l'amidon, et enfin du sucre de lait.

Rien de plus facile que de constater la première de ces falsifications, au moyen du nitrate de baryte, qui précipite l'acide sulfurique du sulfate de fer.

Pour la seconde, la teinture d'iode offre un réactif extrêmement sensible.

La troisième est moins aisée à découvrir, le sucre de lait et le lactate de fer étant également solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool et l'éther. On y réussit cependant au moyen de l'acide nitrique, qui transforme le sucre de lait en acide mucique. On chauffe environ 2 grammes de lactate de fer suspect avec 30 grammes d'acide nitrique, jusqu'à ce que le tout soit réduit à 6 ou 7 grammes. Le sel est-il pur, la liqueur reste claire après le refroidissement. Le sel contient-il de la lactine, il se forme un précipité blanc pulvérulent d'acide mucique, dont on reconnaît d'ailleurs facilement les caractères.

On peut, sans doute, se mettre à l'abri de ces falsifications en essayant le lactate à l'état pulvérulent, avant de l'employer; mais il est plus simple et plus sûr de n'admettre ce sel que sous forme de plaques cristallines, qui se prêtent mal à la fraude.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 4 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BAILLY.

M. VILLENEUVE continue la lecture de son rapport sur l'état des vaccinations en France pendant l'année 1838. Nous donnons dans la séance de mardi 8 juillet le résumé de ce travail.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE DANS LES HYDROPISIES ARTICULAIRES; PAR M. GIMELLE.

Les hydarthroses ont été traitées jusqu'à présent par une foule de médications diverses; M. Gimelle soumet à l'Académie le résultat qu'il a obtenu en traitant cette affection par l'émétique à haute dose. Vingt-huit malades atteints de différentes variétés de cette maladie ont été soumis à cette médication; la première dose était de 20 centigrammes par vingt-quatre heures. On l'augmentait tous les jours pour la porter à 80, 90 ou 100 centigrammes. La guérison ne s'est pas fait attendre en général plus de huit à seize jours, et s'est maintenue parfaite longtemps après la cessation du médicament. Voici quels sont les principaux symptômes que M. Gimelle a observés sur ses malades pendant qu'ils étaient sous l'influence du médicament. Le pouls prenait de la fréquence et perdait de sa force. Les yeux s'entouraient d'une auréole bleuâtre, comme, après les grandes fatigues, la voix s'affaiblissait, perte de la force musculaire. Pendant la nuit, transpirations abondantes. Cinq malades sur les vingt-huit ont éprouvé des vomissemens; huit ont été pris de dévoiemens; trois ont été pris en même temps de vomissemens et de diarrhée; seize n'ont été sujets ni à l'un ni à l'autre; la quantité des urines était engénéral diminuée, ce que M. Gimelle attribue à l'abondance des sueurs. L'appétit a été conservé pendant la durée du traitement; quelquefois même il augmentait.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES; PAR M. VIDAL (de Cassis), CHIRURGIEN DE LOURCINE.

M. VIDAL s'est proposé, dans ce travail, de démontrer l'innocuité des injections intra-utérines pratiquées avec les précautions convenables. Tous les auteurs et tous les praticiens qui, jusqu'à présent, ont parlé de ce moyen thérapeutique, se sont plaints d'accidens graves amenés par lui, et cependant, placé dans un hôpital de femmes vénériennes, M. Vidal a fait plusieurs centaines de fois de pareilles injections, sans avoir rien observé de semblable. Jamais aucune trace ni crainte de péritonite n'a suivi les injections intra-utérines.

M. Vidal indique ensuite le procédé qu'il met en usage et les précautions qu'il regarde comme indispensables à son application.

L'appareil nécessaire se compose d'un speculum ordinaire, d'une seringue à injections urétrales, d'un tube en argent, droit, plus long et moins volumineux qu'une sonde ordinaire de femme, et qui se termine par une petite boule percée en arrosoir. Le liquide est, ou une décoction concentrée de feuilles de noyers, ou l'iode, dans les proportions suivantes :

Iodure potassium......	0,05
Iode........	0,05
Eau........	30,00

Le spéculum mis en place, le tube droit est introduit à travers le col jusque dans la cavité utérine; puis le liquide poussé avec la force employée pour une injection dans l'oreille. La capacité utérine étant très petite, le liquide l'a bientôt remplie, et sort entre la canule et les parois du col.

M. Vidal prie l'Académie de fixer son attention sur les quatre circonstances suivantes : 1° la petite quantité de liquide employé; 2° le petit diamètre de la canule; 3° le peu de force avec laquelle l'injection est poussée; 4° le retour toujours facile du liquide par le col.

Malgré les nombreuses expérimentations faites sur les malades, M. Vidal a voulu constater d'une manière plus certaine encore la difficulté que le liquide injecté dans l'utérus trouve à passer dans les trompes et à se répandre dans le péritoine. Il a institué, dans ce but, trois séries d'expériences faites sur les cadavres.

INJECTIONS FORCÉES. Ces injections, dans l'utérus, étaient faites avec la seringue qui sert, d'habitude, dans les amphithéâtres. On liait le col sur la canule introduite dans la cavité utérine, et malgré cette précaution, le liquide refluait dans le vagin sans pénétrer les trompes. Pour empêcher le retour du liquide, il a fallu passer un fil dans l'épaisseur du col, et lier ainsi ce dernier plus immédiatement sur la canule. Alors, le liquide de l'injection poussé avec force a passé d'abord dans les veines et les artères, et, enfin, dans les trompes, précédé dans tous ces conduits par une certaine quantité d'air.

INJECTIONS ABONDANTES. Celles-ci ont été faites avec une seringue à capacité double de celle des seringues urétrales, et avec plus de force qu'on n'en emploie

dans les injections pour l'oreille; le plus souvent le liquide est retombé dans le vagin, très rarement il est passé en petites quantités par les trompes, surtout quand l'injection était faite dans une matrice isolée du bassin. Ces injections ont montré à M. Vidal des faits très curieux qu'il ne peut mentionner ici.

INJECTIONS MODÉRÉES. Dans ce cas, les injections étaient faites sur le cadavre avec les mêmes précautions que sur les malades, et jamais elles n'ont atteint les trompes, et bien moins encore le péritoine par conséquent.

M. Vidal prie l'Académie de vouloir bien prendre tous ces faits en considération, et de les justifier par de nouvelles expériences. S'il a laissé de côté dans ce travail la question physiologique et surtout thérapeutique, c'est qu'il espère les reprendre prochainement et d'une manière complète.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1840. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX, VICE-PRÉSIDENT.

Après la lecture du procès-verbal qui est adopté, M. Roux donne lecture d'une lettre de M. Bailly qui pour cause de santé envoie sa démission de la présidence. Après un court débat entre plusieurs membres, l'Académie adopte la proposition de M. Double qui demande que la démission de M. Bailly ne soit pas acceptée, et qu'une lettre lui soit adressée pour l'en instruire et le prier de conserver la présidence.

MM. SÉDILLOT et HUGNIER écrivent pour se porter comme candidats à la place vacante.

M. CHARRIÈRE envoie à l'Académie le modèle de ses dragues pour les noyés.

ORDRE DU JOUR. — SUITE DU MÉMOIRE SUR L'ÉTAT DES VACCINATIONS EN FRANCE EN 1838.

M. VILLENEUVE achève la lecture de son rapport sur l'état des vaccinations en France en 1838. Cette deuxième partie du mémoire comprend les tableaux de vaccination répartis par départements. Il n'y a qu'un certain nombre de ces derniers qui aient fourni ces tableaux. L'opération a été très généralement suivie de succès. Sur un nombre de 30,000 vaccinations dont les suites ont été notées, il n'y a guère eu que 500 insuccès. Quant au nombre des individus qui ont été pris de variole, après avoir été vaccinés, le nombre en a été de 911 à peu près; les renseignemens que la commission a pu obtenir à cet égard ne sont qu'approximatifs.

L'Académie dans les instructions qu'elle a envoyées aux vaccinateurs des départemens leur avait adressé plusieurs questions auxquelles ils ont répondu, mais avec des opinions bien diverses. Tous les rapports envoyés s'accordent à regarder comme un fait démontré la permanence d'action de la vaccine; parmi les 305 rapports, 68 font mention d'individus qui, portant des traces de vaccine très légitime, ont contracté la variole bien caractérisée. Plusieurs d'entre eux avaient été vaccinés quelques mois, quelques semaines avant l'éruption de la variole; mais dans la grande majorité des cas, les malades avaient 12, 25, 30 ans. C'était en général pendant des épidémies de variole que ces faits se sont présentés, et encore dans ces cas les individus vaccinés n'ont-ils été affectés que les derniers. Cette variole, chez des vaccinés, quoique bien caractérisée, n'a point été en général grave, et n'a presque point laissé de trace de son passage. 22 rapports établissent que tous les individus vaccinés n'ont offert que la varioloïde. 53 rapports ont constaté que dans les cas où la variole avait atteint des individus vaccinés, ces individus n'offraient que des traces de vaccine illégitime.

Quelques rapports font mention de l'affaiblissement de la vertu préservative du vaccin par des transmissions successives; les uns attribuent cet affaiblissement à l'action de la syphilis, d'autres à certains tempéramens.

Les conclusions du rapport sont: 1° une vaccination régulière est un préservatif assuré contre la variole; 2° l'affaiblissement du pouvoir préservatif de la vaccine, loin d'être prouvé, est démenti par les faits; 3° la revaccination, qui d'ailleurs n'a pas d'inconvéniens, ne doit pas devenir une règle générale, et est inutile; on doit tout faire pour encourager la propagation de la vaccine, et arriver à éteindre le fléau de la variole dans toute la France.

M. DUBOIS (d'Amiens) regarde les conclusions de ce rapport comme trop générales. La commission de vaccination n'a consulté que les documens français; ces documens, elle l'avoue elle-même, sont fort incomplets. L'Académie a nommé une autre commission, dont M. Emery est le rapporteur, et qui est chargée d'analyser non seulement les documens français, mais aussi les documens étrangers. Il faut attendre, avant de poser les conclusions, que le travail de M. Emery soit terminé.

M. le rapporteur répond que la commission de vaccination était chargée de faire un rapport officiel sur l'état de la vaccination en France, pendant l'année 1838; qu'elle a fait ce travail sur les rapports envoyés des départemens; que c'est le résumé de ces rapports qu'elle a voulu donner, et que c'est uniquement d'après les faits contenus dans les rapports qu'elle a pris ses conclusions.

M. DOUBLE demande qu'on ajoute dans une des conclusions quelques mots pour prier M. le ministre de surveiller les comités de vaccine.

M. MOREAU demande qu'on fasse précéder les conclusions de ces mots : *Il résulte des faits observés cette année que*, etc.

Ces dernières modifications sont adoptées.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉPIPLOCÈLE TRAUMATIQUE; PAR M. LARREY FILS.

Nos lecteurs doivent se souvenir que, dans une des dernières séances, M. Larrey fils a présenté à l'Académie un homme portant une hernie de l'épiploon, suite d'un coup de couteau qui avait pénétré dans le ventre. L'expectation, des applications émollientes, puis quelques légères cautérisations, avaient suffi pour guérir complètement cet homme, et amener la disparition de la portion d'épiploon restée au-dehors. M. Larrey propose cette conduite comme règle générale. Il passe en revue les diverses méthodes de traitement employées du temps de l'Académie de chirurgie, et par les auteurs anciens, contre cet accident, et fait ressortir ce qu'elles offrent de défectueux; il conclut à l'adoption de son procédé.

MM. BÉRARD et CLOQUET sont chargés d'examiner ce travail.

SPASME DE L'URÈTRE ET CHANGEMENS ÉPROUVÉS PAR LES CALCULS DANS LA VESSIE.

M. LEROY D'ÉTIOLLES lit un mémoire ainsi intitulé. Relativement aux changemens qu'éprouvent dans la vessie les calculs lorsque les malades sont soumis à l'usage des eaux minérales alcalines, M. Leroy dit que ces calculs tantôt se chargent d'urate de chaux, tantôt de carbonate de chaux, tantôt d'urate de soude et de chaux. M. Quéven a trouvé du carbonate de chaux dans neuf calculs, appartenant à des malades qui avaient fait usage des eaux de Vichy. M. Martinet, médecin du département de la Creuze, a envoyé à M. Leroy un calcul qu'il a porté dans la vessie, et qui contient du carbonate de chaux. On espère, en général, par les eaux minérales alcalines, obtenir la dissolution des calculs par la formation d'urates alcalins. Or, M. Leroy a trouvé deux fois des calculs d'urate de soude tellement durs qu'ils étaient réfractaires à l'action des instrumens de lithotritie.

OBSERVATION DE LUXATION DU PIED ET DE PLAIE DU TRONC VEINEUX, BRACHIO-CÉPHALIQUE GAUCHE; PAR M. THIERRY FILS.

M. THIERRY présente un homme, âgé de 29 ans, de bonne constitution, qui, dans une chute sur les pieds, de deux mètres de hauteur, se luxa complètement le pied droit en dedans, sans fracture des malléoles. La malléole externe sortait à travers une plaie des tégumens, faite, sans doute, par cet os lui-même. De concert avec quelques confrères, M. Thierry fit une première tentative de réduction, dont l'insuccès parut au chirurgien tenir au défaut de fixité de la force extensive, et aussi à des brides fibrineuses, qui nécessitaient un débridement. Un bistouri boutonné agrandit en conséquence la plaie du côté externe de l'articulation, puis incisa toutes les parties fibreuses que le doigt, porté au fond de la plaie, put reconnaître; cela fait, la réduction put être assez facilement obtenue. Un bandage ordinaire des fractures de jambe, des lotions froides pendant les premiers temps, constituèrent tout le traitement. Pendant près de huit mois, des collections purulentes se montrèrent successivement autour de l'articulation et donnèrent souvent issue à des fragmens d'os, débris de l'astragale. Des esquilles ont continué à sortir jusqu'en 1839. L'appareil de la jambe dut être laissé en place pendant neuf mois. Aujourd'hui la cicatrisation des plaies est parfaite, mais l'articulation est immobile.

PLAIE DU TRONC VEINEUX BRACHIO-CÉPHALIQUE GAUCHE; HÉMORRAGIE; MORT.

OBS. — Le 11 juin 1840, M. Thierry fut mandé en toute hâte pour arrêter une hémorragie. Il trouva le docteur Carpentier la main appuyée sur une plaie profonde que portait au col un homme de 45 ans, et qui lui avait été faite pour l'extirpation d'une tumeur, entreprise par un officier de santé, son médecin ordinaire. Ce dernier, après avoir extirpé en partie la tumeur qui au dire du malade semblait être un kyste plein de liquide comme sirupeux, voulut détacher des parties profondes la paroi postérieure; mais au premier coup de bistouri un flot de sang l'arrêta; troublé et ne pouvant se rendre maître de l'hémorragie, il envoya quérir à son aide le docteur Carpentier. La plaie qu'il avait faite parcourait obliquement en arrière et en haut la région latérale du col, et avait divisé le muscle sterno-mastoïdien dans toute son épaisseur. Pour savoir d'où venait le sang, M. Thierry fit soulever les doigts qui comprimaient le fond de cette plaie, il jaillit aussitôt, mais en nappe, un flot de sang, moitié noir, moitié rouge. Les artères tyroïdiennes et la veine jugulaire interne parurent les vaisseaux ouverts. Pendant que le docteur Carpentier comprimait le fond de la plaie, M. Thierry lia quatre bouches artérielles peu volumineuses. L'angle inférieur de la plaie donnait toujours du sang. En y introduisant son doigt, M. Thierry le sentit pénétrer dans un vaisseau qu'il reconnut pour une veine, il crut que c'était la jugulaire interne. Avec une pince à torsion, il saisit une des lèvres de l'ouverture veineuse; l'autre lèvre fut saisie de la même façon, et les deux pinces étant croisées, de manière à porter en haut la lèvre inférieure, en bas la supérieure, et ayant subi un mouvement de demi-torsion, un fil fut placé derrière et solidement lié à deux nœuds. L'hémorragie fut arrêtée.

Le malade, pansé simplement, passa une assez bonne nuit, sauf quelques vomissemens.

Le lendemain, il fut pris de violens frissons, et le 13 juin il succomba.

L'autopsie a démontré que la ligature avait porté sur le tronc veineux brachio-

céphalique gauche, et n'avait compris que les bords de l'ouverture faite à la veine. Le calibre de celle-ci était conservé, et le cours du sang avait pu continuer après la ligature. La cavité de la veine était pleine de sang couleur lie de vin et comme purulent.

M. Thierry dans les réflexions qui terminent cette observation se demande si la torsion faite aux lèvres de l'ouverture veineuse ne serait point une cause de plus pour la phlébite. Il a vu par des expériences sur des chevaux que la torsion sur les veines était beaucoup plus dangereuse qu'appliquée aux artères. Transportant aux grosses artères le procédé mis en usage pour lier la plaie faite à la veine, il se demande encore si aux grandes artères ouvertes dans une petite étendue, on ne pourrait point espérer de fermer par ce procédé la plaie, en permettant au sang de traverser toujours le vaisseau. Cette pensée lui est venue par la connaissance de plusieurs faits dans lesquels des plaies, soit de veines, soit d'artères, se sont ainsi cicatrisées en laissant libre le calibre des vaisseaux blessés.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LETTRES SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES ET LE TRAITEMENT QUI LEUR CONVIENT; par le docteur DESRUELLES, professeur au Val-de-Grâce. — Chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

Quand Broussais eut installé ses doctrines et plié les esprits au joug de sa royauté, il se présenta tout aussitôt une troupe de fervens qui lui dirent : « Maître, qu'avez-vous à nous ordonner? » Et le maître leur assigna, à chacun, son rôle et sa mission. On eût dit un capitaine qui distribuait à ses lieutenant les terres conquises par les armes communes : à celui-ci le domaine de la chirurgie; à celui-là la thérapentique. M. Desruelles devint le syphiliographe de l'école nouvelle et se chargea d'introduire dans cette spécialité confuse encore et disputée les despotiques lois de l'irritation. L'œuvre qu'il entreprit se trouva facilitée par quelques circonstances qui ne lui ont sans doute pas échappé : 1° on avait abusé outre mesure de la permission de mercurialiser, l'un des privilèges et droits que Molière a oublié d'énumérer parmi ceux qu'il attribue au doctorat; 2° les mots ont leurs vicissitudes; celui de virus commençait à sonner mal dans l'oreille du public; il était aisé d'en achever le discrédit; 3° en attribuant au mercure, et non plus au virus, les formes les plus funestes de la syphilis, on désignait aux malades une cause visible, manifeste, qu'ils devaient s'empresser de substituer à l'idée d'une cause insaisissable et quelque peu mystérieuse; 4° rien ne séduit comme l'unité; rapprocher les affections syphilitiques de celles qui sont le produit de l'irritation, c'était simplifier en apparence l'étude de toutes les maladies, et livrer à bon marché aux juvéniles impatieoces la clef de la pathologie; 5° il existait, pour l'entreprise de M. Desruelles, une autre chance de succès, une de ces chances toutes faites, et qu'il ne faut point controverser, c'est qu'il promulguait une nouveauté; or, le vent soufflait à l'innovation, et l'esprit de système était devenu l'esprit public. Quoi qu'il en soit, M. Desruelles a beaucoup travaillé dans la direction des idées qu'il s'est formées sur les maladies vénériennes; il a beaucoup observé, beaucoup expérimenté; la statistique est venue à l'aide de sa persévérance et a produit, sous sa plume, deux volumes de recherches et de tableaux, insérés dans les MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE, et dont il est impossible de ne pas louer le minutieux labeur. Il a résumé ses investigations historiques et ses vues dogmatiques dans un traité complet sur la matière, lequel a été apprécié avec impartialité dans les colonnes bibliographiques de ce journal. Enfin, après vingt ans d'information pratique et de vérification multiple sur un théâtre officiel, M. Desruelles a senti le besoin d'embrasser dans un nouveau coup-d'œil tous les faits semés dans l'horizon de son observation, de préciser ses conclusions, d'en nuancer quelques-unes, de maintenir les autres avec une insistance réfléchie qui est désormais l'expression d'une conviction scientifique. Le lecteur trouvera dans les lignes qui suivent le sommaire exact des deux premières lettres publiées par M. Desruelles : la critique viendra à la suite de la collection achevée : c'est assurer le respect à nos opinions que d'exposer avec fidélité celles que nous nous proposons d'appuyer ou de combattre.

Le traitement simple n'est pas chose nouvelle dans la science, dit M. Desruelles, ce fut le traitement primitif, et, dans tous les temps, malgré sa réputation de spécificité, des hommes recommandables se sont élevés contre son emploi; aujourd'hui plus que jamais sa toute puissance est mise en doute. Appuyé sur seize années d'expériences dans un grand hôpital, muni de plus de trois cent mille faits, M. Desruelles proclame que le traitement simple doit être le traitement général des maladies vénériennes primitives, et que le mercure ne doit leur être opposé que dans des circonstances exceptionnelles. L'objection qui impute à cette méthode un plus grand nombre de récidives est renversée par les faits; des expérimentations comparatives de l'une et l'autre méthode, instituées au Val-de-Grâce, ont constaté que les récidives sont moins fréquentes, moins graves après le traitement simple qu'après la médication mercurielle. L'assentiment d'un grand nombre d'observateurs modernes, praticiens éclairés, placés dans de grands hôpitaux, vient confirmer ces résultats de l'expérience.

On lit dans les annales chirurgicales de Fricke, de Hambourg : « Avec le traitement simple, les récidives sont beaucoup plus rares, les accidens diminuent, les maladies des os disparaissent. »

M. Vilhelm, de Munich, dit : « Après le traitement simple, il y a peu de récidives, et elles sont peu intenses. » M. Hirsch ajoute d'un autre côté : « Avec le traitement simple, le nombre de récidives et de syphilis constitutionnelles est fort petit. » Les observations de MM. Cullerier, Desruelles de Rennes, etc., ont aussi corroboré les résultats obtenus au Val-de-Grâce; mais s'il est un document qui puisse faire autorité en faveur de la méthode simple, c'est le rapport du Conseil de santé de Suède. Effrayé de l'augmentation prodigieuse des vénériens dans la province de Stockholm, et de la gravité de leurs maladies, le gouvernement ordonna, en 1820, le traitement par la famine (*cura famis*). En 1822, commencèrent des expérimentations simultanées du traitement simple et du traitement mercuriel. Un nombre égal de malades fut soumis à chaque méthode, et pour rendre la comparaison plus sûre, on prit de part et d'autre les mêmes affections. Durant quinze ans, les observations continuèrent, et elles furent faites sur 46,687 individus.

Voici les résultats signalés dans le rapport officiel du conseil :

1° Diminution considérable chaque année du nombre des vénériens, malgré l'accroissement progressif de la population;

2° Fréquence moindre tous les ans de la forme ulcéreuse, la plus grave, la plus susceptible de récidives;

3° Décroissance progressive des affections du système fibreux et osseux, qui sont plus communes en Suède qu'en France; des ulcérations du pharynx, des fosses nasales, etc.;

4° Plus de la moitié moins de récidives après le traitement simple qu'après le traitement mercuriel.

Le conseil ajoute qu'encouragés par d'aussi favorables résultats, les médecins suédois ont diminué chaque année le nombre des malades qu'ils traitaient par le mercure, augmenté au contraire la proportion de ceux qu'ils soumettaient au traitement simple; ils en sont venus à ce point que ce dernier est devenu la méthode générale pour les maladies vénériennes primitives; le traitement mercuriel au contraire, la méthode exceptionnelle.

Dans la seconde lettre, l'auteur recherche si, parmi les maladies vénériennes primitives, il est des cas où la mercurialisation peut avoir du succès. Pour lui, toutes les maladies des organes génitaux ne résultent que du coït, ne sont pas à proprement parler vénériennes; quoi qu'on en ait dit, il n'y a pas de caractères certains qui puissent déterminer la nature vénérienne ou simplement vénéroïde d'une affection. L'ulcère de Hunter, donné comme type de l'ulcère vénérien, peut être reproduit avec tous ses traits par des agens mécaniques, par la présence de certains corps, par la malpropreté même. D'autre part, des ulcères assurément vénériens n'ont pas l'apparence de l'ulcère de Hunter. L'inoculation est un moyen de diagnostic difficile, inapplicable dans une foule de cas, souvent infidèle, toujours funeste au malade dont il multiplie l'affection, fort peu moral; d'ailleurs quand même elle indiquerait la nature essentiellement vénérienne d'une affection, elle serait inutile pour qui ne voit pas dans le mercure un spécifique.

De toutes les maladies vénériennes ou vénéroïdes primitives, la forme ulcéreuse presque seule réclame quelquefois les mercuriaux, mais accompagnés d'un traitement simple; les autres, quand elles sont sans complication d'ulcère, n'en ont aucun besoin.

Certaines précautions sont à prendre avant l'administration du mercure : quand l'inflammation est apaisée, quand l'organisme est réduit dans un état de sous-excitation, quand les influences qui ont pu s'établir entre les viscères et la partie malade sont détruites, alors seulement on peut donner les mercuriaux. Encore faut-il toujours surveiller leur action sur les viscères pour les supprimer dès le moindre accident.

Le traitement simple doit être employé dès l'abord; s'il ne procure pas un succès immédiat, ce n'est pas une raison pour s'adresser tout de suite

au mercure; un régime trop copieux, trop stimulant, l'inobservance des règles de l'hygiène, un étranglement des parties malades, un contact prolongé, la malpropreté, etc., sont souvent les seules causes de l'inefficacité du traitement; ces obstacles éloignés, les maladies marchent à la résolution. Si pourtant toutes les indications étant bien suivies, les malades demeurent stationnaires, essayez d'un régime plus excitant, des amers, pour rendre du ton à l'organisme : tous ces moyens restent-ils infructueux, c'est alors qu'il convient de recourir au mercure; il doit amener de bons effets, car rien n'en contrarie plus l'administration.

Voici, suivant l'expérience de M. Desruelles, les cas où le mercure rend service:

1° Quand l'individu malade depuis longtemps n'a pas consulté un médecin;

2° Quand l'incubation des ulcères a été courte et qu'ils ont été suivis promptement d'adénites;

3° Quand pendant le traitement simple apparaissent des papules, des pustules sur la peau;

4° Quand les ulcères restent stationnaires et, malgré tous les soins, revêtent un mauvais aspect;

5° Quand il y a lieu de craindre une participation de l'organisme à l'influence locale.

Cependant, même dans ces circonstances, il ne faut point débuter par l'emploi du mercure. Préparez d'abord l'économie à le recevoir; s'il existe des papules, surveillez le canal digestif où gît souvent la cause de cette manifestation cutanée.

A la tête des préparations mercurielles qui méritent la confiance des praticiens, M. Desruelles maintient le bichlorure; mais c'est un stimulant très énergique et qui peut donner naissance aux accidens les plus graves. Pour en corriger l'action, il convient de l'unir à l'opium, de le prescrire d'abord à très faible dose, 1/8 ou 1/6 de grain, de ne point excéder la dose de 5 centigr., de le supprimer dès l'apparition des premiers accidens. Après le bichlorure vient le proto-iodure, surtout utile dans les adénites indolentes, compliquant des ulcères; sa dose peut être de 10 centigr. par jour; il ne faut point oublier qu'il exerce une grande influence sur le système nerveux; c'est prudence que de l'unir à l'opium ou à la thridace. Il est d'autres préparations mercurielles que l'on doit employer plus rarement : la plus importante est le proto-chlorure dont on diminue l'action sur les glandes salivaires en le combinant à l'opium ou à l'extrait de ciguë; il peut être porté à d'assez fortes doses.

Une indication domine la thérapeutique mercurielle, c'est de soumettre le malade aux lois de l'hygiène et de la diététique, de le maintenir constamment dans un état de sous-excitation. On la remplit au moyen d'un régime doux, des bains, etc. Les soins minutieux de propreté, de pansement bien faits, sont aussi des conditions indispensables au succès.

Telle est la substance des deux premières lettres émises par le professeur du Val-de-Grâce; huit autres sont annoncées. C'est, comme on le voit, toute une revue de syphiliographie pratique que M. Desruelles s'est imposée.

Dès aujourd'hui, prenons acte d'une concession importante : le mercure est employé au Val-de-Grâce. Il est aisé de voir que, malgré les restrictions peut-être sévères qu'il apporte à l'administration de ce moyen, M. Desruelles comprend les ressources qu'il offre et le merveilleux parti que le talent pratique sait en tirer. Ainsi cèdent partout les doctrines extrêmes, et ce qu'une logique jalouse et candide a d'abord repoussé, l'expérience et l'observation obligent à l'accepter. Il n'appartient qu'aux bons esprits de savoir transiger avec l'absolutisme dogmatique : aux jeunes années la verve despotique de l'exegèse doctrinale, à la maturité la leçon des faits. C'est ainsi que nous avons vu feu Goupil, à peine sorti de l'école du Val-de-Grâce, donner et peut-être prodiguer le mercure aux vénériens de l'hôpital d'instruction de Strasbourg, de cette même main qui avait écrit peu de temps auparavant le livre sincère de l'exposition de la doctrine physiologique.

ESSAI HISTORIQUE SUR LES CÉRÉALES; par V. MARTIN (de Moussy), D. M. P., membre de plusieurs sociétés savantes. — In-8°. Chez Crochard, rue de l'École-de-Médecine.

Dans ce travail, spécialement consacré à l'hygiène publique, M. le docteur Martin s'est étudié à résumer avec exactitude et précision toutes les notions utiles qui intéressent la culture et la conservation des céréales, considérés dans leur rapport immédiat avec l'alimentation et la santé des populations. Il a recherché avec soin les causes, la nature, les résultats de leurs altérations diverses, ainsi que les moyens d'y remédier sûrement. Des considérations générales n'auraient pas suffi à défrayer l'auteur dans la tâche qu'il s'est imposée, il a voulu principalement aborder les détails et les difficultés pratiques de la matière. C'est ainsi qu'il détermine et compare d'abord les qualités nutritives et chimiques, non seulement des diverses espèces de céréales, mais encore des plantes féculentes qui, sous certains climats et dans certaines localités fort étendues de la France et du globe, constituent la majeure portion de la nourriture publique. Examinant ensuite les altérations qui peuvent atteindre les céréales, soit en grains, soit à l'état de farines, il énumère successivement, et toujours en indiquant le remède à côté du mal, les plantes nuisibles et parasites qui leur communiquent des propriétés vénéneuses, les modes vicieux de conservation qui engendrent l'humidité, la fermentation et les insectes; les mélanges malfaisans, les mauvais procédés de mouture et de manipulation.

Un chapitre qui se recommande, sous le point de vue historique et médical, est celui qui traite des effets du mauvais pain sur l'économie animale. L'auteur y a retracé brièvement l'histoire des principales épidémies développées sous l'influence de l'usage des céréales avariées, accidens rares aujourd'hui dans les grandes villes, où s'exerce activement la surveillance de la police, mais qui sévissent parfois encore dans les campagnes, alors surtout que l'insuffisance partielle des récoltes s'y fait plus vivement sentir et oblige le pauvre paysan de fermer les yeux sur les qualités d'un pain déjà trop rare pour suffire à ses besoins.

La partie chimique laisse à désirer. Les procédés indiqués pour faire reconnaître les altérations et sophistications des farines par les sels métalliques sont insuffisans. Cette lacune est compensée par les développemens que l'auteur a donnés à la partie descriptive et aux enseignemens pratiques de la culture et de l'hygiène générale.

La dernière partie de l'ouvrage de M. Martin présente un tableau de la production et du commerce des céréales en France et un exposé succinct des disettes et des prix du blé. Ces détails empruntent un nouvel intérêt aux événemens récens qui ont remué plusieurs localités de la France, et qui ont mis, pour ainsi dire, ces questions à l'ordre du jour. Mais hâtons-nous de déclarer que les opinions parfaitement motivées de l'auteur sont tout à fait rassurantes. Après avoir démontré, par des chiffres, combien faibles sont les quantités de céréales que la France demande à l'étranger, M. Martin exprime cette conviction que les progrès inévitables et prochains que réalisera l'agriculture, le dessèchement des marais et le défrichement des landes et des bruyères doubleront nécessairement les récoltes, en même temps que des voies de communication, de plus en plus faciles et nombreuses, assureront les transports et les échanges de produits; nul doute, enfin, que nous n'arrivions à nous passer entièrement des ressources étrangères.

M. L.

VARIÉTÉS.

— NOUVEAU MANUEL DES DERMATOSES OU MALADIES DE LA PEAU, avec la synonymie de Willan et la concordance des différentes méthodes employées par nos meilleurs auteurs; deuxième édition, revue et augmentée d'une notice sur les eaux minérales, considérées dans leur application aux maladies de la peau, et d'un formulaire spécial complet réunissant toutes les formules et préparations usitées pour le traitement des maladies de la peau, tant à l'hôpital Saint-Louis et les autres hôpitaux que dans la pratique particulière; par L.-V. DUCHESNE-DUPARC, D. M. P., de Moulins-la-Manche (Orne), ancien interne de l'hôpital St.-Louis, membre de plusieurs sociétés savantes; 1 beau vol. in-18. Prix: 4 fr. Paris, 1840.

. Librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 18 JUILLET 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Sur la nécessité d'étudier les cas rares pour le perfectionnement de la science de la nature humaine. — De l'emploi du nitrate d'argent dans quelques affections des membranes muqueuses. — II. Correspondance médicale. Anévrisme variqueux, produit par la présence d'une balle dans la veine jugulaire interne. — Quelques mots sur l'extraction de deux clavicules entières, l'une extraite en 1835 par le docteur Cajetan Mazzoni, de Pise; l'autre extraite en 1838 par le professeur Charles Biagini, de Pistoie. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 13 juillet. — Académie de médecine: séance du 14 juillet. — IV. Bibliographie. Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science. — V. Variétés. — — VI. Feuilleton. Galerie médicale: n° 11, Marc (Charles-Chrétien-Henry).

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

SUR LA NÉCESSITÉ D'ÉTUDIER LES CAS RARES POUR LE PERFECTIONNEMENT DE LA SCIENCE DE LA NATURE HUMAINE. — Première leçon du Cours de physiologie; par M. Lordat (1).

Depuis plusieurs jours, je formais le dessein de vous faire voir, dans cette première séance, combien il vous importe de donner une attention sérieuse aux faits extraordinaires qui ont été observés de temps en temps chez des individus de l'espèce humaine; mais je me suis aperçu que, pour arriver à ce résultat, j'avais besoin d'un long appareil de preuves, dont l'exposition aurait surpassé de beaucoup le temps qui m'est accordé. Au lieu d'une *dissertation* en forme, je suis contraint de m'en tenir à une *exhortation*. Je serais heureux si les *motifs* détachés, que je jette dans votre esprit comme des jalons, pouvaient l'animer et germer eux-mêmes assez vigoureusement pour qu'ils s'unissent réciproquement et formassent un corps logique régulier.

Je puis tout espérer de la fertilité du terrain où je plante. Si un jour votre conviction est aussi complète que la mienne, je ne pourrai me vanter que du choix du sujet et de quelques matériaux informes; tout le reste, vous le devrez à vos propres réflexions, dont mes paroles n'auront été que l'occasion.

Lorsqu'après la destruction de l'antique Université de Paris, le gouvernement républicain substitua l'*École de santé* à la Faculté de médecine, le directeur, outre ses fonctions administratives, se trouva chargé d'expliquer la doctrine d'Hippocrate et l'*histoire des cas rares*, c'est-à-dire des phénomènes extraordinaires qui ont été observés, en divers temps, chez quelques individus humains, dans l'ordre anatomique et dans l'ordre physiologique.

Le premier titulaire fut un savant distingué, M. Thouret, ancien docteur-régent de la Faculté et membre de la Société royale de médecine. Comme on a des raisons pour penser qu'il n'avait été étranger ni à la division des matières, ni aux attributions des chaires, nous pouvons juger quelles étaient les parties de la science médicale pour lesquelles il avait de la prédilection, et quel était le cas qu'il en faisait (1).

(1) Cet article est extrait du Journal de médecine pratique de Montpellier. L'élévation des vues, la puissance de la dialectique et la grâce si parfaite du style en font un écrit aussi remarquable par le fond que par la forme. (N. du R.)

(1) On m'a assuré que M. Thouret s'était dispensé de faire la seconde partie de son cours, et qu'il n'avait jamais fait une leçon sur les *cas rares*. On a pu regretter avec raison les faits que ce professeur éclairé, spirituel, érudit, était en état d'exposer à ses élèves; mais je doute qu'on ait dû regretter beaucoup la phi-

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N. XI.

MARC (CHARLES-CHRÉTIEN-HENRY).

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »
(Larochefoucauld.)

Si l'on veut bien connaître un homme de mérite, le placer à son rang, l'estimer à sa valeur, il faut considérer le point d'où il est parti et celui où il est parvenu. Cette méthode est d'autant plus infaillible qu'elle se règle toujours d'après les faits et les œuvres. En l'appliquant au médecin, objet de cet article, on trouvera que sa carrière fut brillante, qu'il sut s'élever par ses propres forces, toujours en se maintenant dans la ligne la plus haute et la plus droite. Comme il est reconnu que la science, ainsi que la victoire, ne choisit qu'à des conditions dures ceux qu'elle enregistre dans ses fastes, Marc fut rudement éprouvé. Toutefois, ayant reçu la forte éducation de l'adversité, confiant dans le sentiment de son énergie, de sa patience, de ses longs efforts, il lutta avec vigueur, il triompha des événemens et des hommes. Dès sa jeunesse, il comprit que pour réussir, il faut attendre et souffrir, il s'y résigna, mais en travaillant sans relâche, sans fin, et le succès a couronné ses travaux. Il n'était pas né avec de bonnes chances au jeu de la vie, et il parvint à les faire tourner en sa faveur. Il dépassa la foule, il marqua sa place; ses opinions eurent du poids, son nom retentit, et nous l'avons vu mourir dans la plus haute position qui puisse flatter un médecin.

Cependant, à cette foule d'obstacles qui d'ordinaire pressent et repoussent celui qui veut se distinguer, il s'en joignait un autre ayant aussi son poids dans la balance: Marc n'était pas Français. Il naquit à Amsterdam, le 4 novembre 1771, d'un père allemand et d'une mère hollandaise. Il passa même une partie de sa jeunesse et fit ses études médicales dans les universités de l'Allemagne. Une intelligence précoce, beaucoup d'aptitude pour le travail, frappèrent ses premiers maîtres. Reçu docteur à Erlangen, en 1792, sa thèse, qu'il soutint avec esprit et une hardiesse modeste, a pour titre: Historia morbi rarioris spasmodici, cum brevi epicrisi. Revêtu de ce grade, Marc ne s'en tint pas là; avide de connaissances étendues, il se rendit à Vienne, où il se livra pendant dix-huit mois à de profondes études cliniques; puis il vint à Bamberg; là, son oncle, le docteur Marcus, nom connu avantageusement dans la science, le guida dans la pratique. Peu de temps après, il partit pour la Bohême, attaché comme médecin à la princesse douairière de L.... En 1797, il vint en France pour la première fois et contribua, avec Corvisart, Alibert, Bichat, etc., à fonder la Société médicale d'émulation. Enfin, après une nouvelle absence, nécessitée par la mort de son père, en 1798, Marc se fixa définitivement en France; c'est dans cette heureuse terre, *magna parens virûm*, qu'il voulut se marier, vivre, travailler et mourir.

Mais qu'on ne s'y trompe pas, une pareille détermination était la preuve d'un vif désir et d'un grand courage. Marc ne connaissait pas la France, récemment bouleversée par la guerre et les commotions politiques. Il avait 29 ans; quoique

Depuis cette époque il est survenu bien des changemens, et dans les dispositions didactiques et dans le personnel : par exemple, on remarque que depuis longtemps on ne lit plus, dans le catalogue des chaires de la Faculté de médecine de Paris, l'enseignement des *cas rares*. Nous nous étonnons de la suppression de ce titre. Comment une partie médicale, confiée à l'un des hommes les plus éminens, est-elle tombée, ou dans l'oubli, ou dans l'indifférence, ou dans le discrédit?

En examinant de près cette question, il m'a paru que tous les points de l'histoire des *cas rares* n'étaient pas également négligés : les *cas* de l'ordre anatomique sont étudiés; mais il n'est guère question de ceux de l'ordre physiologique. Les monstruosités, les anomalies dans la distribution des vaisseaux sanguins, les pieds-bots, les imperforations, les phénomènes pathologiques singuliers qui intéressent la chirurgie sont recueillis avec soin. S'ils ne sont pas le sujet d'un enseignement spécial, ils sont célébrés; ils retentissent dans les Académies; ils sont longuement décrits et commentés dans les journaux; pendant longtemps ils ont été mentionnés dans les leçons de chirurgie et d'anatomie, avec lesquelles ils ont quelque rapport de près ou de loin. Mais il n'en est pas de même des singularités observées dans l'exercice de la force vitale de l'homme, sans altération matérielle. Ces faits, autrefois propagés, enseignés dans les écoles, publiés sous les noms de *casus rariores*, de *historia medica admiranda*, de *praxis miranda*, sont maintenant ignorés; ceux que la nature nous présente encore sont inaperçus, dédaignés, repoussés avec dérision....

Pourquoi traite-t-on si différemment deux ordres de faits également singuliers? Si l'on y pense, l'on verra pourtant qu'ils proviennent de la même source; que les altérations anatomiques congéniales, les monstruosités ou les difformités primitives, sont les effets de la même cause qui produit les phénomènes transitifs les plus bizarres, c'est-à-dire des variations qui surviennent dans le dynamisme humain. Comment peut-on tant estimer les uns et tant dépriser les autres?

La cause immédiate ou prochaine de cette disposition générale des esprits se trouve dans la préférence que la majorité donne aux connaissances matérielles sur les notions intellectuelles. La présence d'un fait constant et permanent qui frappe les sens absorbe toute l'attention : on en oublie l'origine et la cause, occupé que l'on est de le classer ou de l'employer à un usage mécanique. Mais un phénomène vital, fugitif, extraordinaire, n'est souvent aperçu que par les connaisseurs; il s'est dissipé avant qu'un nombre suffisant de témoins aient pu s'assurer de sa réalité et en établir une notoriété publique : comme il n'en reste rien de visible, nous ne pouvons qu'en rechercher les rapports, les affinités et les causes, travail intellectuel qui a de grandes difficultés et qui n'est plus à l'ordre du jour.

Mais comment quarante années ont-elles pu changer les esprits, dans la république médicale, au point de leur faire abandonner et presque conspuer une connaissance, qui, à la fin du dernier siècle, était en honneur dans les écoles, et dont l'enseignement était confié aux hommes les plus considérés? Voilà un problème qu'il serait utile d'examiner et dont je ne crains pas d'énoncer la résolution, quoique, faute de temps, la démonstration ne puisse pas vous en être ici présentée.

La cause principale de ce changement est le défaut de proportion introduit entre les études théoriques de la médecine et ses études cliniques. Avant la révolution survenue dans l'enseignement, par conséquent avant la réunion des Facultés de médecine avec les Ecoles de chirurgie, l'instruction de l'étudiant était d'abord toute mentale. Les maîtres s'appliquaient à lui former la tête. La science tout entière était dans son entendement, avant qu'il eût vu aucun des faits qui en sont la base. La clinique, alors purement officieuse, pouvait être considérée seulement comme exemple de la réalisation matérielle des idées que l'étudiant avait conçues primitivement. Elle était la corporification de certains cas de la pathologie et de la thérapeutique, dont il était intellectuellement pénétré.

Quand les cliniques ont acquis un grand développement, les jeunes gens se sont accoutumés à n'étudier la science que par les sens. On ne les a plus appelés *disciples*, mais *élèves*. Ils ont déserté les salles de la Faculté et ont afflué dans celles des hôpitaux. La clinique chirurgicale a offert aux novices un attrait spécial, parce que ses opérations ont été des spectacles longtemps avant d'avoir été une source d'instruction pour eux. C'est surtout à Paris que s'est faite cette transmigration des élèves, parce que le nombre des lits leur a paru une nosologie complète. Dès lors ils se sont crus dispensés d'étudier les principes formulés de la science, les descriptions abstraites des faits généraux, la comparaison des cas journaliers avec les cas insolites, l'art de les distinguer ou de les fondre ensemble suivant la nature de leurs causes expérimentales. Ils ont trouvé plus commode, et ils ont jugé plus sûr, de se faire une médecine pratique d'après ce qu'ils ont vu, et de regarder comme non avenu tout ce qu'ils n'auraient pas observé. Et voilà comment les cliniques, primitivement établies pour hâter et populariser l'art, sont devenues une des causes les plus puissantes de la dépopulation de la science.

Que Dieu me préserve de jamais m'élever contre la clinique didactique! Mais cette heureuse création n'est pas plus exempte de tout inconvénient que les autres institutions. Le monde entier parle de ses avantages; me voilà forcé néanmoins d'en laisser apercevoir une suite fâcheuse.

La tendance que j'ai signalée étant devenue très rapide dans la faculté la plus fréquentée, il en est résulté, pour la majorité des médecins, l'oubli de cette vérité si nécessaire, *que la quantité des choses que le praticien le plus employé a vues est immensément plus petite que celle des choses qu'il n'a pas vues*. De cet oubli découlent la désuétude d'un grand nombre de principes doctrinaux d'un ordre élevé, l'ignorance de bien des faits vitaux indispensables à connaître, le mépris du passé médical, une indifférence profonde pour l'érudition anthropologique, un grand désir de paraître fort instruit des *cas rares* de l'ordre anatomique, et une affection extrême de se montrer *esprit fort* (incrédule) à l'égard des phénomènes singuliers de l'ordre physiologique dont on n'a pas été témoin. Que dis-je? nous voyons aujourd'hui des hommes, d'ailleurs estimables, qui, après avoir appliqué leurs sens, tout à leur aise, sur des phénomènes différens de ceux qui leur sont familiers, prononcent sérieusement ce que Fontenelle avait lâché, par une intention épigram-

losophie avec laquelle il les aurait appliqués aux diverses parties de la médecine. La logique qu'il a suivie dans son EXAMEN DU MAGNÉTISME ANIMAL est si fautive, si éloignée des règles de l'art d'interpréter la nature, qu'elle ne peut être d'aucun usage dans la science de la nature humaine.

très instruit, son nom était encore obscur, ses succès d'université totalement ignorés; la langue française lui était peu familière; enfin, une foule de difficultés, de préjugés, d'embarras se montrèrent de toutes parts. Ajoutons que la fortune de sa famille ayant éprouvé de notables échecs, la sienne se trouva par conséquent presque anéantie. Toutefois, ce médecin se livra à la pratique avec confiance, avec habileté, et il y réussit. Mais bientôt lassé, rebuté, ayant acquis de bonne heure une amère connaissance de la vie médicale, il prit en dégoût l'exercice de la profession. Deux choses le choquaient surtout, en France; l'une, la responsabilité qui pesait sans cesse sur la tête du praticien; l'autre, toute matérielle, consiste à envoyer à la fin du traitement une note des visites faites, comme on demande à un épicier sa facture. Or, cette apparence d'assimilation paraissait dégradante à un médecin nourri, imbu du génie et des grandeurs de l'art.

Marc se décida donc à changer de voie et de direction. Mais le champ de la fortune est rude à défricher quand on a de l'honneur, et ce médecin en acquit de nouvelles preuves. Il avait fondé une manufacture de produits chimiques; c'est sur cette carte qu'il plaça son avenir, son bonheur et celui de sa famille. Malheureusement le succès ne répondit en rien aux espérances conçues. Marc fut bon médecin et mauvais industriel; il était savant et point du tout marchand; l'esprit avisé, subtil et retors, si nécessaire dans l'état mercantile, lui était absolument étranger. Aussi, il arriva ce qui devait arriver : leurré, trompé, dupé; en définitive, il se trouva ruiné ou à peu près. Il se vit donc obligé de reconquérir une position, de refaire sa trame peu à peu, et il comprit l'impérieuse nécessité de recourir à sa profession quelque temps délaissée. Cette époque fut certainement une des plus critiques de sa vie. Que d'embarras pour le commerçant, que de temps perdu pour le médecin, et surtout que d'amertume et de douleurs pour le père de famille! Sans doute il éprouva cette lassitude, ce dégoût, qui atteignent par instans les cœurs les plus fermes; il sentit ce tourment réel et inexplicable de ceux dont l'âme est haute et la fortune basse; toutefois, il fut loin de se décourager. Un sage de l'antiquité a dit : *Il est inutile de se fâcher contre les choses, car cela ne leur fait rien du tout*; maxime excellente dont Marc sentait instinctivement la portée. Aussi, doué par la nature d'un caractère trempé pour subir l'épreuve du malheur, et de ce bon sens formé à l'école du devoir et du travail, il sut non seulement supporter son malheur, mais encore le réparer. Une volonté inébranlable, des habitudes vigilantes et studieuses, le soin de ne rien négliger, de ne jamais perdre un jour, une heure, un instant, une occasion, furent ses ressources, qui sont celles de l'homme fort. La journée était consacrée aux fatigues de la pratique, puis venaient celles du cabinet; souvent le travail ne finissait pas avec la nuit, et il recommençait avant le jour. Il n'épargna donc ni son temps, ni ses efforts, ni sa santé, ni ses veilles, ni ses forces; le bonheur de sa famille était à ce prix, et le sacrifice lui parut léger. Sa conduite fut toujours la même, et sa probité sévère se démentit si peu, qu'au milieu de ces inquiétudes continuelles, de ces espérances toujours renaissantes et sans cesse emportées, ayant découvert un bon succédané du quinquina, le sulfate de fer, chose très précieuse, en 1810, il rejeta avec dédain la proposition qui lui fut faite de tenir secret ce remède et d'en faire l'instrument de sa fortune, tant il préférait à cette dernière ce que tout médecin doit à la science et à l'humanité.

Une chose digne de remarque, c'est que dans sa lutte pénible contre la fatalité, Marc fut toujours calme et naturel. Personne ne remarqua dans son langage et ses manières, la pénible et fière contenance d'un être faible et vain qui se raidit et se torture pour se montrer supérieur; il était toujours tel qu'on l'avait vu, simple,

mique et plaisante, la fameuse hyperbole : *je l'ai vu et je ne le crois pas.*

Ce dernier travers, qu'on a vu sporadique dans tous les temps, par l'effet de l'ignorance individuelle, et qui aujourd'hui est devenu épidémique, par le vice de la tendance didactique dont je parle, pourrait être fait nuisible à vos progrès, si vous en étiez atteints. Vous en avertir m'a paru un devoir : si je n'ai pas le temps de vous en garantir, j'ai dû vous le signaler, pour que vous puissiez vous tenir en garde contre un vice qui gagne toujours et qu'il serait temps d'arrêter.

Vous ne pensez pas, j'espère, que je me déclare le champion général de tous les thaumatographes, de tous les auteurs qui ont accumulé dans leurs ouvrages des récits merveilleux, tels qu'Hérodote, Pline, Tite-Live, Obsequens et tant d'autres, pour qui le premier soin était d'intéresser, fût-ce même aux dépens de la vérité. Ce que je désire, c'est que vous distinguiez les observateurs-médecins judicieux d'avec les autres narrateurs ; que vous ne vous armiez pas de préventions contre les faits singuliers, ou quand il dépend de vous de les vérifier, ou quand il vous est permis d'en calculer la crédibilité, soit par les rapports qu'ils ont avec la connaissance de la nature humaine, soit par l'emploi des règles relatives au témoignage des hommes. Je désire que vous ne vous priviez pas d'un moyen d'instruction indispensable à vos succès, et d'une partie inséparable à la science que vous venez étudier.

J'ai cherché à savoir quelles sont les accusations par lesquelles les ennemis des *cas rares ou nouveaux* en décrient l'étude ; mais j'ai eu beau m'en tenir aux écoutes, je n'ai entendu que répugnances, incrédulité obstinée, non raisonnée, argumens indirects et détournés ; jamais un véritable argument *ad judicium*, pour parler comme les logiciens.

Voici ce que les esprits forts en disent :

1° Les *cas inouïs* de l'ordre physiologique ne sont dignes d'aucune confiance ; ils ne méritent donc aucune attention.

2° Les *cas rares*, en général, sont inutiles à la médecine pratique, puisqu'un axiome professe que *rara non sunt artis.*

3° Ils ont été recueillis pour intéresser, et non pour instruire ; ils sont esthétiques et non philosophiques.

4° Le médecin ne peut pas s'en prévaloir, puisque le public ne les croit pas et même qu'il s'en moque.

I. *Les cas inouïs de l'ordre physiologique ne sont dignes d'aucune attention.*

Quand j'ai voulu analyser cette qualification grave, et la réduire à des termes plus positifs, quelques-uns de ces cas ont été déclarés *impossibles*, quelques autres *invinciblement incertains*, d'autres enfin des *anomalies.*

1° Mais quand j'ai demandé une démonstration *à priori* de l'*impossibilité* des cas les plus singuliers, je n'ai pas trouvé un homme capable de la faire. Ceux qui traitent d'*absurdités* les *cas rares* consignés dans les écrits des médecins sont des savans fort estimables, des physiciens, des mathématiciens, mais qui sont étrangers à la connaissance du dynamisme humain ; qui, par conséquent, sont hors d'état de concevoir l'étendue et les limites de ce *pouvoir*, et qui emploient le mot *absurdité* sans avoir réfléchi sur sa valeur, et avec l'exagération de nos élégans et des jolies femmes.

N'abusez pas de ce terme, ne confondez pas l'*impossible* avec l'incroyable. L'*impossible* est une chose absolue, démontrable, apodictique. L'*incroyable* est une disposition mentale relative, qui se mesure dans chaque individu d'après la qualité et le nombre des idées qu'il possède touchant le sujet déterminé. Cette disposition ne se compose pas seulement de la distance qui sépare le fait examiné des connaissances dont l'esprit est muni ; elle se calcule encore d'après les probabilités testimoniales dont il est accompagné.

L'incrédibilité vulgaire d'un cas rare ne vous autorise pas à le rejeter ; il n'est définitivement exclu que lorsqu'il est impossible. Or, qu'est-ce qui constitue l'impossibilité ? C'est l'évidence d'une opposition entre l'assertion d'un fait et la nature d'un être dont toutes les lois sont parfaitement connues. Pour repousser un fait énoncé par un médecin grave, on s'engage donc à faire voir que l'on possède l'intelligence parfaite de la nature humaine... Quel est celui qui oserait se glorifier de cet avantage ? Ce ne serait certainement pas celui qui aurait le plus travaillé à l'acquérir. L'anthropologie est dans l'enfance ; les phénomènes qui en font le sujet sont si variés et si nombreux qu'il est prodigieusement difficile de les embrasser tous. Les auteurs qui ont voulu les étudier profondément se sont contentés d'en considérer quelques-uns, et sont restés étrangers aux autres. Cette étroitesse du sujet de la contemplation n'a pas été seulement le vice ou la faiblesse des individus, c'a été encore le mal de la plupart des écoles, qui, dans les divers siècles, ont cultivé tour à tour diverses parcelles du champ, et en ont laissé la plus grande partie en friche.

Lorsque l'étude de la force vitale a été cultivée à la manière d'Hippocrate, on a négligé la science du sens intime et celle de l'anatomie. Quand l'étude de l'*impetum faciens*, ou du *calidum innatum*, a porté les esprits vers la nature, ou l'essence de cette cause, on a vu la même négligence et de plus un oubli des faits pathologiques. Quand l'étude de la psycologie a dominé sur celle de la biologie, la thérapeutique s'est rapetissée. Quand l'anatomie est devenue brillante, toutes les parties de la science du dynamisme humain se sont éclipsées, et il y a peu de temps qu'elles étaient réduites à un des nombreux faits physiologiques qu'il faut étudier ; savoir : à l'*irritabilité* hallérienne, ou à l'opinion vague, insignifiante, des *propriétés vitales.*

Ceux qui ont ainsi restreint le sujet de leurs recherches ont pu se faire illusion sur les lois de la science de l'homme et s'imaginer que les faits ignorés et possibles devaient tous être attribués aux causes par eux étudiées ; ils ont donc pu se croire en état de déterminer la liste des effets et des causes. De là tant d'hypothèses, de prétentions, d'incrédulité, de bonne opinion de soi-même, de jactance.

L'école de Montpellier a voulu de bonne heure faire marcher de front toutes les parties de l'anthropologie, c'est-à-dire connaître tous les faits, les diviser en catégories, d'après leurs différences les plus profondes, en assigner les causes *expérimentales*, chercher, d'après ces déterminations, une idée *conclusive* de la loi qui donne l'harmonie et l'unité à l'agrégat humain. Les résultats de cette philosophie ont été de repousser toute hypothèse ; de reconnaître, dans le dynamisme qui constitue l'unité du système humain, un grand nombre de causes ou facultés dont l'école ne se vante pas de pouvoir aujourd'hui circonscrire le catalogue, les limites, ni l'étendue ; de faire considérer la science de l'homme, non comme une *science faite*, mais comme une *science qui se fait ;* de faire naître chez

---

facile, éloigné de toute jactance, de toute affectation. Bien plus, le ton enjoué ne l'abandonnait pas ; ayant rencontré un de ses amis, le docteur A., qui vit encore, il lui dit : Enfin, je suis à la tête d'un hôpital. — Je vous en félicite, répliqua son confrère, mais où est cet hôpital ? — Chez moi, répondit Marc en souriant ; j'ai quatre enfans malades à la maison, mais je m'en tirerai, soyez-en sûr ; et l'événement a justifié cette noble confiance.

Ce fut alors que ce médecin publia, soit isolément, soit dans les dictionnaires ou dans les journaux scientifiques, une multitude d'ouvrages, de dissertations, de mémoires, d'articles, dont il n'est pas possible de donner ici une analyse, même la plus succincte. Remarquons seulement que les travaux de Marc, fruit de ces recherches qui veulent et le temps et la lampe, ont un caractère particulier ; tous tendent à des applications positives, à une utilité réelle et immédiate ; tels sont, entre autres, son excellent écrit : LA VACCINE SOUMISE AUX SIMPLES LUMIÈRES DE LA RAISON dont le succès fut européen, son instruction sur l'asphixie des noyés, ses divers articles d'hygiène publique, etc. Au lieu de cette sensibilité ardente, de ce feu d'imagination qui remuent et fécondent les idées, mais qui les changent trop souvent en dogmatisme passionné, Marc avait cette raison sévère et précise qui examine les principes, les approfondit et les applique ; cette force de raison, cette rigueur de dialectique qui emportent la conviction par des preuves de fait, et par les conditions de l'expérience. Profondément instruit, ce médecin écrivit sur beaucoup de sujets, mais ce qu'il cultiva avec soin, avec prédilection fut la médecine légale. Cette partie de notre art qui allie la médecine à la dignité humaine était assez négligée en France. Marc y fit de profondes recherches, et il y porta de plus la lumière puisée aux sources étrangères. Non seulement il énonça d'importantes vérités, mais par la réflexion assidue, il en faisait jaillir une foule d'applications pratiques, car il n'est rien dans la science d'impénétrable à cette *seconde vue* que la méditation porte en soi. Le savoir profond, le discernement exquis, une lucidité frappante de preuves et de raisonnement, l'art de poser les principes et d'en tirer des conséquences d'une évidence formelle, l'art plus difficile encore de pénétrer dans le cœur des difficultés ; d'éclairer les questions douteuses, obscures, si fréquentes dans la médecine légale, tels furent les caractères particuliers du talent de Marc. Ce qui fit qu'en peu de temps il acquit dans cette partie un nom respecté, un mérite incontestable ; ainsi que dans tout ce qui appartenait à l'hygiène publique. Il fut nommé, en 1816, membre du conseil de salubrité de la ville de Paris, puis du conseil supérieur de santé, inspecteur des maisons de santé des aliénés. Presque toujours ses opinions furent admises et ses décisions faisaient autorité.

La manière d'écrire de ce médecin contribua également à répandre ses idées et sa réputation. On ne voit que trop souvent dans notre art, des esprits stériles et vains traiter le premier sujet venu ; aussi le peu de valeur du fond est bientôt révélé par celle de la forme, et la vulgarité du thème dépassée par celle de la mise en œuvre. Marc au contraire choisit parfaitement son sujet, puis il le travaille, l'élabore et le féconde. Fidèle à la raison dans les choses et à la clarté dans les mots, chez lui, l'idée et l'expression vont droit au fond et au fait ; rien ne sent l'enluminure et l'effort, aucune de ces phrases de luxe qui embarrassent l'esprit et la plume ; partout on remarque cette plénitude de faits, cette grave pureté du style, cette juste économie de discours qui caractérisent un auteur judicieux et maître de son sujet. Il dit ce qui est, le prouve, le démontre et s'arrête là, sans hasarder la plus petite conjecture. Marc possédait le rare et précieux secret d'être savant sans trop le paraître ; ce qu'il écrit coule de l'abondance du savoir avec fa-

les plus studieux cette timidité que l'on a remarquée dans la signature des artistes grecs, qui sur leurs statues gravaient : *Phidias, Praxiteles, Alcamenes... faciebat*, et non *fecit*, disant en quelque sorte : *l'auteur ne présente pas cet ouvrage comme un modèle de l'art, mais seulement comme le résultat des efforts qu'il a faits dans une carrière dont le terme est encore si loin.* Voilà ce qui explique dans cette école la sobriété des productions, sa méfiance contre les novations, sa retenue relativement aux faits singuliers, ses égards pour les observations même inouies, sa répugnance à prononcer leur *impossibilité*, sa déférence pour le témoignage des hommes revêtus des conditions requises (1).

Quand vous entendrez un médecin élevé suivant cette direction taxer un récit nouveau d'*absurdité*, rapportez-vous-en à lui, parce qu'il sait la valeur du terme. Mais, quand une pareille qualification sortira de la bouche de personnes élevées dans des écoles moins sévères, ne prenez le mot *absurdité* que comme une *incrédulité* relative aux lumières et à l'éducation de ces individus; proportionnez votre confiance à la gravité de chaque juge, et pour plus de sûreté, révisez la sentence.

2° Les esprits forts parlent de *l'incertitude des cas rares*. Tant pis pour ceux qui ne tardent pas à la dissiper, soit par la dissection interne de chaque cas, et par les rapports cachés qu'il peut avoir avec les faits ordinaires, soit par la critique testimoniale.

3° Ils parlent encore des *anomalies*..... Mais, quel que soit le sens dans lequel vous employiez ce mot, il ne vous est jamais permis de négliger ce qu'il désigne, moins encore de le dédaigner. Que voulez-vous dire? Une anomalie est-elle pour vous un phénomène rare ou unique, qui ne s'opère pas conformément aux conditions journalières et évidentes de sa formation? Ce n'est que l'expression du fait; c'est à vous à rechercher les circonstances qui font connaître des conditions auparavant inconnues. Le phénomène vous semble-t-il un événement contraire aux *lois* de la nature? Prenez garde à vous! un tel phénomène serait un *miracle*, un effet spécial et immédiat de la toute-puissance. Avant de parler ainsi, soyez sûrs de toute la valeur des lois présumées violées: n'invoquez pas en vain le nom de Dieu. Regardez plutôt si vous n'avez pas appelé *infraction de la loi* un événement qui prouve que vos formules étaient vicieuses : dans ce dernier cas, corrigez vos sciences et appréciez mieux les prétentions d'une physiologie dont vous vantiez les principes.

Lorsqu'on entend parler d'un fait singulier, rare, inoui, le premier soin doit être, en philosophie, de chercher à le mettre en lumière, pour pouvoir apprécier la distance qui le sépare des faits communs, et le degré de la vraisemblance que les historiens ont donnée au récit. Loin de là, les antagonistes déclarent le fait controuvé; ils travaillent à rendre ridicule toute recherche; en professant leur incrédulité, ils espèrent retrancher le *cas* de la science. Cependant, s'ils y pensaient, ils verraient bien que s'obstiner à n'admettre que ce qu'on a vu ou senti, c'est renoncer à toute connaissance testimoniale et traditionnelle, c'est nous réduire à la condition des bêtes. Nous voulons plus que personne que les propositions de fait soient *certaines*; mais il est impossible que la *certitude* soit *physique* pour chaque individu. Il faut bien que les absens d'un phénomène se contentent d'une certitude *morale*, sous peine d'ignorer la science à laquelle il sert de base. C'est dans ce sens que Bâcon vous dit que, pour apprendre, il faut un degré de confiance : *Oportet discentem credere*.

Gardez-vous de croire que les *cas rares* adoptés par Schenck, par Fabrice de Hilden, par Marcellus Donatus, par Bartholin, par Stalpart Vander Wiel, par Friller, par Haller, ne soient que des légendes sans critique : de pareils hommes ne les ont admis que d'après les règles logiques relatives à la certitude morale. Pas un de ces savans ne s'est avisé de recevoir un fait impossible : aucun *cas rare* n'est mis en circulation que lorsqu'après mûre réflexion on a vu que son impossibilité ne pouvait pas être démontrée. Les amis de cette philosophie n'ont pas manqué de voir si, dans la dissection des faits mêmes, il y avait des circonstances qui impliquassent contradiction. Ils ont porté un examen sévère sur la véracité, la dignité, le désintéressement des témoins. Ils ont eu le soin de réunir les cas analogues et de fortifier chaque cas inoui par une série de cas nuancés, dont les singularités décroissantes allaient, suivant la loi de continuité, depuis le fait le plus étonnant jusqu'aux faits de même nature les plus vulgaires. Rien n'a manqué dans ce genre de recherche.

Ne vous imaginez pas que les esprits forts se soient donné autant de peine pour démolir cet édifice. Toute leur réfutation est fondée sur cette idée: que tout ce qu'ils n'ont pas vu est impossible; que tous les pouvoirs de la nature sont renfermés dans ce qu'ils ont vu à l'Hôtel-Dieu ou dans leur pratique. En conséquence, ils se dispensent de la critique des témoignages. C'est fort commode, mais la science et l'humanité s'indignent contre cette paresse.

Des auteurs connus et graves assurent qu'un individu, plongé dans un sommeil magnétique, a pu subir une opération chirurgicale très douloureuse sans en rien ressentir. J'adopte ce fait, et je l'enseigne sans la moindre hésitation, quoique je ne l'aie pas vu. Mais cette acceptation est-elle l'effet de ma crédulité et d'une confiance irréfléchie? Non, Messieurs, voici ma loi de continuité et mes témoins. Le sommeil, qui est souvent assez léger pour qu'il se dissipe par une impression médiocre sur quelqu'un des organes externes, résiste quelquefois à des excitans très commoteurs. Ravaton dit que des soldats sont restés endormis auprès d'un canon qui tirait. Feu M. Laënnec, me parlant un jour de la manière dont il dormait habituellement, me raconta le fait suivant. Lors de la guerre civile de la Vendée, il eut occasion de coucher dans une maison de campagne de la Bretagne; il s'endormit à son heure ordinaire et ne fit qu'un somme jusqu'au lendemain, et néanmoins deux troupes opposées s'étaient livré, pendant la nuit et devant la porte, un combat furieux fort long, durant lequel l'explosion des fusils et des canons avait brisé les vitres de la chambre où il était couché. J'ai vu moi-même une femme dont le sommeil résistait d'ordinaire pendant plusieurs minutes à des secousses très fortes. Des maladies comateuses rendent quelquefois les malades *inéveil-*

(1) Il y a quelques jours qoe des hommes éclairés, MM. Piedagnel et Cottereau, ont commnniqué à l'Académie royale de medecine un mémoire portant que, dans le cours d'un accouchement, la mère avait senti vivement des impressioos très fortes, qui avaient été faites sur le scrotum de l'enfant encore engagé. Quelques membres oot rejeté ce fait comme *impossible*, parce qu'on n'a pas pu trouver encore, dans le cordon ombilical, des nerfs qui communiquent entre le fœtus et la mère, seul moyen, suivant eux, de donner une sensibilité commune à ces deux êtres. M. Gerdy a nié qu'il y eût *impossibilité*, parce que, dans certains cas, une partie continue avec le système, mais dépourvue de nerfs, a intéressé vivement le sens intime de l'individu. Néanmoins, en rejetant l'*impossibilité*, il n'a point admis le fait actuel ; on l'a trouvé *incroyable*.

cillé, sans avoir rien de recherché, de contraint, d'affecté, d'enflé. Quoiqu'il parlât de son mérite sans faux scrupule de modestie, il n'était pas habitué, disait-il, à peser son grain de cuivre dans des balances d'or; en effet, nul n'eut plus de répugnance à se faire valoir au-delà du vrai, nul ne fut plus éloigné de cette sottise nommée *importance*, qui ne trompe que ceux qui veulent l'être.

La même justesse d'esprit et de raisonnement dont ce médecin fait preuve dans ses ouvrages, se manifestait daos son langage quand il prenait la parole dans les corps savans dont il faisait partie. On remarqua toujours en lui cette modération qui annonce l'habitude de la réflexion et beaucoup de tempérance dans les opinions. Il avait la voix douce, mais sa logique était vigoureuse, sa poitrine était faible, mais son raisonnement énergique. Comme il savait que rien n'est plus rare que de gagner un vote par un discours, il parlait simplement, posément, mais avec une grande force de dialectique. Aussi sans effort, sans redondance bavarde, sans animation véhémente, sans hypocrisie oratoire, faisait-il presque toujours prévaloir son sentiment. Si la polémique était vive, les questions irritantes, s'il y avait de la personnalité, ce qui arrive parfois dans des assemblées de confrères, Marc gardait le silence, bien persuadé, comme l'a dit un homme célèbre, qu'il y a telle circonstance où se taire c'est parler clairement. La même douceur, j'ai presque dit la même philosophie, se fit remarquer quand il s'agissait des questions de doctrine; c'était un homme d'un esprit si droit, si nettement judicieux, que le vrai le frappait aussitôt : il avait l'éclectisme du bon sens. Jamais il ne prit de parti tranché, décisif; jamais il ne mit enseigne de coterie scientifique. Son intelligence ne fut la vassale, ni des vieilles idées, ni des théories modernes; selon lui, le mieux est de voir, d'attendre et surtout d'expérimenter. Lors des violens débats du physiologisme broussaisien, on ne le vit point se lancer parmi les enthousiastes ou les détracteurs de la doctrine de l'irritation. Comprenant tout aussitôt qu'il y avait dans ce système du bon et du mauvais, du faux et du vrai, son avis fut qu'il convenait de marcher avec prudence et le crible à la main; qu'on juge maintenant s'il avait raison et ce qu'on doit penser des opinions extrêmes en médecine.

Cette modération, trait distinctif de son caractère, se faisait ressentir jusque sur le jugement des ouvrages paraissant à l'horison médical. Certes il fallait qu'une production eût bien peu de valeur pour qu'il n'y trouvât quelque chose de bon, qu'on pouvait *à la rigueur* mettre en pratique. Si pourtant le livre était complètement nul, si aucune parcelle d'or n'était saisissable dans ce mélange informe, il se décidait enfin à l'abandonner; alors sa plus grande critique était de dire : l'auteur n'a pas compris le sujet, et son livre est de l'inexpérience par chapitres. Enveloppé dans son extérieur de bonhomie et de simplicité, Marc savait néanmoins observer, pénétrer les hommes et les choses, les motifs et les causes; très souvent il fut indulgent, mais bien rarement dupe des faux talens; et pourtant il ne parut mépriser personne, pas même les sots, qu'il cherchait toujours à rendre contens de lui en les rendant contens d'eux-mêmes.

Avec de pareils principes, on doit facilement présumer que ce médecin n'employa pour s'avancer que des moyens hautement avoués par l'honneur de la profession. Outre le savoir et le travail, la bonté, l'expansion familière, le ton doux et amical qui prévenait en sa faveur, ce fut là son savoir-faire; l'adresse, l'intrigue, l'habileté sourde qui *poussent* une réputation, lui furent étrangères. Ayant cette rectitude du cœur qui fait aimer le bien et cette fermeté de caractère qui le fait pratiquer, il se renfermait dans le cercle de ses occupations. Par nécessité de position, peut être aussi par ce besoin inné des cœurs élevés, Marc

tables pendant la durée de l'attaque, comme Winslow l'a vu dans l'asphyxie.

Les maladies extatiques nous présentent un pareil phénomène : je ne connais aucun moyen de dissiper un paroxysme d'extase. Une femme, sujette à des attaques de cette maladie, voulut se faire extirper un bouton cancéreux de la lèvre supérieure. J'invitai M. Maisonabe à faire cette opération. Au premier coup de bistouri, la malade tomba dans son paroxysme. Cette opération et celle du bec-de-lièvre consécutive furent laborieuses et longues; cependant la malade ne sentit rien, et elle fut surprise lorsque, ayant été portée dans son lit, elle apprit tout ce qui s'était passé.

Je sais, d'après mon expérience, que le magnétisme animal peut occasionner ou l'extase ou un somnambulisme extatique profond, qu'un fort pincement ne fait pas disparaître. Voilà ce que je sais de certitude physique. M. Kuhnholtz me dit que, dans un somnambulisme pareil, il a fait, en présence de douze personnes, arracher une grosse molaire à une jeune femme, qui n'a pas donné le moindre signe de sensation. Je ne pouvais douter un instant d'un fait que me racontait l'historien, dont je connais les lumières et l'impeccable véracité. — Autre fait analogue : un homme dont vous dévorez les ouvrages, dont j'admirais le talent et honorais le caractère, longtemps avant que j'eusse eu l'occasion d'aimer la personne, M. J. Cloquet a raconté, il y a huit ans, à qui a désiré l'entendre, qu'il a fait l'amputation d'un sein cancéreux, sans causer aucune douleur, à une femme que l'on avait mise dans une extase au moyen du magnétisme animal. Ce fait se rapprochait tant de mes propres observations, qu'il a eu pour moi une certitude suffisante. Que pourrais-je désirer encore ? La connaissance de l'histoire porte ma conviction au plus haut degré, et si je croyais aux Ordalies (aux jugemens de Dieu), je ne balancerais pas à mettre *ma main au feu*.

L'esprit fort se donnera-t-il la peine de réfuter mes motifs d'admission? Non, il hochera la tête, sourira, et dira.... *à d'autres !*... En effet, il ne veut pas se donner la peine de savoir quelles sont les allures et les facultés de la puissance qui nous vivifie.

II. *Cette étude*, disent-ils, *n'est d'aucune utilité dans la pratique*. Quand vous examinerez cette question, vous ne tarderez pas à voir combien cette proposition est fausse. Elle l'est *directement*, parce que, dans une foule d'occurrences, la médecine légale ne peut s'exercer avec probité qu'en invoquant les souvenirs des *cas rares*, et que, dans le cours de la pratique médicale, le médecin qui a le plus médité sur les faits singuliers a un grand avantage sur ceux qui n'y ont jamais réfléchi. Les faits par lesquels on peut le prouver se présentent en si grand nombre, que je dois résister au plaisir de faire une réfutation si facile, en considérant que le temps destiné à cette séance est très court.

Cette proposition est fausse *indirectement* : en effet, un art ne peut avoir d'autre solidité que celle qui réside dans la science dont il procède. Notre thérapeutique sera toujours proportionnée à notre doctrine. Si donc on peut prouver que la connaissance des *cas rares* est indispensable pour la vérité des propositions doctrinales, on sera forcé de convenir que l'art ne peut pas être indifférent à ces faits. Or, quoi qu'on en dise, les faits rares font partie intégrante de la science.

III. Je ne conçois pas que l'on puisse philosopher en physiologie, sans avoir présens à l'esprit les faits dont on n'a pas prouvé la fausseté. *Ces faits*, disent les esprits forts, *sont esthétiques et non philosophiques*. Veulent-ils dire que ces faits n'existent pas? J'ai répondu. Veulent-ils dire que, nonobstant leur réalité, il faut passer outre et raisonner en physiologie sans y prendre garde; c'est heurter le bon sens. Quand un *cas rare* n'a pas été reconnu *impossible*, ni jugé *incroyable* par les compétens, le retrancher de la science et le rendre *exceptionnel*, ce qui voudrait dire nul, c'est être étranger à toutes les règles de la philosophie naturelle. Un fait inouï, non impossible, arrête le théoriseur le plus déterminé, s'il sait raisonner. Il faut que ce fait ait une place. Elle sera ou parmi les faits ordinaires, quand il sera dépouillé de quelques circonstances bizarres qui lui avaient donné son étrangeté;... ou elle constituera une catégorie spéciale.

Les faits extraordinaires sont aussi incorporés dans la médecine que les journaliers; nous ne sommes pas plus dispensés d'étudier les premiers que les seconds. La médecine qui n'aurait pas assigné les places des *cas rares* serait toujours incomplète; celle qui les exclurait par sa doctrine serait fausse.

Non, Messieurs, un fait très étonnant n'est point dans la science pour en orner l'exposition, pour tempérer l'aridité d'un travail didactique : son usage est d'établir ou de confirmer une vérité générale, qui sans elle serait ou inconnue ou mal signalée.

La plupart des auteurs qui, loin de redouter les *cas rares*, les ont abordés franchement, les ont expliqués, ou s'en sont servis pour renforcer ou rectifier les dogmes de la science, ces auteurs, dis-je, ont fait des ouvrages d'une portée plus élevée que celle des livres où ces cas ne trouvent point de place. Pour ramener ces faits aux lois connues, il a fallu aller à la recherche des causes de la singularité. Pour établir une loi nouvelle, il a bien fallu connaître toutes celles qui existaient auparavant, fixer exactement les limites de celles qui se rapprochent le plus de la nouvelle, et montrer la nécessité de cette création. Si ces opérations mentales supposent de la supériorité chez ceux qui les ont faites, elles attestent de l'intelligence et de la sagacité chez ceux qui les conçoivent.

Le commerce du génie qui crée et de l'entendement qui veut en recueillir les fruits devrait être l'objet d'une flatteuse émulation. Malheureusement les ennemis de l'étude que je vous recommande travaillent à vous décourager et à vous comprimer dans une sphère inférieure dont vous pouvez sortir heureusement quand vous le voudrez. Ils vous calomnient et vous trompent. Ils vous calomnient, en disant que vous êtes incapables de comprendre ces productions; ils vous trompent, s'ils vous persuadent qu'elles sont frivoles. Ils vous causent un vrai dommage quand ils vous engagent à préférer les livres les plus élémentaires, les plus légers, les plus faciles, et partant les moins substantiels.

Ils se prévalent sans doute de la rareté des livres qui ont été faits pour ces hautes pensées, et de l'abondance de ceux qui ont été faits pour des doctrines plus vulgaires. Mais je voudrais, en opposition, que vous voulussiez entendre les avertissemens que Bâcon nous donne, quand il compare les doctrines diverses considérées dans la suite des siècles, et vous sentiriez que la fréquence et la rareté de livres divers peuvent nous donner des appréciations préjudicielles fort différentes de celles du public. A ses yeux, le temps est comme un fleuve qui coule et qui entraîne les idées émises par les hommes dans le cours des âges. Les matières qu'il porte varient beaucoup par leurs pesanteurs spécifiques. Celles dont la substance a le moins de densité, dont la consistance se prête à toutes les formes, et dont la valeur principale tient de l'art, sont les plus légères; elles flottent, sont poussées par tous les vents, et sont à la portée de tout

---

désira de la célébrité, mais il la poursuivit avec calme, sans angoisse et sans irritation. On ne le vit point toujours ému, toujours inquiet du succès qu'il avait ou qu'il espérait avoir. A vrai dire, comme il avait étudié à fond l'art peu connu d'être heureux, il préférait de beaucoup aux agitations d'une grande réputation, cette paix intérieure pleine de vie et d'intérêt, ce bonheur solide, réel, du foyer domestique, autour duquel se superposent toutes les autres félicités, et qui les remplace si bien quand la fortune les refuse. Avant tout, vivre et vivre honorablement lui paraissait la première des obligations. Son avis était celui de Beaumarchais: il trouvait la gloire attrayante, sans oublier jamais que pour en jouir seulement une année, la nature nous a condamnés à dîner trois cent soixante-cinq fois.

Comme on le voit, ce n'était pas là une de ces puissantes et fougueuses existences qui veulent tout emporter de haute lutte. Autant Marc était doué de force et de vigueur, quand le devoir, la raison, la nécessité l'exigeaient, autant il était modéré dans les habitudes de la vie privée; on retrouvait en lui cette égalité d'humeur, ce doux laisser-aller du vrai savant qui estime la vie ce qu'elle vaut et qui sait en jouir. Bon, simple, affable et officieux, sans rancune et sans envie, honorant partout le mérite, acceptant tous les talens, sans se plaindre qu'on se mît devant son soleil, Marc n'éprouva point le tourment des cœurs ambitieux outre mesure, pas plus que la vanité inquiète des esprits médiocres. En général, tout extrême l'offusquait, il n'aimait ni la supériorité tyrannique, ni la bassesse sollicitense, ni ce qui écrase, ni ce qui rampe. Ses droits les plus légitimes n'étaient pas toujours ceux qu'il mettait en première ligne, souvent même il y renonçait. Lorsqu'il fut nommé premier médecin du roi, il écrivit à l'Académie de médecine qu'il n'entendait pas se prévaloir de ce titre, pour être président d'honneur perpétuel, place que lui accordaient les réglemens de la compagnie. L'Académie, frappée d'une modestie si rare, le nomma son président annuel et membre du conseil d'administration l'année suivante. On voit que les honneurs ne changent pas toujours les caractères. Or celui de Marc était la justice, la modération en tout; c'est ce qu'on retrouvait sans cesse dans ce qu'on peut appeler la partie intime de son ame, ce qui en faisait la base et l'essence. Faire le bien pour le bien, se rendre utile aux hommes sans rechercher leur estime et sans la dédaigner, fut une maxime dont il s'écarta le moins possible.

Qu'on ne croie pas cependant que la philosophie toute pratique de ce médecin s'affublât d'un extérieur triste et composé; Marc aimait la vie, le plaisir et ne s'en cachait pas; *bene agere ac lætari* fut aussi sa devise, mais il n'était pas de ceux qui veulent les fleurs de la vie sans le travail qui les fait éclore; sa vie entière en est la preuve. Sans avarice, comme sans prodigalité, le désir d'amasser ne le possédait point. Montrez-moi, disait-il, quelqu'un qui en acquérant du bien ait perdu la soif des richesses, et je m'embarquerai. Si le devoir, cette austère idole des cœurs bien nés, exerçait sur lui une irrésistible influence, il savait aussi dans l'occasion détendre l'arc et se réjouir. Plus d'une fois, nous l'avons entendu vanter l'efficacité du remède de Bassompierre, un verre de bon vin contre la peste et la réserve, sans s'écarter lui-même de la plus stricte sobriété. Cette verve de gaîté ne l'abandonnait pas, même dans les circonstances les plus critiques. Lorsque le choléra-morbus éclata dans la capitale, Marc énonça sur cette maladie des idées d'une pratique judicieuse; il indiqua de plus des médicamens et notamment une poudre qui eut du succès autant qu'un médicament pouvait en avoir; mais en même temps il proposa le préservatif suivant dont plusieurs feuilles publiques s'emparèrent sans le nommer: *quarante* doses de chaleur, *cinq* de pro-

le monde. Les matières qui ont le plus de gravité, les métaux les plus précieux, en qui la substance l'emporte sur la forme, roulent lentement dans le fond, stagnent souvent, et ne changent de place qu'à l'occasion d'une commotion extérieure.

Je verrais avec une douleur amère, qu'après de tels avertissemens, vous restassiez au-dessous de votre dignité; que vous ne remplissiez pas votre destinée; que, dans la recherche des objets qu'entraîne le courant du temps scientifique, vous vous contentassiez de tendre une nasse pour prendre quelques faits vulgaires, quelques théories passagères qu'une écumoire emporterait, et que vous ne voulussiez pas consentir à entrer dans le fleuve, à plonger jusque dans le fond pour y pêcher de vrais trésors.

IV. L'argument le plus embarrassant que l'on vous adressera contre l'étude des *cas rares*, c'est celui qui ne touche point à la matière, mais seulement à vos intérêts : *quoi qu'il en soit de ces récits*, vous dira-t-on, *personne n'y croit, et si vous vous en occupez sérieusement, on vous plaindra, ou l'on se moquera de vous, et vous serez déshonorés.*

Le précepte du *respect humain* est en général fort prudent, et je tiens trop à votre tranquillité et à votre bonheur pour que je vous engage à le négliger. Je crois bien que vous n'êtes pas tenus à une grande reconnaissance pour ces sortes d'avis charitables, parce que l'avertissement a été donné moins à votre profit qu'à celui du conseiller que votre doctrine importune. Mais il faut en tirer parti. Vous connaissez tous le mot de Fontenelle: *Si j'avais dans ma main toutes les vérités, je me garderais bien d'éparpiller mes doigts.* En effet, Fontenelle n'avait pas de goût pour le martyre. Si vous êtes aussi amis du repos que lui, imitez-le, et ne vous érigez pas en missionnaires scientifiques.

Mais ces vérités que je vous conseille de garder, ne les serrez pas au point de les étouffer; servez-vous-en pour votre usage, et pour ceux qui en sentent le prix. Soyez circonspect, disait Bourdaloue, ne soyez ni indiscret, ni trop ardent; mais conservez toujours votre foi et vos mœurs.

Une des positions les plus pénibles où vous puissiez vous trouver, c'est celle où vous serez lorsque ayant acquis avec peine, zèle et attention, quelques connaissances peu connues, accompagnées d'une certitude physique ou morale, vous verrez une dédaigneuse et insouciante incrédulité ricaner aux dépens de votre labeur. Vous pourrez trouver en vous un dédommagement, et la morale veut que vous vous en contentiez. Il vous est permis de vous dire dans le fond du cœur: *Cet esprit fort qui s'unit à la tourbe contre moi, et qui ne m'épargne ni sarcasmes humilians, ni justifications ironiques, est doublement mon inférieur sur un point: je possède des vérités qu'il ignore et qu'il repousse; de plus, il est imbu d'une doctrine avec laquelle elles sont incompatibles, et par conséquent d'une doctrine impitoyablement erronée.* Cette satisfaction interne doit vous suffire. Si vous voulez la manifester, vous serez taxés d'orgueil et d'arrogance, et la majorité ne souffre pas qu'on ait raison contre elle.

Ce n'est que de cette manifestation que Barthez a été coupable; et cependant la haine qu'il a excitée et qui n'est pas encore éteinte, n'a pas eu d'autre source que l'expression de ce sentiment de supériorité. Lorsqu'il voulut imprimer à la science l'exactitude dont elle est susceptible, et donner aux propositions fondamentales la généralisation et la rigueur dont elles avaient besoin, il ne put le faire qu'au moyen de faits ignorés du vulgaire. L'éclat de son talent et de son enseignement blessa certains collègues qui l'accusaient *d'avoir usurpé à son profit la dignité de la Faculté* (1). Comme ils n'étaient pas de force à examiner pied à pied, dans cette doctrine si serrée, les propositions, leurs preuves, leur enchaînement, ils voulurent l'inquiéter en insistant sur la *singularité* des faits dont il s'était servi. Barthez, que sa profonde instruction mettait en état d'accompagner chaque fait d'un grand nombre d'analogues, humiliases confrères en faisant voir en eux un défaut de lecture, qui alors était honteux chez des hommes chargés d'enseigner. Quelque excusable qu'il fût dans cette guerre intestine de vanité, ils voulurent se venger de lui, et ils le représentèrent partout comme un être insupportable, bouffi d'un amour-propre immodéré, offensif et ridicule. Un jour qu'il était chez M. de Périgord, dans une société nombreuse de prélats et de seigneurs de la province qui tenaient les états, et dans laquelle se trouvait, par parenthèse, un jeune abbé devenu depuis si célèbre sous le nom de prince de Talleyrand, l'archevêque de Narbonne voulut le plaisanter doucement sur cette réputation juste ou calomnieuse. Quoique le trait fût accompagné de toute la grâce possible, Barthez en sentit toute la portée, et il se hâta de l'arrêter avant que l'agacerie tournât en raillerie: « Ceux qui parlent de mon orgueil, dit-il, ne m'ont pas toujours vu. Quand je pense seul à la science en général, et surtout à celle que je cultive spécialement, je me sens confondu, humilié, et je me prosterne. Mais quand je suis à la Faculté ou dans d'autres lieux de réunion, je me compare....; et alors je ne tarde guère à me consoler et à me redresser. » Tous ces mots furent accompagnés d'un jeu très expressif.

En pareille circonstance, messieurs, je ne puis pas condamner un sentiment aussi légitime; mais l'expression n'en peut être autorisée. La sagesse et la prudence vous recommandent cette *modestie de cœur*, cette bonté délicate (dit un écrivain moderne) « qui *vous* défend de *vous* mettre en parallèle avec qui que ce soit, lorsque l'avantage serait de *votre* côté. » (2).

C'en est assez sur les convenances morales; retournons aux devoirs que la philosophie nous impose. Si vous voulez connaître l'homme tout entier, et le connaître tel que la médecine l'exige, l'étude des *cas rares* est de toute nécessité. Il faut concevoir l'homme, non seulement tel qu'il est actuellement, mais tel qu'il a pu être à toutes les époques du temps.

Zeuxis, dit-on, représenta la beauté, en tirant les traits les plus séduisans des sept jeunes filles les plus célèbres de son temps. Ce n'est pas ainsi qu'a procédé Raphaël pour concevoir la même idée de la beauté : il l'a cherchée, non seulement dans toutes les villes les plus célèbres de l'Italie, et dans Rome, alors si brillante, sous les règnes de Jules II et de Léon X; mais encore dans tous les monumens de l'art graphique des temps passés. Ses contemporaines ne lui suffisaient pas; il lui a fallu une perfection dont les élémens ne se sont montrés qu'épars et de loin à loin. Si ce grand homme s'est cru obligé de se livrer à de telles études pour se faire un type idéal des formes pittoresques, quelles ne sont pas nos obligations quand nous sommes chargés par état de concevoir toutes les formes vitales humaines, ce qui constitue le plus grand objet de la médecine!

Comme vous ne pourriez pas vous faire une idée des aptitudes dont l'âme est susceptible en bien, en mal, en génie, en perversité, en extra-

(1) Expression de M. Chateaubriand.
(2) Mém. sur la vie de W. Scott, par M. Lockart.

---

preté, *une* de sobriété, *une* d'activité, *une* de bon sommeil, *une* de nourriture saine, *une* d'air très pur et *cinquante* de tranquillité d'esprit; mêlez avec soin ces *cent* parties pour en faire un tout, véritable anti-cholérique. Il y a de l'esprit et un sens médical profond dans cette formule dont personne n'oserait contester les résultats avantageux.

D'ailleurs, les amis de ce médecin savent combien sa conversation était piquante et enjouée; il ne parlait que de ce qu'il savait et il savait beaucoup. Sa plaisanterie, il est vrai, n'était pas toujours distinguée par le sens et le sel comique, mais la méchanceté n'en était jamais le supplément. Cependant si la conversation tournait à la bouffonnerie, aux anecdotes graveleuses, Marc s'y arrêtait, s'y complaisait, c'était une priapée continuelle; il faut bien avouer ce défaut, qui toutefois disparaissait aussitôt qu'une réflexion, une idée sérieuses revenaient sur le tapis. Alors, ce médecin redevenait grave et révélait les trésors de son érudition et de sa pratique. Sans se refuser à une conversation animée, il n'aimait ni les paroles violentes, ni les discussions trop vives. Ce n'est pas que dans quelques circonstances, il ne soutînt son opinion avec vigueur, mais la subtilité sophistique n'était pas son arme, bien moins encore l'ironie caustique et diogénique. Pouvant se vanter à bon droit de n'avoir jamais mis une goutte de fiel dans son encre, il se refusait à en mettre dans ses discours. Il avait beau dire que parfois il faut montrer qu'on a des dents, pour ne pas sentir celles des autres, sa critique n'en était pas plus acerbe. Vif, et même emporté, c'était le tourbillon qui passe sans laisser de traces; l'éclair brillait, la foudre n'arrivait jamais.

De pareils contrastes provenaient de la manière d'être et de penser de ce médecin : c'était une de ces natures affectueuses qui plaisent et attirent, un mélange de bonhomie fine, de prudence et d'abandon, de franchise et de réflexion. Les grandes *erreurs* viennent du cœur, et Marc l'avait bon; aussi fut-il toujours le même, par principes, par tempérament, par idiosyncrasie. Son extérieur annonçait parfaitement ce qu'il était. Ayant une de ces organisations où toutes les forces sont harmoniquement balancées, sa santé fut longtemps inaltérable; fortement constitué, court, trapu, ramassé, on eût dit que la nature l'avait destiné à la lutte et au travail. Plus tard, quand l'âge et la souffrance l'eurent atteint, les mouvemens difficiles, l'allure pesante, le marcher trainard, décelèrent l'affaiblissement des forces vitales. Sa physionomie, comme on peut en juger par son portrait, très ressemblant, était à la fois fine et expressive; il avait l'œil spirituel et le sourire gracieux; ni le souffle du malheur, ni les dons de la fortune, n'altérèrent la régularité de ses traits; sa tête était celle d'un beau vieillard, dont les cheveux avaient blanchi au service de la science et de l'humanité.

On sait qu'il y a des esprits qui donnent plus de prise que d'autres aux ravages du temps : celui de Marc en fut exempt. Il conserva toujours un jugement libre et sain, pénétrant et lucide. Parvenu au déclin de l'âge, ce laborieux médecin ne crut pas avoir le droit de s'appartenir. On en trouve une preuve décisive dans le grand ouvrage publié après sa mort : De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. Il y consacra si bien ses derniers momens que l'introduction a pour date le 10 janvier 1840, et il succomba le 12. Le jour de sa mort, il aurait pu dire de son livre: j'y travaillais encore hier. Sa famille et ses amis ont, à juste titre, déposé sur la pierre du sépulcre ce monument de son savoir et de sa persévérance. Marc fut atteint subitement du coup qui lui ôta la vie; mais, toujours le même, il attendit avec une douceur inaltérable le moment qui le séparait à jamais de ce qu'il avait de plus cher. Sa mort

vagance, si vous ne consultiez pas l'histoire et surtout les biographies; soyez persuadés que vous ne connaîtriez jamais les facultés et les susceptibilités de la force vitale humaine, si vous n'étiez pas familiers avec les collections des *cas rares*.

Félicitons-nous de ce que leur étude nous oblige à fouiller ce passé, que les esprits forts et les novateurs méprisent et veulent enterrer. Vous le savez, au lieu de continuer la science médicale, ils prétendent anéantir l'ancienne et en créer une nouvelle. *L'avenir*, le *progrès*, voilà leur manie ou un leurre. Mais quoi qu'il en soit leur entreprise n'est pas encourageante. Que leur arrive-t-il? C'est que leurs meilleures productions ne sont que de misérables parodies de celles des temps antérieurs, et que ceux d'entre eux qui sont susceptibles de honte rougissent quand on leur présente les travaux homologues des siècles passés plus studieux que le nôtre.

Je trouve l'emblème de leur sort dans une image bizarre que Dante a mise dans son *enfer* pour épouvanter les devins de profession. Il représente leurs devanciers comme ayant leur tête attachée sur le tronc, le devant derrière, de sorte que incapables de voir ce à quoi ils tendaient, ils ne voient que les régions auxquelles ils n'avaient jamais songé. Leur affliction est grande, puisqu'ils pleurent et arrosent de larmes une partie postérieure du corps que nos élégans prosateurs n'ont pas osé produire dans notre langue, mais que nous médecins, aussi naïfs et aussi ennemis de la pruderie que la Bible, serons obligés de rendre littéralement dans la suite:

Che'l pianto degli occhi
Le natiche bagnava per lo fesso.

Ne nous exposons pas à être représentés par cet ignoble et burlesque symbole. Familiarisons-nous avec le passé, afin que l'avenir ne nous ébahisse pas, et que notre étonnement et nos prétentions à la nouveauté ne nous fassent pas gémir lorsque la censure et la moquerie nous forceraient à tourner la tête. Si nous devons être allégoriquement peints, faisons en sorte qu'on nous applique ce Janus antique à deux faces, dont l'une regarde le passé et l'autre l'avenir, ou plutôt la figure de la plus célèbre divinité indienne, du dieu de Branca, à quatre faces: une pour le passé, deux pour le présent, une pour l'avenir. Ces visages ne nous attristeront pas; ils sont calmes: ils semblent dire que la connaissance du passé les met à l'épreuve du présent et du futur. Leur constante sérénité exprimera l'inaltérabilité de notre ame qui, suffisamment instruite par l'*étude* et par l'*observation*, de l'inépuisable variété du dynamisme humain, sera en état d'obéir, dans tous les événemens, à la devise du premier philosophe: NE S'ÉTONNER DE RIEN, *Nil mirari* (1).

Oui, messieurs, l'histoire critique et comparée des faits singuliers observés chez l'homme, dans les divers temps, dans les divers lieux (histoire que Johnston a nommée la THAUMATOLOGIE DE L'HOMME), est une partie essentielle de la médecine, et l'étude vous en est prescrite, sous la peine d'ignorer les plus beaux dogmes de la physiologie humaine. Cette science est grave, sérieuse, difficile; mais, quelque austère qu'elle soit, considérée sous le point de vue pratique, elle peut avoir des agrémens pour les esprits cultivés. L'habitude d'une certaine attention sur les cas singuliers nous donne la faculté d'apprécier et d'interpréter les faits réputés incroyables, consignés dans les écrits des historiens, des voyageurs, des poètes. Tout n'est pas fiction chez eux: ils ne peuvent pas se passer d'une vraisemblance, pas même dans la fable. Que font-ils dans leurs récits attachans ou étonnans? Il leur suffit souvent d'une légère altération du vrai. Pour aller de la réalité au merveilleux, il n'a fallu souvent qu'un peu d'exagération, l'omission d'une circonstance essentielle, l'introduction d'une cause surnaturelle. Si vous voulez convertir la fiction en une vérité, vous n'avez qu'à faire les réductions, les rétablissemens et les corrections relatives; en un mot, vous n'avez qu'à faire, dans les prodiges anthropologiques racontés par les voyageurs, ce que Banier a fait lorsqu'il a voulu expliquer la mythologie: il s'est servi pour cela de l'histoire; servez-vous des *cas rares* observés par les médecins.

Cet exercice de l'esprit a un charme qui délasse le médecin laborieux et savant des travaux et des peines de sa profession, et qui n'a jamais pour lui une perte de temps. Un grand chancelier d'Angleterre, Pierre King, l'ami, le disciple, le légataire de Locke, avait pour devise: *labor ipse voluptas* (1), « la peine même du travail est un plaisir. » Ce mot semble nous dire qu'à force d'habitude, de patience, de raison, de vertu, on doit trouver un plaisir moral dans l'accomplissement de ses devoirs. Mais si nous nous accoutumons de bonne heure à exercer notre raison dans l'interprétation de la nature; si, dès que nous avons pris connaissance d'un fait, nous éprouvons un besoin de le joindre avec tous ceux qui lui ressemblent et de déduire de tous ensemble une proposition générale qui les lie, cette opération mentale deviendra pour nous une vraie jouissance. Lors même que, suspendant nos travaux sérieux, nous cherchons à nous récréer par l'examen des productions de l'éloquence, de l'archéologie ou des beaux arts, notre esprit saisit tous les faits anthropologiques que nous y apercevons; nous les exploitons, nous les soumettons à la critique, nous les expliquons, et souvent, après cette comparaison, une proposition physiologique fondamentale est renforcée, ou un historien est justifié. Ainsi, quand nous ne pensions que nous amuser, nous avons trouvé de l'instruction. Ne pouvons-nous pas alors renverser la devise de King, et dire: *ipsa voluptas labor?* Dans cette habitude de notre entendement, une simple récréation nous est aussi profitable qu'un vrai travail.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES AFFECTIONS DES MEMBRANES MUQUEUSES; par le doct. A. HUDSON; médecin de l'hôpital de la Fièvre, de Navan (2).

Depuis que le docteur J. Johnson a appelé l'attention des praticiens sur les effets du nitrate d'argent administré à petites doses dans les cas de sensibilité morbide de l'estomac, ce médicament est employé beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croirait à la lecture des ouvrages de pa-

(1) Salomon.

(1) Watts, CULTURE DE L'ESPRIT, chap. Ier, § VI.
(2) THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE (mai 1840).

calme et résignée a été comme un dernier reflet des vertus qui avaient honoré sa vie; elle prouva la force et la sincérité de ses principes.

R. P.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE (27 juin), contient une réclamation de M. Manuel Garcia, à propos de notre mémoire sur la voix sombrée. (Voyez GAZ. MÉD., n° 20.)

Cette réclamation est appuyée sur l'annonce d'un ouvrage *sous presse*; où *seront*, dit l'auteur, traitées *les mêmes questions*, et sur quelques communications verbales à ses amis.

Nous nous bornerons à deux remarques. La première, c'est que rien sur ce sujet n'a encore été publié par l'auteur de la lettre. La seconde, c'est que la fixité du larynx (eût-elle même été annoncée avant nous), n'est qu'un fait stérile et sans portée, lorsqu'on se borne à une indication isolée, tandis que sa valeur scientifique est toute autre quand, systématisé comme nous l'avons fait, il devient la base d'une doctrine complète sur ce nouveau mode de chant.

Or, jusqu'ici on n'a point considéré comme un titre suffisant d'antériorité, l'annonce d'un ouvrage à paraître, et quelques confidences orales à ses amis.

Jusqu'ici, nul ne s'est cru autorisé à revendiquer l'honneur d'une théorie nouvelle, par cela seul qu'il aurait rencontré un des faits dont la méditation a conduit d'autres esprits à sa découverte.

M. Garcia fait remonter à plusieurs années ses idées sur cette matière; nous n'avons pas, quant à nous, insisté sur l'époque précise de ses premières recherches, bien qu'en fait de témoignages, nous pussions *aussi* en invoquer d'irrécusables, car le public, peu soucieux des œuvres inédites, ne s'intéresse qu'à la date de leur publication.

Nous attendrons que son ouvrage ait paru pour juger jusqu'à quel point sa théorie diffère de la nôtre, ou lui ressemble. Nous lui promettons d'examiner avec d'autant plus d'intérêt ce qu'il aura ajouté à notre découverte, qu'il a l'avantage de connaître nos résultats, lorsque nous ne pouvons connaître les siens.

Vous nous obligerez infiniment, Monsieur, d'insérer cette réponse dans le prochain numéro. Bien différens de ceux qui déclarent faire bon marché des questions de priorité, nous ne craignons pas d'avouer que nous y attachons la plus grande importance. L'honneur de la découverte étant le seul bénéfice que nous en attendons, il est aisé de voir pourquoi nous transigerions difficilement sur des droits légitimes.

Agréez, etc.

H. DIDAY, J.-E. PETREQUIN.

Lyon, 29 juin 1840.

thologie, la plupart des écrivains n'ayant parlé d'une manière un peu sérieuse que de son emploi dans le traitement de l'épilepsie, et quelques-uns n'ayant indiqué qu'en passant ses effets bienfaisans dans divers états morbides de l'estomac.

C'est ainsi que M. Osborne lui attribue une certaine efficacité, comme astringent dans le traitement de la gastrite, accompagnée de vomissemens acides; que M. Langton Parker le classe avec la morphine et le bismuth parmi les sédatifs qui conviennent dans les cas d'ulcération de l'estomac; que le docteur Biggers s'appuie sur le témoignage du docteur Steinetz pour vanter son efficacité dans les cas de débilité nerveuse de l'estomac, et sur celui du docteur Schneider dans les palpitations dyspeptiques. Le docteur Copland a rapporté, à l'article INDIGESTION, un exemple de son efficacité dans cette dernière affection, et le docteur Bondin a publié tout récemment des observations sur les effets qu'il produit dans la gastro-entérite, lorsqu'on l'administre en lavement ou par la bouche.

Depuis plusieurs années, j'ai fréquemment employé ce médicament dans les maladies de l'estomac, qui sont si fréquentes chez les paysans, et surtout dans les cas où les moyens regardés comme plus doux et plus fréquemment employés avaient été essayés sans succès par moi-même ou par d'autres. Le cas suivant va nous offrir un exemple remarquable de ses effets dans la gastrite grave :

OBS. I. — Mad. P., âgée de 35 ans, me consulte, le 3 février 1836, se plaignant d'éprouver, depuis longtemps, des douleurs dans l'estomac. Depuis l'automne dernier, ces douleurs étaient devenues constantes et s'étaient compliquées de fréquens vomissemens d'un fluide salé, aqueux, et enfin d'une quantité considérable de mucosités, sur lesquelles elle observa un jour des taches de sang. Elle a, à plusieurs reprises, vomi du sang, mêlé aux matières contenues dans l'estomac. La douleur est beaucoup augmentée par l'introduction des alimens, et s'étend, sous forme d'élancemens, dans différentes directions, dans la poitrine, le dos et les reins. La malade n'a qu'une seule garderobe toutes les semaines; depuis trois mois, les règles sont suspendues; la figure est très amaigrie et d'une pâleur jaune. Elle a été soignée par deux médecins, qui tous deux ont dit qu'elle était atteinte d'une maladie organique de l'estomac. Un médecin éminent de Dublin, consulté pour elle, a porté le même diagnostic, et lui a prescrit la ciguë et la soude, qui ne lui ont procuré aucun soulagement. Je portai également le même diagnostic; mais, pensant que l'ulcère de l'estomac, s'il était déjà formé, pourrait être calmé par l'action topique du nitrate d'argent, je le lui prescris à la dose de 17 milligrammes, deux fois par jour, combiné avec un peu d'extrait de jusquiame; je prescrivis en même temps de prendre tous les soirs une cuillerée à thé d'huile de ricin, afin d'appeler les intestins à une action régulière.

Le 15 février, elle revient me voir et me dit qu'à partir du lendemain du jour où elle commença son traitement, elle n'eut plus d'attaques de pyrosis, et cessa de vomir ses alimens. Elle éprouve encore quelques élancemens dans la poitrine et dans les côtes, mais beaucoup moins graves qu'ils ne l'étaient auparavant. Les selles sont devenues régulières; l'appétit et les forces sont améliorés.

A partir de cette époque, sa maladie disparut complètement; elle continua son traitement pendant encore un mois; ses règles revinrent quelque temps après, et, au bout de quelques mois, elle devint enceinte. Depuis, j'ai eu fréquemment de ses nouvelles et elle n'a point eu de récidives.

Ce cas me donna une idée si favorable des effets du nitrate d'argent dans le traitement de la gastralgie grave, que depuis je l'ai employé dans un grand nombre de cas de cette affection, dans ma pratique particulière comme dans celle du dispensaire, et avec les résultats les plus satisfaisans. J'ai fait entrer à l'hôpital les sujets des deux cas suivans, afin d'avoir l'occasion de soumettre les effets du traitement à un essai concluant.

OBS. II.—Michel Monaghan, âgé de 15 ans, admis le 3 février 1839, a souffert pendant six mois de douleurs très aiguës, avec sensibilité à la pression sur la région épigastrique; forte distension de l'estomac après les repas; soif, constipation et vomissement d'un liquide acide. La douleur commence habituellement une heure après le dîner, et continue pendant presque toute la nuit, empêchant le malade de dormir. Elle est ordinairement accompagnée de vomissement d'un liquide acide, sans alimens. Il a, dit-il, été traité, mais sans soulagement. Sa physionomie abattue et anxieuse porte l'indice de vives souffrances.

Prenez : Nitrale d'argent.... 1 décigramme.
Opium .... 1 décigramme.
Rhubarbe pulvé.... 4 décigrammes.
Extrait de houblon. 4 décigrammes, pour huit pilules à prendre trois fois par jour; pain et lait pour régime.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, il n'eut qu'un seul vomissement; la douleur et la sensibilité disparurent dans l'espace d'une semaine. Les pilules furent discontinuées le dixième jour, et le malade fut renvoyé guéri le 28.

OBS. III.—Marie Dune, âgée de 45 ans, fut admise le 18 octobre, se plaignant d'éprouver, depuis quinze ans, de violentes attaques de douleurs dans l'estomac et de vomissemens. Autrefois ses attaques lui laissaient quelque repos, mais depuis dix mois elle en éprouvait trois ou quatre chaque jour. La douleur commence habituellement un peu après le repas, et alors elle rejette une grande partie des alimens qu'elle avait pris, mêlés avec un fluide acide. Quelquefois elle vomit une grande quantité d'un liquide qui ressemble à de la lavure de chair; elle est constipée.

Je lui prescrivis le régime au lait et les mêmes pilules que dans le cas précédent.

Comme on devait s'y attendre, elle passa quelque temps avant qu'il survînt un soulagement manifeste. Elle prit pendant huit jours les pilules, sans cesser d'éprouver ses attaques journalières. Elle sembla ensuite aller un peu mieux pendant quelques jours; puis elle eut une attaque de ses vomissemens de fluide sanieux, et une autre au bout d'un mois.

Le 11 novembre, ses attaques avaient beaucoup perdu de leur fréquence, et son appétit avait augmenté; je lui accorde chaque jour une côtelette de mouton.

A partir de cette époque, l'amélioration fut constante et graduelle, et la malade quitta l'hôpital le 2 décembre, ne ressentant plus de douleurs et ayant déjà repris de l'embonpoint et des forces.

Cette femme avait pris, avant son entrée à l'hôpital, beaucoup de médicamens, tels que le bismuth, la morphine, etc., et elle disait constamment qu'elle n'avait rien pris qui lui eût procuré un soulagement semblable. Il n'est pas douteux que la régularité du régime dans un hôpital n'ait une part dans la guérison, et qu'il ne puisse y avoir, après ce traitement, des rechutes, comme après tout autre, puisque les pommes de terre et l'eau-de-vie peuvent irriter, aussi bien qu'avant, la muqueuse gastrique. J'en ai eu une preuve dernièrement chez une femme que j'avais guérie d'une gastralgie très intense, mais sans pouvoir guérir un tendre attachement qu'elle avait pour la bouteille. Le résultat en fut un retour de la maladie, et sa terminaison par la rupture de l'estomac pendant un vomissement, et une péritonite par une perforation, mortelle en quelques heures.

On observe souvent la dyspepsie combinée avec des affections sympathiques d'autres organes. Je ne parlerai pas de l'emploi du nitrate d'argent dans la dyspepsie, qui se lie aux palpitations; il me suffit de renvoyer à ce qu'en a dit le docteur Copland. Je l'ai plusieurs fois donné dans des cas où il y avait du côté de la tête des accidens douloureux, tels que des étourdissemens, surtout à l'occasion du mouvement; un obscurcissement de la vue, des bruits de sonnette dans les oreilles, avec pâleur de la figure et faiblesse remarquable de la circulation. Dans ces cas, ce médicament est utile, comme dans l'épilepsie, en partie comme tonique et en partie par l'action stimulante qu'il exerce sur la circulation cérébrale. Après tout, c'est l'analogie de cet état du cerveau avec quelques formes de l'épilepsie qui m'a porté à l'administrer. Un de mes malades, un forgeron, me dit que tant qu'il avait la tête baissée (par exemple lorsqu'il ferrait un cheval), il n'éprouvait aucune incommodité, mais qu'aussitôt qu'il la levait, il éprouvait un vertige très fort, des troubles de la vision, qu'il chancelait, et que quelquefois il avait bien de la peine à se tenir debout. Après ses repas, il éprouvait de la douleur et un sentiment de distension dans l'estomac; sa figure était pâle, son pouls faible et sa peau froide et gluante. La guérison de cet homme suivit une marche rapide par l'influence d'une pilule de nitrate d'argent, de capsicum et d'extrait de gentiane prise deux fois par jour.

Quelques femmes délicates auxquelles j'ai administré ce médicament dans des cas qu'on pourrait appeler une débilité nerveuse de l'estomac, et qui dépendaient chez elle d'une *leucorrhée utérine*, me firent la remarque qu'en même temps que les sentimens douloureux de l'estomac étaient soulagés, il survenait un amendement semblable dans l'affection primitive, la leucorrhée.

OBS. IV.—Mad. R., âgée de 36 ans, mère de quatre enfans, a gardé le lit pendant plus d'un mois, et lorsqu'elle a commencé à se lever, elle a été tourmentée par un écoulement visqueux, transparent, incolore, qui disparait la nuit et revient le jour en grande quantité; elle se plaint d'une douleur sourde dans les reins et d'un sentiment de tiraillement au creux de l'estomac. Elle a eu plusieurs avortemens, et chaque fois elle a beaucoup souffert de la même indisposition.

Le 5 avril, elle commence à prendre le nitrate d'argent à la dose de 18 milligrammes, avec de la poudre de gingembre et l'extrait de houblon trois fois par jour.

Le 15 avril, elle avait pris déjà 543 milligrammes de nitrate d'argent, et se trouvait très bien; jamais elle ne s'était si bien trouvée. Peu de temps après elle devint enceinte.

OBS. V.—Le 16 avril, je fus consulté par madame M., âgée de 38 ans; elle m'a dit avoir depuis dix ans une leucorrhée qui devenait bien plus pénible après les époques menstruelles. Elle se plaint de tiraillemens douloureux dans les reins, d'une faiblesse générale, surtout dans le dos, d'un sentiment d'anéantissement dans l'estomac, d'un besoin dévorant pour les alimens, sans appétit; la langue est blanche et large.

Elle a consulté plusieurs médecins, et, d'après leurs conseils, a passé plusieurs étés sur les bords de la mer, mais sans amélioration importante. Je lui prescrivis le même traitement que dans le cas précédent.

Le 20 août, elle assure que l'écoulement, qui était très abondant à l'époque où

elle commença l'usage des pilules, a cessé entièrement depuis huit jours, et n'a pas reparu. Depuis, sa santé générale s'est beaucoup améliorée, et elle a continué de se bien porter.

Le seul autre cas que je choisirai sur un grand nombre d'autres sur lesquels j'ai pris des notes me semble offrir un intérêt tout spécial, parce que l'écoulement (qui remplaçait la menstruation supprimée) ne put être attribué à la débilité, ni les bons effets du nitrate d'argent seulement à son action générale comme tonique.

Obs. VI. — Madame Donnet, âgée de 19 ans, est reçue à l'hôpital le premier octobre, se plaignant que depuis deux mois qu'elle fut mouillée pendant qu'elle était dans ses règles, ce qui les avait arrêtées tout à coup, elles ne sont pas revenues, mais qu'à chaque époque elle a eu de la douleur dans les reins avec un écoulement incolore, transparent, glutineux, qui dure le jour et cesse la nuit. Elle éprouve une faiblesse et un état de langueur très prononcés, a perdu l'appétit, ressent un poids vers le cœur avec des palpitations, un frémissement et un bruit de tintement dans les oreilles; sa figure est pâle, et sa langue, large et molle, a pris l'empreinte des dents sur ses côtés. Je lui prescris les mêmes pilules que dans les cas précédens.

Le 12 octobre, elle rapporte que l'écoulement leucorrhéique qui a paru pour la troisième fois, peu de jours après sa première visite, fut probablement influencé par les pilules, car il ne dura que trois jours au lieu de cinq, comme dans les cas précédens, et que les règles apparurent ensuite pour quelques instans.

Le 15 novembre, elle n'a pu revenir depuis un mois, et par conséquent n'a pu prendre de nouvelles pilules. Je lui prescrivis :

Prenez : Nitrate d'argent. . . . 6 décigr.
Eau . . . . 96 grammes.
Teinture amère. . . . 32 grammes.
A prendre par petites cuillerées, trois fois par jour.

Le 20 novembre, elle rapporte que trois jours après sa première visite, l'écoulement cessa, et qu'après un intervalle de vingt-quatre heures les règles avaient apparu et ensuite continué pendant trois jours à leur quantité normale. La santé générale est beaucoup améliorée; le sentiment de pesanteur et les palpitations ont presque disparu. On cesse l'usage des pilules.

Je ne crois pas avoir besoin de parler de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de la diarrhée et de la dysenterie, traitement dont on fait un si fréquent usage dans les hôpitaux de Dublin. Je l'ai vu administrer d'abord par le docteur Oshorn à l'hôpital de sir P. Dunn sous forme de lavement dans la dysenterie; je fus très frappé de ses effets, et depuis je l'ai fréquemment employé dans ma pratique. Un de mes amis, le docteur Toler, qui a été élève du docteur Osborn, m'apprend qu'il a fréquemment employé ce lavement et avec un grand succès dans les cas de choléra, et moi-même j'ai été témoin de plus d'un succès dans des cas analogues.

Le 25 décembre dernier, je fus appelé à quelque distance pour une dame, dans la position suivante et très grave : elle avait été sur le point de perdre la vie par une hémorragie survenue à la suite d'un avortement. Elle éprouvait alors toute la forme de cette excitation apparente qui survient à la suite des grandes hémorragies, et est si fréquemment confondue avec une excitation réelle; et après que ces symptômes eurent disparu, elle fut prise d'une phlegmasia dolens; elle souffrit aussi du pyrosis, contre lequel le bismuth resta impuissant; enfin, elle avait été prise d'une diarrhée très violente que rien n'avait pu arrêter. Ses deux médecins avaient essayé en vain tous les astringens par la bouche et en lavement; ses évacuations, qui étaient fréquemment au nombre de trois par heure, semblaient formées entièrement par un mucus peu consistant et mélangé en différentes proportions avec la matière colorante du sang; quelquefois elles étaient aussi noires que du goudron. Je suggérai le nitrate d'argent administré en lavement dans la proportion de 25 centigr. pour 186 gram. d'eau, et par la bouche à celle d'un huitième de grain. Aucun autre astringent ne devait être donné. Un premier lavement administré dans la même soirée et un second le lendemain matin eurent un effet immédiat sur la diarrhée. Voici ce que m'écrivit un de ses médecins au bout de huit jours : « L'état du tube digestif est notablement amélioré; il n'y a eu hier qu'une seule évacuation et une autre ce matin, suivies d'une très peu considérable ensuite. Les matières ont pris une couleur et une consistance plus louable, et leur sortie n'est plus accompagnée de douleur ni de tenesme; son pouls à 108 n'offre plus qu'une seule intermittence par minute. Le 25, il y avait une intermittence après chaque quatrième batiement. »

Le cas le plus remarquable que j'aie jamais vu de guérison de la dysenterie est celui d'un homme qui en était atteint depuis sept semaines, et dont, malgré le traitement, l'état s'aggravait chaque jour de plus en plus jusqu'au moment où on le soumit à la médication par le nitrate d'argent, et à partir de cette époque l'amélioration marcha rapidement et se termina très promptement par une guérison complète.

Cependant pour qu'on ne m'accuse pas de ne citer que les cas qui se sont terminés d'une manière favorable et de taire ceux où le traitement par le nitrate d'argent a échoué, j'avouerai que cela est arrivé dans quelques cas, comme avec toutes les médications. J'avais dernièrement un cas de diarrhée séreuse avec douleurs chez une vieille femme de l'hôpital, chez laquelle, après avoir employé inutilement les autres moyens, j'eus recours au nitrate d'argent. Pendant quelque temps, la diarrhée fut, il est vrai, suspendue; mais elle ne tarda pas à revenir, et la malade mourut au bout de quelque temps. A l'autopsie je trouvai la muqueuse intestinale extrêmement pâle et amincie, sans aucune autre altération.

Il y a deux ans, je donnai des soins à une dame âgée pour une maladie qui se termina par la mort, et qui, après avoir commencé sous la forme d'une inflammation, détermina probablement des ulcérations dans l'intestin. Il y eut de la constipation au commencement, mais aussitôt que la diarrhée eut débuté, rien ne put l'arrêter. Je lui avais prescrit un jour l'acétate de plomb avec l'acétate de morphine, 163 milligrammes du premier avec 14 milligrammes du second et 163 milligrammes d'extrait de pavot blanc. Le pharmacien ayant mis, au lieu de ce dernier, 163 milligrammes d'extrait d'opium, et plusieurs doses ayant été administrées à peu de distance, la malade fut presque empoisonnée, mais la diarrhée ne fut pas du tout diminuée. Enfin, j'essayai le nitrate d'argent, à la dose de 54 milligrammes donnés en solution dans quelques gouttes d'acide nitrique étendu. La diarrhée fut momentanément suspendue, et, pendant vingt-quatre heures, il n'y eut pas de garderobes; mais bientôt elle revint avec sa première violence, et j'essayai alors le sulfate de cuivre sans le moindre effet; puis on revint encore à la solution de nitrate d'argent, qui suspendit encore la diarrhée pendant quelque temps. Je n'ai point employé ce médicament dans les cas de bronchite; le seul essai qui en ait été fait dans cette affection est rapporté dans le Dictionnaire du docteur Copland, art. *Coqueluche*.

Ayant vu administrer le nitrate d'argent par le docteur Burker, en 1831, dans un cas d'hématurie qui avait résisté à tous les autres moyens, et qui se termine heureusement, je l'essayai dans deux cas de catarrhe de vessie, et dans un cas d'hémorragie de l'urètre ou du col de la vessie, chez un vieillard; chez ce dernier et chez l'un des deux autres, chez lequel il y avait aussi une hypertrophie de la prostate, il ne fit aucun bien au malade. Chez le troisième, la quantité de mucus dans l'urine qui était évacuée chaque nuit diminua pendant qu'on fit usage du nitrate; mais comme on ne put le continuer le temps nécessaire, et comme la maladie remontait déjà à quatre années d'existence, cette amélioration ne fut que de courte durée.

Les faits rapportés jusqu'ici démontrent, je crois, que le nitrate d'argent possède :

1° Une action topique sur les parties enflammées, congestionnées ou ulcérées du canal alimentaire, analogue à celle qu'il exerce sur les affections semblables de la surface du corps.

2° La propriété d'agir comme stimulant sur la circulation capillaire de différens points du corps, aussi bien que sur l'utérus et le cerveau.

3° Une propriété tonique de la plus grande force.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Anévrisme variqueux, produit par la présence d'une balle dans la veine jugulaire interne; observation communiquée par M. Jobet, D. M. P., médecin des prisons de Vannes.

M. O., âgé de 35 ans, commis à cheval des contributions indirectes, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution forte, d'un tempérament nerveso-sanguin, avait joui jusqu'alors d'une santé parfaite.

Le 2 mai 1835, à la suite d'une dispute avec un de ses amis, un cartel fut proposé et accepté. On se rendit sur le terrain. Les deux adversaires, placés à trente ou trente-cinq pas au moins, étaient armés chacun d'un pistolet dit de poche, chargé jusqu'à la gueule, et renfermant une balle de petite dimension.

Le sort favorisa l'adversaire de M. O., et, au premier coup de feu, ce dernier fut atteint, il chancela sans tomber, et eut la force de tirer sur M. R., son adversaire, qui ne fut pas touché.

Un de mes confrères, M. le docteur Mauricet, et moi fûmes mandés et nous nous rendîmes aussitôt sur le lieu du combat. Nous trouvâmes le blessé assis, rendant beaucoup de sang par la bouche et par les fosses nasales. Nous le fîmes

aussitôt transporter chez un de ses amis. M. O., soutenu par deux bras, fit à pied un trajet d'un quart de lieue environ, malgré l'hémorragie, qui n'avait pas cessé pendant toute la route; le malade n'était pas abattu. Nous le plaçâmes dans une chaise, et procédâmes aux recherches nécessaires pour l'extraction du corps étranger.

La balle avait pénétré à travers l'os maxillaire supérieur du côté droit, traversé les fosses nasales, en brisant le vomer, mais sans endommager le voile du palais, et était sortie près de l'apophyse ptérygoïde, du côté opposé, pour pénétrer derrière l'amygdale gauche, entre l'artère carotide interne et sa veine satellite, la jugulaire.

A l'extérieur, et du côté gauche du cou, on n'apercevait pas de tuméfaction. En introduisant l'indicateur jusque dans l'arrière-bouche, on sentait derrière l'amygdale gauche un gonflement présentant de la résistance d'abord, et cédant ensuite sous le doigt qui le pressait. En introduisant une sonde par les fosses nasales, on arrivait, mais avec moins de facilité, sur la grosseur en question, et on trouvait toujours un corps mou et lisse, la muqueuse et les tissus sous-jacens interposés entre la balle et le doigt.

Après ces premières tentatives, nous eûmes recours à un tire-balle très mousse, très long, qui fut introduit par l'entrée de la blessure, et pénétra avec facilité sur la balle elle-même. M. Mauricet d'abord, et moi après, nous constatâmes parfaitement la présence du corps étranger. Le malade s'écria : « Vous y êtes; c'est bien la balle, je la sens. »

Comment s'y prendre pour procéder à l'extraction? Notre instrument, arrivé au fond de la plaie, ne pouvait plus s'ouvrir; il ne nous servait que comme une tige métallique conductrice de la sensation que nous percevions.

L'indicateur de la main gauche placé dans l'arrière-bouche et une sonde dans la narine gauche, nous essayâmes d'ébranler la balle et de la précipiter; nous ne pûmes y parvenir.

Nous n'ignorions ni la direction de la blessure, ni la situation de la balle. Nous étions incertains seulement si la carotide avait été lésée, et en faisant une contre-ouverture à la partie supérieure et latérale gauche du cou, nous avions trop de parties molles à traverser, trop de dangers à courir. Le malade perdait toujours du sang par les narines et par la bouche; nous lui fîmes une première saignée du bras de quatre palettes environ, et nous nous résolûmes à l'expectation, pensant qu'à l'époque de la suppuration nous pourrions plus facilement extraire ce corps étranger, en cherchant à le précipiter, comme nous l'avions déjà tenté. (La suite prouvera plus tard la prudence de notre conduite.)

La plaie fut pansée à plat, et le soir nous revîmes le malade. Il conservait toute sa connaissance; l'hémorragie avait cessé; le pouls était fort et fréquent; M. O. se plaignait d'une céphalalgie intense. Une seconde saignée de quatre palettes fut décidée et pratiquée sur-le-champ.

Le lendemain, 3 mai, le malade avait dormi une partie de la nuit. Le pouls, quoique fréquent, était mou et déprimé, la céphalalgie existait, mais avec moins d'intensité que la veille; la langue était naturelle; le malade conservait une soif assez vive, et accusa dès cet instant la perception d'un battement à la partie supérieure et latérale gauche du cou, à l'endroit où était logée la balle. Depuis lors, ce battement n'a pas disparu; il était isochrone avec le battement du pouls.

Le repos, la diète et la limonade furent la seule médecine à laquelle nous restreignîmes M. O. pendant les premiers jours de son accident.

Le quatrième jour, la suppuration avait commencé. Nous fîmes alors de nouvelles recherches pour extraire la balle; mais nous ne la retrouvâmes plus dans l'endroit où nous l'avions sentie primitivement. Nous dirons plus tard où elle s'était logée.

Tous les jours, le pansement de la plaie était renouvelé.

Après la première quinzaine, la cicatrice commençait à se former; notre malade mangeait de la bouillie et des soupes. Il se plaignait toujours de céphalalgie et de bourdonnemens de tête, principalement à gauche, lorsque nous nous aperçûmes qu'il était louche. Nous attribuâmes tout d'abord ce strabisme au monocle que nous avions mis en usage pour le pansement de la plaie; mais, à dix ou douze jours de là, le malade ayant toujours gardé intactes ses facultés intellectuelles, entrait en pleine convalescence, en conservant toujours ce strabisme, devenu moins sensible, à la vérité, que dans le principe, mais existant encore à un assez haut degré. Depuis, il n'a jamais disparu.

Dans la première quinzaine de juin, cinq à six semaines après l'accident, notre malade voulant se livrer à quelques travaux intellectuels, s'aperçut qu'il avait un peu de difficulté à rallier ses idées; il écrivit cependant, et même des lettres très bien dictées. Il se promenait, causait, discutait souvent avec acharnement.

Au mois d'août de la même année, il part pour la campagne, fait des courses à cheval, se livre même aux exercices de la chasse; il sentait toujours des battemens au haut de la partie latérale gauche du cou, mais il dormait et mangeait bien. Enfin, dans une de ses excursions, il fit une chute de cheval, tomba sur la tête et eut beaucoup de peine à remonter en selle. Arrivé chez lui, il ne parle d'abord à personne de cet accident; il craignait d'alarmer sa famille. Ce jour-là, la céphalalgie était plus intense et il ressentait de plus forts battemens au cou.

Le lendemain, et les jours qui suivirent, ces accidens nouveaux se calmèrent un peu, et notre malade reprit sa vie habituelle.

Trois semaines après cette chute de cheval, M. O., rencontrant un de ses amis, l'arrêta pour lui parler; quel fut son étonnement! il ne trouvait pas d'expression pour traduire sa façon de penser. Les symptômes cérébraux étaient revenus tout à coup plus intenses que jamais. Il fut reconduit chez lui, on envoya chercher un médecin qui lui fit une copieuse saignée, et tout rentra encore une fois dans l'ordre.

Au mois d'octobre suivant, ces mêmes symptômes ayant reparu, le malade étant toujours à la campagne ne fut pas saigné. Son état, sans s'aggraver, persista plusieurs jours, au bout desquels il reprit assez de connaissance, assez de force intellectuelle pour noter avec beaucoup de soins tous les détails concernant sa position. C'est alors qu'il partit pour Rennes, où il consulta M. Pineau et plusieurs de ses confrères. Tous ces messieurs furent d'accord et constatèrent un anévrisme variqueux. On conseilla au malade des applications de sangsues au cou et des saignées générales. Aucun d'eux ne parla d'opération.

De retour à Vannes après trois mois d'absence et six mois après sa blessure, M. O. se crut assez bien pour reprendre son service de commis à cheval. Pendant le premier mois, il ne fut pas trop fatigué de ses courses. Chaque fois qu'il se baissait, cependant, soit pour entrer dans les caves ou pour jauger et marquer une barrique, il éprouvait des étourdissemens, sa céphalalgie augmentait; il fut contraint d'abandonner la partie à la fin du second mois. Il lui arrivait encore, parfois, de ne pouvoir ni parler, ni écrire.

Au mois de décembre 1835, M. O. partit pour Paris. A cette époque, le malade était obligé de se faire conduire, il ne marchait plus qu'à pas lents et avait de la peine à parler, non pas qu'il n'articulât pas bien les sons, mais il ne pouvait trouver l'expression qui peignait sa façon de penser. Il n'avait pas perdu la mémoire; il savait parfaitement bien ce qu'il voulait dire, mais, encore un coup, il ne pouvait pas s'exprimer.

MM. Roux et Lisfranc, qui, tous deux, furent consultés séparément, diagnostiquèrent aussi un anévrisme variqueux. Dans l'esprit de M. Roux, il était resté cependant quelque incertitude sur l'existence de l'anévrisme, et c'est pour cela qu'il n'avait pas exprimé *positivement* la nécessité d'une opération; il désirait qu'on attendît que la tumeur avec battement qu'on sentait à la partie supérieure et latérale gauche du cou eût pris un développement un peu plus considérable, et en même temps un caractère plus prononcé. Dans une lettre que ce célèbre professeur écrivit, au mois d'avril suivant, il ajoute qu'on peut aussi très raisonnablement penser que le caractère de la tumeur du cou est décevant ou trompeur, qu'il y a seulement saillie de l'artère, par suite de son déplacement; que ce déplacement tient à la présence du corps étranger; que de la pression exercée par ce dernier sur les troncs nerveux résulte symptomatiquement le trouble fonctionnel du cerveau. Dans cette hypothèse, il n'y aurait rien à faire pour l'extraction du corps étranger, tant que ce corps ne se rapprochera pas de l'extérieur, et ne se fera pas sentir plus ou moins distinctement.

Pour mon compte, j'avoue que pendant longtemps je me suis rangé à ce dernier avis.

Je n'ai pas connu l'opinion de M. Lisfranc comme celle de M. Roux; je sais seulement que M. Lisfranc a conseillé un traitement palliatif; les antiphlogistiques et les soins hygiéniques.

Je reviens à mon malade. Aussitôt après son retour de Paris, M. O. sentit de la faiblesse dans le bras et la jambe droite; il y avait paralysie commençante dans tout ce côté du corps. Ses idées étaient droites, mais les mots pour les rendre arrivaient avec peine. Les pulsations du cou étaient très fortes; il y avait aussi ce bruissement qui dénote l'existence de l'anévrisme variqueux. Le malade dormait assez bien et conservait de l'appétit.

A son passage dans notre ville, au mois d'octobre 1836, M. le professeur Roux revit le malade. Cette fois il s'assura parfaitement bien de l'existence de l'anévrisme variqueux, et nous le fit constater par son signe pathognomonique, le frémissement le long de la jugulaire interne. Vu l'aggravation des symptômes cérébraux, il ne conseilla pas l'opération.

Dans l'hiver de 1836 à 1837, le mal s'accrut sur tous les points; la paralysie devint générale : le malade déraisonnait; toutes ses idées étaient incohérentes; ses fonctions digestives se troublèrent plusieurs fois. Il était tombé en un mot dans l'idiotisme le plus complet. Un symptôme que je ne dois pas oublier était une saillie considérable de l'œil gauche avec injonction de la conjonctive.

Enfin, au mois de juin 1837, il eut une première attaque épileptiforme. MM. Claret, Mauricet et moi fûmes mandés en consultation. Notre diagnostic fut des plus fâcheux. On fit une application de sangsues le long des jugulaires, et le soir une saignée du bras. Le malade revint un peu à la santé, c'est-à-dire dans l'état que j'ai noté plus haut.

Six semaines ensuite, une seconde attaque de même nature que la précédente eut lieu. Aux moyens qui furent employés précédemment, on ajouta celui des purgatifs drastiques : 6 gouttes d'huile de croton-tyglium furent avalées successivement en 36 heures sans que le malade en éprouvât d'effets purgatifs; l'intestin était insensible; ce n'est que le lendemain que M. O. rendit une selle copieuse au moyen d'un lavement de séné et de sulfate de soude. Il se releva encore.

Un troisième accès épileptique reparut en septembre dernier. Tous les moyens ont été mis en usage; cette fois le malade n'en est jamais bien revenu.

Outre une paralysie des membres, il y avait encore une paralysie de la vessie dans les derniers temps, et un catarrhe pulmonaire fort intense qui a duré dix-huit jours est venu mettre un terme à d'aussi longues souffrances, le 23 octobre 1837.

Autopsie faite 18 heures après la mort, en présence de MM. Claret et La Gilardaie, docteurs-médecins.

Ouverture du crane. Tout le système veineux cérébral est gorgé de sang.

Les meninges examinées avec soin nous présentent une vive injection de tous leurs vaisseaux. Pas d'épanchement, ni de matière gélatiniforme entre l'arachnoïde et la pie-mère, ni entre cette dernière membrane et le cerveau, après avoir enlevé la masse cérébrale et le cervelet.

Dans le sinus latéral droit, on rencontre une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, formée par la dilatation d'une veine, et contenant à l'intérieur un caillot moitié sanguin, moitié fibrineux; un appendice de 68 à 81 millim. termine la tumeur qui était logée dans une des anfractuosités du cerveau qui s'était écarté assez complètement pour la cacher en entier.

Du côté gauche, à l'entrée du trou carotidien, on trouve une tumeur sanguine, formée aussi par la dilatation d'une veine de même texture, de même grosseur,

mais étant moins allongée que la précédente et logée comme elle dans un des replis de la substance cérébrale qui, dans cet endroit comme dans l'autre, était parfaitement saine et de consistance normale.

Dans ses deux hémisphères, la substance cérébrale est sablée.

A la partie postérieure du lobe gauche, 9 millim. au-dessus du niveau du corps calleux, 5 millim. au plus au-dessus du ventricule gauche, on rencontre une cavité, de 7 à 9 millim. d'étendue, capable de renfermer une grosse noisette et contenant une demi-cuillerée à café de pulpe cérébrale diffluente. Tout autour la substance du cerveau est ramollie et comme mâchée.

Dans l'hémisphère droit, au-dessus du ventricule du même côté, un ramollissement de même nature et d'une étendue à peu près la même se fait remarquer; la substance cérébrale qui l'entoure est lacérée. Au-dessous et en arrière de ce dernier ramollissement, on voit un petit épanchement sanguin de 7 millim. de diamètre.

Une grande cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

La glande pinéale est à l'état normal.

Le corps calleux, la voute à trois piliers, les cornes d'Ammon, et tout le reste de la substance cérébrale sont de bonne consistance.

Le cervelet est sain.

RÉGION CERVICALE. En disséquant avec soin les muscles de la région superficielle et latérale gauche du cou, après avoir enlevé le sterno-cléido-mastoïdien, l'omoplato-hyodien et les trois petits muscles qui prennent attache à l'apophyse styloïde, j'ai scié le maxillaire inférieur près de la symphyse du menton et désarticulé cet os. Nous avons pu séparer alors l'artère carotide et la veine jugulaire interne dans toute leur étendue.

A 51 millim. au-dessous de l'articulation du maxillaire inférieur, précisément derrière l'angle de la mâchoire, nous avons aperçu la balle contenue dans la jugulaire, et ne conservant plus sa forme arrondie, elle présente, comme on peut s'en assurer, une assez large échancrure dans son milieu, échancrure provenant vraisemblablement de son passage à travers les os.

Dans toute sa partie inférieure, la veine a conservé le même calibre et la même texture. Ses parois sont lisses et glissantes.

Dans sa partie supérieure, c'est-à-dire depuis l'endroit où siége la balle jusqu'à la base du crâne, les parois de la veine ont pris la consistance des parois de l'artère à tel point que, sur le cadavre, je ne savais trop comment la distinguer de l'artère elle-même. Ce n'est qu'après avoir enlevé la pièce et l'avoir disséquée, que je me suis assuré de la vérité du fait.

A la sortie du trou carotidien, on aperçoit une poche de la grosseur d'un œuf de pigeon, et formée en entier par la dilatation de l'artère carotide interne. Cette poche renfermait des caillots moitié sanguins, moitié fibrineux. A sa base, elle communique avec la veine jugulaire interne, et là, en cet endroit, la carotide revient à sa dimension et à sa forme ordinaires.

La poche anévrismale paraît donc supportée sur deux pieds, qui sont l'artère carotide interne et la veine jugulaire, qui se bifurquent à leur sommet, qui lui-même forme la base de l'anévrisme variqueux.

En enfonçant un stylet par la poche de l'anévrisme, on arrive directement dans l'artère carotide interne, et, de là, dans la carotide primitive.

En faisant obliquer à droite le stylet introduit dans la poche anévrismale, on pénètre aisément aussi jusque sur la balle contenue dans la veine jugulaire interne, où elle est enchâssée par des tissus de nouvelle formation, qui, adhérant aux parois de la veine et au corps étranger lui-même, ne permettent plus à ce dernier d'avancer ni de rétrograder.

La poitrine et l'abdomen n'ont pas été ouverts. Des raisons de famille nous ont privés de faire en entier la nécropsie.

En suivant pas à pas les progrès de la maladie d'O., nous devons arriver insensiblement à l'explication de toutes les lésions trouvées sur le cadavre; par ce moyen, nous verrons encore jusqu'à quel point nous nous sommes écartés ou non d'une saine thérapeutique.

Le 2 mai, jour de l'accident, après des recherches inutiles pour l'extraction de la balle, nous résolûmes d'attendre l'époque de la suppuration pour tenter de nouveau à la précipiter, mais nous ne la retrouvâmes plus à sa première place. Nous avions, ai je dit, une arrière-pensée que la carotide pouvait être lésée. Que serait-il donc arrivé si, malheureusement, le premier jour, nous avions seulement déplacé cette balle protectrice? Une mort foudroyante aurait frappé notre malade, il périssait entre nos mains, car alors la balle faisait bouchon à l'artère et à la veine qu'elle avait perforées, et une hémorragie mortelle eût été la conséquence nécessaire de son déplacement.

Combien de fois depuis me suis-je félicité intérieurement de n'avoir pas poussé nos recherches plus loin! Qu'était devenue la balle le quatrième jour, époque de nos secondes tentatives? Ne peut-on pas avancer en toute confiance que pendant le travail inflammatoire occasioné par la présence de ce corps étranger entre la veine et l'artère, il y a eu coaptation des parois des deux vaisseaux ensemble; qu'après cette réunion immédiate des parois de l'artère avec celles de la veine, la balle, par sa propre pesanteur, est tombée dans la jugulaire, à l'endroit où on la remarque, à 40 millim. environ du lieu où elle avait été lésée et s'y est fixée définitivement.

La balle est tombée dans la veine plutôt que dans l'artère. Cela peut s'expliquer, ce me semble, non pas parce que l'ouverture de l'une des lésions ou de l'un des vaisseaux est plus large que l'ouverture de l'autre, mais bien parce que la veine n'étant pas contractile comme l'artère, ses parois sans être plus lisses en sont plus glissantes.

J'arrive maintenant à la formation de l'anévrisme; voici comment je la conçois:

Le retour du sang étant en grande partie arrêté par la présence de la balle qui ne lui laissait de passage qu'au travers de son échancrure extrêmement petite comparée à la dimension du vaisseau et par conséquent à la colonne de sang veineux qui se rendait au cœur, il en résultait qu'il y avait reflux de ce sang veineux dans l'artère carotide interne. Cette colonne sanguine frappant toujours presque perpendiculairement sur la paroi interne de l'artère a fini par produire une dilatation de cette paroi, et par suite une extension plus considérable. Un jour, peut-être, si le malade avait résisté aux lésions de son cerveau, serait-il mort par suite de la rupture de l'anévrisme, la cause qui l'avait formé ne cessant pas d'agir. Cet exemple est un type d'anévrisme variqueux; il ne ressemble en rien à une varice anévrismale. Il n'y a pas, en effet, dilatation de la veine, mais seulement épaississement de ses parois et dilatation de l'artère par le sang veineux qui y refluait.

Quant aux lésions cérébrales, les troubles fonctionnels du cerveau semblent nous conduire pas à pas jusqu'au terme fatal. Nous allons essayer d'en donner une esquisse.

A l'époque où notre malade a éprouvé de la difficulté à rallier ses idées, et à celle plus éloignée à laquelle il s'aperçut qu'il ne pouvait plus proférer une parole, ne doit-on pas croire que déjà il y avait hypérémie du cerveau, que peut-être il y avait aussi un commencement d'épanchement sanguin dans un de ses lobes?

La thérapeutique, qui a été mise en usage, vient corroborer mon raisonnement. Une copieuse saignée, faite à cette époque, a suffi pour rendre au malade ses facultés intellectuelles et le libre exercice de toutes ses fonctions. Plusieurs fois nous avons vu reparaître cette congestion au cerveau dans le cours de la maladie de M. O., et c'est à la suite d'une de ces fréquentes attaques que la paralysie du côté droit est survenue et que s'est montrée aussi la paralysie générale. N'est-il pas probable qu'en premier lieu il y a eu, avant le ramollissement, dans l'hémisphère cérébral gauche, d'abord une hypérémie, puis un léger épanchement sanguin, qui a été remplacé par la substance pultaire diffluente, en tout semblable à du pus, sinon par l'odeur d'hydrogène sulfuré, qu'elle ne répandait pas.

Le kyste sanguin trouvé à peu de distance de ce ramollissement ne semble-t-il pas être la première période de la dégénération cérébrale? C'est là mon opinion, qui, du reste, est puisée dans la loi d'anatomie pathologique posée par Lallemand, qui dit que tout ramollissement cérébral doit son existence à un travail d'irritation, précédé des divers degrés de l'hypérémie, et suivi d'un épanchement de sang et de formation de pus.

Enfin, partant du même principe, je suis porté à croire qu'alors que la paralysie est devenue générale, un épanchement de sang a eu lieu dans le lobe droit, à la place qu'occupait le vaste ramollissement que nous avons noté.

La cause de toutes ces lésions du cerveau est-elle la même? Ne peut-on pas se rendre raison de ces nombreux désordres par l'existence seule de l'anévrisme, situé à la base du crâne, et par la présence de la balle dans la jugulaire interne?

Nous avons vu dans tout le système veineux cérébral une stase de sang; nous avons noté, entre autres, les deux amas sanguins trouvés, l'un à l'entrée du trou carotidien, l'autre dans le sinus latéral gauche. Ne peut-on pas penser que le défaut de circulation ait été la cause première de ces divers épanchemens?

Je n'ose pas entrer plus avant dans toutes ces considérations, qui sont au-dessus de mes forces, mon but étant de vous adresser seulement une observation d'anévrisme variqueux.

Je sais que M. Larrey, de Toulouse, a publié, il y a longues années, un cas d'anévrisme variqueux formé dans le jarret à la suite d'un coup d'épée. Je connais l'observation d'anévrisme également variqueux de l'artère tibiale postérieure qui avait été lésée par un grain de plomb, ainsi que sa veine satellite, et que M. Dorsey, de Philadelphie, a publiée autrefois. Je n'ignore pas que Hodgson, le baron Larrey, Richerand, M. Cloquet, et plusieurs autres chirurgiens célèbres, aient eu occasion d'observer plusieurs fois des varices anévrismales; mais je n'ai rien trouvé dans la science qui ait rapport à un anévrisme variqueux de l'artère carotide interne produit par la présence d'une balle dans la jugulaire. Cette raison m'a décidé à vous communiquer mon travail.

QUELQUES MOTS SUR L'EXTRACTION DE DEUX CLAVICULES ENTIÈRES, L'UNE EXTRAITE EN 1835 PAR LE DOCTEUR CAJETAN MAZZONI, DE PISE; L'AUTRE EXTRAITE EN 1838 PAR LE PROFESSEUR CHARLES BIAGINI, DE PISTOIE; communiqué par le docteur ARONSSOHN, de Strasbourg.

Lorsque je considère la position de la clavicule et les attributs que lui assignent les physiologistes, je suis forcé de croire que la perte de la clavicule doit être la source d'inconvéniens graves et nombreux, non seulement pour l'élégance et la forme des parties constituantes de l'épaule, la partie supérieure de la poitrine; mais, de plus, pour le mouvement libre et parfait du bras correspondant. Quoi qu'il en soit, l'expérience à laquelle doit céder tout raisonnement, encore qu'il y ait une apparence de justesse, nous rend parfaitement certains que nous pouvons supporter l'ablation de la clavicule, sans éprouver de graves désordres. Les deux faits suivans le prouvent.

OBS. I. — Camille Bartalini, de Fillettole, âgé d'environ 4 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, né d'un père décidément scrofuleux, commença, le 10 octobre 1835, à éprouver une douleur dans la région claviculaire droite; cette douleur fut accompagnée d'une tuméfaction légère d'abord, bientôt démesurée, désordre auquel se joignit peu après la rougeur de la peau dans la plaie engorgée, et une fièvre, avec caractère de synoque. L'emploi de la méthode antiphlogistique, c'est-à-dire l'application répétée de sangsues, l'usage de purgatifs, d'emplâtres émolliens, employés autant que le permettaient la faible constitution et l'âge tendre du patient, n'empêchèrent en rien la formation d'un gros abcès, qui fut ouvert le 2 novembre, soit vingt-deux jours après le commencement du mal. Le pus coula en grande abondance dans les premiers temps, au grand soulagement du petit malade. Après quelques jours, le mal local ayant diminué, je pus, au moyen d'un stylet, m'assurer de la nécrose de la clavicule. Dans l'espace de près de sept mois, de nouvelles inflammations eurent lieu successivement dans ladite région; elles furent suivies de la formation du pus, dont la sortie fut tantôt naturelle, tantôt artificielle. Bref, aux premiers jours de mai, il était facile de voir que la nature avait tout disposé pour l'expulsion de l'os mort devenu mobile. Il me sembla que c'était le moment où l'art lui devait son secours, je me décidai à cette extraction. Croyant que les attaches des muscles qui s'implantent sur la clavicule avaient été détruites, non seulement parce qu'avec le stylet on la sentait toute atteinte de nécrose, et par conséquent privée du périoste; mais encore parce qu'elle était mobile; qu'il n'y avait donc à couper que les liens ligamenteux situés aux extrémités articulaires de cette clavicule; je profitai d'une ouverture fistuleuse existant près de l'extrémité sternale de l'os malade, pour y introduire une sonde cannelée que je pouvais pousser jusqu'au-delà de l'articulation de l'os avec le sternum. Je fis une incision à la peau avec un bistouri droit, conduit par la cannelure de la sonde dans la direction de la clavicule; puis, saisissant la clavicule avec une paire de pinces à anneaux, tout proche de sa partie inférieure, je tranchai, avec un bistouri droit, à pointe obtuse, le ligament costo-claviculaire, et, après, les autres brides ligamenteuses qui la tenaient toujours unie au sternum.

L'extrémité acromiale de la clavicule même se faisait voir à travers une plaie du tégument; opérée comme la précédente, je pus séparer très facilement l'os de l'omoplate, dont il était presque tout à fait détaché; l'extraire en entier sans perte considérable de sang, une portion de la peau restant intacte entre les deux incisions. Un peu plus d'un mois après le malade était entièrement guéri.

Trois ans à peu près se sont écoulés depuis cette opération. L'état actuel de Bartalini est le suivant: sa santé est parfaite; l'épaule, privée de la clavicule, se trouve légèrement abaissée, approchée du sternum, sans nuire en rien à la symétrie des parties. Le bras peut se mouvoir dans tous les sens sans que ses mouvemens soient plus limités. Bartalini l'étend horizontalement, le porte à la tête, grimpe facilement sur les arbres et ne s'aperçoit point de la privation d'un os considéré comme si nécessaire au libre et parfait usage du bras. Le muscle sous-clavier paraît s'être un peu endurci.

Le professeur Biagini, de Pistoie, a extrait récemment une clavicule entière. Voici le narré du fait :

OBS. II. — Le 13 août 1838, Séraphin Giantoli de Cerreto Guidi, petit paysan âgé de 15 années, entra à l'hôpital de Pistoie. Il était scrofuleux et avait depuis longtemps des plaies en diverses parties de son corps. L'une de ses plaies, assez grande, dans la région claviculaire gauche; une autre, plus petite, dans la partie externe et supérieure de la cuisse gauche; une troisième, plus étroite et plus resserrée, au talon droit.

J'appris du malade que ces plaies provenaient d'ouvertures spontanées et d'abcès chroniques dans ces parties, que de petits morceaux d'os étaient sortis par la plaie de la cuisse et par celle du talon. L'aspect que présentaient ces ulcères était celui de plaies scrofuleuses. La première, c'est-à-dire celle de la région claviculaire, était ouverte depuis sept mois d'une grande étendue; ses bords étaient rouges, mous, détachés des parties qu'ils couvraient; on voyait à son pourtour des chairs fongueuses; au centre, la partie moyenne du corps de la clavicule découvert et privé du périoste. Peu ami en général des médicamens et persuadé par l'expérience qu'il faut peu compter sur les remèdes pour les scrofuleux, ma seule prescription au malade fut une nourriture saine et l'usage modéré du bon vin. De plus, partisan de Nannoin pour le traitement simple des plaies, je me contentais de couvrir celles de Giantoli avec de la charpie, attendant plus du temps et de la nature que des ressources de l'art. Je continuais longtemps ainsi; la clavicule que je touchais fréquemment me paraissait toujours plus mobile et vacillante.

Ce fut dans les premiers jours d'août, en présence du professeur Civinini, alors à Pistoie, qu'un matin où j'examinais de nouveau cette clavicule il me fut facile, avec une pince à anneaux, de la débarrasser des parties molles environnantes et de la retirer en entier hors de la plaie: une petite perte de sang suivit cette opération; un peu de charpie, deux compresses et un bandage légèrement serré suffirent pour l'arrêter.

Les remèdes furent dans la suite toujours aussi simples; la plaie, cantérisée de temps à autre avec la pierre infernale, se cicatrisa vingt à trente jours après. Le malade examiné à présent ne paraît pas manquer de clavicule; dans la région claviculaire gauche, une substance dure, pour ainsi dire osseuse et très sensible au toucher, semble jouer le rôle de la clavicule même, quant à l'assurance, à la manière, à la facilité dont le malade se sert de l'extrémité supérieure gauche. En effet, Giantoli, qui est toujours à l'hôpital pour ses autres plaies, n'a son épaule gauche absolument pas déformée; il porte le bras dans tous les sens; il peut très bien quand il le vent porter le bras à la tête comme auparavant. Je dois en conclure qu'une masse très compacte de tissu fibro-cartilagineux s'est créée et remplace la clavicule, dont elle exécute admirablement les fonctions.

La clavicule du professeur Biagini a été déposée au cabinet physio-pathologique de l'hôpital de Pise, confié aux soins du professeur Civinini, anatomiste distingué de notre Université. Celle dont j'avais fait l'extraction y aurait été consignée, sans un événement malheureux qui entraîna sa perte et celle de plusieurs autres pièces d'anatomie pathologique.

Notre intention, en publiant ces deux observations, a été d'ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus par Val Mott, par Warren et par Travers, etc., d'ablation d'une clavicule entière, ensuite de laquelle les malades ont conservé les mouvemens du bras, afin d'encourager les chirurgiens à l'ablation totale ou partielle de la clavicule, lorsque cet os est gravement compromis, et cela plutôt que d'abandonner leurs malades à une mort certaine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à la lecture de l'éloge de M. Frédéric Cuvier, par M. Flourens, et à la proclamation des sujets de prix proposés, et des prix décernés.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1840, 41, 42, 43.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES,

(Proposé en 1837 pour 1837, et remis au concours pour 1843.)

L'Académie avait proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner *dans la séance publique de* 1859, la question suivante :

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changemens chimiques, physiques et organiques, qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Dans ces dernières années, un grand nombre d'observateurs se sont livrés à des recherches profondes sur le développement du poulet dans l'œuf, et, par suite, à des études analogues sur le développement du fœtus dans les autres animaux ovipares. En général, ils se sont occupés de cet examen au point de vue anatomique. Quelques-uns pourtant ont abordé les questions chimiques nombreuses et pleines d'intérêt que cet examen permet de résoudre.

Admettons, en effet, que l'on fasse l'analyse chimique de l'œuf au moment où il est pondu, que l'on tienne compte des élémens qu'il emprunte à l'air ou qu'il lui rend pendant la durée de son développement, enfin qu'on détermine les pertes ou les absorptions d'eau qu'il peut éprouver, et l'on aura réuni tous les élémens nécessaires à la discussion des procédés chimiques employés par la nature pour la conversion des matériaux de l'œuf dans les produits bien différens qui composent le jeune animal.

En appliquant à l'étude de cette question les méthodes actuelles de l'analyse organique, on peut atteindre le degré de précision que sa solution exige.

Mais s'il est possible de constater par les moyens chimiques ordinaires les changemens survenus dans les proportions du carbone, de l'hydrogène, de l'oxigène ou de l'azote; si ces moyens suffisent, à plus forte raison, en ce qui concerne les modifications des produits minéraux qui entrent dans la composition de l'œuf, il est d'autres altérations non moins importantes qui ne peuvent se reconnaître qu'à l'aide du microscope.

L'Académie désire que, loin de se borner à constater, dans les diverses parties de l'œuf, la présence des principes immédiats que l'analyse en retire, les auteurs fassent tous leurs efforts pour constater, à l'aide du microscope, l'état dans lequel ces principes immédiats s'y rencontrent.

Elle espère d'heureux résultats de cette étude chimique et microscopique des phénomènes de l'organogénésie.

Indépendamment de l'étude du développement du fœtus dans ces conditions normales, il importe de constater les changemens que les modifications de la température ou de la nature des milieux dans lesquels ce développement s'effectue, peuvent y apporter. Les concurrens auront donc à examiner, pour les œufs d'oiseaux, leur incubation dans divers gaz; pour ceux des batraciens, leur développement dans des eaux plus ou moins chargées de sels, plus ou moins aérées.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leurs noms dans un billet cacheté qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES.

(Proposé pour 1837, puis pour 1839, et remis au concours pour 1843.)

L'Académie avait proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1837 la question suivante :

« Déterminer par des recherches anatomiques et physiques quel est le mécanisme de la production du son chez l'homme et chez les animaux vertébrés et invertébrés qui jouissent de cette faculté. »

Cette question n'ayant point été résolue, l'Académie, en 1837, la remit au concours pour l'année 1839, en la restreignant dans les termes suivans :

« Déterminer par des recherches anatomiques, par des expériences d'acoustique et par des expériences physiologiques, quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères. »

La question, réduite à ces termes, n'a point été résolue encore.

Voici le rapport de la commission qui avait été chargée de juger les pièces adressées par le concours :

RAPPORT DE LA COMMISSION.

(Commissaires : MM. Savart, Magendie, Breschet, Flourens; de Blainville, rapporteur.)

Six mémoires ont été envoyés au concours.

Les numéros 4 et 5 étant imprimés avec le nom de leurs auteurs n'ont pu être admis, d'après l'une des conditions imposées aux concurrens, celle d'adopter une épigraphe et d'envoyer leur nom dans un billet cacheté.

Des quatre autres concurrens, deux seulement ont paru avoir senti la nature véritable et la difficulté de la question. Cependant, la commission ne juge leur travail digne du prix, par défaut de recherches anatomiques ou d'expériences d'acoustique suffisantes; en conséquence, elle déclare qu'il n'y a pas lieu à ce que le prix des sciences physiques pour 1839 soit décerné.

Mais, vu le grand intérêt du sujet, et dans l'espoir que les personnes qui ont déjà commencé un long travail, pourront le perfectionner et ainsi atteindre le but, la commission propose à l'Académie de remettre pour la troisième fois la question au concours, en la divisant en deux parties; l'une limitée à l'espèce humaine et aux expériences d'acoustique et physiologiques; l'autre qui se bornerait aux recherches anatomiques, comparées dans l'homme et chez les mammifères. Mais, dans ce dernier cas, la commission demanderait à l'Académie que la somme nécessaire pour l'établissement de ce second prix pût être prise sur les fonds Montyon en réserve.

L'Académie adopte les conclusions de ce rapport.

En conséquence, les deux questions suivantes sont proposées pour l'année 1843 :

« 1° Déterminer par des expériences d'acoustique et de physiologie quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme. »

« 2° Déterminer par des recherches anatomiques la structure comparée de l'organe de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères. »

Chaque prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leurs noms sur un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. le baron de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le roi ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818 :

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la séance publique de 1840.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs ont dû être envoyés francs de port au secrétariat de l'Institut avant le premier avril 1840.

PRIX RELATIF A LA VACCINE.

L'Académie rappelle qu'elle a proposé pour sujet d'un prix de 10,000 francs, qui sera décerné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1842, la question suivante :

« La vertu préservative de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire ?

» Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences précises et des faits authentiques le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

» Le cow-pox a-t-il une vertu préservative plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives ?

» En supposant que la qualité préservative du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudrait-il le renouveler, et par quels moyens ?

» L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservative de la variole ?

» Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de nouvelles vaccinations ? »

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le premier avril 1842. Ce terme est de rigueur.

PRIX FONDÉ PAR M. MANNI.

M. Manni, professeur à l'Université de Rome, ayant offert de faire les fonds d'un prix spécial de 1,500 fr., à décerner par l'Académie, sur la question des *morts apparentes et sur les moyens de remédier aux accidens funestes qui en sont trop souvent les conséquences;* et le roi, par une ordonnance en date du 5 avril 1837, ayant autorisé l'acceptation de ces fonds et leur application au prix dont il s'agit :

L'Académie avait proposé, en 1837, pour sujet d'un prix, qui devait être décerné dans la séance publique de 1839, la question suivante :

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes ?

» Quels sont les moyens de prévenir les enterremens prématurés ? »

L'Académie reçut, en 1839, sept mémoires manuscrits. Plusieurs d'entre eux parurent renfermer des vues utiles, mais que l'expérience n'avait pas encore suffisamment justifiées.

En conséquence, l'Académie, dans sa séance publique du 30 décembre 1839, remit le prix sur les *morts apparentes* à l'année 1842, espérant que, dans le cours de ces deux années, les auteurs trouveraient le temps nécessaire pour donner à leur travail le degré de perfection que réclame un sujet aussi important.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut, avant le premier avril 1842.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1839.

L'Académie a accordé :

« 1° 1,000 fr. à titre d'encouragement à l'ouvrage de M. le docteur Valleix, intitulé : Clinique des maladies des enfans nouveau-nés;

» 2° A M. le docteur Fourcault, pour ses Expériences physiologiques démontrant l'influence de la suppression mécanique de la transpiration cutanée sur l'altération du sang et sur le développement des lésions locales attribuées à l'inflammation, 2,000 fr. à titre de récompense;

» 3° A M. Vincent Duval, pour son Traité pratique du pied-bot, 3,000 fr. à titre de récompense;

» 4° A M. le docteur Fuster, pour son ouvrage des Maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou Histoire médicale et météorologique de la France, 3,000 fr. à titre de récompense.

» La commission cite avec distinction :

» 1° Le Mémoire de MM. les docteurs Serrurier et Rousseau, sous ce titre :

» Pathologie spéciale des voies aériennes étudiée chez l'homme et chez certains animaux, avec atlas grand in-4°, composé de 23 planches coloriées;

» 2° L'Anatomie pathologique, modèles en relief, par M. le docteur Félix Thibert.

» Mais, pour un comme pour l'autre, la commission juge convenable d'attendre que de nouveaux travaux aient acquis à ces médecins d'autres droits aux récompenses du legs Montyon.

» M. Payen a obtenu un prix de 10,000 pour ses Recherches sur l'amidon. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1840. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal qui ne soulève aucune réclamation, M. Roux annonce à l'Académie la mort du célèbre chirurgien Græfe, de Berlin.

Ordre du jour. — Recherches sur les maladies des pays chauds, par M. Pallas.

M. Desportes occupe la tribune pour un rapport sur un mémoire de M. Pallas intitulé : Recherches sur les maladies des pays chauds.

L'auteur s'est attaché à saisir les causes particulières qui président à leur développement, et parmi elles, surtout, à l'influence de la constitution atmosphérique propre à ces climats. M. le rapporteur a fait ressortir la nécessité de mieux connaître par l'analyse chimique les altérations que l'air subit aux environs des divers pays marécageux, et termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Nommer une commission permanente chargée d'étudier les marais, la nature des miasmes qu'ils répandent, et les moyens de neutraliser leur fâcheuse influence;

2° Demander aux trois ministres de l'intérieur, du commerce et de l'instruction publique les moyens de se livrer à cette étude.

M. Dupuy appuie ces conclusions, et ajoute que chaque année en France l'influence des marécages se fait sentir d'une façon meurtrière sur les animaux de toute espèce.

M. Pelletier dit qu'il serait difficile à une commission prise au sein de l'Académie de se livrer à un pareil travail. Les déplacemens et la longue absence qu'il exigerait sont incompatibles avec les devoirs de ses membres. Il propose de faire de ces questions des sujets de prix.

Sur la proposition de M. Baulé, les conclusions du rapport sont renvoyées au conseil d'administration.

EXPÉRIENCES SUR LA VISION DISTINCTE ET LA VISION CONFUSE, PAR M. GERDY.

M. Gerdy : Tous les physiologistes s'entendent pour accorder à l'œil une vision distincte et une vision confuse. La première, s'appliquant successivement aux plus minimes détails d'un objet, permet d'en saisir tous les caractères physiques du ressort de la vue. Différente pour chaque individu, quelquefois pour les deux yeux d'un même individu, elle ne peut s'exercer dans le même temps que sur un point très circonscrit, et c'est à elle que dans les sciences positives on doit le plus de notions intéressantes. Un seul œil ou les deux yeux peuvent être employés pour l'obtenir. Pour opérer avec rigueur, elle demande plusieurs conditions. Il faut que l'axe optique de l'organe qui agit, ou les deux axes optiques, a leur rencontre, tombent sur l'objet; et ce dernier encore doit être placé à une distance proportionnée aux lentilles oculaires. Alors l'image convenablement formée vient tomber sur un point de la rétine, le seul qui soit susceptible d'exercer la vision distincte. L'expérience suivante prouve que la vision distincte ne s'exerce que sur un point à la fois. Qu'on fasse autour d'un point central et aussi près de lui que possible un certain nombre d'autres points, également le plus rapprochés possible entre eux, puis qu'on regarde attentivement le point central, il sera dès lors impossible de compter en même temps le nombre de points voisins quoique si rapprochés. Il est encore facile de reconnaître pendant une lecture que si l'œil veut se fixer sur un seul point, il perdra bientôt la vision distincte des lignes voisines, des mots voisins, des lettres voisines, et même des différentes parties d'une même lettre.

Quelques services que nous rende la vision distincte, elle cesserait de nous paraître aussi admirable, si elle était l'unique propriété de notre œil. Des années nous deviendront nécessaires pour bien connaître l'objet le moins étendu ; mais à côté d'elle se trouve la vision confuse, qui nous fournit chaque jour les notions les plus utiles et les jouissances les plus vives. Différente de la première, celle-ci s'accomplit dans chaque œil, à cause de la présence du nez, qui borne, de son côté, l'horizon pour chaque œil, la vision confuse a un champ bien plus vaste en dehors. Le grand nombre et la variété des objets qu'elle saisit à la fois lui permettent d'envoyer au cerveau des sensations bien plus nombreuses que la vision distincte. Bien souvent elle s'exerce à notre insu. Quand on lit, on croit voir distinctement chaque lettre, chaque mot même, et, le plus souvent, on ne fait que les deviner à l'aide de la vision confuse; on en a une preuve convaincante par la difficulté qu'on éprouve à lire, ou même à reconnaître les lettres en les prenant au rebours. Dans ce cas, c'est la vision distincte qui agit, et elle ne peut agir qu'avec lenteur. La vision confuse peut s'exercer dans le même temps que la vision distincte, et elle nous permet aussi de reconnaître les corps voisins de ceux qu'étudie la vision distincte, avant que cette dernière se soit appliquée à eux. Elle nous fournit assez de caractères généraux pour nous faire distinguer les espèces, mais elle s'arrête où commencent les nuances très délicates. Elle permet de voir à la fois un très grand nombre d'objets, en donne des notions très multiples, mais peu précises. C'est à la vision confuse que nous devons de suivre une route sans trébucher aux obstacles qu'elle présente, alors que notre esprit est bien loin des choses environnantes. Dans quelques circonstances, la vision confuse devient supérieure à la vision distincte, par exemple, pour nous conduire au milieu d'un vaste champ; c'est alors que nous devons voir confusément le but vers lequel nous devons nous diriger.

M. Rochoux : Descartes, si je ne me trompe, a dit, le premier, qu'on ne voyait distinctement qu'un point à la fois, et cette opinion n'en est pas moins une erreur; le raisonnement seul peut le prouver. Ou bien on aperçoit distinctement un point mathématique, ce qui reviendrait à dire qu'on ne voit rien, puisque le point mathématique n'a point d'étendue; ou bien on aperçoit un point physique, et celui ayant une étendue indéfiniment divisible; à quelle fraction de cette étendue s'arrêterait la vision distincte? Si la vision distincte ne s'arrêtait que sur un point, on mettrait des années à voir un paysage qu'on voit distinctement en un instant. Il y a longtemps qu'un philosophe a dit que la vue était une espèce de toucher, et cela est bien exact. Les images des objets viennent d'elles-mêmes frapper en même temps tous les points accessibles de la membrane sensible, qui, les transmettant à la fois, permet de les distinguer tous ensemble.

M. Gerdy, de crainte d'amener une trop longue discussion, ne veut point, maintenant au moins, répondre à ces objections.

L'Académie entend successivement MM. Malgaigne et Hugier, candidats à la place vacante.

DE LA MALADIE SYPHILITIQUE SUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVELLES ACCOUCHÉES; PAR M. HUGUIER.

M. Huguier, pour ce travail, a mis à contribution 127 observations, qu'il a recueillies à l'hôpital des vénériens, et toutes celles bien authentiques qu'il a trouvées sur la matière.

Les premier et deuxième paragraphes contiennent l'historique des opinions médicales sur les influences exercées par la syphilis sur les femmes enceintes, et les modifications qu'éprouve cette maladie pendant la grossesse.

Dans le troisième, les avantages et les inconvéniens des diverses méthodes mercurielles sont comparés entre eux, et ces dernières comparées aux méthodes non mercurielles.

Un quatrième paragraphe est consacré au pronostic de la syphilis pendant la grossesse. Les principales conclusions suivantes terminent ce mémoire :

De véritables pustules se développent sur la vulve, et comme symptôme primitif, et souvent comme seul élément primitif du chancre.

Les purgatifs doivent être proscrits chez les femmes enceintes syphilitiques.

La syphilis abandonnée à elle-même n'est pas une cause d'avortement aussi puissante qu'on le croit. Ce dernier arrive surtout aux femmes traitées par le mercure.

On a exagéré l'influence fâcheuse de la syphilis sur les suites de couches. Sur 127 femmes syphilitiques grosses, trois seulement sont mortes, et encore la mort pourrait s'expliquer par d'autres accidens.

Un traitement mercuriel pendant la grossesse ne met pas toujours l'enfant à l'abri de l'infection, ni la mère à l'abri de la récidive, et ne paraît pas avoir beaucoup plus d'efficacité que le traitement sans mercure.

Le traitement mercuriel intérieur produit de nombreux accidens.

De toutes les préparations mercurielles à administrer aux femmes grosses, le sublimé est la pire, et doit être remplacé par les frictions mercurielles, qui produisent des accidens bien moins graves et moins nombreux.

De tous les accidens que la vérole traîne à sa suite, l'hérédité est le plus difficile à prévenir. Les enfans de parens syphilitiques au moment de la fécondation ou pendant la gestation devront subir un traitement.

Le traitement mercuriel administré à une mère nourrice ne guérit pas son enfant.

Le plus ordinairement, les symptômes syphilitiques apparaissent chez les nouveau-nés du troisième au vingt-cinquième jour, et même plus tard. Ainsi, les enfans-trouvés, envoyés en nourrice après la visite du médecin, faite au troisième jour, sont habituellement pris de syphilis quand on les a déclarés sains.

(Commissaires : MM. Baudelocque, Emery, Cullerier.)

EXAMEN DES DOCTRINES CHIRURGICALES REÇUES SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES; PAR M. MALGAIGNE.

(Nous donnerons dans le prochain numéro l'analyse du mémoire de M. Malgaigne.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — FOIE GRAS.

M. Bouvier présente une portion de foie gras bien caractérisé, et désire qu'on approfondisse sur cette pièce les caractères anatomiques de cette altération, si souvent confondue avec le foie simplement décoloré, et même avec la cirrhose. Pour en éclairer la nature chimique, il a extrait de ce même foie, bouilli dans l'eau, une certaine quantité de graisse figée à la surface du liquide, après refroidissement, et il prie l'Académie de vouloir bien en faire faire l'analyse dans son laboratoire.

TUMEUR CANCÉREUSE DANS L'ŒSOPHAGE, COMPRENANT LE LARYNX ET AYANT NÉCESSITÉ LA TRACHÉOTOMIE.

M. Bricheteau donne verbalement l'histoire de cette observation.

Obs. — Un tambour de la garde nationale, âgé de 50 ans, de bonne santé, n'ayant jamais été malade, est pris le 1er janvier 1840 d'angine légère pour laquelle il est traité et guéri.

Vers la fin de mai, il éprouve de la difficulté à avaler, à respirer, et souffre dans la région du larynx, le col à ce niveau est légèrement tuméfié. L'examen de l'arrière-gorge par l'œil et le doigt ne découvre rien d'anormal. Un seton est cependant appliqué au col; des frictions d'iodure de plomb sont ordonnées, et le malade mis à l'usage de l'iodure de potassium. Ce traitement n'amena aucun soulagement.

Le 19 juin dernier, impossibilité complète d'avaler; suffocation imminente. Cette dernière fait craindre pour les jours du malade et décide à pratiquer la trachéotomie, et la respiration s'établit par la canule; mais la déglutition n'en demeura pas moins impossible.

Le 20 juin, le malade succomba.

Autopsie. — On a trouvé autour de l'œsophage et dans le tissu cellulaire qui le sépare du larynx une tumeur du volume de la moitié du poing, qui fermait complètement le premier de ces conduits, et qui, ayant refoulé l'épiglotte sur l'ouverture supérieure du larynx, avait produit la suffocation. Cette tumeur est formée d'un tissu dur, d'un gris cendré et évidemment squirrheux.

M. le docteur Thibert a reproduit par son procédé, et dans plusieurs pièces, la nature et les rapports de cette tumeur.

OIGNON TRAITÉ AVEC LE CAUSTIQUE PAR UN PÉDICURE; AMPUTATION DANS LA CONTINUITÉ DU PREMIER MÉTATARSIEN; MORT; PAR M. THIERRY.

M. THIERRY communique l'observation d'une dame âgée de 66 ans qui, affectée d'un oignon sur la première articulation métatarso-phalangienne du pied droit, s'adressa à un pédicure. Celui-ci appliqua un caustique et promit la guérison en quinze jours. A cette époque, la malade, loin d'être guérie, mandait son médecin, avec lequel M. Roux se trouvait en consultation. Ils purent constater que l'articulation était ouverte par la chute d'une escarre de la largeur de 50 c.; que les têtes du métatarsien et de la phalange étaient dénudées; de la fièvre, de l'insomnie et une abondante suppuration que le traitement émollient ne calmaient point firent penser à l'amputation. M. Roux, appelé, fut de cet avis, et l'opération fut pratiquée par M. Thierry. Le premier métatarsien fut scié dans sa continuité. La malade fut pansée pour obtenir la réunion immédiate; mais, quelques jours après, un érysipèle phlegmoneux envahit le pied, la jambe et la cuisse, et la malade succomba.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DU SYSTÈME NERVEUX DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE; par SARLANDIÈRE, D. M. — 1 vol. in-8 de 600 pages, avec 6 planches. Paris, 1840. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le but de cet ouvrage, dit l'auteur dans son introduction, est de conduire le praticien à la connaissance des affections nerveuses; le livre de Sarlandière n'est donc ni un simple exposé anatomique, ni un traité de la physiologie du système nerveux; il doit contenir, outre l'anatomie et la physiologie tout ce qu'on sait sur la pathologie de ce système important. Malgré les progrès qu'ont faits de nos jours la plupart des branches de la pathologie, l'étude des maladies nerveuses est restée presque stationnaire. Aussi Sarlandière a-t-il raison de dire « que l'histoire de ces maladies a besoin d'une réforme plus grande encore que celle opérée récemment pour les affections vasculaires organiques; car là tout est palpable, et ici il n'y a souvent aucune trace visible d'altération. Ce n'est donc que pendant la vie, et en étudiant les désordres fonctionnels, qu'on peut arriver à la connaissance des maladies nerveuses. » Nous ne rappellerons pas les circonstances qui amenèrent Sarlandière à s'occuper presque exclusivement de l'étude des maladies du système nerveux, qui devinrent bientôt pour lui une véritable spécialité, ni les motifs qui l'ont porté à publier dans l'ouvrage que nous avons en main les résultats de ses études et de ses expériences; mais nous dirons que son livre ne ressemble en rien aux traités qui ont été publiés jusqu'à ce jour sur la même matière, et que, bien qu'il se soit probablement exagéré la valeur de quelques-uns de ces résultats, il n'en a pas moins le mérite d'avoir reconnu et signalé une grave lacune dans la science médicale, d'avoir indiqué le moyen de remplir cette lacune à une époque où la plupart des pathologistes suivaient une direction opposée, et surtout de s'être beaucoup moins laissé aller à l'enthousiasme et aux illusions dans un sujet de son choix et de sa prédilection, qu'on ne l'aurait attendu d'un homme aussi éminemment partisan du progrès.

Sarlandière regarde l'élément nerveux non seulement comme le plus important de tous ceux qui entrent dans l'organisation animale, mais encore comme représentant l'organisation tout entière, qui n'en est que la conséquence. Aussi admet-il avec Oken que la substance nerveuse est la première à se montrer, et qu'autour d'elle viennent se rallier successivement tous les systèmes anatomiques qui compliquent l'organisation à mesure qu'on l'observe à des degrés plus élevés de l'échelle des êtres animés. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'historique de cette matière nerveuse, qui, confondue, dans les animaux les plus imparfaits, avec les molécules organiques, devient peu à peu distincte, sous l'aspect de ganglions et de filets nerveux, et détermine des facultés sensoriales sensibles et motrices d'autant plus apparentes que les masses centrales sont plus considérables et les filets nerveux plus multipliés, en sorte que la question de perfectibilité se réduit pour lui, considérée d'une manière générale, à une question de masse ganglionnaire et de multiplicité de rameaux. Tous les développemens qui se rattachent à cette partie importante du sujet ne peuvent pas être présentés avec avantage dans une simple analyse. Nous en dirons autant de ceux qui concernent la description anatomique du système nerveux, et qui ont reçu une assez grande extension dans l'ouvrage de Sarlandière. Les recherches de MM. Serres, Tiedman, S. Bell, Desmoulin, Carus, et de beaucoup d'autres anatomistes modernes, sont comparées, pesées et souvent critiquées avec beaucoup de justesse, sur tous les points de l'étude du système nerveux qui ont donné lieu à des discussions, et ces points sont nombreux depuis l'apparition du globule sphérique, qu'on voit se mouvoir dans les premiers temps de l'incubation jusqu'à l'entier développement de l'appareil cérébro-spinal, si compliqué et si mystérieux chez l'homme.

La méthode adoptée jusqu'ici par les anatomistes pour l'étude du système nerveux, et qui consiste à étudier les nerfs depuis leur départ du cerveau, pour les suivre jusque dans les ramifications organiques, n'est point admise par Sarlandière; car par cette méthode on s'expose à rencontrer à chaque pas des nerfs dont les ramifications sont chargées de fonctions dissemblables; il les prend, au contraire, à leur véritable origine, dans les tissus organiques, pour les suivre jusqu'à la partie centrale nerveuse, où ils s'insèrent, en tenant compte de toutes les connexions et de toutes les communications qui se trouvent sur le trajet. « Ce n'est qu'ainsi, dit Sarlandière, qu'on peut parvenir à saisir le fil de l'organisation nerveuse dans ce labyrinthe presque inextricable de cordons et de plexus, dont l'expérience fonctionnelle peut seule dévoiler les usages. »

Cette méthode, si elle était toujours applicable, serait, il est bien vrai, la meilleure, car son utilité repose sur deux des faits les mieux démontrés de la névrologie, bien que beaucoup d'écrivains modernes semblent à peine s'en douter. Les recherches de M. Tiedman et de M. Serres ont mis hors de doute que les nerfs ne naissent pas du cerveau, et celles de Ch. Bell et des autres anatomistes modernes qui se sont occupés de ce sujet ne permettent pas de douter que non seulement chaque faisceau nerveux, mais chaque fibre nerveuse elle-même ne réponde à un besoin organique ou à une fonction spéciale. « Les cordons nerveux ne sont pas les mêmes pour les déterminations et les perceptions; ils sont même différens, suivant le genre de perception, et probablement aussi selon celui de détermination, et ils se multiplient en raison de la perfection ou de la complication d'organisation, car ils ne peuvent se suppléer, et chaque nerf ou partie nerveuse a sa fonction spéciale. Les ramifications, ou expansions nerveuses des sens de l'olfaction ou de l'odorat reçoivent des impressions toutes autres que celles de la vision et de l'audition; les impressions du goût sont aussi différentes de celles du toucher; la même différence a lieu pour les sensations des organes internes; le besoin de respirer est différent du besoin de la faim ou du besoin de mouvement, etc. Toutes ces sensations offrent aussi des nuances particulières, qui ne permettent pas de les confondre vaguement avec la sensibilité proprement dite. Chacun des cordons conducteurs de ces impressions leur est consacré en propre; ainsi il est impossible que le nerf conducteur des impressions visuelles au cerveau y fasse parvenir les vibrations sonores; à plus forte raison, un nerf de la sensibilité ne peut, quoi qu'en dise M. Flourens, transmettre le mouvement. »

S'il y a un nerf auquel ces réflexions puissent s'appliquer, c'est certainement celui de la cinquième paire, qui, de tous ceux qui ont été considérés comme simples, est le plus compliqué, celui dont les rameaux président aux fonctions les plus hétérogènes. Aussi l'auteur a-t-il apporté une extrême attention à l'étude de ce nerf important, d'abord chez les animaux, où il trouve de nombreuses preuves de cette proposition, qu'il y a véritablement autant de nerfs distincts que de filets ou de rameaux ayant des fonctions différentes, et ensuite sur l'homme, chez lequel cette paire préside à tant de fonctions différentes. Ici, comme dans les autres parties de son travail, M. Sarlandière prend méthodiquement chacun des rameaux à son origine, dans les organes, et les conduit, en les ralliant au grand faisceau dont ils dépendent, jusqu'à leur insertion encéphalique, en indiquant les fonctions que ses expériences propres, ou celles de ses devanciers, leur ont assignées. Pour énumérer ces différentes fonctions, il faudrait rappeler tous les modes de sensibilité, tous les genres de mouvement, les différentes fonctions organiques, sécrétoires et autres, dont sont chargées les parties auxquelles se distribuent les rameaux de la 5[e] paire, ce que nous ne pouvons faire; nous nous bornerons à signaler ici une nouvelle fonction, attribuée par Sarlandière à la cinquième paire, et qui avait été jusqu'ici attribuée presque sans contestation, depuis les recherches de C. Bell, à la portion dure de la septième paire, que ce dernier physiologiste appelle, comme on sait, le nerf respiratoire de la face, et que Sarlandière regarde comme le nerf du mouvement volontaire des muscles de cette partie.

Un nerf non moins important et non moins riche en rameaux est celui de la huitième paire. La cinquième paire comprend tout le système nerveux, qui préside aux impressions des sens externes chez tous les animaux vertébrés; c'est, en quelque sorte, elle qui pose les sentinelles et qui explore ce qui de l'extérieur vient impressionner l'animal, tandis que la huitième paire préside aux besoins organiques, à la respiration, à la di-

gestion, à l'hématose, à l'action musculaire des plans gastro-intestinaux, à l'action des parois musculeuses sous bronchiques. L'étude de ces différentes fonctions et des rameaux qui les excitent occupe un des chapitres les plus importans de l'ouvrage de Sarlandière.

Après avoir décrit de la même manière et suivant la même méthode les paires vertébrales qu'il divise en nerfs préspinaux et post-spinaux, l'auteur passe à la description du grand sympathique qu'il regarde avec raison comme ce qu'il y a de plus obscur et de moins bien compris dans tout le système nerveux; et lui-même, il faut bien le dire, ne fait pas faire de grands progrès à la science sur cette question, car les opinions qu'il émet sur cet appareil diffèrent peu de celles que M. Brachet a tirées de ses travaux et étant basées sur les mêmes expériences ne peuvent déterminer une conviction bien profonde dans l'esprit des hommes qui connaissent les nombreuses causes d'erreur que présentent les expériences sanglantes faites sur les animaux.

Des opinions si diverses ont été émises sur les fonctions des différentes parties du cerveau et de la moelle que nous n'entreprendrons pas de suivre l'auteur dans les discussions qu'il établit sur ces nombreuses questions. Le passage suivant nous fera connaître suffisamment sa manière de voir sur les points les plus importans, manière de voir qui est fondée sur des expériences qui lui sont propre ou qu'il a empruntées aux autres physiologistes modernes: « Il résulte de ces expériences que la moelle spinale a son principe d'action, soit pour le sentiment, soit pour le mouvement, en elle-même, et que chacune de ses régions n'est pas essentiellement dépendante des autres régions, au moins en ce qui ne concerne pas la force d'inervation ou l'harmonie consensuelle.

»La disposition anatomique, la distribution des nerfs cérébro-spinaux, nous donnent lieu de penser que chez l'espèce humaine spécialement, la vision et tout ce qui s'y rapporte dépend de la portion de moelle cérébrospinale que surmontent les tubercules quadrijumeaux; que le mouvement et la sensibilité de la face, ainsi que l'excitabilité sensoriale, résident dans le segment de moelle qui constitue la base du quatrième ventricule, principalement dans toute l'étendue du champ où s'insère la cinquième paire, enfin que le besoin de respirer et les perceptions viscérales gastriques résident dans ce qui constitue la base de ce quatrième ventricule, principalement dans toute l'étendue du champ où s'insère la huitième paire, et que toute la portion de moelle postérieure au quatrième ventricule, en s'étendant jusqu'à la quatrième ou cinquième cervicale, possède une influence spéciale sur les muscles inspirateurs, et, de plus, agit, au moyen de l'appareil ganglionnaire, sur le centre circulatoire et les fonctions nutritives du col et de la tête.

»Le point central de la protubérance cérébrale semble être le lien de mise en rapport de toutes les fonctions spinales avec les fonctions cérébrales. »

Sarlandière bien qu'admettant des fonctions spéciales pour chaque partie différente du système nerveux, cesse de se prononcer avec autant de conviction lorsqu'il arrive à l'étude des fonctions des différentes parties du cerveau et surtout à la localisation des facultés instinctives et intellectuelles et même des sensations. Les expériences sur les animaux vivans, et celles surtout de M. Flourens, sont entièrement opposées à cette localisation. Ce dernier physiologiste a diversifié et multiplié ses mutilations de telle sorte qu'il a dû inférer que les facultés dépendaient de tous les hémisphères à la fois. Quand l'une est perdue, toutes le sont; dès qu'une faculté disparaît, toutes disparaissent; si la vue est perdue, l'audition, le goût et l'odorat se perdent aussi; après que toutes les facultés et les sensations ont été ainsi abolies par la mutilation des hémisphères, si l'une des facultés ou sensations reparaît, toutes reviennent dans la même proportion. Les hémisphères peuvent réacquérir intégralement leurs facultés après les avoir perdues, quand même une certaine portion de substance aurait été enlevée. « On voit que M. Flourens sape ainsi toute la doctrine des localisations des facultés instinctives et intellectuelles. Je livre ses expériences et ses conclusions aux phréologistes pour qu'ils aient à s'en défendre et à les réfuter..... » Sarlandière conclut avec raison de ces résultats et de ceux avancés par les phrénologistes qu'il faut qu'il y ait dans ce grand mystère de l'organisation animale quelque chose que n'aperçoivent ni physiologistes ni phrénologistes pour être en dissidence aussi formelle. J'ai cherché moi-même, dit-il, autant qu'il était en mon pouvoir, à porter la lumière dans ces ténèbres, en construisant le *cranomètre*; j'ai cherché à déterminer *mathématiquement* si les facultés instinctives et intellectuelles pouvaient être mesurées par la quantité de matière cérébrale ou par l'étendue des surfaces ou des épaisseurs. Les seuls résultats formels auxquels je sois parvenu ont été de me faire découvrir le centre de mise en rapport, et de m'assurer que l'étendue des facultés était en raison des surfaces et non des épaisseurs, et de confirmer par-là un des grands principes déjà émis par Desmoulins.

On a déjà fait tant d'hypothèses sur les fonctions du cervelet que nous ne pensons pas que l'opinion émise sur ce même point par Sarlandière soit plus heureuse que les autres avec plusieurs desquelles elle a des rapports assez intimes. Le cervelet est, selon notre auteur, l'organe directeur des mouvemens en avant et en élévation, abstraction faite de toute coordination, du degré d'énergie, de toute volonté, de toute pondération. Voici, au reste, comment se coordonne, selon lui, l'action des différentes parties de l'appareil encéphalo-rachidien pour la transmission de la volonté. « Les hémisphères *veulent* le mouvement et transmettent cette volition (probablement par les couches optiques pour les membres supérieurs et par les corps striés pour les membres pelviens). Le lobe des tubercules quadrijumeaux aux mette en rapport, reçoit cette volition et la transmet à tous les organes auxquels elle doit s'adresser pour avoir son effet; le cervelet en recevant avis *dirige* et renvoie par le lobe des tubercules quadrijumeaux la puissance directrice à la partie motrice de la moelle qui, le recevant en même temps que les ordres des hémisphères, *exécute*. »

Il est permis de douter que les choses se passent réellement comme le prétend Sarlandière; mais il n'en est pas moins vrai que l'ensemble des actes cérébraux offre une régularité et une coordination qui en font le plus beau fait de la création, comme ils en sont l'expression la plus élevée; c'est cette coordination que Sarlandière étudie sous le nom d'harmonie du système nerveux dans une partie spéciale. Reprenant ici chacun des organes qu'il a décrits dans la partie précédente, il les fait fonctionner chacun dans leur action spéciale, où ils représentent, pour ainsi dire, des fragmens de la vie; puis, réunissant ces divers fragmens, qu'il appelle harmonies fonctionnelles et sympathiques, il s'élève à l'étude des grandes fonctions, qui, sous le nom d'harmonies consensuelles ou générales, forment cette unité fonctionnelle que MM. Serres et Flourens ont si haut proclamée, cet ensemble harmonique qui constitue la vie tout entière.

Après avoir analysé, dans la première partie, chaque portion du système nerveux qui, dans l'état actuel de la science, semble jouer un rôle important; après avoir, dans la seconde partie, étudié sous le nom d'*harmonies* le jeu de toutes ces parties entre elles, il restait à chercher, pour compléter l'étude du système nerveux, comment pouvait s'opérer la démolition ou l'altération de cet admirable ensemble, et conséquemment à se rendre compte de tous les agens qui pouvaient entamer et rompre les harmonies. C'est ce que fait Sarlandière dans la troisième partie. Nous ne nous arrêterons que très peu sur cette partie, qui cependant est la plus importante pour le praticien; car non seulement l'auteur y étudie l'action fâcheuse de tous les agens physiques, chimiques, vénéneux et médicamenteux; mais en même temps il recherche et indique les moyens de curation que l'on en peut retirer. Nous aurions surtout voulu reproduire les développemens que l'auteur donne sur les secours que l'on peut attendre de l'acupuncture, de l'électricité, du galvanisme, et sur la manière d'employer ces différens moyens. La grande expérience qu'il avait acquise dans l'emploi de ces agens, la bonne foi avec laquelle il rend compte de leurs effets et expose les résultats qu'on peut attendre de leur usage, dans ces cas différens, donnent à cette partie de son travail une grande valeur qui rehausserait encore la manière tout à fait scientifique dont tout son livre est écrit. Aussi, n'hésitons nous pas à dire que son ouvrage est le plus complet et le meilleur que la science possède aujourd'hui sur le système nerveux. Si on lui reproche certaines longueurs, plusieurs innovations dans les expressions, qui pourront paraître peu heureuses, quelques explications un peu téméraires, il ne faut point oublier que ce livre ne ressemble en rien, comme il le dit lui-même, aux traités qui ont paru jusqu'à ce jour sur la même matière, et que la crainte de succomber à une grave affection cérébrale qui l'avait frappé, dans l'espace de deux ans, de trois attaques successives, le hâta de mettre ses matériaux en ordre. Si, enfin, il était nécessaire, nous reproduirions la note suivante, placée à la fin du livre : « Le docteur Sarlandière avait à peine achevé son œuvre que la mort est venue l'enlever à la science, qu'il cultivait avec un zèle et une persévérance bien rares.... Dans son pieux respect pour sa mémoire, sa famille n'a pas voulu qu'il soit fait aucune addition ou retranchement à ce dernier ouvrage, fruit de longues méditations et d'immenses recherches; elle le livre aujourd'hui au public tel qu'il l'a laissé. »

Six planches exécutées avec soin complètent l'ouvrage et facilitent l'intelligence du développement du système nerveux et de ses harmonies.

G.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Résumé d'un mémoire sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformité par la sectinn sous-cutanée des muscles rétractés. — II. REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS HEBDOMADAIRES. Du traitement des maladies qui sont comptiquées par un état rhumatique de l'économie, et surtout de l'iritis et de la bronchite rhumatismales.—Effet de certaines couleurs sur le sang.—Observations de maladies cérébrales, suivies de réflexions. —Observations d'altération des colonnes postérieures de la moelle épinière, avec conservation de la sensibilité et altération du mouvement.—Cas d'anasarque aigu avec convulsions, survenu à la suite de la scarlatine. — Effet remarquable produit sur les gencives par l'usage prolongé de l'oxide de plomb.— Plusieurs cas de hernies étranglées traitées par diverses méthodes.—Hernie inguinale étranglée, traitée avec succès par l'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum, suivant la méthode de M. O'Beirne.—Hernie fémorale étranglée, sur une femme de 87 ans, et opérée avec succès. — Hernie congéniale étranglées, et dans laquelle l'intestin a été déchiré par le malade lui-même dans des efforts de réduction.—Cas importans de chirurgie observés au Gray's hospital, du 1er septembre 1838 au 1er septembre 1839; 7 observations de calculs de la vessie.—Observation sur le développement des symptômes cérébraux dans les maladies des reins chez les enfans.—Influence des manufactures où l'on travaille la laine sur la santé. — Mortalité différente des mêmes maladies à la campagne et dans la ville.—Fausse articulation dans la continuité du tibia après fracture, traitée avec succès par le séton.—Luxation de tout le métatarse et du premier cunéiforme sur la face dorsale du tarse.—Fracture du cubitus par effort musculaire.—Opération de trachéotomie pour un cas remarquable de corps étranger dans le larynx.—Modification du procédé d'amputation de la verge.—Tumeur remarquable du crâne.—Hémorragie remarquable à la suite d'une amputation de cuisse, pratiquée sur un enfant de 9 ans, pour une tumeur blanche. —III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séance du 20 juillet. — Académie de médecine: séance du 21 juillet. —IV. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Quelques mots sur la gangrène sèche à la suite des fractures comminutives.— V. BIBLIOGRAPHIE. Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus, a gratioso medicorum ordine heidelbergensi praemio ornata. — VI. VARIÉTÉS. —VII. FEUILLETON. Syphilis.

DIFFORMITÉS.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TORTICOLIS ANCIEN ET LE TRAITEMENT DE CETTE DIFFORMITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS; présenté à l'Académie des sciences le 20 juillet 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE.

Monsieur,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie de *nouvelles recherches sur le torticolis ancien et le traitement de cette difformité par la section sous-cutanée des muscles rétractés*. Parmi les observations nouvelles consignées dans ce mémoire, je citerai les suivantes :

1° J'ai non seulement établi que le torticolis ancien ou congénital est, comme le pied-bot, les déviations de l'épine et les autres difformités articulaires du squelette, le produit de la rétraction musculaire, mais j'ai été conduit par cette doctrine à déterminer les différentes variétés anatomiques qu'il affecte, et dont jusqu'ici on ne connaissait que celles produites par le raccourcissement du sterno et du cleido-mastoïdien; ainsi j'ai reconnu que la rétraction du *splenius*, du *trapèze*, des *scalènes*, de l'*angulaire de l'omoplate*, des muscles *droits et obliques de la tête*, peuvent successivement et collectivement donner lieu à autant de variétés du torticolis, et ces variétés revêtir des caractères qui leur sont propres, et impliquer la nécessité d'un traitement chirurgical et mécanique spécial.

2° Tous les auteurs avaient méconnu les altérations profondes des os de la tête et de la face, et même la plus grande partie de celles de la colonne dans le torticolis latéral. J'ai constaté que l'atrophie de la moitié de la face, que j'avais déjà signalée il y a quatre ans comme un des ef-

---

Feuilleton.

SYPHILIS,

Poème en deux chants; par BARTHELEMY.

Le temps n'est pas éloigné où le domaine de la littérature était partagé en coupes régulières, en arrondissemens distincts, et délimités avec une jalouse précision; de ces divisions, dont l'idée appartient aux rhéteurs de l'antiquité, résultaient ce que l'on appelait, ce que l'on appelle encore les différens genres; et de même qu'il existe en tout pays des lois générales qui s'appliquent à la totalité de la population, et des coutumes ou réglemens, qui varient suivant les provinces, ainsi la littérature avait sa charte souveraine, qui s'imposait à toute œuvre, à toute intelligence, et ses règles spéciales pour tous les genres; les sophistes et les grammairiens, race inféconde et tyrannique, avaient construit cette législation artificielle, et durant des siècles, le génie en a subi l'empire. Il est vrai que les deux plus grandes figures de la littérature antique et moderne nous apparaissent en dehors du cercle inviolable que la férule des rhéteurs avait tracé au chœur des muses immortelles. Mais la personne d'Homère est peut-être plus fabuleuse que les narrations populaires consacrées dans les chants de l'Iliade et de l'Odyssée; et, quant à Shakespeare, les traducteurs et les critiques qu'il a trouvés en France nous l'ont représenté longtemps comme une sorte de genie sauvage, dont il fallait émonder, en le traduisant, l'exubérante végétation, comme un fou sublime et grossier tour à tour, qui se jouait sur tout sujet avec une monstrueuse gestation de fantaisies. Sous l'invocation d'une puissance aussi vague que réelle, sous les auspices célébrés du goût, s'est élevé, par la collaboration des eunuques littéraires de toutes les époques, ce bizarre édifice de règles et de formules, de genres et de poétiques, temple ou barraque, mais respecté par les temps, debout sur les ruines des empires, et dont les esprits, les plus indépendans par l'essor de leurs conceptions, se sont plu à décorer le frontispice, à replâtrer la vétusté. La discipline aristotélienne a été, après celle de la hiérarchie catholique, la chose du monde la plus réfractaire à l'usure des siècles; et aujourd'hui, en cet âge de furie rénovatrice, qui s'attaque à toute pierre, à tout usage, à toute idée, allez voir nos graves pédagogues se courroucer en l'honneur des unités de temps et de lieu; allez voir les pères conscrits du palais Mazarin se voiler la face, en présence d'une candidature européenne, mais trempée de romantisme, et s'écrier, dans l'émoi de leur chevrotante sénilité : Catilina est à nos portes.

Donc il existe encore, messieurs, de par une loi d'intégrité granitique, dont je vous abandonne l'explication, la poésie épique, la poésie lyrique, la poésie élégiaque, la poésie didactique. Tous ces genres, fidèlement respectés par les fervens du rite classique, constituent, pour ainsi dire, autant de spécialités dans un art commun que l'on appelle poésie, car, pour eux comme pour Boileau Despréaux, la poésie est un art, presque une profession; le tragique, l'épique, le didactique, ce sont les ophthalmologistes, les dentistes, les herniaires de la médecine; chacun choi-

fets constans de cette difformité, s'étend aussi bien au squelette qu'aux parties molles : ainsi l'os de la pommette, les maxillaires supérieur et inférieur, et toute la moitié du crâne participent à la même altération. J'ai constaté en outre que cette atrophie présente des caractères propres, qui m'ont dévoilé sa véritable origine : en effet, il n'y a pas seulement affaissement et réduction de volume des parties, mais abaissement et tiraillement de ces mêmes parties, suivant une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. J'ai montré la liaison de ces faits à élémens multiples et complexes, avec un autre fait également méconnu jusque-là, à savoir, l'inclinaison latérale de la colonne cervicale sur la première dorsale, en sens inverse de l'inclinaison de la tête. Par suite de cette inclinaison, qui place la tête en dehors de l'axe du tronc jusqu'à 6 centimètres quelquefois, l'espace sus-scapulaire du côté de l'inclinaison de la tête acquiert souvent le double de longueur de celui du côté opposé. Il en résulte que la peau étant fortement tendue et entraînée dans le sens de l'inclinaison du cou, ne cède qu'à la condition de tirailler et de comprimer les parties auxquelles elle adhère; delà une compression et une traction oblique sur toute la moitié de la tête et de la face, et l'origine des déformations dont ces parties sont le siége.

3° Au milieu de ces déformations, l'œil correspondant au côté abaissé présente une disposition spéciale digne de remarque : au lieu de suivre le mouvement d'abaissement oblique propre aux autres parties de la demiface, il s'abaisse en effet, mais par un mouvement de rotation suivant son grand axe, il tend à reprendre la situation horizontale, de manière à ce que les axes transversaux des deux yeux continuent à être parallèles, bien que situés à une hauteur différente. Ils sont ainsi comme placés en escalier. Cette curieuse disposition des yeux s'effectue spontanément; rapprochée du fait d'une espèce de trouble et de confusion dans la vision chez les sujets redressés immédiatement par l'opération, elle m'a porté à penser que les humeurs de l'œil sont disposées suivant certains axes verticaux et transversaux qui établissent des rapports déterminés entre l'organe de la vision et les objets extérieurs pour l'exercice normal de cette fonction.

4° J'ai constaté que les artères du col, et particulièrement l'artère vertébrale du côté de l'inclinaison de la tête, subissent des inflexions vicieuses avant leur entrée dans le crâne, et souvent une diminution de calibre; double fait auquel j'ai cru pouvoir attribuer en partie l'atrophie de la moitié correspondante de la tête, et les céphalalgies qui accompagnent fréquemment le torticolis ancien. Cette induction est encore appuyée sur la disparition de ces douleurs de tête opiniâtres après le redressement de la difformité.

5° J'ai constaté que l'état du tissu musculaire est tout à fait différent dans le torticolis *aigu*, *chronique* et *ancien*; dans le premier, le muscle n'est que contracturé, plissé, revenu sur lui-même, comme dans la contraction physiologique. La *contracture* diffère essentiellement de la *rétraction*, où le muscle est passé à l'état fibreux. J'ai montré, en outre, qu'entre la contracture et la rétraction il existe un état intermédiaire du tissu musculaire, dans lequel ce tissu perd sa consistance charnue, s'évide en quelque façon de sa fibrine, et se réduit à sa trame celluleuse. A ces trois états du tissu musculaire doivent être adaptés trois modes de traitement différens : la contracture exclut la section des muscles, et se résont presque toujours par l'emploi de la pommade stibiée, le massage, et plus tard par l'extension brusque et saccadée; la rétraction appelle, au contraire, de toute nécessité le traitement chirurgical, l'extension mécanique ne faisant que compléter la transformation fibreuse du muscle rétracté. Enfin, j'ai constaté que les muscles rétractés étant ramenés par l'opération à leur longueur normale, et par conséquent affranchis des tractions auxquelles leur trop grande brièveté les soumettait, reprennent en peu de temps la consistance charnue, et la contractilité, dont leur transformation fibreuse les avait dépouillés.

6° J'ai démontré par plus de cinquante opérations de torticolis, contre l'opinion d'un grand nombre de personnes qui avaient considéré la méthode sous-cutanée, comme n'étant que très exceptionnellement applicable, qu'il est toujours possible d'avoir recours exclusivement à cette méthode. Pour les seuls cas où cette généralisation éprouverait quelque difficulté, j'ai imaginé un instrument et un procédé nouveaux, propres à diviser les muscles rétractés sous la peau, sans avoir jamais à redouter le moindre accident. Ce procédé, appelé le *procédé du doigt*, consiste à glisser le doigt index ou médius entre les muscles rétractés et les parties sous-jacentes, en refoulant la peau au devant du doigt, de manière à tenir les muscles isolés de ces parties, et soulevés comme sur une sonde. On fait pénétrer le ténotome sur le point correspondant à la pulpe du doigt; on retire celui-ci au fur et à mesure que l'instrument s'enfonce jusqu'à ce qu'il arrive au bord opposé du muscle où il traverse une seconde fois la peau. La section des muscles s'effectue des parties profondes aux parties superficielles.

7° J'ai montré qu'après la section des muscles rétractés, le redressement de la tête n'est qu'incomplet et ne produit que la moitié de la guérison; que l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la première dorsale persiste et exige l'emploi d'un traitement mécanique énergique et d'assez longue durée. J'avais déjà posé cette indication dans mon précédent mémoire; elle a été justifiée par tous les cas de torticolis soumis à l'opération.

8° Les résultats des traitemens que j'ai entrepris doivent être considérés sous le rapport de l'opération chirurgicale qui en fait la base, et sous le rapport de leur efficacité absolue; or, dans cinquante et quelques cas de section sous-cutanée des muscles du col, il n'est survenu aucun accident d'inflammation suppurative. Le produit définitif du traitement a été comme il suit : dans les deux tiers des cas environ, il y a eu redressement complet de la tête et du col; dans l'autre tiers, toujours redressement de la tête avec amélioration notable de l'inclinaison du col. Les guérisons complètes ont été produites sur des sujets âgés de 6 à 27 ans; les grandes améliorations sur des sujets de 25 à 50 ans. J'ai redressé complètement la tête dans deux cas de torticolis datant de 47 et 49 ans. J'ai montré la raison de ces succès à un âge aussi avancé dans le mécanisme propre et le siége immédiat de la difformité. Le torticolis latéral consiste, en effet, principalement dans deux inclinaisons inverses de la tête sur le col, et du col sur la région dorsale, au moyen d'articulations spéciales. La difformité n'est par conséquent qu'une exagération permanente de mouvemens physiologiques.

NOTA. J'ai joint à mon mémoire des planches représentant toutes les variétés du torticolis latéral, l'anatomie pathologique de la difformité et les procédés chirurgicaux et mécaniques que j'ai imaginés.

---

sit, suivant les entraînemens de son naturel et l'inflexion de ses études; à qui se reconnaît un pied à chausser le cothurne, la besogne et la gloire en cinq actes; quiconque sait attendrir la prosodie de ses métaphores et distiller son âme en tristesses rhythmiques peut, en se conformant aux prescriptions du code poétique,

De l'élégie en deuil soupirer les douleurs.

Le genre le moins récréatif et peut-être le plus faux, à notre sens, c'est le didactique. On conçoit l'enseignement sous toutes les formes, oratoire dans la chaire publique, familier et semi-conversateur aux oreilles d'un auditoire restreint, debout entre deux lits ou péripatéticien sous les tilleuls d'un jardin, s'exerçant par la parole ou par la plume, usurpant tous les tons du langage, se nuançant des reflets de toute individualité; il n'est qu'un mode didactique que nous ne comprenons point, c'est l'enseignement rimé, c'est l'exposition hexamétrique, c'est la dissertation harmonieuse et flottante du poète sur une science, sur un art, sur un ordre de faits ou d'idées qui ne sollicitent de lui que l'artifice technique, que l'effort de l'expression, que le bonheur du mot et l'audace de la rime. Le premier vice de la poésie didactique est de ne point répondre au but qu'elle se propose; elle n'apprend rien. Quel est, je vous prie, le laboureur du Latium qui s'est instruit à la culture du sol dans la lecture des Géorgiques? Certes, il faut accepter pour une œuvre sérieuse, trop sérieuse même, le poème de Lucrèce; mais quel dogme, quelle lumière a-t-il dispensé à la philosophie? Notre littérature s'est enrichie, dans un espace de cinquante ans, d'un nombre considérable de productions qui se rattachent au genre didactique; il présente en effet un cadre élastique et complaisant pour les digressions; il se prête avec une égale souplesse à une multitude de sujets; la muse qui l'adopte peut choisir partout, et des hauteurs constellées de la foi chrétienne aux petits insectes qui vivent un jour, tout ce qui remue dans l'espace, tout ce qui subsiste dans le temps, semble lui dire : chantez-moi, ô Muse! Muse, chantez en moi mon créateur et le vôtre! — Le goût des descriptions, c'est-à-dire la manie des descriptions qui a régné parmi les écrivains de l'empire et qui désole encore la littérature nationale, est une autre cause de la prédominance de la poésie didactique. Les saisons, les jardins, les travaux agrestes, l'art de la guerre, les savantes merveilles de l'astronomie, la conversation lui ont fourni des inspirations plus ou moins ingénieuses; s'avisera-t-on d'étudier le cours des astres et l'économie céleste dans les vers de feu M. Daru, ou de méditer les couplets où M. Aimé-Martin prétend enseigner aux gens du monde les élémens des sciences naturelles? Non, le poème didactique ne vaut pas, quant au but de vulgarisation qu'il affecte, le plus mince opuscule élémentaire; s'il emprunte son sujet à la science, il ne fait que tracer autour d'elle de gracieux orbites; c'est un déplacement de métaphores et d'images, rien de plus. Parfois l'horison nouveau où nage la pensée du poète lui suggère de brillans tableaux, réfléchit sur ses conceptions une belle et originale lumière; les chemins non frayés irritent son ardeur et la provoquent à de hardis efforts; attendez-vous à tout ce que l'industrie du style peut susciter de formules évasives et de circonlocutions agréables; mais n'espérez rien pour la science ou l'art qui sont l'occasion de ce labeur versifique, et tant pis pour le lecteur, s'il demande aux pages qu'il feuillette autre chose que des tropes et des mots.

Voilà pour le genre; maintenant, un regard sur l'exemplaire; le nouvel ouvrage

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LANCET.

DU TRAITEMENT DES MALADIES QUI SONT COMPLIQUÉES PAR UN ÉTAT RHUMATIQUE DE L'ÉCONOMIE, ET SURTOUT DE L'IRITIS ET DE LA BRONCHITE RHUMATISMALES ; par le docteur REES.

L'étude du rhumatisme s'étend et se complique de plus en plus, à mesure que la science fait des progrès. Le travail de M. Rees est encore dans cette direction. Si nous en donnons ici l'analyse, ce n'est donc pas pour simplifier cette étude, mais dans le but de signaler un certain ordre d'idées, qui est adopté par beaucoup de praticiens, et qui, s'il n'est pas démontré, est cependant exposé avec assez d'ensemble pour appeler l'attention. Suivant M. Rees, un grand nombre de maladies ont entre elles un rapport général, et doivent être traitées sous un même point de vue général, bien qu'avec de grandes différences. Il y a aujourd'hui deux maladies très communes, et qui, toutes les deux, par leur nature, et par les moyens qui les combattent avec efficacité, confirment cette assertion : l'iritis et la bronchite rhumatismales, qui toutes deux se lient à un état particulier de l'économie, pour lequel quelques individus ont une prédisposition prononcée, qui a des caractères morbides assez tranchés, et qui exige pour toutes les maladies auxquelles il s'allie un traitement presque identique.

On a lieu de soupçonner que l'état rhumatique de l'économie complique une maladie chez les individus nés de parens qui ont souffert du rhumatisme, et chez ceux surtout dont les joues sont marquées par des vaisseaux capillaires rouges et injectés, ressemblant à un amas de petits vers, couleur de sang, placés sous l'épiderme, plus ou moins abondans, et qui deviennent de plus en plus visibles, à mesure que le sujet avance plus en âge. Les individus chez lesquels la face présente cette injection dans leur première enfance auront beaucoup à souffrir des maladies, si on n'apporte pas une grande attention à leur régime et à toute leur hygiène.

Voici quelques-uns des signes à l'aide desquels on peut reconnaître que l'économie est sous l'influence d'un état rhumatique : l'urine prend une couleur rouge foncé et dépose un sédiment rouge ; la langue semble être parsemée de chaux réduite en poudre très fine, surtout vers la pointe et les bords, qui acquiert une certaine épaisseur vers la base, et dont la couleur varie suivant les différens sujets. Lorsque ces particules, d'apparence calcaire, sont peu nombreuses, on reconnaît, en les examinant avec soin, qu'elles ont une forme globuleuse parfaite, et qui disparaît quand il survient une inflammation viscérale de quelque intensité. On remarque encore chez les mêmes sujets une zone de vaisseaux, d'un rouge léger, autour de la cornée. Ce signe est surtout visible pendant que soufflent les vents du nord et de l'est, apparaissant et disparaissant en peu d'heures, et ne causant aucune douleur. Il est surtout utile comme moyen de diagnostic.

L'effet morbide spécial, que détermine sur l'économie l'état rhumatismal, et que l'on désigne vaguement sous le nom d'inflammation, peut se développer sur tous les tissus, ordinairement sur les tissus musculaires, fibreux et muqueux. Toutes choses étant égales d'ailleurs, les appareils qui ont déjà souffert sont frappés de préférence, et, parmi les muscles, ce sont surtout ceux qui ont été le plus fatigués. L'homme qui respire une atmosphère irritante, celui dont la respiration est fréquente et pénible pendant le travail, sera affecté de bronchite rhumatismale. L'intempérant, ou celui qui stimule continuellement son tube digestif par des purgatifs sera atteint d'une inflammation rhumatismale de la muqueuse des intestins, des reins ou de la vessie ; tandis que l'homme à la pensée profonde, ou qui a beaucoup souffert par les peines morales, souffrira du cœur ou du cerveau. Le rhumatisme des muscles extenseurs du cou chez les enfans n'est pas rare et est fréquemment confondu avec l'inflammation du cerveau, erreur qui peut être funeste, et que l'expression de la physionomie suffirait seule pour faire éviter.

Un grand nombre de maladies, ordinairement sans importance, deviennent presque incurables lorsqu'elles se lient à un état rhumatique. Une légère contusion, une faible entorse, suffisent pour entretenir une inflammation continuelle ; une opération chirurgicale peu importante peut amener les résultats les plus graves et les plus funestes. Les maladies qui dépendent d'un état rhumatique sont souvent traitées par les stimulans, qui soulagent pour le moment, mais qui à la fin aggravent, en fournissant de nouveaux élémens de combinaisons morbides. L'auteur cite comme exemple les affections spasmodiques.

La condition rhumatique ne serait, suivant M. Rees, qu'une altération chimique, dépendant d'un dérangement des forces qui règlent la sécrétion et l'absorption, agissant sur des fluides dangereusement chargés de matière trop azotée, et formant l'urée. Le traitement doit nécessairement être basé sur les principes chimiques et se composer de moyens également chimiques.

Voici maintenant quels sont ces moyens :

Dans tous les cas de rhumatisme aigu on doit suivre un régime sévère, faire abstinence complète de bière, de vin, de liqueurs, de substances animales ; le lait, le thé, le bœuf, le beurre, les œufs, le poisson, sont également pernicieux. Le déclin de la maladie est indiqué par la diminution du sédiment de l'urine et par la disparition graduelle de l'enduit qui couvre la langue. Quelques cuillerées de lait et de bouillon suffisent pour augmenter ces deux symptômes d'une manière prodigieuse. L'auteur donnait des soins à un homme atteint d'une violente bronchite rhumatismale, avec anasarque général, et qui déjà allait beaucoup mieux, lorsqu'il fut obligé d'entrer dans un hôpital. On lui prescrivit du pain et du lait, que son estomac ne pouvait conserver, et on ne lui donna pas autre chose : la gêne de la respiration augmenta bien rapidement, l'urine déposa de nouveau un sédiment abondant, et en peu de jours la maladie se termina par la mort.

La saignée est souvent, d'après M. Rees, nuisible au commencement des affections rhumatismales. Une évacuation sanguine suffit quelquefois pour transformer une de ces affections rhumatismales, qui imitent si bien les maladies inflammatoires des organes internes, en véritables inflammations. On en voit des exemples dans le rhumatisme des muscles abdominaux et du péricrâne. Dans les cas de douleur rhumatismale intense de la tête, une seule saignée suffit quelquefois pour amener le délire. La gravité du danger est loin d'être en raison directe de l'intensité de la douleur, et la diminution de la douleur, produite par la saignée, n'est point une preuve évidente de son utilité, et quelquefois est une mesure

---

de M. Barthélemy est un poème didactique dont la médecine a fait les frais ; c'est à ce dernier titre qu'il obtient place dans les colonnes de notre feuilleton ; la syphilis est faite pour conduire à tous les genres de publicité ; celle du feuilleton n'est point la moins appétissante ; l'auteur de la NÉMÉSIS et de NAPOLÉON EN EGYPTE a pu trouver piquant d'occuper les plumes de la critique médicale. Grand merci au poète de nous avoir ménagé, entre deux malades, la douce réminiscence des années littéraires, période d'animation et d'abondance intellectuelle qui prolonge le collège et meurt définitivement le lendemain du doctorat ; des vers, bon Dieu ! mais c'est à nous croire rajeuni de quinze ans ; des vers qui sont encore de la médecine, qui ne nous distraient point de notre direction obligée ; que dis-je ! des vers qui nous enseignent une nouvelle méthode de traitement des affections vénériennes, comprenez-vous la bonne fortune ! Il est vrai que Jérôme Fracastor, qui vivait dans le beau temps de la syphilis, l'avait déjà saluée de sa nerveuse et pittoresque latinité ; la maladie gauloise, comme il l'appelle, est la muse squalide et honteuse dont s'est inspiré, au seizième siècle, un poète que Virgile n'eût point désavoué ; mais les médecins d'aujourd'hui n'ont pas le loisir de lire du latin, ils se vantent même de l'avoir oublié ; en leur offrant ses vers en échange de ceux de Fracastor, M. Barthélemy a montré qu'il comprend son époque. Comment n'être point charmé de trouver la science alignée en prosodiques tirades ; cette science que vous connaissez si aride, si difficile, si rebutante, il faut voir comme elle se vivifie au souffle du poète, comme elle s'entr'ouvre dans ses mystères et s'illumine profondément ! Il y a des questions qui font suer votre intelligence et qui tiennent en suspens tout ce qui porte dans les plis du front une pensée médicale : arrière vos doutes ! le poète les tranche avec la césure, et fond les discordances par la sonorité de ses rimes péremptoires. On s'est demandé si l'humanité est frappée de décadence dans ses forces physiques, si la population va se détériorant de plus en plus ; avec le fait mis en évidence, écoutez la révélation des causes qui le déterminent :

Si l'homme chaque jour décroît et dégénère,
Si le moule sublime où Dieu l'avait jeté,
Pour en sortir tout plein de force et de beauté,
Multiplie aujourd'hui tant de formes grossières,
Tant de contrefaçons des épreuves premières,
C'est que, depuis Adam, des élémens pourris
Se sont joints au limon dont nous fûmes pétris.
Quelquefois, en touchant ces armures massives
Que les vieux arsenaux conservent pour archives,
Masses-d'armes, brassards, cuirasses, boucliers,
Que portaient autrefois nos aïeux chevaliers,
Nous sommes étonnés de ce harnais de guerre
Qu'à peine notre bras peut soulever de terre,
Et nous nous demandons si, chez l'homme d'alors,
La taille était plus haute et les muscles plus forts ;
N'en doutons pas : leurs fils, triste progéniture,
Ont déchu, par degrés, de force et de stature,
Et toujours d'âge en âge ils iront décroissant,
Grâce au germe de mort infiltré dans leur sang.

de l'affaiblissement de la vitalité, le malade s'affaiblissant et succombant même pendant qu'il rend encore grâce du soulagement qu'on lui a procuré.

L'usage fréquent ou abondant du mercure détermine une disposition très prononcée à être atteint de rhumatisme; ou, s'il est administré pendant la durée de ce dernier, le rend extrêmement opiniâtre. Le rhumatisme des muscles intercostaux est très fréquemment pris pour des inflammations de la plèvre, du poumon ou du foie, et, dans ce cas, l'emploi du mercure et de la saignée amène des maux irréparables. Aux différentes préparations que l'usage a consacrées dans le traitement du rhumatisme, telles que le colchique, la magnésie, la soude, la chaux, l'ammoniaque, etc, et que l'auteur regarde comme réellement utiles, il ajoute spécialement l'*iodure de potassium*, qui serait d'une aussi grande efficacité dans le traitement de la plupart des affections rhumatismales que le mercure dans celui de la syphilis. Dans les cas d'iritis et de bronchite rhumatique, l'iodure de potassium, uni à la liqueur de potasse, arrête souvent le développement de la maladie comme avec un charme. Dans la bronchite, l'ipécacuanha, employé comme expectorant, est souvent utile. Quand une attaque de bronchite aiguë survient pendant le cours d'une inflammation chronique des bronches, les effets de l'iodure de potasse, combinée avec la potasse et l'ipéca, sont quelquefois merveilleux. Dans tous les cas, le régime doit être végétal et surtout farineux.

EFFET DE CERTAINES COULEURS SUR LE SANG; par M. J. TAYLOR.

L'auteur se propose de donner dans cette communication l'explication d'un phénomène bizarre dont on a beaucoup parlé il y a deux ou trois ans et qui à cette époque n'avait pas été expliqué d'une manière satisfaisante. Quand un sang est tiré dans une coupe ornée de dessins en couleur, on remarque sur les points du caillot qui étaient en contact avec les figures peintes en vert, les mêmes dessins en rouge brillant, tandis que sur tout le reste du caillot la couleur ordinaire n'a pas éprouvé la moindre altération, même sur les points qui se trouvaient en contact avec des parties de la coupe où étaient des figures peintes en une autre couleur que le vert.

On attribua successivement ce phénomène à la saillie qu'on supposait aux parties de la coupe qui étaient chargées de couleur verte, et qui aurait alors produit la même figure en creux sur le caillot, ou à une petite quantité d'air atmosphérique qu'on supposait rester adhérente à la peinture en vert, et qui décomposée rougissait le sang par son oxygène. Nous n'avons pas besoin de dire que ces explications étaient sans valeur. Sur ces entrefaites on reconnut que d'autres couleurs possédaient la même propriété, et qu'une rose violette ou rouge peinte au fond d'une coupe se trouvait reproduite sur la partie du caillot qui se trouvait en contact avec elle, et comme si elle eût été imprimée. Le problème se compliquait. Voici comment l'auteur en a trouvé la solution. « Je remarquai constamment que quand l'oxide de chrome formait la base de la couleur verte, l'effet décrit avait lieu; mais que quand c'était une autre couleur ou quand le vert était le produit d'une autre préparation, d'un mélange, par exemple, du bleu végétal avec le jaune, la figure n'était pas reproduite sur le caillot, d'où je conclus que la propriété qu'a l'oxide de chrome de céder une partie de son oxygène était la cause de cet effet singulier, parce que le sang, enlevant à l'oxide de chrome une partie de son oxygène, avait pris une couleur rouge sur les points sur lesquels s'était opérée cette absorption. Je reconnus aussi que les fleurs rouges qui, peintes au fond de la coupe, s'étaient reproduites à la surface du caillot, dépendaient de la même cause, car elles étaient composées de bichromate de plomb qui devait dès lors décarboniser le sang. »

Le chrome est regardé aujourd'hui comme l'agent le plus oxygénant que possèdent les arts; aussi est-il employé sur une vaste échelle pour le blanchiment. Pour obtenir cet effet, trois choses sont nécessaires, on sait: du carbone libre, de l'humidité aqueuse et de l'oxygène; ces trois conditions ne peuvent être unies directement comme dans le blanchiment par l'air atmosphérique ou au moyen des affinités par l'intervention du chlore, l'eau se décomposant pour former l'acide hydro-chlorique avec son hydrogène et de l'oxide de carbone par l'union de son oxigène avec le carbone de la matière soumise au blanchiment. Or le sang se trouve éminemment disposé à être blanchi par chacun de ces deux moyens, c'est-à-dire par l'action directe ou plutôt par l'exhalation de l'oxygène de chrome sur le carbone du sang ou par la décomposition de l'acide hydro-chlorique que contient ce dernier.

Une question intéressante qui se présente ici, c'est de savoir comment l'oxygène du chrome peut traverser l'émail qui recouvre la matière colorante et comment le même point peut fournir de l'oxygène à différentes reprises. L'auteur attribue cette libre communication à des fissures que présente constamment l'émail de la poterie et même de la porcelaine la plus fine et le plus souvent invisible à l'œil nu, mais qu'on distingue avec le microscope et qui, dans la belle porcelaine, se présentent sous la forme de granulations, entre lesquelles les fluides et les gaz peuvent passer facilement. Aussitôt après que l'oxide de chrome a cédé une partie de son oxygène au sang dans la coupe, les couleurs prennent une nuance moins vive, mais elles ne tardent pas à recouvrer leur première nuance, la propriété du chrome lui permettant de se réoxider de nouveau; ce qui explique comment on peut obtenir bien des fois ce même effet avec la même coupe.

L'auteur tire de ces faits et de quelques autres qui appartiennent plus spécialement à l'organisation du sang, plusieurs indications sur les divers degrés d'oxidation du sang, qu'il croit être représentés par le sérum, la fibrine liquide du sang et la fibrine solide de la couenne, et sur les moyens propres à produire ou à empêcher ces divers degrés d'oxidation. Mais nous ne pouvons le suivre dans ses recherches hypothétiques et même aventureuses.

OBSERVATIONS DE MALADIES CÉRÉBRALES, SUIVIES DE RÉFLEXIONS; par M. CRISP.

L'auteur rapporte ici onze cas d'affections cérébrales, qui toutes offrent quelque intérêt, sous un ou plusieurs points de vue. Nous allons analyser celles qui nous paraîtront les plus importantes.

MORT DANS UN ÉTAT COMATEUX; FAIBLE DÉVELOPPEMENT DU CERVELET ET DES ORGANES GÉNITAUX; INDIFFÉRENCE POUR LES RAPPORTS SEXUELS.

OBS. I. — M. P., âgé de 49 ans, sujet à des accès de toux, est pris d'accidens cérébraux à la suite desquels il meurt dans le coma, sans avoir reçu de soins médicaux.

AUTOPSIE. — Epanchement séreux dans l'arachnoïde, qui est opaque et blan-

---

Il n'est pas besoin d'user d'une laborieuse analyse pour extraire de la citation qui précède les notions suivantes : 1° l'origine de la vérole; elle est contemporaine du genre humain; 2° la déchéance physique des populations; 3° la rapide et inévitable progression de ce phénomène jusqu'à je ne sais quelle limite; 4° l'étiologie maculée de notre décroissance. La poésie a servi de langage aux premiers législateurs des peuples; toute connaissance a découlé de cette source; serait-il surprenant que l'intelligence humaine se repliât vers son point de départ, pour y découvrir la solution des problèmes qu'elle a rencontrés dans son évolution à travers les siècles? Au poète seul il appartient de commander à notre scepticisme et de remédier, à force de verve et de métaphores, à l'infirmité de notre raison.

Les auteurs détaillent avec une nauséeuse prolixité tous les signes dont l'ensemble fournit la notion des états morbides; le besoin d'embellir et d'orner la séméiotique se faisait sentir à plus d'un lecteur; il convenait que la touche noire et sévère des auteurs fût remplacée par une peinture fortement accusée; les exanthèmes syphilitiques, les ulcères, les bubons, la carie et le ramollissement du système osseux, la salivation mercurielle et vingt autres traits du masque vénérien, sollicitaient une description fidèle et la richesse d'une palette poétique; à ce prix seul, la science pouvait avancer d'un pas encore et les amours impures disparaître d'ici-bas; c'est donc avec reconnaissance que nous signalons ces vers.

L'ingénieux fléau, dans son fécond caprice,
Assigne à chaque membre un différent supplice :
Tantôt l'humeur visqueuse, épanchée au dehors,
D'une sordide écaille enveloppe le corps;
D'autres fois elle teint en couleur purpurine
Les épaules, les bras, les flancs et la poitrine.
Les uns, en gémissant, étendront sur leurs lits,
Des os exfoliés, cassans ou ramollis;
D'autres vous montreront ces ulcères vivaces
Qui gonflent des tumeurs ou percent des crevasses;
Vous frémirez surtout en voyant leurs progrès
Sur l'informe appareil des organes secrets,
Déplorables débris, que recouvrent à peine
Quelques lambeaux de chair qu'oublia la gangrène....
Que l'amour vienne donc contempler ces ruines,
Ces noires cavités en place de narines,
Ces lèvres que laboure un sulfureux sillon,
Cette langue épaissie en forme de bâillon,
Ce front illuminé de pustules grossières,
Ces paupières sans yeux et ces yeux sans paupières! etc.

Mais comment l'auteur de la NÉMÉSIS, l'harmonieux agitateur des colères politiques et des vindictes hebdomadaires, est-il arrivé à chanter la syphilis? Par quelle transition a-t-il passé, traducteur de Virgile, des régions enchantées de l'antique poésie à l'atmosphère putride des hôpitaux, des amours de Didon et d'Énée aux confidences impudiques de la consultation gratuite? Etrange nature que celle du poète; on peut calculer la marche des astres et dominer les vents par

châtre; le cervelet est extrêmement petit et la partie postérieure de la tête très étroite. On trouve des tubercules miliaires sur plusieurs points des poumons et une caverne qui communiquait avec la cavité de la plèvre.

Les organes génitaux étaient extrêmement petits. On eût dit ceux d'un enfant de huit à dix ans. Il n'y a de traces de poils sur aucune partie du corps; il avait environ 5 pieds de haut, et était, dit-on, doué d'une intelligence supérieure; mais ses amis assuraient en même temps qu'il avait toujours montré une grande indifférence pour les femmes.

Les trois faits principaux de cette observations sont le développement incomplet du cervelet, du système pileux et des organes génitaux, et l'indifférence pour les personnes du sexe.

La saignée n'est pas un préservatif absolu de l'hémorragie cérébrale; dans certains cas même elle semble au contraire déterminer une prédisposition à ce accident grave; l'observation suivante en est la preuve.

Obs. II.—M. B., adonné aux boissons alcooliques, au porter, etc., et qui, depuis quinze jours surtout, en avait usé plus abondamment encore qu'à l'ordinaire, se plaint de pesanteur de tête, a le pouls plein et dur (80). Comme il s'était bien trouvé quelque temps auparavant d'une forte saignée pour une indisposition semblable, je lui en pratique une de 625 grammes et lui ordonne 23 grammes de magnésie à prendre dans la journée.

Le soir, en rentrant chez lui, il tombe sans connaissance et reste dans cet état jusqu'au lendemain matin, et alors je le trouvai tout à fait insensible, la bouche tirée à gauche, ayant perdu la motilité du bras et de la jambe droits; le pouls à 60, mol. (Vésicatoire au col; sinapismes sur les cuisses; boisson cathartique toutes les deux heures).

Le soir, la sensibilité revient un peu, et le lendemain le malade commençait à dire quelques mots; pouls, 70, mol et compressible. (Continuer la mixture et appliquer un vésicatoire sur le cuir chevelu.)

Les jours suivans, l'amélioration continue; la sensibilité revient entière; le bras et la jambe recouvrent leur mouvement, et au bout d'un mois le malade était complètement rétabli.

OBSERVATIONS D'ALTÉRATION DES COLONNES POSTÉRIEURES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, AVEC CONSERVATION DE LA SENSIBILITÉ ET ALTÉRATION DU MOUVEMENT; par les docteurs E. STANLEY et BUDD.

A l'une des séances de janvier de la Société médico-chirurgicale de Londres, on a rapporté les deux cas suivans, qui, par cela seul qu'ils diffèrent de ce que l'on observe ordinairement dans des cas analogues, nous paraissent devoir être signalés ici, sans que, cependant, nous puissions en garantir l'authenticité.

Obs. I.—La maladie, qui ne fut pas le résultat d'une lésion externe, commença environ trois ans avant l'époque de l'admission du malade à l'hôpital St-Barthélemy, par un affaiblissement de la motilité des extrémités inférieures, d'abord très léger, mais qui augmenta graduellement au point que, quand il entra à l'hôpital, il pouvait à peine et avec un grand effort suffire pour élever les jambes un peu au-dessus du sol, lorsqu'il était assis. Avant sa mort, le mouvement devint complètement impossible dans chacun des deux membres inférieurs et dans toute leur étendue. Sur aucun point cependant de ces deux membres, comme du reste du corps, la sensibilité n'avait éprouvé aucune altération, soit qu'on pinçât, qu'on piquât, ou même qu'on touchât légèrement la peau.

A l'autopsie, on ne trouva d'altération sur aucun autre point que la moelle épinière, contre l'attente de tous ceux qui avaient suivi cette observation, et un grand nombre de personnes l'avaient suivie avec intérêt: on ne trouva aucune altération dans les colonnes antérieures de la moelle, tandis que les colonnes postérieures présentaient dans toute leur longueur, depuis leur origine jusqu'à leur extrémité, une altération de texture et de couleur extrêmement prononcée.

Après la lecture de cette observation, le docteur Budd dit que lui-même avait observé aussi un fait semblable, et qui était également opposé aux idées que Ch. Bell a émises sur le système nerveux.

Obs. II.—Un homme fut admis sur le Dreadnought, ayant une courbure postérieure de la colonne vertébrale, produite par la carie des cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales. Le mouvement était complètement aboli dans les extrémités inférieures, tandis que la sensibilité y avait conservé toute son intégrité. Il resta dans cet état jusqu'à sa mort, après laquelle on reconnut que les colonnes postérieures de la moelle épinière étaient tellement désorganisées qu'elles en étaient presque complètement diffluentes, tandis que les colonnes antérieures n'offraient presque aucune trace d'altération.

CAS D'ANASARQUE AIGU AVEC CONVULSIONS SURVENU A LA SUITE DE LA SCARLATINE; par le docteur MARSHALL HALL.

L'absence d'aucune donnée qui puisse guider le praticien dans le traitement de l'anasarque qui survient assez fréquemment à la suite de la scarlatine, nous autorise à reproduire le fait suivant qui pourrait, il est vrai, être plus complet; aussi nous allons le rapporter avec les expressions de l'auteur dont on connaît les recherches ingénieuses sur le système encéphalo-rachidien et sur les effets des pertes de sang.

Obs. — Je dois à M. Duffren d'avoir eu l'occasion d'observer un des faits les plus intéressans que j'aie jamais rencontrés dans ma pratique.

Il y a dix-huit mois il me conduisit à High-Gols où je trouvai un petit malade âgé de 12 ans, et qui seize jours auparavant avait eu une scarlatine sous sa forme la plus légère; il avait à peine gardé le lit, et n'avait point eu à souffrir de *nimia medici diligentia*. Le dimanche matin, il avait été pris d'un gonflement de la face qui avait apparu et s'était développé subitement. L'enfant tomba en même temps et avec la même rapidité dans un état de collapsus très grave, puis il fut pris de convulsions qui furent bientôt suivies de coma.

Lorsque j'arrivai auprès de l'enfant, il avait des convulsions, après lesquelles il tomba dans un coma profond. Le vin et l'eau-de-vie qui étaient sur la table indiquaient bien la gravité de sa maladie et la manière dont elle avait été considérée.

Je restai cependant persuadé, malgré les apparences, que le seul moyen de le sauver était de désemplir le système vasculaire de la tête: mais je sentais que l'emploi de ce moyen n'était pas sans danger. J'exposai mon espoir et mes craintes au père de l'enfant, qui s'en rapporta à nous sur les moyens à employer.

Nous mîmes alors le petit malade debout et ouvrîmes la veine jugulaire. Je tins le doigt sur le pouls pendant qu'on laissait couler 625 grammes de sang! Les convulsions cessèrent, le coma diminua, mais ne disparut pas; alors je me hasardai à ouvrir une veine du bras, et je fis encore couler 218 grammes de sang.

En moins d'une heure le petit malade reconnut ses parens. Nous lui prescrivîmes le calomel et une potion purgative, une lotion froide sur la tête et des fomentations aux pieds; quelque temps après on appliqua aussi des sangsues; mais il est évident que c'est à la saignée qu'on doit attribuer principalement l'amélioration.

Le petit malade guérit promptement, et, ce qui est important, sans éprouver aucun symptôme des effets morbides de la perte du sang.

l'adroite manœuvre des voiles; mais n'aspirons point à expliquer les allures ni à régler les mouvemens de ces organisations privilégiées qu'on nomme poètes, privilégiées au point de n'avoir à rendre compte que du mérite de leurs écrits. Ce n'est point que M. Barthélemy n'ait fait sa préface, c'est-à-dire déduit logiquement les motifs de son entreprise; mais comment prendre au sérieux un argument tel que celui-ci: « Je voulais expérimenter une association entre la médecine et la poésie, et découvrir si la fable n'exprime pas une vérité en disant qu'Apollon est le père d'Esculape? » La découverte est intéressante, et décidément, l'œuvre du poète à la main, nous pouvons confirmer l'acte de naissance mythologique de notre père Esculape. Il ajoute bien encore un autre motif, mais qui ressemble beaucoup à un jeu de mots: Horace avait déjà déclaré que ses devanciers n'avaient rien laissé à défricher dans le champ de la poésie:

Nil intentatum nostri reliquere poetæ;

Tous les genres, dit M. Barthélemy, sont aujourd'hui exploités, usés, triturés; tous les sujets littéraires sont déflorés, un seul excepté, la syphilis, qui est sans contredit le sujet vierge par excellence. Nous demandons à l'auteur de cette combinaison de mots, pardon et licence de lui signaler d'autres matières vierges et intactes à la contémeration littéraire, telles que la pourriture d'hôpital, le typhus, la dysenterie, etc. Enfin, comme le zèle du bien public est l'ingrédient nécessaire et prévu de toute manifestation, M. Barthélemy s'est flatté de faire une œuvre de morale et d'utilité publique, en décrivant les plus hideuses larves d'une maladie féconde en scandales de plus d'une espèce. Refréner la débauche et prévenir l'efflorescence du vice par le tableau rembruni des maux physiques qu'il engendre, tel est l'espoir de M. Barthélemy; mais n'est-ce point se méprendre sur le principe des impulsions humaines et sophistiquer l'éducation publique que de vouloir remplacer le sens moral par la peur de la vérole, et de n'opposer aux passions dépravées d'autre digue que l'intérêt de la conservation corporelle? Ni dans le choix du sujet, ni dans le but qu'il se propose, nous ne retrouvons l'instinctive élévation du véritable poète; non; la muse ne doit point plonger dans la vase immonde qui stagne dans quelques recoins innommés du corps social; non, il est d'ignobles mystères qu'il ne faut point percer à jour; il est d'impures souffrances dont il ne faut point sculpter l'image; ce spectacle-là n'est pas plus un enseignement pour la foule que celui du supplice; la curiosité tue la réflexion. Ceux qui ont éprouvé une partie des maux que retrace le poète, pourront le taxer d'exagération, ou puiser dans ses paradoxes des sollicitudes et des anxiétés nouvelles; ceux qui sont inexperts de la Vénus morbide, vous aurez beau faire et versifier, ne s'arrêteront point sous la menace d'un fléau qu'ils ignorent.

Pour nous, nous consentons à ne voir, dans l'œuvre de M. Barthélemy, qu'une sorte de gageure contre les difficultés et la nature du sujet; bizarre aberration dont le résultat serait de prouver, à force de talent,

Qu'il n'est point de serpent ni de monstre odieux,
Qui, par l'art embelli, ne puisse plaire aux yeux.

M. L.

— L'inspection médicale ordonnée il y a trois mois par le ministre de la guerre

EFFET REMARQUABLE PRODUIT SUR LES GENCIVES PAR L'USAGE PROLONGÉ DE L'OXIDE DE PLOMB; par HENRY BURTON, médecin à l'hôpital St-Thomas.

Warren, en 1772, dans son *Essai sur les effets du plomb*, et Christisen, en 1829 et en 1836, ont écrit que l'oxide de plomb s'introduisant pendant longtemps dans le corps humain pouvait amener la salivation et donner à la salive une couleur bleuâtre. Mais aucun auteur, jusqu'ici, n'a fait mention d'un signe particulier que l'on rencontre dans la bouche des personnes qui ont absorbé du plomb. Pendant l'espace de cinq années, M. Burton a soigneusement examiné cette cavité sur tous les malades entrés dans les salles pour la colique ou la paralysie saturnine. Sur 38 malades se trouvant dans l'une ou l'autre de ces dernières conditions, il n'a pas observé une seule fois la salivation annoncée par Warren et Christisen. M. Burton ne nie point la réalité de cet effet de préparations, mais il le regarde comme d'une valeur infiniment moindre pour prouver la présence du plomb dans l'organisme, que le caractère suivant, qu'il donne comme invariable et constant.

Sur 32 malades qu'il a observés, il a constamment trouvé sur l'une et l'autre mâchoire, et quelquefois sur les deux, le cercle gengival qui entoure le colleret des dents bordé sur une ou plusieurs d'entre elles d'une zone de couleur brune ou bleue, large d'un millimètre, et le reste de la gencive conservant sa coloration normale.

Ce phénomène, dit le médecin anglais, diffère totalement de celui qui indique la présence du mercure dans l'économie, ou de celui qui s'observe dans le scorbut, et jamais on ne le voit dans d'autres circonstances que dans celles où le malade a été soumis pendant longtemps à l'action de l'oxide de plomb. En cherchant à vérifier la valeur de ce signe, M. Burton a pu le produire à volonté sur 52 malades, par l'usage interne de l'acétate de plomb. Jamais aucun d'eux n'avait été atteint ni de coliques ni de paralysie saturnine. Aussi le cercle bleuâtre des gencives est pour lui une preuve infaillible de la présence du plomb dans l'économie: dans les cas où les signes des maladies saturnines laissent quelque ambiguité dans leur diagnostic, l'examen de la bouche lèvera toute incertitude. Dans six des 52 cas cités, le cercle bleuâtre a précédé les autres symptômes de l'absorption du plomb, et dès-lors l'acétate de plomb a été supprimé. Dans deux de ces six cas, des coliques ont suivi l'apparition du premier symptôme. Dans les quatre autres, rien de semblable n'a été observé. M. Burton, en examinant la bouche de beaucoup d'ouvriers des manufactures de plomb, a trouvé sur quelques-uns d'entre eux le cercle noirâtre des gencives, sans d'autres symptômes de maladie saturnine, tandis que jamais il n'a rencontré une de ces dernières sur des malades qui n'offraient point le cercle bleuâtre. Il en conclut que celui-ci précède les autres symptômes.

On pourrait croire que le phénomène dont nous parlons est le résultat du peu de soins que les ouvriers en plomb, comme tous les autres ouvriers, ont l'habitude de prendre de leur bouche; mais à cet égard les doutes sont levés par M. George Barrow qui avait connaissance de la découverte de M. Burton. M. Barrow ayant à traiter dans sa pratique trois ouvriers atteints de coliques saturnines a trouvé sur eux le cercle bleuâtre des gencives, tandis qu'il n'a trouvé rien de semblable sur d'autres ouvriers de la même fabrique, et qui pas plus que les autres ne prenaient aucun soin de leur bouche.

M. Barrow a appris du docteur Baly qu'un écrivain allemand, M. Schebach, de Neustadt, a noté (dans le n° 246 du *Florieps neve Notizen*, 1839), le nouveau caractère des maladies saturnines. L'auteur allemand lui a seulement donné une tout autre origine que le docteur Burton. Elle serait due, suivant lui, à l'action des sulfures contenues dans la salive sur les préparations du plomb. Ajoutons que d'autres médecins anglais ont vérifié l'exactitude des assertions de leur confrère; aussi M. Grégory Smith, dans une des séances de janvier de la société médicale de Westminster, a annoncé avoir aussi observé le cercle bleuâtre des gencives; d'abord sur les gencives d'un malade traité pour une hémoptisie par l'acétate de plomb à l'infirmerie Maryleborn, puis sur celles d'un broyeur en couleur affecté de colique saturnine.

PLUSIEURS CAS DE HERNIES ÉTRANGLÉES TRAITÉES PAR DIVERSES MÉTHODES.

Depuis si longtemps que les hernies occupent l'esprit des chirurgiens, il semble étonnant que chaque jour révèle sur leur histoire des questions encore neuves. Chacun des points relatifs à cette affection sont actuellement remaniés par les chirurgiens modernes. En France, la cure radicale des hernies si barbare autrefois a été reprise par M. Gerdy qui a introduit dans la pratique un nouveau procédé mis si souvent en usage sur le vivant, qu'il sera bientôt nécessaire d'en discuter la valeur. Cette question si intéressante ne peut longtemps rester dans l'ombre, et il est à espérer que le professeur Gerdy mettra bientôt au jour sa doctrine et les faits qui lui servent de base. Nous savons que beaucoup d'observations ont été publiées par ses élèves; mais une question gagne beaucoup en clarté à être exposée par l'homme qui l'a soulevée, et c'est cette occasion que nous attendons. Depuis quelques jours à peine un nouveau procédé a été appliqué à l'homme vivant à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Velpeau. Emprunté à la méthode proposée par M. J. Guérin, dans son mémoire sur les plaies sous cutanées, qui ne cherchait qu'une occasion de la mettre en pratique, il sera bientôt entouré de toutes les circonstances qui donnent un rang aux opérations chirurgicales, et alors nous mettrons nos lecteurs à même de le juger.

D'un autre côté, voici M. Malgaigne qui s'attaque à toutes les doctrines reçues avant lui sur l'étranglement herniaire, et qui proscrit hardiment et complètement les contractions exercées sur l'intestin par les anneaux aponévrotiques.

En Angleterre, le docteur O'Beirne a introduit dans ce pays un nouveau traitement pour les cas d'étranglement. Nous rapportons une observation à l'appui de ses idées. Nous avertissons le lecteur que le traitement mis en usage par ce chirurgien irlandais n'est point applicable à tous les cas de hernies, et que son auteur n'a point eu la pensée de lui donner une aussi vaste extension. Facile dans son application et n'entraînant avec lui aucune espèce de danger, il peut être mis en pratique, sauf dans les cas où il reste inutile à recourir aux autres méthodes.

Nos lecteurs savent que depuis ces dernières années tant en France qu'en Angleterre, on a vanté l'efficacité de l'opium pour prévenir l'inflammation des plaies et pour combattre celle des membranes séreuses. Les deux observations suivantes empruntées à M. Tyrrell, de l'hôpital Saint-

---

touche à sa fin; déjà MM. Moizin et Bégin, chargés d'inspecter la zône du nord, sont de retour à Paris où ils couronnent les opérations de leur importante mission par l'examen détaillé de tout ce qui constitue le service médical de la capitale. Ils ont visité mercredi dernier l'hôtel des Invalides, jeudi l'hôpital du Gros-Caillou, et le Val-de-Grâce subit à son tour le contrôle d'une haute compétence. Enseignement, cliniques, dissections, collections anatomiques, bibliothèque, économie intérieure de l'établissement, tout devient l'objet d'une sorte d'enquête, sanctionnée d'avance par le caractère élevé de ceux qui y procèdent, et tempérée par le sentiment de la confraternité scientifique. Le Val-de-Grâce qui est à la fois la pépinière de la médecine militaire et un vaste asile ouvert aux infirmités de l'armée, se ressentira particulièrement de l'heureuse mesure conçue par l'administration supérieure et dont l'exécution a été confiée à des mains aussi honorables qu'expérimentées. Plus de régularité dans l'enseignement, la consolidation des habitudes d'ordre et de discipline, les attributions mieux indiquées et mieux remplies, le redressement des jeunes esprits qui sollicitent une direction constante et dont beaucoup se soutiendront, en l'absence d'autres mobiles, par l'excitation périodique de l'inspection, des améliorations dans l'assiette hygiénique de l'hôpital, et par dessus toute chose, le commun effort de tous vers un seul but, le progrès de la science et le bien-être du malade, tels seront les résultats d'un contrôle qui se répétera à intervalles fixes et qui s'exerçant dans un milieu spécial, entre l'administration et le corps des officiers de santé, présente à ceux-ci les garanties requises et à celle-là la base légitime de ses choix et de ses récompenses. MM. Moizin et Bégin ont visité toutes les casernes de Paris; ils ont examiné la disposition des chambrées, les moyens d'aération, les effets de couchage et d'habillement, les infirmeries régimentaires, les lieux de punition disciplinaire; ils ont dégusté les alimens du soldat; ils ont pris note du nombre de malades fournis par chaque régiment, de la mortalité qui l'a frappé, de la nature des affections qu'il a présentées; ils ont recueilli, sur tous ces points capitaux, les observations que l'expérience a suggérées aux chefs des corps; le personnel médical des régimens a fixé leur attention; et dans des conférences individuelles, ils ont apprécié le savoir et l'aptitude de chaque officier de santé, tout en usant des ménagemens que nécessitent un juste amour-propre et la convenance des situations. Si l'on pense que cette marche a été suivie par MM. les inspecteurs et leurs adjoints dans toutes les localités qu'ils ont parcourues, on comprend que de l'ensemble de ce travail résulteront pour l'administration une foule de documens précieux et la solution de maintes difficultés; aussi sera-t-elle la première à s'applaudir d'avoir institué cette mission nouvelle et de l'avoir déléguée à des hommes qui ont su la remplir avec sagesse et discernement.

— Par décision ministérielle, M. Casimir Broussais, professeur au Val-de-Grâce, est appelé à remplacer M. Etienne, médecin principal en retraite, dans la rédaction des mémoires de médecine militaire; les deux autres collaborateurs sont, pour la chirurgie, M. Bégin, et pour les sciences accessoires, M. Jacob.

Thomas, nous ont paru intéressantes par le traitement mis en usage et par les réflexions qu'y a jointes l'opérateur.

Obs. I. — Un homme, de 38 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas, le 19 décembre 1839, pour une bernie inguinale étranglée depuis dix beures seulement. Les symptômes de l'étranglement étaient tellement tranchés, que M. Tyrrell se crut immédiatement obligé à l'opération. Cette dernière ne présente aucune particularité remarquable. Le traitement consista en pansemens simples et ordinaires et en préparations opiacées dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Un tavement purgatif fut donné le lendemain. La santé fut promptement rétablie.

Nous regrettons que la dose et la manière dont fut administré l'opinm ne soient pas mentionnées dans l'observation.

Obs. II. — Sarah, âgée de 39 ans, entra à l'hôpital Saint-Thomas, le 21 décembre 1839, rendant des matières stercorales par les vomissemens. Elle portait dans l'une des aines une petite tumeur du volume d'un œuf. M. Tyrrell reconnut une hernie crurale étranglée qu'il ne put réduire. L'opération fut pratiquée le jour même et beureusement terminée. L'intestin étranglé offrait une coloration d'un brun violacé, mais n'offrant aucune apparence de gangrène, il fut réduit. Le même traitement que dans l'observation précédente fut mis en usage et suivi du même succès.

M. Tyrrell rappelle qu'il a déjà publié beaucoup d'autres faits semblables aux deux précédens, et qui semblent prouver la supériorité de son traitement sur ceux généralement employés. Dans la pratique généralement adoptée en France et dans la Grande-Bretagne, des purgatifs par la bouche et en lavemens sont administrés après l'opération de la hernie étranglée, dans le but de rétablir le cours des matières fécales, et d'amener l'évacuation de l'intestin. Cette thérapeutique est en contradiction avec la nature. Quand une séreuse est enflammée, une espèce de sentiment instinctif nous porte à laisser en repos l'organe dont elle fait partie. Ainsi, dans la pleurésie, le diaphragme supplée les côtes pour la respiration, et, dans la péritonite, le diaphragme reste en repos, laissant agir les côtes. Les opiacés, en paralysant ou affaiblissant l'action musculaire, procurent aux intestins un repos favorable, tandis que l'irritation, produite par les purgatifs, jette la masse intestinale dans des mouvemens prolongés, qui deviennent de véritables causes d'inflammation.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'INTRODUCTION D'UNE SONDE OESOPHAGIENNE DANS LE RECTUM, SUIVANT LA MÉTHODE DE M. O'BEIRNE; par M. HAINE MAUNDER.

Obs. — Un tisserand, âgé de 46 ans, portait, depuis trois ans, une bernie scrotale réductible et siégeant à gauche. La bernie avait paru pour la première fois pendant un effort violent, et n'avait jamais été contenue par un bandage. Pendant un second effort, elle devint tout d'un coup plus volumineuse, douloureuse et irréductible. Son étranglement datait de trois jours quand le chirurgien visita le malade. La tumeur était alors du volume d'une orange. Il n'y avait point eu de selles depuis trois jours, et les vomissemens étaient continuels. Tout l'abdomen était douloureux. Une forte saignée fut d'abord pratiquée, puis le taxis mis en usage, mais en vain. L'opération fut dès-lors jugée indispensable, et tout était prêt pour la commencer, quand un des chirurgiens présens engagea M. Maunder à essayer à recourir préalablement à l'introduction de la canule dans le rectum. Ce dernier y consentit, pensant bien qu'on ne retirerait de ce moyen aucun résultat. Le tube pénétra sans difficulté dans le rectum, à une profondeur de plus de 20 centimètres. Une douzaine de minutes s'étaient à peine écoulées que beaucoup de gaz s'échappèrent par son extrémité libre. Dès lors la tumeur scrotale commença à diminuer, et le malade, auparavant plein d'anxiété, en sentit un grand soulagement. Le tube restant en place, on administra deux gouttes d'buile de croton tiglium, qui amenèrent rapidement des selles abondantes, et la tumeur rentra aussitôt sans aucun effort de taxis. Le malade fut promptement rétabli.

Le docteur Maunder ne s'est pas dissimulé qu'on ne peut attacher une grande efficacité au moyen qui lui a si bien réussi, mais qui a été si rarement encore mis en usage. On peut encore se demander si c'était là réellement un cas d'étranglement, ou si ce n'était pas plutôt un de ces cas d'engouement que les purgatifs réduisent mieux que le taxis. Le peu de détails que contient l'observation nous portent à penser que la hernie était véritablement étranglée. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'état du malade était assez grave pour décider le chirurgien qu'il avait appelé à recourir à une opération grave, et dont il est impossible de prévoir les résultats, et que cette opération, si souvent fatale, lui a été épargnée par l'introduction du tube dans le rectum. Le soulagement, qui a immédiatement suivi cette petite opération, oblige à lui en rapporter tous les honneurs. C'est à l'expérience à établir, d'une manière exacte, la confiance que le chirurgien doit y attacher.

HERNIE FÉMORALE ÉTRANGLÉE, SUR UNE FEMME DE 87 ANS, ET OPÉRÉE AVEC SUCCÈS; par M. COOPER (Universaly Colleg' Hospital).

Le cas suivant nous a paru intéressant par l'âge de la malade. Cette circonstance est une de celles qui souvent éloignent le chirurgien de l'opération, outre qu'amortissant l'acuité des symptômes, elle laisse espérer une réduction prochaine, qui souvent n'arrive pas. Néanmoins, la main du chirurgien n'est pas plus dangereuse alors qu'à un âge moins avancé, au moins si nous en jugeons par l'observation présente et par un autre cas à peu près semblable, qui s'est passé sous nos yeux. Ce dernier est relatif à une vieille femme décrépite, âgée de 85 ans, qui, dans l'été de 1839, fut transportée à l'hôpital de la Pitié, portant une hernie crurale étranglée. Après de vains efforts de taxis, M. Robert, qui remplaçait le professeur Sanson, fit l'opération, et la vieille malade ne tarda pas à se rétablir.

Obs. — La malade qui fait le sujet de cette observation avait 87 ans, et portait, depuis seize ans, une hernie fémorale, qui avait été, jusqu'à l'époque de l'étranglement, tant bien que mal contenue par un bandage. Le 21 octobre 1839, dans des efforts pour aller à la garderobe, nécessités par une habituelle constipation, la hernie s'échappa et ne put être réduite. Dans la nuit, il survint du hoquet et des vomissemens. Le 22, la malade fait de nouveaux et vains efforts de réduction, après lesquels elle entra à l'hôpital. Alors les matières vomies étaient noires comme du café, le ventre ballonné, le fond de la tumeur était remonté au-dessus du ligament de Fallope, tandis que son col était distinctement senti; elle était ronde, dure et très sensible à la pression. La malade ne paraissait pas beaucoup souffrir, quoique le pouls fût petit et irrégulier. Un bain chaud ne rendit pas le taxis plus favorable, et M. Cooper procéda à l'opération à buit beures du soir, trente-une heures après le début de l'accident. Elle ne présenta rien de particulier. Il y avait dans le sac, qui fut incisé, trois pouces d'intestin grêle, d'une couleur brune. Après la réduction, on fit un pansement simple. Un lavement purgatif fut administré vers le matin du 23 octobre, et les selles suivirent son administration. Le 19 novembre la malade était guérie. Encore est-il bon d'ajouter que la cicatrisation de la plaie fut retardée par une escarre, développée dans son milieu, et qui demanda un temps assez long pour son élimination.

HERNIE CONGÉNIALE ÉTRANGLÉE, ET DANS LAQUELLE L'INTESTIN A ÉTÉ DÉCHIRÉ PAR LE MALADE LUI-MÊME DANS DES EFFORTS DE RÉDUCTION; par M. B. TRAVERS.

Si, depuis que le taxis forcé a été introduit dans la thérapeutique des hernies, on a cité quelques observations où ce moyen a été suivi d'accidens, il n'y en a pas eu encore, nous pensons, dans lesquelles le malade qui porte la hernie en est lui-même l'auteur. Nous empruntons une pareille observation à M. B. Travers, qui en a fait lecture à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres.

Obs. — M. Travers fut mandé auprès d'un jeune homme de 20 ans, portant une bernie congéniale réductible. Dix jours avant, la bernie était devenue irréductible, et, à plusieurs reprises, le jeune malade avait essayé en vain de la réduire. La tumeur était énorme; toute la peau du scrotum était d'un bleu livide et la percussion apprit que des gaz étaient épanchés. Les symptômes généraux annonçaient un danger extrême. M. Travers apprit que la tumeur avait subitement pris l'énorme dimension qu'il lui voyait, depuis la veille que le malade, impatient, l'avait de toutes ses forces comprimée entre ses mains et ses cuisses, espérant ainsi la faire rentrer. Se voyant déçu dans son espoir, il avait fait sur la peau et en travers, avec un rasoir, une assez large incision qui avait mis à nu le tissu cellulaire seulement. Au milieu de toutes ces circonstances défavorables, M. Travers tenta l'opération. Au moment de l'incision du sac, les intestins s'en échappèrent avec force, distendus par des gaz et portant dans divers points des escarres encore adhérentes. Malgré un traitement stimulant, le malade mourut, trois heures après l'opération. Outre les traces de gangrène qui furent constatées à l'autopsie, on trouva un épanchement assez considérable de sang dans le péritoine.

A propos de ce fait, M. Weatheread, membre de la société de médecine et de chirurgie, apprend qu'il est dans l'habitude d'employer la ponction des tumeurs herniaires qui contiennent des gaz. Il pratique cette petite opération avec un trois-quarts fait exprès et de très petite dimension. L'instrument, par sa petitesse, ne fait qu'écarter les tissus, sans les déchirer, et ne procure aucun écoulement de sang. Les avantages que M. Weatheread trouve à son trois-quarts sont d'éviter toute hémorragie et de pouvoir permettre l'opération à des hommes dépourvus de connaissances anatomiques. Nous doutons que ce nouveau moyen soit destiné à occuper une grande place dans la pratique; mais nous sommes assurés que ce dernier avantage ne lui sera pas un garant de bienvenue parmi les chirurgiens.

CAS IMPORTANS DE CHIRURGIE OBSERVÉS AU GRAY'S HOSPITAL, DU 1er SEPTEMBRE 1838 AU 1er SEPTEMBRE 1839; SEPT OBSERVATIONS DE CALCULS DE LA VESSIE; par M. JOHN PAUL.

Ce travail contient sept observations de calculs dans la vessie, dont

deux ont été broyés heureusement, et cinq extraits par l'opération de la taille; de ces cinq dernières opérations, trois seulement ont réussi. Les discussions que ces deux méthodes ont soulevées parmi nous font un devoir de recueillir tous les matériaux publiés sur elles, et de fournir aussi des arguments qui permettent de bien circonscrire leur domaine respectif. Il ressortira de leur analyse ce qui a été dit déjà avec beaucoup de raison, mais peut-être avec un peu de cette partialité qu'on montre toujours pour des idées nourries depuis longtemps, savoir, qu'il est tel cas de pierre dans la vessie qu'il serait imprudent de traiter autrement que par le broiement, tandis que d'autres réclament impérieusement la taille. C'est à l'art maintenant de bien déterminer ces cas, d'assigner à chacune de ces deux catégories des caractères qui puissent guider avec sagesse la pratique.

Obs. I. — James Hewart, d'une assez bonne santé, âgé de 51 ans, fut admis à l'hôpital Gray en septembre 1838, offrant tous les symptômes rationnels de la pierre. Depuis à peu près cinq ou six mois, il y avait une telle difficulté dans l'émission des urines, qu'il s'en était suivi une chute du rectum. Le malade portait aussi deux hernies inguinales. Au premier cathétérisme, on constata la présence d'un calcul de médiocre volume, circonstance qui engagea à mettre en usage la lithotritie. Il fallut dilater l'urètre dont l'orifice était très étroit. A l'époque où la dilatation fut suffisante, deux petits calculs, de la grosseur d'un pois chacun, s'échappèrent spontanément avec les urines. Cinq séances de broiement furent nécessaires et faites dans l'espace de trente jours; il n'est fait mention de douleurs occasionnées par l'opération que dans une seule séance. Après le broiement complet, aucun fragment ne veut s'engager dans l'urètre.

9 novembre. Le malade sortit guéri.

Obs. II. — William Forist, jouissant d'une bonne santé, éprouvait depuis huit mois à peu près les signes rationnels de la pierre, quand il entra à l'hôpital.

Le 3 décembre 1838, il n'est point question du volume du calcul, qui devait être petit; car il ne demanda que quatre séances. La première fut faite le 6 décembre, et le malade sortait le 21 janvier 1840. Après le broiement, des fragmens volumineux s'engagèrent dans l'urètre, et produisirent des douleurs assez vives, mais qui cessèrent bientôt à la sortie des calculs.

Dans ces deux cas, M. John Paul s'est servi de la pince à deux branches, agissant par pression. Il avoue qu'ayant voulu se servir d'une curette pour extraire quelques fragmens, après avoir toutefois distendu la vessie à l'aide d'injection, il a produit une paralysie momentanée de la vessie. Un pli des parois de cette partie était venu se loger sur l'extrémité de l'instrument. Ce dernier ne put être retiré qu'avec une assez grande force, et le malade ressentit une vive douleur momentanée, occasionnée par la déchirure du repli que coiffait la curette. Si le chirurgien avait reconnu la nature de l'obstacle qu'il éprouvait, il eût pu facilement l'éviter; mais pensant qu'il tenait un fragment, il voulut employer la force pour l'extraire, et au lieu d'un calcul, il ramena une portion de muqueuse vésicule. Il n'en résulta d'ailleurs aucun accident.

Dans les cinq autres observations, le volume de la pierre, sa dureté dans un cas, et les affections anciennes et profondes de la vessie firent préférer la lithotomie.

Obs. III. — A l'époque de son entrée, le 15 décembre 1838, le malade, âgé de 24 ans, présentait, depuis dix-huit mois seulement, les signes rationnels de la pierre. Le cathétérisme apprit que celle-ci avait un grand volume, mais comme le malade désirait être lithotritié, il fut d'abord soumis à cette opération. Après une dilatation préalable de l'urètre, on fit la première séance le 3 décembre 1838. L'instrument reconnut et saisit promptement la pierre, mais quelque force qu'on mît en usage, on ne put jamais parvenir à l'entamer. Il fallut donc renoncer à la lithotritie et en revenir à la taille, qui fut pratiquée par le procédé de M. Liston, le 8 janvier 1840. La pierre pesait 108 grammes, sa plus grande circonférence donnait 8 pouces (anglais), et la petite, 6 pouces. La convalescence fut très longue, car, le 8 mars, le malade quitta l'hôpital, assez bien rétabli, mais perdant encore un peu d'urine par la plaie.

Sans doute les recherches qu'une pierre aussi volumineuse dut produire en traversant le périnée ont été pour quelque chose dans la difficulté que les urines ont éprouvée à reprendre leur cours naturel. Remarquons en passant que pour une pierre d'un pareil diamètre les incisions doivent presque nécessairement dépasser les limites qu'a voulu leur imposer l'anatomie chirurgicale.

Obs. IV. — William Priest était âgé de 54 ans et se plaignait depuis cinq ans des signes rationnels de la pierre, sans que sa santé fût altérée. Il fut opéré le 3 juillet, et le 26 il quittait l'hôpital complètement guéri. La pierre formée tout entière d'acide urique pesait 35 grammes.

Obs. V. — Elle présente ceci de particulier que le chirurgien fut obligé d'abandonner, séance tenante, l'opération de la lithotritie. La pierre datait à peu près de deux ans et avait un volume fort ordinaire. On fit, avant d'introduire la pince à deux branches, une injection comme cela se pratique d'habitude; mais aussitôt la pince introduite, la vessie se vide complètement, et cela à deux reprises différentes.

La lithotritie fut abandonnée, et la taille latéralisée pratiquée le 31 août 1839. La pierre fut broyée par les tenettes pendant l'extraction. Le lendemain, chaleur dans la région hypogastrique; grande oppression. Ces deux symptômes persistèrent jusqu'au 4 septembre, jour où le malade succomba.

Autopsie. Un énorme développement de la prostate dans ses lobes latéraux et moyens. Aucune trace ni de péritonite, ni d'infiltration urineuse, ni d'aucune inflammation.

Obs. VI. — Elle est relative à un homme, de 65 ans, dont la pierre était trop volumineuse pour la lithotritie. Taillé le 27 juin 1839 par le procédé latéralisé, il était guéri le 17 juillet d'un calcul de 108 millimètres (anglais) dans son plus grand diamètre.

Obs. VII. — Thomas James, âgé de 58 ans, avait été traité dans le mois de juillet 1839 au Gray's hospital comme atteint de cystite chronique. La sonde introduite à différentes reprises n'avait fait reconnaître aucun calcul. Le malade sortit soulagé. Il rentrait le 8 août, arrivé au dernier terme des accidens produits par les calculs. Cette fois le cathéter reconnut facilement un calcul volumineux. Il n'y avait point de temps à perdre dans l'état de détérioration où se trouvait la santé du malade, et la taille latéralisée fut pratiquée le 24 août. La pierre se brise sous les tenettes; la curette en retire quelques fragmens. On voulut favoriser l'issue de ceux qui étaient dans la vessie, par des injections; mais ces dernières produisirent des douleurs si violentes (excruciating) que l'on fut obligé de les cesser. Pendant quelques jours l'état du malade fut assez satisfaisant, et l'urine commençait même à passer par l'urètre. Tout d'un coup elle cessa de couler par cette voie, ou du moins causait en y passant par petites gouttes d'excessives souffrances, qui affaiblirent de plus en plus le malade jusqu'à sa mort qui eut lieu le 9 novembre 1839.

Autopsie. Le calcul est formé de phosphate ammoniaco-magnésien. La vessie est profondément altérée, et comme sphacélée à sa surface où s'est fait un dépôt abondant de boue d'acide urique.

Toutes ces observations offrent quelque chose d'intéressant. Les cinq dernières, malgré deux insuccès, sont en faveur de la taille. Dans celles où la lithotritie a dû être abandonnée pour en venir à l'opération rivale, il ne nous est point démontré pour l'une d'elles que cet abandon fût justifié. L'écoulement de l'injection lors de l'introduction de la pince n'est pas un de ces accidens qui doive faire suspendre la lithotritie. Il est même des lithotriteurs français qui le recherchent pour opérer pendant la vacuité de la vessie. S'ils comptent sur leur habileté pour épargner les parois vésicales la plus exposées alors, ils y trouvent le grand avantage de saisir la pierre sans tâtonnement et du premier coup. Notons que cet écoulement de l'injection a coïncidé avec une hypertrophie de la prostate, accompagnée, comme on le sait aujourd'hui, de dilatation de la portion prostatique de l'urètre. La taille faite après l'abandon de la lithotritie ne fut pas heureuse; mais l'autopsie ne put trouver la cause prochaine de la mort dans l'opération spéciale qu'avait supportée le malade. Il semble qu'il ait plutôt succombé aux accidens nerveux qui accompagnent souvent toutes les plaies graves.

La septième est très remarquable par la rapidité avec laquelle le calcul s'est formé; car en supposant qu'à la première entrée du malade au mois de juillet la sonde n'ait point découvert un calcul qui existait cependant, au moins nous accordera-t-on que ce calcul devait être fort petit. Dans le mois d'août suivant le calcul était déjà très volumineux. Outre la rapidité de sa formation, cette pierre est encore curieuse sous le point de vue de sa composition comparée à l'état de la muqueuse vésicale. Un lithotriteur français a avancé que les vessies enflammées formaient des calculs de phosphate ammoniacal, ammoniaco-magnésien, soit indépendans, soit autour des calculs préexistant à l'inflammation. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier cette assertion, en ce qui touche les couches les plus fraîchement déposées sur les calculs d'acide urique. Dans le cas qui nous occupe, la cystite semble avoir préexisté à la formation du calcul, et celui-ci est entièrement composé de phosphate ammoniaco-magnésien.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

OBSERVATION SUR LE DÉVELOPPEMENT DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX DANS LES MALADIES DES REINS CHEZ LES ENFANS; par le docteur GOTENIG BIRD.

Le sujet étroit indiqué dans le titre ci-dessus occupe, depuis bien des années déjà, les plus habiles médecins de l'Angleterre, et chaque jour cette question fait de nouveaux progrès, peu importans il est vrai, si on les compare à l'ensemble de la science; mais qui l'agrandissent et seront conservés; tandis que les vues théoriques dont on s'occupe tant parmi nous disparaissent pour ne laisser que le vide à leur place. Disons d'abord les progrès qu'a faits cette petite question de la coïncidence des accidens cérébraux avec les altérations des reins, qui a occupé les docteurs Bright, Grégory, Bird et beaucoup d'autres médecins anglais, et qui a à peine été agitée parmi nous. Soulevée d'abord par le docteur Bright, qui mit hors de doute que certains symptômes cérébraux, de forme coma-

tense, compliquent quelquefois l'altération des reins caractérisée par la présence de l'albumine dans l'urine et des signes d'épanchemens ou d'infiltration séreuse, elle fit de nouveaux progrès quand le docteur Addison eut démontré que ces symptômes cérébraux se rattachent à une altération des reins, même dans des cas où il n'y a ni œdème des extrémités, ni même urine coagulable. Plus tard, on reconnut que ces symptômes se rencontrent aussi fréquemment et plus peut-être chez les enfans, à la suite de la scarlatine, que chez les adultes; enfin, le docteur Bird se propose de rechercher s'il ne serait pas possible de trouver dans les caractères propres de ces symptômes cérébraux l'existence d'une altération des reins.

Il émet d'abord l'opinion que les altérations fonctionnelles ou organiques des reins déterminent bien plus fréquemment qu'on ne le pense communément des accidens cérébraux chez les enfans, et surtout chez ceux qui sont reçus dans les hôpitaux. La scarlatine passe souvent inaperçue chez les enfans du pauvre dans les grandes villes, et est prise par les parens pour un rhume ou un simple mal de gorge. On amène si fréquemment dans les hospices des enfans chez lesquels la pâleur de la figure, la bouffissure du tour des yeux, font soupçonner l'existence d'une altération des reins, qu'on reconnaît à l'examen de l'urine et sur les antécédens desquels la négligence des parens ne permet d'obtenir aucun renseignement, qu'on est obligé de chercher dans les caractères des symptômes qu'ils présentent la nature réelle de leur affection, si on ne veut s'exposer à traiter comme atteints d'une inflammation aiguë du cerveau de pauvres enfans chez lesquels il y a une altération fonctionnelle ou organique des reins. Le nombre des enfans qui, pendant l'automne dernier, à l'époque où la fièvre scarlatine régnait d'une manière si active à Londres, furent amenés à l'hôpital comme atteints d'hydrocéphale, fut considérable. Chez quelques-uns, la présence de l'urine a suffi pour faire soupçonner au moins une altération des reins, lors même qu'il n'y avait pas d'œdème des extrémités inférieures; chez d'autres, le calme particulier de la stupeur, qu'on aurait cru être le résultat de l'action d'un poison narcotique, la pâleur de la face, la légère bouffissure du tour des yeux et l'absence de cris semblaient bien indiquer que la maladie reconnaissait la même origine. L'auteur pense même que ces accidens peuvent se développer chez les enfans, sans qu'ils aient été antérieurement affectés d'une scarlatine. Toute cause, dit-il, qui peut gêner la sécrétion des reins, de manière à empêcher l'élimination convenable des matières azotées hors de la circulation, ou prévenir leur excrétion lorsqu'elles ont été séparées du sang, peut déterminer le développement d'une série de symptômes cérébraux, analogue ou même identique à ceux qu'ont décrits les docteurs Bright et Addison. Les deux observations suivantes fournissent des exemples de ces deux conditions différentes; la première est un cas d'affection cérébrale produite par une altération des reins, et où les symptômes ont révélé cette altération; la seconde est un de ces cas qu'on rencontre rarement chez les jeunes enfans où les symptômes sont le résultat d'un obstacle mécanique à l'excrétion de l'urine.

Obs. I. — M. Boulette me fit appeler, le 14 mai, pour un enfant auquel il donnait des soins depuis le 30 avril; il m'apprit que lorsqu'il avait été appelé pour cet enfant qui était âgé de trois ans, ce dernier éprouvait une excessive irritabilité de l'estomac, de la toux, de la sécheresse à la peau sans aucune cause appréciable. L'urine était rare, le pouls faible et fréquent, la langue brune, la figure pâle; il y avait une stupeur très prononcée. Un purgatif mercuriel ayant été administré avec quelques diaphorétiques, le vomissement cessa le lendemain, et reparut le 9 mai. Le 5, l'enfant tomba dans une espèce de coma, qui alla en augmentant jusqu'au 14, malgré les diaphorétiques, les vésicatoires au cou, les sansues aux tempes et l'assa fœtida en lavemens.

Le 14 mai, je trouvai l'enfant couché, les jambes dans l'extension dans un état de torpeur complète, la respiration n'était pas stertoreuse, mais chaque inspiration était accompagnée d'un bruit de sifflement comme si l'air frappait directement sur les lèvres à moitié closes. La face était pâle, les yeux ouverts, les pupilles médiocrement dilatées, lentement sensibles à la lumière; la peau froide, souple et douce, bien que sans humidité.

Depuis cinq jours que l'enfant était dans cet état, il n'avait pris aucun aliment par l'extrême difficulté que l'on éprouvait à lui donner assez de connaissance pour qu'il pût avaler.

Je parvins, en lui criant à haute voix, à l'éveiller suffisamment pour lui faire boire un peu de thé de bœuf, puis il retomba dans son premier état.

Il n'y avait eu pendant toute la maladie, ni paralysie évidente, ni disposition aux convulsions. Une petite quantité d'urine qu'on put se procurer fut trouvée légèrement coagulable, bien qu'il n'y eût ni œdème, ni bouffissure autour des yeux. J'appris alors que l'enfant avait eu la scarlatine l'automne précédent, et que depuis il avait été plus ou moins indisposé. — L'enfant mourut le lendemain.

A l'AUTOPSIE faite trente heures après la mort, on trouve la substance cérébrale d'une blancheur remarquable et sans traces d'injection, tandis que les membranes offrent une légère teinte rosée. Les ventricules latéraux contiennent chacun 31 grammes de sérosité. Les deux poumons offrent un peu d'emphysème. Les deux reins sont gorgés de sang; le droit présente à l'extérieur une apparence granuleuse peu prononcée, bien que parfaitement distincte. Le tissu de tous les deux offre, à l'intérieur, une couleur chocolat foncé. La tunique propre peut être détachée assez facilement. Tout le reste est à l'état normal.

Obs. II. — A. Buford, âgé de huit jours, est apporté au dispensaire dans les premiers jours d'avril. La nourrice assure qu'au moment de sa naissance il avait paru fort et vigoureux; que depuis cette époque il avait graduellement décliné, restait continuellement dans un état de torpeur, d'où l'on avait bien de la peine à le tirer. L'enfant me parut dans un état de stupeur calme, sa figure était pâle, ses yeux à demi-clos, ses pupilles se contractaient faiblement sous l'influence de la lumière. Si on levait un de ses membres et qu'on le lâchât, il retombait dans sa première position. Tous les symptômes ressemblaient tellement à ceux que détermine une dose trop forte de ces préparations narcotiques que les nourrices donnent souvent aux enfans irritables que je dus questionner la mère sur ce point. Elle ne lui en avait donné aucune; présenté au sein, il le prenait faiblement et le relâchait aussitôt pour retomber dans son état de torpeur. J'apprenais qu'il n'avait pas encore rendu d'urine, et je trouvai l'abdomen distendu, le scrotum œdémateux et du volume d'une orange. Le prépuce aussi était œdémateux, et j'eus quelque peine à trouver l'orifice du canal; enfin, ayant trouvé une petite ouverture à peine assez large pour laisser passer un cheveu, je parvins à le dilater avec une sonde, et ayant introduit avec difficulté une sonde dans la vessie, il en sortit une demi-pinte d'une urine fétide et trouble. Une fomentation chaude fut appliquée sur l'abdomen et le scrotum, et quelques stimulans furent administrés à l'intérieur. L'enfant se releva un peu et sa peau prit un peu de chaleur, mais il retomba bientôt dans son état comateux, et mourut dans la soirée. Il n'y avait eu aucune trace de convulsions. Un médecin du voisinage lui avait donné des soins et paraissait n'avoir pas eu connaissance de la rétention d'urine.

A l'autopsie, on trouva la vessie beaucoup plus épaisse que d'habitude; la muqueuse était injectée, et on voyait au-dessous de nombreuses bandes musculaires très développées, ce qui fait que ce viscère ressemblait, en miniature, à la vessie dans un cas de rétrécissement. Les reins étaient gorgés de sang, de couleur chocolat, et, en pressant les cônes des tubes, on en faisait sortir un fluide visqueux, opaque et laiteux. Tout le reste était à l'état normal.

Ces cas présentent spécialement de l'intérêt sous le point de vue qu'ils peuvent mettre sur la voie de découvrir ou au moins de soupçonner l'existence d'une maladie des reins, même chez les jeunes enfans, par le caractère spécial des symptômes cérébraux.

INFLUENCE DES MANUFACTURES OU L'ON TRAVAILLE LA LAINE SUR LA SANTÉ; par M. Thomson.

Les faits rapportés dans cette note sont si vagues, et énoncés d'une manière si générale, que nous les aurions passés sous silence s'il n'y en avait pas un grand nombre d'autres du même genre déjà hors de doute. Ce qui a le plus surpris l'auteur depuis plusieurs années qu'il habite un district où la population presqu'entière est employée dans des manufactures où on travaille la laine, c'est la bonne mine, la belle santé et l'absence de maladie, que présentent les enfans qui se livrent à ces travaux. Ce fait, dit-il, est si remarquable qu'il est devenu proverbial, et que les enfans qui entrent dans ces manufactures mal portans et faibles en sortent, au bout de quelques semaines, avec une amélioration notable dans leur extérieur et leur santé habituelle. Ce fait est tellement connu dans le Yorkshire qu'on y voit fréquemment les gens des classes aisées envoyer dans ces manufactures ceux de leurs enfans qui sont faibles ou délicats, et qui y prennent de la force et de la santé. L'effet salutaire de ces travaux a été rapporté par les classes ouvrières elles-mêmes à l'imprégnation du corps par les huiles qui y sont constamment employées. Cet heureux effet est d'autant plus remarquable qu'il s'opère malgré l'influence fâcheuse que doit opérer sur la santé l'air renfermé qu'y respirent les enfans, et l'absence d'exercice pendant une si grande partie de la journée. D'après le bill qui régit la durée du travail dans les manufactures pour les enfans, ces derniers passent le même nombre d'heures dans les manufactures où l'on travaille la laine et dans celles où le coton est la matière première, et cependant quel contraste entre ces deux classes d'enfans, les joues roses et les cheveux lisses des uns, et l'air pâle et maladif des autres !

L'auteur attribue cette heureuse influence sur la santé, à la quantité d'huile dont se servent fréquemment ceux qui travaillent à la laine, et qui, quand on entre dans ces manufactures, semblent littéralement comme si on venait de les plonger dans l'huile, et à cette occasion, il rappelle l'opinion des anciens sur l'utilité des onctions pratiquées sur le corps avec des matières grasses ou huileuses. Il cite le témoignage de Bacon à l'appui de leur utilité. « Ante omnia igitur usum olei vel olivarum, vel amygdali dulcis, ad cutem et extra unguendum ad longevitatem conducere existimamus. »

Mais, un fait qui est plus important encore, et qui est d'observation générale, c'est que les individus qui vivent au milieu des matières animales et en aspirent continuellement les molécules jouissent d'une santé que l'on ne voit que rarement dans d'autres professions, et résistent avec plus d'énergie à l'influence des maladies épidémiques, et même, assure-

t-on, sont rarement atteints par la cause si énergique des maladies pestilentielles.

L'auteur, pour prouver qu'il n'exagère point à plaisir l'heureuse santé des ouvriers en laine, et pour, comme il le dit, faire ombre au tableau, assure qu'il n'a jamais vu nulle part la gale aussi répandue que parmi eux.

MORTALITÉ DIFFÉRENTE DES MÊMES MALADIES A LA CAMPAGNE ET DANS LA VILLE; par M. FARR (1).

Le tableau suivant est le résultat du relevé des registres de décès tenus en Angleterre, par ordre du parlement. Bien qu'il ait dû se glisser un grand nombre d'erreurs dans l'inscription de ces registres et surtout dans l'indication des causes auxquelles la mort est attribuée, cependant, les résultats obtenus sont assez frappans pour fixer l'attention et pour donner de l'importance aux remarques qu'ils ont suggérées à l'auteur.

	Villes.	Comtés.
Population	3,555,461	3,500,750
	CHIFFRE DES MORTS.	
Maladies épidémiques, endémiques et contagieuses	12,766	6,043
MALADIES SPORADIQUES.		
Du système nerveux	7,703	3,607
Des organes de la respiration	12,619	7,847
— de la circulation	390	509
— digestifs	5,476	1,832
— urinaires	219	161
— de la génération	460	265
— de la locomotion	262	154
Du système tégumentaire	62	55
Siége incertain	4,396	3,750
Vieillesse	2,924	3,402
Mort violente	1,370	929
Sans désignation	1,104	1,657
	47,933	29,693

La concentration de la population dans les villes double donc la mortalité dans plusieurs maladies et l'augmente considérablement dans toutes les autres. Les trois maladies suivantes, qui affectent principalement les adultes entre les âges de 15 à 65 ans, apporteront une nouvelle preuve de l'influence funeste qu'exercent les villes sur la terminaison des maladies.

	CHIFFRE DES MORTS.	
	Dans les villes.	Dans les campagnes.
Phthisie	8,125	3,857
Accouchement	372	217
Typhus	3,456	1,564

L'auteur, cherchant la cause d'une différence aussi prodigieuse, fait remarquer que les travaux des citadins ne sont pas plus rudes que ceux des habitans des campagnes; que les premiers ont constamment de l'exercice et de l'ouvrage; que leur salaire est constamment plus élevé, leurs demeures aussi saines, leurs habits aussi chauds et leur nourriture aussi substantielle que chez les habitans des campagnes. L'enquête parlementaire, qui a été faite à l'occasion de la loi des pauvres, a démontré que les familles des laboureurs consomment moins de viande, de pain et de pommes de terre. Ce n'est donc que dans l'insalubrité de l'atmosphère qu'on doit chercher la cause de l'excès de mortalité dans les villes. Chaque homme expire environ 666 pieds cubes de gaz chaque jour, qui, recueilli sous une cuve, frapperait de mort les animaux auxquels on le ferait respirer. L'auteur conclut de ces documens et de quelques autres généralement connus que, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité augmente avec la densité de la population, et que, sur les points où la densité et l'affluence de la population sont les mêmes, la proportion de la mortalité dépend de la perfection de la ventilation et du soin avec lequel les immondices sont enlevées; pour nouvelle preuve à l'appui de cette assertion, il cite la mortalité relative des trente-deux districts de la ville de Londres, où, selon lui, on voit la mortalité augmenter avec l'intensité et diminuer avec la diminution des causes indiquées ci-dessus. Le tableau qu'il présente à cette occasion fait connaître la moyenne annuelle de la mortalité des femmes dans trente-deux districts de Londres, moyenne que nous voyons diminuer graduellement dans ce tableau, depuis le district de Whitechapel, où elle est la plus élevée et est de 3,908 pour cent jusqu'à celui de St-Georges, Hanover-Squarre, où elle n'est que de 1,785 pour cent.

(1) Cet article appartient à un cahier précédent.

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

FAUSSE ARTICULATION DANS LA CONTINUITÉ DU TIBIA APRÈS FRACTURE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE SÉTON; par M. SIMON ENRIGHT.

OBS. — Dans la nuit du 28 septembre 1839, John Mahon, adulte, fut admis à *the Clare infermary* dans un état complet d'ivresse pour une fracture comminutive et compliquée des deux os de la jambe. La plaie des tégumens étroite et transversale livrait passage à l'extrémité du fragment qui la dépassait de 3 cent. à peu près. Quelque position qu'on donnât au pied, quelque traction qu'on exerça, l'étroitesse de la plaie rendit impossible la réduction de l'extrémité saillante. Comme elle était dénudée de son périoste, on en fit la résection plutôt que de débrider la plaie. Quelques fragmens d'os complètement séparés furent extraits. Le membre pansé simplement fut maintenu par le bandage à huit chefs, des coussins et des attelles, et placé dans la demi-flexion sur des coussins.

29 septembre. La tuméfaction modérée du membre, sans chaleur ni douleur. Le pouls est peu fréquent. (Un purgatif; diète.)

30 sept. Un peu de chaleur, de tuméfaction et de douleur sur la jambe. (Lotions froides sur les membres; potion anodine.)

2 octobre. Aucun symptôme nouveau. La plaie pansée simplement a bon aspect.

6 octobre. On accorde des alimens.

Le 13, une petite escarre apparaît au milieu de la plaie, et tombe le 22.

Après six semaines, c'est-à-dire vers la mi-novembre, les fragmens, n'offrant aucune union, étaient très mobiles l'un sur l'autre. M. Enright passa alors un séton de dehors en dedans, entre les fragmens du tibia, et le laissa cinq semaines en place. A cette époque, la consolidation parut assez avancée pour permettre l'enlèvement du corps étranger.

L'observation du docteur Enright nous paraît peu propre à faire rejeter, au profit du séton, les autres méthodes curatives des fausses articulations; elle ne peut même pas servir à l'histoire de cette maladie; et si nous la reproduisons, c'est qu'elle montre combien il faut mettre de discernement à adopter les prétendus succès de toute méthode curative. Le séton et le frottement des extrémités fracturées sont, sans contredit, les deux meilleurs moyens pour obtenir la consolidation des fausses articulations. Dans l'observation de Mahon, la réunion des fragmens a été obtenue, non pas par le séton, mais malgré le séton. Les fractures de la jambe chez les adultes demandent, dans leur plus grand état de simplicité, six semaines, et même deux mois, pour leur entière consolidation. Nous ne croyons qu'il y ait un chirurgien qui ose se vanter d'avoir obtenu, dans ce laps de temps, la réunion d'une fracture de jambe, compliquée de plaie aux parties molles communiquant avec la fracture. A cette époque, les fractures de cette espèce ne font que commencer à se réunir, et, au bout de trois mois, la réunion n'est point encore achevée. Il serait même de la dernière imprudence de confier le poids du corps à une pareille fracture, datant seulement de trois mois. Il faut ajouter pour le cas présent une nouvelle cause de retard, qu'a dû éprouver la consolidation. Les deux fragmens, par suite de la résection faite à l'un d'eux, ont dû se trouver en contact dans une étendue assez limitée. Or, le vide n'a pu être comblé que par un travail bien plus long que celui nécessaire pour la réunion de deux surfaces osseuses largement en contact. La théorie de la formation du cal dans les fractures compliquées de plaie, et l'expérience puisée aux observations innombrables que possède la science sur ce sujet, ne permettent pas de regarder comme fausse articulation établie, et de la traiter comme telle, une fracture compliquée, qui n'est point consolidée le quarante-cinquième jour de sa durée.

LUXATION DE TOUT LE MÉTATARSE ET DU PREMIER CUNÉIFORME SUR LA FACE DORSALE DU TARSE; par M. ROBERT SMITH.

M. Robert Smith, dans une des séances de la société de chirurgie de Dublin, a montré des dessins représentant un cas de luxation de cette espèce. Il diffère de ceux cités à notre connaissance par les auteurs en ce que le premier cunéiforme a suivi le premier métatarsien dans sa luxation sur le tarse. Les symptômes étaient : 1° raccourcissement du pied, sans allongement du talon; 2° une saillie transversale, à un pouce à peu près au-devant du coude-pied; 3° la face dorsale du pied est tournée en-dehors et la face plantaire en-dedans; 4° la concavité de la face plantaire est remplacée par une saillie transversale, formée par le bord antérieur des deux petits cunéiformes et du cunéiforme. A voir le pied, on n'eût pas dit la difformité aussi considérable que nous venons de le dire. Le malade marchait sur le côté externe du pied.

Nous n'avons trouvé malheureusement aucun autre détail, ni sur la cause, ni sur le traitement, ni sur la suite de cette luxation. Était-elle ancienne ou récente quand elle fut observée par M. Smith? Des efforts de

réduction furent-ils tentés? C'est ce que nous ignorons. Le médecin anglais regarde la chute d'un lieu élevé sur la pointe du pied comme étant la circonstance la plus favorable à la production de cette maladie. C'est ainsi à peu près qu'elles ont été produites dans les deux cas cités par Dupuytren. Dans le premier, une femme, chargée d'un lourd fardeau, trébucha en avant, et voulut se relever. Dans ce mouvement, la pointe du pied supporta tout le poids du corps et chassa le métatarse en arrière. Dans le second, une chute de douze pieds de haut avait produit l'accident. Dans ce dernier cas, l'accident datant de douze jours, la réduction fut impossible. La cause a été différente dans l'observation propre à M. Mazet, et décrite avec détail dans les Bulletins de la Société anatomique pour 1837; il y avait complication de plaie, et la luxation avait été produite par le passage d'une roue de charrette sur le pied. Le premier cunéiforme, dans les deux derniers cas, n'avait point suivi le premier métatarsien dans sa luxation. La description qu'a donnée Dupuytren ne laisse aucun doute à cet égard, et le malade, dont M. Mazet a donné l'observation, ayant succombé à d'autres lésions, on a pu s'assurer, par la dissection, que le métatarse seul avait passé sur le dos du pied.

FRACTURE DU CUBITUS PAR EFFORT MUSCULAIRE; par M. HAMILTON LABATT.

Les fractures par la seule action des muscles sont maintenant un fait admis par tous les chirurgiens. Les cas les plus nombreux de cette espèce se rapportent à des fractures de rotules et d'extrémité olécranienne du cubitus, si analogue à la rotule. On en a encore cité une du col du fémur, arrivée pendant des convulsions. Nous ne voulons parler ici que des fractures arrivées à des individus jouissant d'une bonne santé, et dont le système osseux offrait les conditions normales de solidité. Quand, sous l'influence d'une affection générale, ce dernier système a perdu sa solidité, les fractures par effort musculaire sont assez fréquentes. Dans l'observation que nous donnons ici, la santé était parfaite, le tissu des os solide, et cependant l'action musculaire seule a produit la fracture.

OBS.—Rose Curran, âgée de 18 ans, d'une excellente santé, vint prendre consultation dans un des dispensaires de Dublin, le 9 mars 1840. Elle raconte que trois jours avant, étant occupée à tordre du linge mouillé, elle a subitement éprouvé une violente douleur sur le côté interne de l'avant-bras, à 54 millimètres au-dessus du poignet. Elle se vit obligée de cesser son ouvrage. Un médecin consulté le lendemain déclara qu'il y avait entorse et prescrivit en conséquence des applications stimulantes.

Le 9 mars, la face postérieure de l'avant-bras était le siége d'un œdème considérable; la pression était douloureuse; la main était dans la demi-pronation, et les mouvemens de rotation impossibles; la mobilité, la crépitation et les saillies furent facilement constatées. La fracture siégeait sur le cubitus à 67 millim. au-dessus du poignet. On reconnut aussi que l'extrémité inférieure du cubitus était luxée en arrière sur le poignet (ce qui, avant l'accident, devait borner les mouvemens de supination). L'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras fut appliqué, et un mois après la consolidation était assez bien faite pour ne nécessiter qu'un bandage roulé.

Quelle part le déplacement subi un an auparavant par l'extrémité inférieure du cubitus pouvait-il avoir pris dans la production de la fracture? Sans la luxation, la fracture se serait-elle produite? C'est, comme on voit, une question fort délicate. On peut dire seulement que, par suite de la luxation du cubitus, les mouvemens de supination devaient être bornés. Dans l'action de tordre le linge, les muscles fléchisseurs des deux avant-bras, quelques extenseurs et les pronateurs de l'une, les supinateurs de l'autre, entrent en action. Si l'obstacle aux mouvemens de supination se trouve dans le cubitus déplacé, et si les muscles sont puissans, on conçoit que leur action, s'épuisant sur cet os, en produise la fracture. Il eût été facile de vérifier si tel avait été le mécanisme de cette fracture. Il suffisait de s'informer lequel des avant-bras avait exécuté le mouvement de supination.

OPÉRATION DE TRACHÉOTOMIE POUR UN CAS REMARQUABLE DE CORPS ÉTRANGER DANS LE LARYNX; par M. KENNEDY.

Les chirurgiens anglais se montrent, dans leurs écrits, fort peu partisans de cette opération, mais leur pratique est souvent en désaccord avec leurs opinions. Presque tous s'accordent pour dire que cette opération est rarement suivie de succès. Cela est vrai sans doute. Mais qu'arrive-t-il quand elle n'est point pratiquée? Les accidens qui la réclament, et en particulier le corps étranger dans les voies aériennes, ne sont-ils pas tellement graves, qu'on doit raisonnablement s'attendre à les voir se terminer d'une manière fatale. En présence d'un pareil danger, il ne reste qu'un parti à prendre, celui de l'opération. Le cas cité par M. Kennedy diffère des cas ordinaires, en ce que le corps étranger était fixé dans le larynx lui-même.

OBS. — L'enfant objet de cette observation, âgé de 6 ans, fut subitement pris, en mangeant une prune, de suffocation, qui s'accrut bientôt à un tel point qu'il était à chaque moment près de succomber. Appelé presque aussitôt, M. Kennedy le trouva en proie à des convulsions. Les joues étaient livides, les yeux fixes, la langue pendante, la respiration suspendue; on eût dit qu'il était mort. Avant de commencer toute opération, le chirurgien fit avec son doigt des recherches dans le haut du pharynx. Il ne découvrit rien. L'opération fut alors pratiquée, et sauf l'écoulement de sang, elle se fit comme sur un cadavre, l'enfant restant immobile. L'incision de la trachée donna issue à de l'air qui s'échappa avec force et bruit. N'ayant point de canule à sa disposition, M. Kennedy introduisit dans la trachée un tuyau de plume. Il y eut d'abord quelques soulagemens; les mouvemens respiratoires revinrent; mais le tuyau de plume, touchant nécessairement les parois de la trachée, ne tarda pas à les irriter et à produire de nouveaux accidens de suffocation, pendant lesquels il s'échappa de la trachée. Quelque peu de soulagement qu'il apportât, on fut obligé de le replacer; car, en son absence, la suffocation était plus grande. Une heure après l'opération, l'enfant succomba.

AUTOPSIE.—L'examen du cadavre permit de constater que le noyau de prune, rugueux à sa surface et petit, était placé immédiatement sous la fente de la glotte. Une de ses extrémités avait pénétré dans les tissus du larynx et s'y était assez solidement fixée pour qu'une assez grande force fût nécessaire à son extraction. Au voisinage, toute la surface du larynx était enflammée et tuméfiée.

M. Kennedy regarde ce cas comme très défavorable. Rien dans les détails de cette observation ne nous semble justifier cette assertion. Quand la trachéotomie est pratiquée sur un enfant en proie depuis longtemps aux accidens de suffocation, et très affaibli par la souffrance, le pronostic doit être toujours très grave. Ici, au contraire, l'accident venait d'arriver, et si l'enfant était moribond, cela ne tenait qu'à un commencement d'asphyxie; on pouvait espérer qu'en éloignant les causes de cette dernière, on rendrait le petit malade à la vie. Malheureusement il n'en a pas été ainsi, et parce que le corps étranger ne fut pas reconnu, quoique tout voisin de l'incision pratiquée par la trachée, et parce que son implantation dans les tissus du larynx a continué après l'opération, de concert avec le tuyau de plume, à produire une inflammation, une suffocation qui ont amené rapidement la mort. Nous ne prétendons jeter aucun blâme sur la conduite du chirurgien, mais nous cherchons à en retirer un enseignement pratique. Il serait donc prudent, après toute trachéotomie, quand le corps étranger ne sort pas de lui-même au moment de l'incision, d'aller avec un stylet explorer le larynx en haut, la trachée en bas. Dans ce dernier sens, les plus grandes précautions sont nécessaires pour ne pas refouler le corps vers les bronches. Faisons remarquer, en terminant, que la marche des accidens de suffocation différait totalement de celle que l'on remarque quand le corps étranger est libre dans les voies aériennes. Ces accidens étaient ici permanens, et le corps étranger fixé dans le larynx.

MODIFICATION DU PROCÉDÉ D'AMPUTATION DE LA VERGE; par M. SMYLY.

M. Smyly établit d'abord qu'un des accidens qui suit souvent l'amputation de la verge est le resserrement de ce canal, par le fait de la cicatrisation. Dans le but d'y remédier, il a appliqué à la plaie qui résulte de l'amputation le procédé créé par M. Dieffenbach pour l'agrandissement de la cavité buccale resserrée. La première idée de cette opération lui vient du professeur Porter qui lui conseilla la réunion par suture de la muqueuse urétrale au tissu fibreux des corps caverneux; mais il a pensé que la réunion de la muqueuse à la peau serait plus facile à obtenir, et c'est ce qu'il a exécuté sur un homme auquel il a amputé la verge pour un cancer datant de cinq ans et qui avait envahi le gland, le prépuce et la partie antérieure des corps caverneux. L'opération a réussi, et la muqueuse est aujourd'hui réunie à la peau.

Les auteurs qui ont traité de l'amputation du pénis n'ont guère fait mention du resserrement dont parle M. Smyly. Dans ces derniers temps, M. Barthélemy, chirurgien français, a proposé d'introduire dans le canal avant l'amputation une sonde de gomme élastique. Il a pensé éviter ainsi la difficulté que l'on éprouve à introduire cette sonde après l'opération. Destinée à remédier à un inconvénient imaginaire au dire des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération, de M. Velpeau entre autres, cette modification n'a point grande valeur. Celle de M. Smyly, en supposant même que le resserrement de l'urètre soit un accident très rare, nous paraît plus importante, en abrégeant de beaucoup les suites de l'opération. Si la suture venait à procurer une réunion de la muqueuse et de la peau, le malade n'a point à attendre la longue durée d'une réunion secondaire ou à subir les chances de toute plaie en suppuration.

TUMEUR REMARQUABLE DU CRANE; par M. PALMER.

OBS. — Le 5 septembre 1839, un jeune homme de 20 ans entra à l'hôpital avec une fracture de cuisse et une contusion de la région occipitale. Il se plaignait sur-

tout d'une violente douleur de tête, et l'examen qu'on en fit montra, au lieu qu'occupait la contusion, une tumeur molle, fluctuante et soulevée par des pulsations distinctes. La fracture de cuisse fut traitée suivant l'usage et n'ayant rien offert de particulier par elle-même, nous n'en parlerons plus, pour nous occuper uniquement des symptômes que ce jeune homme offrit du côté de la tête. Pendant les quatre premiers jours, le malade se plaignait toujours de son mal de tête, et eut du délire à plusieurs intervalles.

Quatrième jour. Le délire était continuel la nuit et le malade sans cesse en mouvement. La tumeur restait stationnaire.

Sixième et septième jours. Les symptômes s'aggravent. La douleur de tête devient excessive et amène des plaintes continuelles. La tumeur est toujours molle, fluctuante et agitée de pulsations.

Beaucoup de médecins virent le malade sans oser porter de diagnostic; un seul s'appuyant sur la contusion de la région occipitale annonce l'existence d'une tumeur hématique.

M. Palmer y fit une ponction explorative avec une aiguille à cataracte : 250 gr. à peu près d'un liquide transparent s'écoulèrent par saccades, comme le sang lancé par une artère ouverte. Après l'opération, le malade est pris de vertiges, d'abattement, puis de frissons, de vomissemens et enfin d'un accès de fièvre bien caractérisée.

Le lendemain de l'opération, ces symptômes étaient devenus menaçans, quand cessant tout d'un coup ils furent suivis d'une amélioration marquée.

Trois jours après la première ponction, on en fit une seconde qui donna une même quantité de liquide, offrant les mêmes caractères, et sortant par saccade comme la première fois. Chacune de ces opérations eut à peu près les mêmes suites que la première.

Enfin après l'une d'elles, de violens frissons, une céphalalgie opiniâtre et atroce, des vomissemens, sensibilité de l'œil à l'action de la lumière, apparurent et annoncèrent le début d'une méningite dont aucun traitement ne put enrayer la marche. Aux symptômes d'inflammation succédèrent ceux d'épanchement, de compression du cerveau. Les derniers momens de la vie furent marqués par une raideur comme tétanique. La tête était fortement étendue en arrière, et tous les muscles dans un état de rigidité impossible à vaincre. La mort arriva le 14 novembre.

Autopsie. L'arachnoïde est évidemment malade; elle est épaissie. La pie-mère est très vasculaire. A la base et à la surface du cerveau épanchement de lymphe et de pus. Au niveau des lobes postérieurs du cerveau et du cervelet, la dure-mère est adhérente. Aucune adhérence de cette espèce ne se remarque au niveau de la tumeur; en découvrant cette dernière, on vit une large plaque osseuse s'étendant presque d'une apophyse mastoïde à l'autre et doublant l'écaille occipitale. Le bord inférieur de l'occipital offrait une échancrure, espèce de perte de substance qui, agrandissant l'intervalle occipito-atloïdien, mettait en communication la tumeur extérieure et la cavité cranienne, jusqu'au quatrième ventricule inclusivement. La moelle était couverte d'un liquide verdâtre semi-purulent. Les ventricules cérébraux étaient remplis d'un liquide transparent, analogue à celui que la tumeur avait fourni. Sous la tumeur, l'occipital était privé du périoste et notablement injecté.

Le fémur fracturé était entouré au lieu de la fracture par un cal très volumineux; il y avait eu formation du tissu osseux en bien plus grande quantité et avec beaucoup plus de rapidité que dans les cas ordinaires. Cette particularité se trouvait en rapport avec la plaque osseuse trouvée sur l'occipital.

La première chose à savoir, dit M. Palmer, à la suite de son observation, c'est si la tumeur préexistait à la chute du malade, et, dans l'affirmative, si sa communication avec la cavité cranienne, et même avec les ventricules cérébraux était de date ancienne ou récente.

L'état du malade n'ayant point permis d'acquérir ces notions par le moyen le plus simple, interrogeons les caractères anatomiques offerts par l'autopsie. La plaque osseuse trouvée sur l'occipital annonçait un travail de longue main, auquel les deux mois de séjour que le malade fit à l'hôpital n'auraient point suffi. Si l'échancrure du bord inférieur de l'occipital avait été produite pendant la chute, on eût trouvé des portions d'os séparés; on n'en trouva aucun fragment. Quelle est d'ailleurs la lésion de la tête, suite d'une violence extérieure, capable de produire en quelques instans une tumeur remplie par 250 grammes d'une sérosité limpide, presque privée d'albumine, comme la sérosité des ventricules cérébraux et agitée de pulsations?

Nous regrettons que l'observation n'ait point donné les caractères exacts de ces pulsations, leur isochronisme avec les battemens de pouls ou avec les mouvemens de la respiration. Dès le début, la tumeur ayant été molle, fluctuante, sans engorgement à sa base, sans ecchymose, il était impossible de songer à la rattacher à un épanchement sanguin dont il ne serait resté que le sérum, les élémens solides ayant été enlevés par l'absorption.

Si, comme tout porte à le croire, la maladie était ancienne, quelle était sa nature? Quelle avait été sa marche? Formée primitivement hors du crâne, y a-t-elle pénétré, ou plutôt ne serait-elle pas venue de cette cavité? Etait-ce un kyste, ou une sécrétion dépendant de carie de l'occipital, ou plutôt encore une variété de spina bifida, une espèce de hernie des membranes du cerveau, remplie par le liquide ventriculaire?

Cette dernière opinion nous paraît la plus probable. On ne voyait aucune trace de carie sur l'échancrure de l'occipital, et d'ailleurs la nature du liquide n'était point celle du liquide fourni par cette maladie. Dans la supposition d'un kyste primitivement placé sur la surface externe du crâne, il serait bien difficile d'expliquer comment, après avoir perforé la voûte osseuse, il se trouverait en communication avec les ventricules cérébraux, sans compression aucune, des lobes postérieurs du cerveau, du cervelet, et même du bulbe rachidien.

Il est bien plus naturel de croire que l'échancrure de l'occipital remontait aux premiers temps de la vie; qu'à ce niveau, la toile fibreuse, offrant moins de résistance qu'une paroi osseuse, se sera laissé distendre par la sérosité crânienne; que la tumeur, formée ainsi lentement, n'amenant aucune douleur, n'avait jamais causé aucun trouble; que peut-être la contusion avait porté sur elle; que, dans tous les cas, les diverses ponctions pratiquées sur elles la laissant vide, et amenant peut-être de l'air dans sa cavité, auront produit une inflammation, propagée avec d'autant plus de facilité aux méninges que celles-ci faisaient partie des parois de la tumeur. Sans doute, dans ce déplacement, elles avaient perdu leur apparence. L'abattement, les vertiges, suivis de fièvre, qui ont été observés après chaque ponction; les pulsations du liquide, son issue par saccades s'expliquent ainsi d'une manière satisfaisante. Dans plusieurs observations d'hydrocéphale, le liquide évacué par ponction est sorti par saccades, comme dans l'observation précédente.

Quoi qu'il en soit, cette observation, manquant de beaucoup de détails, n'en est pas moins des plus curieuses, et peut-être la seule que possède la science, entourée des mêmes circonstances. Elle est une bonne preuve de la difficulté du diagnostic en chirurgie, et elle montre combien le jugement chirurgical a besoin d'expérience, de rectitude. Une chose non moins curieuse a été la variété des opinions émises sur la nature de cette tumeur, alors même que les pièces étaient sous les yeux. Toutes celles que nous avons données plus haut ont été soutenues chacune par des hommes instruits; une discussion, les pièces en main, n'a pu les mettre tous d'accord.

Hémorragie remarquable a la suite d'une amputation de cuisse, pratiquée sur un enfant de neuf ans, pour une tumeur blanche; par M. Hargrave.

Obs. — Thomas R..., âgé de 9 ans, portait, depuis trois ans, une tumeur blanche à l'un des genoux. L'état avancé de la maladie rendit l'amputation de la cuisse nécessaire.

Les premiers temps de l'opération n'offrirent rien de particulier. Après la section de l'os, on s'aperçut que le tissu compacte était mince comme une écaille. Six ligatures furent d'abord appliquées. La surface du tissu médullaire, gonflée et saillante, continuait à donner du sang en assez grande abondance pour qu'on fût obligé de la comprimer solidement avec un morceau d'éponge. Quatre heures après, on visita la plaie, et six ligatures deviennent encore nécessaires; elles furent appliquées sur des vaisseaux sous-cutanés. On trouva le nerf sciatique dépassant de 7 millimètres la surface de la plaie, et de son centre partait du sang d'un large vaisseau. La portion saillante du nerf fut coupée, et il fallut cautériser avec le nitrate d'argent le vaisseau qu'il contenait. Malgré toutes ces précautions, la surface de la plaie, mise à nu, donnait toujours du sang en nappe; l'exposition prolongée à l'air et des applications de solutions d'alun finirent par l'arrêter.

Ainsi, pour une amputation de cuisse chez un enfant, douze ligatures, la compression de la surface du canal médullaire, la cautérisation d'une branche de l'ischiatique au centre du nerf sciatique, et l'exposition à l'air, aidées de préparations astringentes, ont été nécessaires. Cela est d'autant plus extraordinaire que, pour les tumeurs blanches, l'amputation se fait au-dessus de la tumeur, dans un lieu où d'habitude toutes les plaies molles sont atrophiées, outre que la faiblesse où ces affections jettent les malades est peu propre à développer leur système vasculaire. Il est vrai que cette faiblesse elle-même est souvent une cause d'hémorragie, tenant au peu de plasticité du sang.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet.

Soie ayant, au moment ou elle est produite, la couleur de certaines substances qui ont été introduites dans la nourriture des vers.

M. Bonafous écrit que le procédé chinois qui consiste à répandre de la farine de riz sur les feuilles qu'on donne aux vers à soie l'a conduit à substituer à cette farine nourrissante des substances colorantes, telles que l'indigo et la garance, pour voir si la couleur de la soie produite par ces vers n'en serait point affectée.

C'est ce qui a eu lieu en effet : des vers à soie nourris pendant leur quatrième âge de feuilles sur lesquelles on avait répandu de l'indigo en poudre, ont produit des cocons d'un bleu verdâtre très intense. La garance, substituée à l'indigo, a eu des effets moins marqués. Cependant la teinte rose est encore assez apparente dans les cocons filés par ces vers.

Des cocons des deux espèces sont mis sous les yeux de l'Académie.

APPAREIL D'ÉCLAIRAGE POUR LES MICROSCOPES.

M. Donné écrit à l'Académie pour lui présenter un petit appareil nouveau qu'il vient d'appliquer au microscope; cette modification, quoique n'ayant rien de scientifique par elle-même, a des applications si utiles, qu'il croit devoir la mettre sous les yeux de l'Institut; elle résout en effet complètement le problème de la démonstration des objets microscopiques dans l'enseignement, dont M. Donné s'occupe depuis plusieurs années; il n'y a plus de limite maintenant à ces démonstrations, au moyen de cet appareil, et le nombre des élèves ne présente plus aucun obstacle; M. Donné peut en effet faire observer les objets microscopiques dans son amphithéâtre aussi facilement qu'un professeur de botanique fait circuler une feuille de main en main, pendant qu'il en donne la description; voici en quoi consiste cette nouvelle disposition :

Ces microscopes portent leur lumière avec eux; une petite lampe est placée dans une sorte de lanterne sourde qui s'adapte immédiatement à l'instrument, de manière à éclairer convenablement le miroir reflécteur; tout est d'ailleurs rendu fixe et immobile dans ces microscopes, c'est dire que l'objet est maintenu sur la platine par un petit compresseur, et qu'une fois le foyer trouvé, il est arrêté au moyen d'une vis de pression; de telle sorte que les instrumens, ainsi disposés avec leurs objets, peuvent être passés de main en main dans l'amphithéâtre, sans que rien puisse être dérangé, et sans que les élèves aient autre chose à faire qu'à mettre l'œil à l'oculaire pour voir l'objet dont il est question.

Cet appareil rendra en outre l'emploi du microscope très commode dans certaines circonstances, et il n'était pas facile d'en faire usage jusqu'ici, dans les hôpitaux, par exemple, pour les recherches cliniques auxquelles il s'applique avec tant de succès aujourd'hui.

M. Donné fait circuler dans l'Académie plusieurs de ces microscopes de démonstration.

RECHERCHES SUR LE TORTICOLIS ET LE TRAITEMENT DE CETTE DIFFORMITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS.

M. le docteur Jules Guérin adresse un grand travail sur ce sujet. (Voir ci-contre la lettre qui accompagne cet envoi.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1840. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal est adopté sans réclamation.

M. Orfila propose à l'Académie de se faire représenter par un de ses membres à l'inauguration de la statue d'Ambroise Paré, à Laval. M. le secrétaire perpétuel, se mettant aux ordres de l'Académie, est chargé de remplir cette mission.

M. Chevalier lit, en réponse à une lettre ministérielle, un rapport officiel sur les moyens de colorer ou de rendre odorant l'acide arsénieux, dans le but de le rendre plus reconnaissable; par M. Limund, pharmacien. Ce dernier propose de faire subir à tout l'acide arsénieux qui se débite en France une des préparations précédentes; puis il discute la valeur à l'aide des différens procédés desquels on peut obtenir ce résultat.

Les conclusions du rapport sont : 1° le travail méritoire de M. Limund, quoique plein de bonnes intentions, n'a pas résolu la question qu'il a soulevée; 2° l'acide arsenicux, servant très souvent aux empoisonnemens, pourrait être utilement coloré; 3° d'engager M. le ministre à former une commission chargée de chercher les moyens de colorer cet acide, ou de lui donner une saveur et une odeur faciles à distinguer.

M. Pelletier dit que la quantité d'acide arsénieux employé dans les arts et l'industrie est très considérable; que, pour ces différens usages, il est nécessaire que l'acide arsénieux soit blanc; qu'on ne peut donc pas le colorer en masse; qu'il vaut mieux appeler la sollicitude de l'autorité sur les réglemens de la vente de cette substance.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Hamel lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

M. Gerdy, après avoir reproduit, contre les objections que lui avait faites M. Rochoux, dans la séance dernière, la substance de son travail, en expose aujourd'hui un nouveau intitulé: Expériences pour démontrer qu'on voit tantôt avec un seul oeil, tantôt avec les deux yeux. Cette question de la vue exercée avec un ou avec les deux yeux a toujours divisé les physiologistes. Cependant elle était susceptible d'une solution définitive, que M. Gerdy croit lui avoir donnée. Quand, dit-il, nous regardons un objet, tantôt nos yeux parcourent sa surface, tantôt ils sont fixés sur un seul de ses points. J'appelle *regard convergent* celui dans lequel les deux yeux, jetant leur axe optique sur le même point d'un objet, servent tous deux à étudier ce point; et *regard parallèle*, celui dans lequel un seul œil étant en action, son axe optique vient tomber perpendiculairement sur l'objet. Suivant que le regard convergent s'applique à un objet rapproché ou éloigné, les choses se passent différemment. Si un corps de petite dimension est placé sur un plan passant au milieu du visage et à 32 centimètres du nez, les yeux, pour regarder ce corps, convergent, les deux axes optiques vont se confondre sur lui, et nous le voyons distinctement. Que si on vient à éloigner l'objet, la convergence des yeux diminue graduellement: et, enfin, quand l'objet est très éloigné, les deux axes optiques paraissent parallèles, quoique néanmoins ils convergent toujours, mais faiblement. Il est bien évident que si un seul œil servait à voir cet objet, les deux yeux n'entreraient pas en mouvement pour le suivre dans son éloignement. Pour mieux s'en assurer, qu'on interpose à l'objet, et alternativement à l'un et l'autre œil, une carte, on s'assurera qu'on voit toujours l'objet, quel que soit l'œil auquel on applique l'écran.

Pour le regard parallèle, il faut que l'objet, au lieu d'être sur la ligne médiane, se rapproche un peu de l'œil exercé. Si, quand cet œil est fixé sur l'objet, on dérange ce dernier, une personne qui observe ce mouvement voit qu'il n'est suivi que par un seul œil, celui qui voit; l'autre y est étranger. La plus grande force de volonté serait incapable de mouvoir ce dernier. Une carte interposée à l'objet et à ce dernier œil, prouve bien que ce n'est pas lui qui voit.

Regard convergent sur un objet éloigné. L'objet peut être assez loin pour que la convergence des yeux ne soit point appréciable. D'ailleurs pour voir un objet dans de pareilles conditions, on se sert indifféremment tantôt d'un œil, tantôt d'un autre. Voulez-vous vous convaincre que vous ne le regardez que d'un seul œil? Dans une vaste campagne, alignez, les deux yeux étant ouverts, deux arbres, puis regardez-les tantôt avec un œil et tantôt avec l'autre, ayant soin de fermer celui qui n'agit pas. Vous verrez que tantôt l'alignement est conservé et tantôt dérangé. Il est dérangé, quand vous vous servez de l'œil qui n'a pas servi à votre insu à l'établir. On peut au lieu de fermer alternativement les deux yeux, placer alternativement sur les deux une carte. Il y a des personnes qui d'habitude ne voient qu'avec un seul œil; elles sont reconnaissables à leur regard mal assuré; et d'ailleurs nous tous sans le savoir, suivant le savoir, l'âge, suivant l'habitude, nous nous servons sans nous en douter, tantôt de l'un, tantôt de l'autre, tantôt des deux à la fois. Je me suis assuré de ce fait sur moi-même.

Je faisais il y a une douzaine d'années les mêmes expériences qu'aujourd'hui, et alors je ne me servais pas du même œil, et quelquefois je me servais de tous les deux. Le désaccord des auteurs dépend de ces variations.

M. Rochoux : Gall et Gassendi avant lui ont soutenu l'erreur qu'on ne voyait qu'avec un seul œil. J'ai fait il y a vingt ans des expériences, comme M. Gerdy, et j'ai au moins sur lui l'avantage de n'avoir pas depuis cette époque changé d'avis. Je croyais alors et je crois encore que nous voyons avec les deux yeux. Nous voyons distinctement tout ce qui fait, avec notre axe appliqué, un angle de 30°, et nous voyons confusément, même sous cet angle, les objets mal éclairés, trop éloignés ou trop rapprochés. Si on ne voit pas tout d'un coup les points disposés, comme le disait M. Gerdy dans la dernière séance, cela tient à ce qu'il faut un certain temps pour les compter, et pour les compter il faut une opération intellectuelle.

M. Gerdy: Je crois M. Rochoux dans une erreur complète. L'expérience que j'ai faite dans la dernière séance, je vais la répéter devant vous, et j'espère vous convaincre tous. Sur cette feuille de papier blanc, je range en cercle sept ou huit pains à cacheter; puis j'en mets un au centre. Je défie qui que ce soit, M. Rochoux lui-même, de me dire, s'il fixe rapidement ses yeux sur ce papier et sur la marque centrale que je lui montre avec mon doigt, de me dire le nombre et la couleur des pains à cacheter rangés en cercle. (M. Rochoux fait signe qu'il les voit tous à la fois, pendant que M. Gerdy présente la feuille de papier blanc.)

M. Pelletier prétend que c'est seulement parce qu'on voit tous ces objets à la fois, qu'on ne peut les compter. Pour les compter, il faut les voir successivement.

Mais M. Gerdy présentant le papier à M. Pelletier, qui est à ses côtés, ce dernier avoue qu'en fixant son œil sur la marque centrale, il ne peut voir que très confusément celles de la circonférence.

Ce travail est envoyé au comité de publication.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FIBREUSE CONTENUE DANS L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS; PAR M. AMUSSAT.

Ce chirurgien présente cette tumeur, du volume d'un gros poing d'adulte, un peu pyriforme, qu'il a extraite le 11 juin dernier. Voici les détails de cette opération. Il fut appelé par une dame qui, depuis plusieurs années, sujette à des pertes abondantes, était réduite au dernier état de faiblesse. Après plusieurs examens des organes génitaux, il constata, avec son doigt porté dans l'utérus, qu'une tumeur occupait la paroi postérieure de cet organe, et reconnut que la paroi antérieure était libre; mais il ne put assurer si cette tumeur appartenait à une dégénérescence de la paroi utérine, ou bien à un corps fibreux logé dans l'épaisseur de cette paroi. Ce qui surtout le laissait dans le doute, c'est que la lèvre inférieure ne pouvait être retrouvée dans le vagin; on ne sentait aucune bosselure; cela annonçait que la tumeur était unique. Par l'hypogastre, on la sentait très bas dans le bassin, et aussi par le rectum. Le toucher produisait toujours des pertes sanguines. La malade éprouvait des élancemens. Je diagnostiquai un corps fibreux de la matière et résolus de l'extirper. MM. Ribes et Récamier virent avec moi la malade et se trouvèrent du même avis. Si j'avais cru à l'existence d'une dégénérescence, j'aurais broyé la tumeur. L'extirpation fut pratiquée le 11 juin. Après avoir bien écarté les grandes et petites lèvres et avoir profondément plongé mon doigt dans le vagin, je sentis d'abord la lèvre postérieure du col qui m'avait échappé jusqu'alors. Des airignes et pinces de museux furent appliqués sur la tumeur que mes aides et moi nous tirâmes avec force au dehors. Rien ne cédait, le bassin obéissait aux tractions. Un bistouri boutonné servit d'abord à agrandir le col. Après deux ou trois débridemens, la tumeur commence à se présenter au col, deux ou trois pinces étaient à la fois implantées dans sa substance, et elle venait très lentement. Nous étions cinq et déjà nous étions fatigués par les tractions. En examinant la surface de la tumeur avec soin, je crus voir qu'elle était tapissée par la muqueuse utérine. J'incisai sur sa face antérieure, et alors cédant facilement elle s'échappa à travers cette incision et vint présenter la vulve, en-

traînant d'ailleurs avec elle la matrice renversée. Quand elle arriva à la vulve, la femme appuya solidement ses pieds, fit un effort violent et chassa la tumeur comme un enfant. Quelques coups de bistouri suffirent pour la détacher complètement. L'utérus se trouva aussi complètement renversé; elle fut aussitôt réduite. La malade alla assez bien pendant quelques jours. Le troisième, l'utérus s'était rempli. La malade fut alors prise de symptômes de résorption; peu à peu ils se calmèrent, et aujourd'hui la malade est très bien.

Je crois que c'est une mauvaise pratique que deréduire aussitôt l'utérus après une semblable opération. Cette cavité vide se remplit de caillots dont la décomposition est funeste; il vaut mieux ne réduire qu'à moitié.

(M. le docteur Trousse, médecin de la malade, nous a promis l'observation complète de ce fait intéressant que nous publierons dans le prochain numéro.)

MORVE AIGUE COMMUNIQUÉE A UN CHEVAL PAR L'INJECTION DE PUS DANS LA VEINE JUGULAIRE.

M. Renaud présente des fosses nasales, des portions de poumons, de cœur, de rate de cheval qui offrent toutes les altérations de la morve aiguë; ce sont les abcès métastatiques de l'homme. Ce cheval était vieux, maigre, de grand appétit et paraissait jouir de bonne santé. On lui injecte 4 centilitres de pus dissous dans 4 décalitres d'eau. Au troisième jour les symptômes morbides commencèrent à se manifester. Le cinquième, il y avait du jetage. Du quinzième au vingtième jour, les autres symptômes de morve aiguë se déclarèrent, et bientôt le cheval mourut.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR LA GANGRÈNE SÈCHE A LA SUITE DES FRACTURES COMMINUTIVES; par Adrien Sicard, D. M., ancien chef de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin adjoint des dispensaires de la Société de bienfaisance de Marseille, etc.

L'observation dont nous allons parler présente un grand intérêt; il s'agit d'une fracture comminutive du radius, près de l'articulation radio-carpienne, laquelle a entraîné la gangrène du membre et obligé de recourir à l'amputation. Treize jours s'étaient écoulés depuis l'opération, lorsque tout-à-coup la malade est prise de vertige, et meurt dans un court espace de temps. Nous verrons, dans cette observation, les bornes de l'anatomie pathologique; celle-ci ne nous avait pas fourni des preuves suffisantes pour expliquer la mort.

CHUTE D'UN LIEU ÉLEVÉ; FRACTURE COMMINUTIVE DU RADIUS ET LUXATION DU CUBITUS (COTÉ DROIT); LUXATION DE L'ARTICULATION RADIO-CARPIENNE DU COTÉ GAUCHE; GANGRÈNE SÈCHE A LA MAIN DROITE; AMPUTATION; MORT INSTANTANÉE TREIZE JOURS APRÈS L'OPÉRATION; AUTOPSIE.

Obs. — Rigaud (Marie), âgée de 45 ans, est doué d'un tempérament sanguin et d'une constitution sèche; elle exerçait la profession de journalière à Cabrières, département de l'Hérault. Son entrée à l'Hôtel-Dieu de Montpellier date du 5 juillet 1838.

Le 3 juin, Marie était occupée à cueillir des feuilles de mûrier sur un arbre de moyenne taille, lorsque tout à coup le pied lui tourne, et elle tombe. Notre malade ne s'évanouit pas, mais elle ressentit une forte douleur dans le bras droit, près de l'articulation radio-capienne. Le médecin appelé reconnut une fracture comminutive du radius du même côté, et une luxation du bras gauche dans la même articulation. Il paraît, en effet, que Marie, en tombant, avait envoyé ses mains en avant, et que tout le poids du corps avait porté sur cette partie.

Le chirurgien appliqua l'appareil convenable, mais, à sa levée, la main droite se trouva gangrénée dans un point de son étendue; Marie s'était plainte de douleurs dans cette main; mais on avait présumé qu'elles étaient dues à la fracture, et trois jours s'étaient écoulés depuis l'application de l'appareil; ce fut alors qu'on ordonna des lotions avec une forte décoction de feuilles de noyer, jointes à celles d'olivier. La gangrène ne continua pas moins ses progrès, et le onzième jour seulement, un cercle inflammatoire traça la limite entre les parties vivantes et celles qui avaient cessé d'exister.

Dix jours après l'accident, il survint à la main gauche, en face de l'articulation luxée, deux escarres de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

La maladie s'aggravant chaque jour davantage, Marie se décide à faire le voyage de Montpellier pour aller y chercher des soins plus assidus; elle est reçue à l'hospice et couchée au numéro 17 de la salle Notre-Dame. A la visite, nous observons que les mouvemens d'adduction et ceux d'abduction ne peuvent s'exécuter de la main gauche; celle-ci est œdématiée; le doigt explorateur y laisse son empreinte. Il existe sur les côtés de l'articulation radio-carpienne deux escarres de la largeur d'une pièce d'un franc. La main droite est tout-à-fait desséchée. On trouve à deux travers de doigt de l'articulation radio-cubitale un cercle inflammatoire qui délimite la partie gangrénée.

Notre malade éprouve des douleurs à la poitrine, qui est cependant reconnue sans lésions appréciables. On panse la main droite avec des plumasseaux trempés dans le chlorure de chaux. Quant à la gauche on y applique un cataplasme émollient.

8 juillet. Potion avec deux décigrammes de laudanum; tisane pectorale.

Le 9, la femme, à qui l'on avait fait sentir la nécessité de l'opération, se décide à faire le sacrifice de son membre; on la porte sur le lit de douleur; un aide pratique la compression de l'artère brachiale, un second saisit l'avant-bras, et se met en position de retirer les chairs à mesure qu'on fera la section. L'opérateur fait l'ablation du membre dans la partie moyenne de l'avant-bras; il s'écoule à peine quelques onces de sang; tous les vaisseaux sont liés avec exactitude, et les ligatures coupées ras du nœud; on réunit la plaie par cinq points de suture; quelques bandelettes agglutinatives et un bandage approprié terminent le pansement.

La malade a subi l'opération avec courage; de suite après elle est portée dans son lit, et une potion anti-spasmodique avec sept décigrammes de laudanum lui est prescrite; on place auprès d'elle une personne chargée de tenir le moignon, afin qu'il ne sorte pas.

En procédant à l'autopsie du membre enlevé, nous avons trouvé quatre fragmens au radius; le cubitus est luxé près de l'articulation radio-carpienne. (La pièce anatomique a été déposée au conservatoire de la Faculté.)

Le 10, la malade n'a pas reposé cette nuit; elle prétend souffrir beaucoup de la main gauche, qui cependant ne nous présente rien de nouveau; elle n'éprouve plus de douleurs à la poitrine; le pouls est à peine un peu fréquent; quant au moignon, il ne lui fait pas de mal. (Manulave émollient, tisane d'orge, eau de tilleul, looch blanc simple.)

Le 11, la nuit a été fort bonne, la malade a reposé tout le temps, elle ne souffre pas de la plaie; l'appareil est intact. La main gauche est toujours le siége de vives douleurs; elle demande à manger. (Deux tasses à café de bouillon à prendre en quatre fois.)

Le 12, les pièces de l'appareil sont à peine salies par un peu de suppuration; cependant on le change; le moignon va bien. La main gauche est celle dont elle se plaint, le bras est engorgé. (Continuation du cataplasme et des autres prescriptions.)

Le 13, une bonne nuit continue à réparer les forces de la malade; on enlève de nouveau l'appareil, et les bandelettes sont changées; nous remarquons qu'il y a fort peu de suppuration; c'est ordinaire à la suite de la réunion immédiate. (Deux prises de lait coupé avec l'eau d'orge, biscuit.)

Le 14, la malade ne souffre pas, le pouls est à son état normal. (Bouillon, tisane pectorale.)

Le 15, on remarque une rougeur érysipélateuse sur le bras, du côté où l'amputation a été faite, et chose remarquable, il n'y en a pas du tout sur le moignon, qui est réuni dans une grande partie de son étendue. On lave le bras avec l'éther. (Cataplasme émollient, deux pots de tisane d'orge, crème de riz)

Le 16, sept à huit heures de sommeil ont permis à la malade de goûter les douceurs du repos; l'érysipèle a envahi l'épaule, mais la langue est bonne, et il n'y a pas de fièvre; le moignon va parfaitement.

Le 17, le dos a été envahi par l'érysipèle; du reste, le moignon va bien et la malade a dormi comme à son ordinaire. (Looch blanc simple, avec addition de sirop de nymphœa; tisane d'orge.)

Le 19, la plaie du moignon est presque tout-à-fait cicatrisée; le point qui reste ne suppure plus; sa grandeur est à peu près celle d'une pièce d'un franc. On continue l'application du cataplasme; soupe, biscuit, poires cuites.

Le 20, notre malade n'a pas dormi et a souffert du dos; il n'y a rien dans le pouls ni dans le facies qui indique une grande souffrance. (Suppression du cataplasme, julep avec cinq décigrammes de laudanum, tisane pectorale, sirop de gomme, lavement.)

Le 21. Depuis quelque temps Marie n'a pas été à la selle; c'est pourquoi on ordonne une médecine (1). M. Serre coupe les points de suture. (Diète ce matin et soupe ce soir; bouillon.) Vers les deux heures d'après-dîner, la malade était fort contente et causait avec ses voisines, lorsque tout à coup elle fait des mouvemens convulsifs et expire au bout d'un quart-d'heure.

Nécropsie 18 heures après la mort. Le cadavre ne présente rien à l'extérieur; il n'existe pas d'épanchement dans la boîte crânienne; le cerveau nous offre un peu de sable rouge, quelques gouttes de sérosité se rencontrent dans le ventricule gauche.

Les poumons étaient sains, les plèvres adhéraient au rachis; rien dans le péricarde; dans la cavité gauche du cœur les fibres qui forment les colonnes étaient blanchâtres; l'aorte paraissait un peu injectée; le foie était sain, les reins et la rate aussi; l'estomac présente un peu de rougeur du côté du grand cul du sac, le tube digestif était injecté.

On passe à la dissection du moignon; on n'y trouve rien, ni dans les veines, ni dans les artères, ni dans les nerfs; l'os n'était pas nécrosé. Nous avons ouvert toutes les articulations, nous les avons trouvées saines; la moëlle épinière ne nous a rien présenté d'anormal.

Dans ce cas-ci, il faut tâcher de savoir si la gangrène est la suite de la compression produite par le bandage; nous ne le pensons pas, quoique cet accident ait pu arriver, puisque M. Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, a vu lui-même survenir une gangrène au bras à la suite d'une trop forte constriction; mais ce n'est pas ici une fracture simple, c'est une solution de continuité près de l'articulation, et il y a eu quatre

(1) A prendre *illico*, une médecine composée ainsi qu'il suit :

Follicules de séné...........	8 grammes.
Eau distillée..............	31
Manne en larme...........	228

A prendre en trois fois, de deux en deux heures.

fragmens osseux presque réduits en poussière. Or il est bien différent d'avoir une fracture près de l'articulation ou loin d'elle. Dans le cas précité, il y a eu fracture et luxation; on peut bien concevoir qu'à la suite d'un pareil désordre, l'inflammation seule, s'étant emparée des artères qui se rendent à la main, ait produit la gangrène; c'est un fait qui s'est souvent présenté, et Dupuytren a prouvé, le scalpel à la main, que la phlogose, ne permettant pas aux vaisseaux artériels de porter une nourriture suffisante au membre, la gangrène survenait.

En pareille circonstance que fallait-il faire? sacrifier le membre était la seule ressource; car, en effet, supposant même que la gangrène n'ait pas été bornée, nous savions qu'elle était due à l'inflammation ou bien à l'altération des vaisseaux; or, dans ces deux cas, il fallait opérer. Si, au contraire, la gangrène avait eu lieu par cause interne, on se serait bien gardé de faire l'ablation du membre, parce qu'alors les vaisseaux artériels sont oblitérés, et l'opération est inutile, à moins toutefois que la gangrène ne soit bornée.

L'opération était urgente; mais quel était le lieu d'élection? Dans les cas qui nous occupent, il faut amputer au-dessus de l'endroit qui est limité, parce que si l'on pratique l'amputation sur des parties enflammées on ne peut réunir par première intention, ce qui est un grand inconvénient, et en second lieu les ligatures peuvent couper les vaisseaux et procurer ainsi une hémorragie la plupart du temps mortelle.

On a dû remarquer que l'opérateur, au lieu de laisser les fils des ligatures dans la plaie, comme de coutume, avait eu soin de les couper au ras du nœud. Or Delpech a démontré qu'on doit les couper ainsi toutes les fois qu'il y a la pourriture d'hôpital; c'est en effet la seule manière de fermer tout à fait la plaie; il faut en agir de même quand on fait des amputations à la suite de gangrène. L'appareil a été enlevé le troisième jour, parce que, dans tous les cas de gangrène, quelle que soit la cause qui l'a produite, on doit surveiller la plaie pour voir si le mal ne se reproduit pas et être à même dans ce cas d'y porter plus tôt remède.

Notre malade est morte; quelle peut être la cause de cet accident? Un purgatif a été administré; mais il n'a donné lieu ni à la diarrhée ni à la superpurgation. Ce n'est donc pas lui qui a abrégé les jours de la malade. Qu'est-ce donc qui a provoqué cette terminaison funeste? A en juger par l'ensemble des phénomènes, on ne peut trouver les causes de la mort.

Voyons si les résultats de l'autopsie ont été plus satisfaisans.

Le moignon a été examiné en premier lieu: les bords de la peau étaient presque tout à fait réunis; les os étaient peu nécrosés; les muscles, les artères, les nerfs, poursuivis dans une grande partie de leur trajet, n'ont produit aucun résultat. La tête a été ouverte. Le cerveau était plus injecté que dans l'état ordinaire; il y avait du sable rouge et quelques gouttes de sérosité dans le ventricule gauche. Du reste, la substance cérébrale était aussi consistante que dans l'état normal. Serait-ce le résultat de la congestion? C'est possible; mais nous ne pensons pas que ce soit la cause de la mort.

Dans la cavité gauche du cœur, les fibres qui forment les colonnes étaient un peu blanches et l'aorte plus rouge que dans l'état normal. Mais une altération du cœur et des gros vaisseaux se serait manifestée au-dehors; donc on ne peut expliquer la mort par ce moyen. Quant à l'injection du tube digestif, ce n'est pas étonnant, puisque la malade avait pris le matin un purgatif.

Le médecin qui examine un malade dans l'état de vie est dans une position différente de celui qui le voit dans un amphithéâtre: ce dernier croit toujours trouver la cause de la mort. Il n'en est pas de même de l'autre. Pour faire de l'anatomie pathologique en conscience, il faut aller au lit du malade, et ensuite, lorsqu'il succombe, voir si les symptômes qu'on a observés pendant la vie concordent avec les lésions appréciables que l'on trouve sur le cadavre.

Dans le cas ci-dessus mentionné, nous ne croyons pas que la mort soit due à l'état de congestion. Celui-ci en est une des causes, mais la mort est tout à fait vitale, c'est-à-dire que nous n'avons pu trouver dans les lésions cadavériques, comparées aux accidens qui se sont présentés pendant la vie, une explication satisfaisante de la terminaison brusque et fâcheuse de la maladie.

L'anatomie pathologique n'explique donc pas tout, comme voudraient le faire croire quelques auteurs.

BIBLIOGRAPHIE.

COMMENTATIO DE TUMORIBUS IN PELVI PARTUM IMPEDIENTIBUS, A GRATIOSO MEDICORUM ORDINE HEIDELBERGENSI PRAEMIO ORNATA; auct. Benn. rud. PUCHELT cum præf. franc. CAROLI, cum duab. tab. in lop. inscriptis. Heidelbergæ, 1840.

C'est l'ouvrage que le vénérable et célèbre professeur d'accouchement à Heidelberg a annoncé dans son travail sur les principaux vices de conformation du bassin, traduit par le docteur Daoyau, p. 158 (GAZ. MÉD., 1835 et 1839). Dans la préface qu'il place à la tête du livre de son élève, il fait ressortir toute l'importance qu'il y a à bien étudier les tumeurs formées dans le bassin qui entravent des accouchemens, surtout celles qui ne consistent pas dans une saillie osseuse. Déjà depuis de longues années le savant professeur a fait de ce sujet un objet spécial de ses méditations, et en a entretenu ses auditeurs. En 1837, étant doyen de la Faculté, il l'a proposé pour sujet de prix, et a eu la satisfaction de le voir remporter par le fils de son collègue et ami M. le professeur Puchelt: c'est ainsi que parut cette monographie si importante sur une des questions les plus graves en médecine.

M. Puchelt commence par donner la définition du mot tumeur, puis il rappelle la classification que son maître donne des causes de dystocie, et il indique les tumeurs formées dans le bassin comme devant entrer dans les quatrième et cinquième catégories; puis il fait d'une manière remarquable l'historique de tout ce qui a été dit sur les causes de dystocies produites par les tumeurs développées dans le bassin, et rapporte plusieurs faits qui ont échappé à d'autres écrivains.

L'ouvrage est divisé en deux parties principales: la première traite des tumeurs qui ont leur origine dans les voies de la génération; la seconde, des tumeurs développées dans les organes qui entourent les voies de la génération en occasionnant le rétrécissement. La première se trouve sous-divisée en tumeurs développées 1° dans les tissus osseux, et 2° dans les tissus charnus. Dans la seconde, il est question des organes qui peuvent devenir un obstacle à l'accouchement en acquérant un volume démesuré, tels sont les trompes, les ovaires, le rectum, etc. Pour chaque espèce, l'auteur cite de nombreux faits et discute leur valeur sous le rapport du siége, de l'étiologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

PREMIÈRE PARTIE.

A. DES TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS LE TISSU OSSEUX.

CHAP. I. — DES EXOSTOSES. — L'auteur démontre, d'après plusieurs faits qu'il rapporte, que l'opération césarienne est presque toujours indiquée lorsque la tumeur est très prononcée.

CHAP. II. — DES OSTÉOSTÉATOMES. — Ici il n'est question que des tumeurs qui sont formées à la fois par du tissu lardacé ou charnu et osseux. Celles qui sont formées par du tissu fibreux, et ne sont adhérentes aux os que par des fibres tendineuses ou celluleuses doivent être rangées dans les tumeurs développées dans le tissu cellulaire du bassin. Les deux observations d'ostéostéatomes que l'auteur cite sont, l'une de Stark et l'autre de Grimmel, médecin à Wiesbaden. Cette dernière n'a pas encore été publiée. L'excroissance était si volumineuse qu'il fallut recourir à l'opération césarienne; l'enfant fut retiré vivant, la mère succomba le lendemain de l'opération; la tumeur s'était développée à la suite d'une chute faite sur le bassin quelques années auparavant. Elle se trouve représentée par deux lithographies que l'auteur a jointes à son ouvrage.

B. DES TUMEURS DES PARTIES MOLLES.

1° DANS L'UTÉRUS.

CHAP. I. — DES SARCÔMES. — Parmi les observations, il s'en trouve deux où l'accouchement a été rendu difficile par ce genre de tumeurs. Le sarcôme, aussi bien que le stéatôme, les corps fibreux et le squirrhe donnent presque toujours lieu à la nécessité de perforer le crâne ou de faire l'opération césarienne; car ces tumeurs ne peuvent être ni extirpées ni déprimées.

CHAP. II. — DU STÉATÔME. — Dans un seul cas, l'accouchement fut rendu difficile; dans trois autres, la tumeur était à la vérité placée dans l'utérus, mais se trouvait en dehors du bassin.

CHAP. III. — DU SQUIRRHE ET DU CARCINÔME. — Dans 30 cas où l'accouchement fut entravé par cette affection, vingt-six fois la maladie avait son siége au segment inférieur de l'utérus, et quatre fois au fond de cet organe. Sept mères succombèrent pendant le travail, neuf après l'ac-

couchement; dix furent guéries; chez trois les suites ne sont pas notées; des enfans, quinze sont morts-nés; dix vécurent, et de deux il n'est pas fait mention. Dans cette maladie, les désordres sont si variables et les ressources de la nature si remarquables, que quelquefois l'accouchement se fait avec une grande promptitude; s'il traîne en longueur, on se hâtera de le terminer.

Chap. IV. — Des excroissances cancéreuses en forme de chou-fleur au col de l'utérus. — L'auteur rapporte sept observations. Le pronostic n'est pas aussi fâcheux à cause de l'obstacle mécanique qu'à cause de l'hémorragie à laquelle la mère est exposée. Il est ordinairement prudent d'abandonner l'accouchement à la nature, et si les tumeurs sont pédiculées, l'ablation peut être indiquée.

Chap. V.—Des corps fibreux.—Après avoir rapporté les recherches anatomico-pathologiques qui ont été faites dans ces derniers temps, l'auteur rapporte sept observations de corps fibreux qui ont entravé l'accouchement. Le diagnostic est toujours difficile, le pronostic grave, et souvent il faut avoir recours à l'accouchement artificiel.

Chap. VI. — Des polypes. Dans quatorze cas où des polypes ont entravé l'accouchement, le pronostic a été moins fâcheux que dans le chapitre précédent, en ce que les excroissances étaient pédiculées et plus faciles à déplacer. De treize mères, une seule succomba pendant le travail, et deux à la suite de l'accouchement; il n'y eut que deux enfans morts-nés sur treize. Si le polype est petit, on peut le recliner; s'il est volumineux, on peut lier son pédicule et le couper au-dessus de la ligature.

Chap. VII. — Des tumeurs enkystées. — Il n'y a qu'une observation. Comme le diagnostic est très difficile, l'auteur recommande la ponction exploratrice; le pronostic est ordinairement peu fâcheux.

Chap. VIII. — Du prolongement de la lèvre inférieure du col de l'utérus. — Parmi les quatre observations, il s'en trouve une de M. Nægelé, qui n'a pas encore été publiée. L'accouchement ne devient guère facile dans ces cas, et là tumeur disparaît après les couches.

Les chapitres IX et X traitent de l'inflammation et des varices de l'utérus.

2° dans le vagin.

Chap. I. — Des stéatômes, des sarcômes et des corps fibreux.— Lorsque ces sortes de tumeurs formées dans le vagin empêchent la parturition, il faut, ou bien les déplacer, ou les extirper, ce qui est d'autant plus praticable que le vagin est plus extensible et accessible aux instrumens.

Chap. II. — Du squirrhe et du carcinome. — Deux observations. Ordinairement la nature se suffit à elle-même pour opérer l'accouchement.

Chap. III. —Des polypes. — Trois cas. On les recline, s'ils sont petits; ou en fait l'ablation, s'ils sont volumineux.

Chap. IV. — Des tumeurs enkystées. — Dans une observation, le kyste s'est rompu; son contenu s'est écoulé au-dehors, et l'accouchement a été terminé heureusement. Dans ces sortes de tumeurs, la ponction est indiquée.

Chap. V. — Des tumeurs sanguines. — Cinq observations. Les tumeurs, quand elles sont volumineuses, peuvent rendre la parturition difficile. Dans le commencement, on appliquera des fomentations froides et des sangsues; on recommandera le décubitus dorsal, et on ouvrira les veines variqueuses; si la tumeur met obstacle à l'accouchement, il faudra y pratiquer une large incision, pour la vider du sang qu'elle contient.

Chap. VI. — De l'inflammation et de l'œdème.

DEUXIÈME PARTIE.

Chep. I.—Des tumeurs des trompes.—Une observation de dystocie, due à cette cause.

Chap. II. — Des tumeurs de l'ovaire. — 52 observations, dont 17 hydropisies de l'ovaire, 7 endurcissements de cet organe, 5 de squirre ou de stéatome. et, enfin, 3 sans détermination précise de la maladie. Le siége ordinaire de ces tumeurs est dans la cloison recto-vaginale. Le diagnostic pendant le travail de l'accouchement varie dans chaque cas particulier. Quant au pronostic, il résulte que, de 31 mères, une succomba, 14 peu de temps après. De 31 enfans, 21 sont morts-nés, et 2 moururent peu après leur naissance. Les indications à remplir consistent à faire remonter l'ovaire tuméfié, s'il est encore mobile et si la tête n'est pas trop descendue, et de l'ouvrir avec le trocart ou la lancette, s'il renferme une matière fluide. Selon Merriman, il faudrait l'extirper, s'il était formé par une masse solide et n'avait pas d'adhéreuce avec les parties voisines. Lorsque la perturition ne peut pas se faire spontanément, il faut recourir à l'accouchement artificiel.

Chap. III. — Des tumeurs du rectum. — Deux observations font voir que l'accouchement peut être entravé par des accumulations de matière fécale. Sous le rapport du diagnostic, il est important de noter l'impression du doigt sur la saillie formée par la paroi postérieure du vagin. Dans ces cas, on emploiera les lavemens et on fera sortir les matières endurcies avec le doigt.

Chap. IV. — Des tumeurs de la vessie. — L'accumulation d'urine dans la vessie peut aussi devenir un obstacle à l'accouchement. L'auteur rapporte trois observations et recommande d'avoir soin de prévenir cette accumulation, en faisant uriner la femme au commencement du travail, et la faire disparaître si elle existe, en recourant au cathétérisme, ou même à la ponction de la vessie. 13 cas de calculs ordinaires compliquent l'accouchement. Les corps étrangers sont ordinairement placés au-dessus de la tête du fœtus, ou entre elle et l'arcade du pubis. L'indication à remplir consiste à faire remonter le calcul au-dessous de la tête de l'enfant, on, si on n'y parvient pas, à en faire l'extraction. L'accouchement artificiel est dangereux pour la mère.

Une observation de vessie squirrheuse, devenne obstacle à la parturition.

Chap. V. — Des tumeurs développées dans le tissu cellulaire du bassin. — Six cas de stéatome, un de squirre, six de tumeurs enkystées, un d'hydatide, et trois sans dénomination particulière. Le pronostic dépend de la densité de la tumeur. Neuf fois elle était dure. De neuf mères, une succomba pendant le travail, et deux autres peu après; de dix enfans, seize sont morts-nés. Sept fois, les tumeurs étaient molles. Deux mères moururent pendant l'accouchement, deux immédiatement après, et deux enfans sont morts-nés. Lorsque la tumeur est molle et diminue peu la capacité du bassin, on peut abandonner le travail à la nature. En général, on fait bien de l'aider, en déprimant les tumeurs qui sont mobiles, en ouvrant celles qui contiennent du fluide, et en extirpant celles qui sont dures, lorsqu'elles n'adhèrent pas trop fortement au vagin et au rectum.

Chap. VI. — Des hernies pouvant devenir cause de dystocie. — Trois observations d'entéro et d'épiplocèle vaginale. S'il n'est pas possible d'opérer la réduction pendant le travail, il faut se hâter de terminer l'accouchement pour pratiquer le taxis ensuite. Deux cas d'entérocèle périnéale; huit cas de cystocèle vaginale et deux de cystocèle périnéale. De huit femmes, une succomba pendant l'accouchement; de huit enfans, deux sont morts-nés. Encore ici il faut chercher à reposer la vessie et à la vider.

Cette analyse succincte suffira pour faire voir toute l'importance de cet ouvrage, où M. Puchelt fils, l'élève de M. Nægelé, s'est montré digne de son maître. Le zèle avec lequel il a recueilli toutes les observations éparses dans les auteurs anciens et modernes, le discernement avec lequel il les a appréciées, et l'ordre dans lequel il les a classées, font de cet ouvrage un des plus importans à consulter dans la pratique.

VARIÉTÉS.

— L'ouvrage de M. le docteur Füster, Sur les maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique, dont le manuscrit a reçu dernièrement de l'Académie des sciences de Paris un prix de trois mille francs, vient d'être mis en vente à la librairie de Dufart, rue des Saints-Pères, n° 1. Un fort volume in-8. Prix : 8 fr.

Nous rendrons compte prochainement de cet important ouvrage.

— Ostéographie, ou Description iconographique comparée du squelette et du système dentaire des cinq classes d'animaux vertébrés récens et fossiles, pour servir de base à la zoologie et à la géologie; par M. H. M. Ducrotay de Blainville, membre de l'Institut, professeur d'anatomie comparée au muséum d'histoire naturelle; ouvrage accompagné de planches lithographiées, sous sa direction, par M. J. C. Werner, peintre au muséum d'histoire naturelle de Paris. — In-folio et texte in-4. — Fascicule sixième (Mammifères insectivores). Prix : 31 fr.

A Paris, chez Arthus Bertrand, libraire de la société de géographie de Paris, rue Hautefeuille, 23.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 1er AOUT 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Deuxième mémoire sur le mal vertébral. (Suite.) — Mémoire sur l'emploi de la sonde airigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — II. Correspondance médicale. Fracture du crâne par arme à feu. — Tuméfactions chroniques de la prostate et rétrécissemens spasmodiques de l'urètre pris pour des rétrécissemens organiques. — Continuation à l'histoire de la maladie de Luques Rodinoff, sur lequel a été faite la ligature de l'artère iliaque commune. — Sur l'emploi de la grande eau en injection dans le cas de rétention de l'arrière-faix, et surtout de son adhérence extrême. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 27 juillet. — IV. Revue bibliographique. Elémens de physiologie de l'homme depuis son origine jusqu'à sa mort. — Sur les accouchemens tardifs. — Comdendium ou histoire succincte de la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin du premier cycle du dix-neuvième siècle. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. — Esquisses, n° 4.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LE MAL VERTÉBRAL; par M. NICHET, chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole de médecine à Lyon.

(Suite. — Voir les numéros des 26 et 27 juin et 11 juillet.)

PHLEGMASIE AIGUE ET ULCÉRATION DES CARTILAGES DU GENOU; PHLEGMASIE CONSÉCUTIVE DU TISSU SPONGIEUX DU FÉMUR, DU TIBIA ET DES OS DU TARSE.

Obs. XXIII. — Un enfant de la Charité, âgé de 10 ans, fut admis à l'infirmerie en octobre 1838. Le genou gauche était le siége d'un gonflement énorme, la fluctuation y était très sensible et une douleur intolérable se faisait sentir au-dessous du bord inférieur de la rotule. Le jeune malade ne peut nous donner aucune lumière sur la cause de son mal; il ne se souvient pas d'avoir fait de chute ni d'avoir reçu de coup sur la partie malade. Les sangsues, les émolliens, le repos diminuèrent la douleur, mais l'articulation ne laissa pas de se perforer à son côté externe et supérieur, toute l'eau contenue s'écoula, l'articulation reprit sa forme et ses mouvemens, et l'enfant marcha pendant un mois, mais il se livra pendant les récréations à des exercices si violens que la douleur et la fluctuation se montrèrent de nouveau. La rotule était fortement repoussée en avant; le moindre contact à la surface de l'article faisait pousser les hauts cris; la jambe était fléchie sur la cuisse, le talon plaqué contre la fesse. Cinq ou six ouvertures se formèrent à la surface de la peau; il s'en écoulait en abondance de la sérosité purulente fétide. Pendant les fortes chaleurs de l'été de 1839, les douleurs devinrent si aiguës que le malade en perdit le sommeil et l'appétit, qu'il tomba dans un dévoiement colliquatif, et que les membres et la face furent tuméfiés par une infiltration séreuse. A cette époque, la nécessité de l'amputation ne me paraissait pas douteuse, mais le dévoiement et la faiblesse m'empêchèrent de la pratiquer. Il ne fallut pas moins de quatre mois pour faire disparaître ces symptômes et pour rétablir un peu les forces. Pendant ce temps, je fis comprimer le genou avec des bandelettes agglutinatives, et quoique la pression ne fût pas forte, elle ne laissa pas de diminuer le volume de la tumeur et de donner un peu plus de consistance aux parties molles environnantes.

Le 25 novembre, les forces me paraissant suffisamment rétablies, je pratiquai l'amputation de la cuisse. La plaie dont les lèvres furent rapprochées seulement fut complètement cicatrisée le vingt-cinquième jour, et l'enfant jouit maintenant de la santé la plus brillante. Voici le résultat de la dissection du genou malade.

1° Cette articulation avait acquis un grand volume par suite de l'empâtement des parties molles environnantes. On voyait à la surface de la peau, tout autour de la rotule, cinq ouvertures fistuleuses qui aboutissaient à la cavité articulaire; la rotule déjetée en dehors laissait libre du côté interne la gorge du fémur; le ligament inférieur de la rotule avait subi une forte distension.

2° La cavité articulaire était entièrement sèche.

3° Les fibro-cartilages semi-lunaires manquaient.

4° Les cartilages des facettes articulaires du fémur avaient éprouvé dans leur centre une perte de substance de la largeur d'une pièce de 20 s. Une perte de substance moins étendue existait à la partie postérieure des cartilages des condyles fémoraux. Enfin le cartilage de la rotule manquait dans toute sa partie centrale, il ne restait tout autour qu'un ruban circulaire d'environ 3 millim. de largeur. La perte de substance affectait toute l'épaisseur des cartilages; neanmoins les portions qui restaient sur le tibia présentaient des inégalités ou érosions bornées à leur surface. Les bords de ces pertes de substance étaient dentelés et arrondis. Tous les cartilages non détruits étaient d'un blanc mat. Les os qui formaient le fond de ces pertes de substance n'étaient point entamés; ils offraient une surface lisse formée par une plaque mince de tissu compacte qui se laissait facile-

Feuilleton.

ESQUISSES.

N° IV.

Hæ nugæ seria ducunt. (Horat.)

On est praticien, on le dit hautement, c'est un titre d'honneur; on ne veut pas être théoricien, on rejette cette qualification, c'est presque une injure. Qu'est-ce à dire? un praticien est-il sans théorie, un théoricien n'a-t-il jamais rien appliqué? Le premier ne serait qu'un routinier, le second un insensé. La théorie constitue la science, l'art établit la pratique; l'un est le principe, l'autre la fin, et il n'y a pas de médecine si la théorie et la pratique sont dans une opposition radicale. Mais chacun se renferme dans sa sphère; ce qu'on fait le mieux, on le vante, on l'exalte, on s'en tient là; c'est feu le petit docteur.... satisfait, content, enthousiaste de lui-même, toujours prés, disait-il, à s'envelopper de sa gloire de médecin homœopathe.

Vous-vous irritez contre une critique, elle vous fâche, elle vous blesse. Mais, pesez-la bien; si elle est d'un sot, oubliez-la; si c'est d'un envieux, pardonnez-la; si c'est d'un ami sévère, servez vous-en. En tout cas, souvenez-vous qu'il faut autant d'esprit pour profiter d'une bonne critique, que pour être en état de s'en passer.

Voici Callicrate, c'est un médecin faiseur de systèmes. Il prend une idée, il s'y attache, il la couve, il la féconde, il la façonne et l'étend outre mesure; bientôt c'est une idée fixe, une monomanie. Une fois qu'il a enfourché la croupe de sa chimère systématique, il est prêt à combattre à outrance. L'expérience, les faits, les phénomènes, les observations, les inductions, les principes, les plus opposés à son système, ne le gênent en aucune manière; il y applique sa loupe, dès-lors il voit ce qu'il veut voir, et comme il veut voir. Il n'y a rien, dit-il avec force, de plus évident, de mieux démontré, de plus positif, il faut bien de l'ignorance ou de la mauvaise foi pour ne pas voir comme moi; c'est là le signe pathognomonique de sa folie. Dès-lors toute preuve lui convient, tout argument lui est bon. Pour peu même que vous le pressiez, Callicrate vous soutiendra que la chose la plus claire n'est pas ce que vous croyez, que le blanc n'est pas blanc, qu'un bâton n'a pas deux bouts. Il rappelle cet intrépide et subtil dialecticien qui avait réponse à tout. Quelqu'un dit: le vent du nord souffle; nullement, répliqua-t-il, c'est le vent du sud, *mais qui s'en retourne chez lui.*

Règle générale. Dès qu'on oublie l'ouvrage pour attaquer l'auteur, pour péné-

ment déprimer par la pression du doigt. La synoviale était transformée en une gelée rousse consistante qui remplissait les vides de l'articulation et empiétait sur la surface des cartilages restans. Les ligamens croisés n'avaient subi aucune altération.

Le tissu spongieux du fémur d'un rouge foncé se laisse aisément diviser avec le bistouri, le doigt s'y enfonce et brise ses lames avec la plus grande facilité; il s'en écoule en abondance un liquide épais rouge semblable à la matière de la rate ramollie qu'on appelle boue sphénique. Le tissu réticulaire de toute la portion retranchée offre une altération analogue, mais le tissu compacte n'a rien perdu de la consistance et de l'épaisseur qu'il doit avoir à cet âge.

Le tissu spongieux de l'extrémité supérieure du tibia a contracté la même altération anatomique que celui du fémur. Le cartilage épiphylaire existe et a 3 millim. d'épaisseur. Au-dessous de lui, le tissu spongieux de l'extrémité inférieure du tibia, nous trouvons une rougeur moins foncée, une diminution de consistance moins prononcée que dans celui de l'extrémité supérieure du même os. Le liquide qui s'échappe des cellules est moins rouge. Les chirurgiens internes présens à l'opération penchaicot à croire que cette couleur est l'état normal de l'os chez les enfans. Pour leur démontrer le contraire, je n'eus qu'à diviser les os du tarse, l'astragale, le calcanéum, le scaphoïde, le cuboïde. Le centre de ces os était d'un blanc mat; ils étaient assez durs pour résister à la pénétration du doigt à moins d'un grand effort. Dans toute la circonférence de la surface divisée, on voyait une zône rouge rosée; il y avait là un ramollissement commençant, résultat de l'inflammation qui du tibia s'était propagée à tous les os du tarse qu'elle aurait envahie dans toute leur étendue, si l'amputation n'ayant pas été pratiquée, la vie du malade se fût prolongée encore quelques mois. Les cartilages qui avaient dû servir de moyen de transmission de cette phlegmasie conservaient l'éclat de leur blancheur normale et n'offraient aucun indice de maladie.

La nature inflammatoire du mal est suffisamment démontrée par les symptômes et la marche de la maladie. Si l'articulation eût été disséquée avant la rechute, il est probable que l'on aurait découvert de l'injection autour des ulcérations cartilagineuses; cette lésion a eu le temps de disparaître pendant l'année qui s'est écoulée jusqu'à l'amputation.

A l'affection des cartilages a succédé l'altération des os parfaitement semblable à celle de l'observation précédente, mais moins avancée qu'elle. Partie cette fois du milieu du membre, elle s'est irradiée dans deux directions opposées. Au tibia, elle diminuait d'intensité en s'éloignant du genou; cependant non seulement elle existait à l'extrémité inférieure de cet os, mais encore on voyait les traces du premier degré dans la circonférence de tous les os du tarse. Si le fémur eût pu être observé dans toute sa longueur, nous aurions trouvé la rougeur et le ramollissement décroissant graduellement jusqu'à son extrémité supérieure.

INFILTRATION TUBERCULEUSE DU CALCANÉUM; CARIE DE CET OS; CARIE DE L'ASTRAGALE ET DU TIBIA.

OBS. XXIV. — Une fille de la Charité, âgée de 13 ans, après un an de séjour à l'infirmerie pour une carie du calcanéum gauche, avec orifice fistuleux ouvert sous la malléole externe, succomba à une variole confluente. Voici ce que nous montra la dissection du pied et de la jambe gauche :

1° Un canal fistuleux étroit et court conduisant directement sur la face externe du calcanéum.

2° Sur cette face on voyait une perte de substance circulaire, à fond noir, à bords taillés à pic, dans laquelle on aurait logé une pièce de 10 sous.

3° Au centre du calcanéum, on trouvait un noyau de matière tuberculeuse infiltrée du volume d'une noisette et logée dans un tissu spongieux dont les mailles étaient élargies et la consistance diminuée.

4° Sur les limites de ce noyau, la substance du calcanéum devenait tout à coup d'un rouge noir et conservait cette couleur dans une étendue de 8 à 10 millim.; elle était ramollie, et en la pressant on exprimait en abondance un liquide de couleur lie de vin.

5° Au-delà de cette zône rouge, l'os reprenait sa consistance normale, en conservant une couleur brune.

6° Au côté interne du noyau tuberculeux, il y avait une petite caverne anfractueuse et allongée, traversée par quelques restes de cloisons non détruites et environnées de cellules très larges.

7° L'extrémité épiphysaire du tibia et 54 millim. environ de la diaphyse du même os étaient rouges et ramollis d'autant plus qu'on se rapprochait davantage de l'articulation tibio-astragalienne.

Le calcanéum et le tibia du côté droit ayant été divisés avec la scie montrèrent des surfaces dures, blanches, homogènes, à mailles presque imperceptibles; l'ongle était loin de pénétrer dans ces os comme dans leurs analogues du côté gauche, un fort scalpel ne les entamait qu'avec beaucoup de peine. Mêmes différences entre les deux astragales; la scie divisa le gauche avec plus de facilité que le droit; celui-ci ressemblait à une substance homogène et dure comme le marbre; en sciant l'autre, on sentait le brisement des cloisons celluleuses. L'astragale gauche était de couleur rosée; on apercevait à l'œil nu les cellules osseuses. L'ongle le pénétrait avec facilité surtout au centre. L'astragale droit était d'un blanc mat, lisse à la surface de la division et surtout d'une dureté insurmontable par l'ongle ou le scalpel.

Ici la cause irritante n'était ni une fracture non consolidée, ni une ulcération des cartilages; c'était un corps étranger infiltré dans les mailles du calcanéum, et qui déjà avait excité autour de lui une réaction inflammatoire qui aurait eu pour résultat, si le malade eût vécu, l'élimination de la portion osseuse, siége de l'infiltration, et sa conversion en séquestre. Mais les effets de la présence de ce corps étranger ne s'étaient pas bornés à l'os qui en était le siége; c'est-à-dire au calcanéum; ils s'étaient étendus à l'astragale et au tibia, dont le tissu était frappé d'une altération organique semblable, mais d'une intensité décroissante à mesure qu'on s'éloignait du foyer primitif du mal.

TUBERCULE DU GENOU; PHLEGMASIE DE LA SYNOVIALE; TUBERCULES DANS LES POUMONS, LE MÉSENTÈRE ET LE PÉRITOINE.

OBS. XXV. — Une fille de 12 ans, maigre, pâle, faible, entra à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur blanche du genou droit. Cette articulation était douloureuse, mais les mouvemens de flexion et d'extension étaient encore possibles. Au côté externe du genou, on voyait une tumeur arrondie, molle, du volume de la moitié d'une noix, douloureuse au toucher, et même spontanément, sans changement de couleur à la peau. Sur tous les autres points de sa surface, l'articulation conservait sa forme normale. Un moxa appliqué sur la petite tumeur du genou et des linimens opiacés ne tardèrent pas à éteindre la douleur, mais la malade toussait beaucoup, son ventre était douloureux; la fièvre ne la quittait pas; elle maigrissait à vue d'œil; elle succomba après deux mois de séjour à l'hôpital.

NÉCROPSIE. Au coté externe du genou, à l'endroit occupé par la tumeur dont il a été parlé, nous découvrîmes, après avoir incisé la peau et une lame de tissu fibreux, un tubercule aplati, large et rond comme un gros sou, jaunâtre, de consistance butyreuse, très adhérent aux parois de la poche qui le contenait. Cette matière était intimement unie à la face externe de la membrane synoviale, laquelle était perforée au-dessous du cartilage sémilunaire externe, en sorte qu'en passant une sonde sous ce cartilage, on arrivait sans effort dans la cavité qui contenait la masse tuberculeuse, et au milieu même de cette masse. Les cartilages du fémur, du tibia et de la rotule, étaient parfaitement lisses et blancs; mais la membrane synoviale qui enveloppait les ligamens croisés, celle qui se réfléchissait derrière le tendon du triceps, celle enfin qui enveloppait les masses graisseu-

---

trer dans le for de la vie privée, on cesse d'être journaliste, on devient faiseur de libelles.

Sous son masque ricaneur, Voltaire disait en s'inclinant, *nosseigneurs* les sots, et il avait raison. Les sots ont la majorité, ils ont par conséquent la force et le poids du nombre. Longtemps ils commandent à l'opinion, ils dirigent ce vent de la renommée qui caresse ou qui siffle. Loin donc de railler le petit esprit, il faut le craindre et l'éviter, car le petit esprit est irritable et orgueilleux; le petit esprit est médisant, mal pensant et communément malveillant. Dans la nécessité d'opter, ménagez toujours le sot plutôt que l'homme d'esprit, car rien de plus ingénieux, de plus cruel que le sot poussé à bout. En beaucoup de points se trouve ici la moralité, l'explication de la grande comédie du monde.

La médecine a des rapports infinis; c'est là son caractère, son orgueil et sa gloire. Vous pouvez, par l'étude des organes et des fonctions de l'économie, par la méditation de phénomènes qui s'illuminent des clartés les plus vives, pénétrer de proche en proche, jusqu'à l'ame, à la monade préétablie, vous convaincre que l'homme véritable est superposé à l'animal, qui est la racine de son existence. Vous pourrez même vous élever instinctivement jusqu'au sommet de l'être, à Dieu, jusqu'à des hauteurs où l'humanité perd conscience d'elle-même. Maintenant, redescendez et voyez la médecine dans ses applications journalières, dans l'emploi de ses moyens les plus fréquens, les plus ordinaires; elle est toujours utile, toujours secourable, toujours prête à dire à l'homme qui souffre : *Me voilà*. Belle et noble science, malheureusement inconnue aux hommes du monde dans sa grandeur, dans ses bienfaits. Certes, l'orateur romain aurait pu dire, comme de la philosophie : *O medicina..., lux vitæ, veritatis indagatrix*, etc.

Etre sage et sobre; *synonyme*, aimer la vie et le bien-être. Peut-on créer son bonheur? *Synonyme*, peut-on créer sa santé?

L'écueil de bien des malades, la fatalité de bien des maladies, c'est le MIEUX. Beaucoup de médecins, même prudens, expérimentés, s'y trompent et échouent, car rien de plus séduisant que cet écueil; le calme et la santé semblent si près. Jeunes praticiens, travaillez à atteindre le *mieux*; mais gardez-vous d'un excès de confiance, le port est plus loin, il y a souvent bien des dangers à courir avant d'y arriver.

Grands et savans docteurs, illustres professeurs des Universités, et vous praticiens consommés, je m'assieds humblement au pied de votre chaire et vous prie de me dire si la doctrine des crises n'est qu'un roman pythagoricien, ou bien une théorie fondée sur l'expérience. Puis en admettant ces crises ou jugemens, je demande si elles sont les mêmes dans tous les climats, les mêmes sur tous les individus et à tous les âges. Je voudrais encore savoir s'il y a des jours indica-

ses situées au-devant du fémur étaient d'un rouge rosé très prononcé. La cavité articulaire ne contenait point de liquide.

Une verrée environ de sérosité trouble était épanchée dans la cavité péritonéale, et tenait en suspension des lambeaux de fausses membranes. Un grand nombre de granulations tuberculeuses étaient disséminées dans l'épaisseur du péritoine. De grosses masses tuberculeuses remplissaient le mésentère, et les ganglions mésentériques étaient durs et volumineux. Les plèvres présentaient des adhérences en plusieurs endroits, une multitude de granulations tuberculeuses engorgeaient les poumons; elles étaient si nombreuses au lobe supérieur du poumon gauche, que le tissu de l'organe en était devenu complétement imperméable.

La mort survenue par de graves complications internes nous a laissé la facilité d'étudier dans son origine une maladie articulaire qui aurait été entièrement défigurée si elle eût parcouru jusqu'au bout les périodes naturelles. En effet, la phlegmasie excitée sur la membrane synoviale par la masse tuberculeuse en contact avec elle, n'aurait pas manqué de produire un épanchement de sérosité, et propagée d'un autre côté aux cartilages, elle aurait provoqué leur ulcération. Le tubercule tombé en fonte et dissous dans le liquide n'eût pas même laissé soupçonner son existence. La dénudation, la carie des os aurait nécessité l'amputation, et, à l'autopsie, on aurait certainement regardé l'altération osseuse comme l'affection primitive, et comme le principe de tous les désordres, tandis qu'elle n'eût été réellement que le résultat dernier d'une série de phénomènes qui auraient échappé à l'observation.

TUBERCULES HORS DU GENOU ENTRE LE TRICEPS ET LE FÉMUR; TUBERCULES DANS LE MUSCLE TRICEPS; CARTILAGES DÉTRUITS; OS RAMOLLIS.

OBS. XXVI.—François Perral, âgé de 23 ans, avait le genou droit tuméfié et fluctuant; le plus léger contact, le moindre mouvement faisaient pousser les hauts cris. Il avait en outre tous les symptômes de la phthisie pulmonaire et un dévoiement abondant. Dans les trois mois pendant lesquels je l'observai, le dépérissement alla toujours croissant. Il s'éteignit le 8 septembre 1835.

NÉCROPSIE. Plusieurs tubercules scrofuleux, de consistance caséeuse, renfermés dans un kyste, sont appliqués contre le tissu fibreux qui environne l'articulation. La cavité de cette dernière renferme une verrée de sérosité tenant en suspension de gros flocons tuberculeux encore très consistans. Entre le fémur et le tendon du triceps fémoral soulevé, de la matière tuberculeuse se trouve accumulée en grosses masses dans la hauteur de 40 millimètres. Dans l'épaisseur même du triceps, on trouve un dépôt gros, comme un œuf de poule, de matière tuberculeuse, renfermée dans une poche complétement séparée de la cavité articulaire par une cloison membraneuse. Les cartilages du fémur et du tibia sont détruits en grande partie; les portions qui restent se détachent sans difficulté. Le tissu osseux est rouge, le bistouri le pénètre avec facilité. Le ligament croisé antérieur est presque complétement détruit.

Au-dessus du muscle grand fessier gauche se trouve un vaste foyer de suppuration, qui vient s'ouvrir au niveau du grand trochanter.

Les deux poumons contiennent des tubercules à tous les degrés. Le sommet du poumon droit est creusé de deux cavernes, estomac sain. A la partie inférieure de l'intestin grêle une plaque rouge de 54 millimètres de longueur est creusée de deux petites ulcérations; ganglions mésentériques engorgés, plusieurs contenant à leur centre de la matière tuberculeuse. Le cerveau ni la moelle épinière n'ont été examinés.

Dans la précédente observation, les traces de l'inflammation de la synoviale étaient très prononcées, et un tubercule était là pour attester son origine; dans le dernier fait, la maladie était plus ancienne, la désorganisation plus profonde; du liquide remplissait l'articulation, et toute injection avait disparu. Mais, par une autre analogie très légitime, nous sommes fondés à admettre qu'elle a existé dans un temps plus ou moins éloigné, et qu'elle a joué le rôle principal dans la destruction des cartilages. Les os conservaient leur forme, mais leur consistance était notablement diminuée, une telle lésion n'a rien par elle-même qui indique qu'elle a existé avant celle des cartilages et qu'elle a produit cette dernière; il me semble, au contraire, que la marche inverse offre plus de vraisemblance, puisque nous voyons les cartilages beaucoup plus profondément lésés que les os; que nous avons sous les yeux une production organique, dont l'influence a dû se faire sentir primitivement sur la synoviale et sur les cartilages, et non sur les os; puisqu'enfin nous avons vu, dans d'autres cas, l'altération des os être indubitablement précédée de celle des cartilages.

TUBERCULES PRÈS DU GENOU; PERFORATION DES MEMBRANES FIBREUSE ET SYNOVIALE; INFLAMMATION DE LA SYNOVIALE; ÉPANCHEMENT DE PUS; ULCÉRATION DES CARTILAGES; ULCÉRATION DU TIBIA; DESTRUCTION DE SON TISSU RÉTICULAIRE.

OBS. XXVII.—Un enfant de 7 ans, maigre, très nerveux, a le genou droit tuméfié, les tissus qui environnent l'articulation ne sont point malades, mais la cavité articulaire est remplie de liquide, et la rotule, ainsi que l'extrémité inférieure du muscle droit sont fortement poussés en avant. La jambe est fléchie et les muscles du jarret sont tendus et saillans sous la peau. La pression n'excite aucune douleur. Les parens assurent que l'enfant n'a fait aucune chute, n'a reçu aucun coup. Pendant six mois, des linimens résolutifs, des pommades de même nature sont employés sans qu'il survienne aucun changement favorable. Deux fois la peau s'amincit au-dessus de la rotule; la fluctuation s'y prononce; l'abcès est ouvert avec le bistouri, et la plaie se referme bientôt. L'articulation étant devenue très sensible au moindre mouvement, le membre est placé dans une gouttière matelassée que l'on suspend, afin que le malade puisse exécuter des mouvemens de totalité; cette position nouvelle procure du soulagement. Quelques semaines après, un abcès se forme au-dessus et en arrière du condyle externe du fémur, il est ouvert et il s'en écoule une grande quantité de liquide séreux; l'ouverture reste fistuleuse et livre chaque jour passage à quelques cuillerées de pus. Depuis cet événement jusqu'à la mort, cinq mois s'écoulent, pendant lesquels la fièvre et le dévoiement ruinent complétement les forces du malade.

NÉCROPSIE. La jambe est fléchie sur la cuisse et immobile; une plaie à bords décollés et flottans existe au côté externe et inférieur de la cuisse. Une sonde, introduite sous la peau et dirigée vers le genou ne peut pénétrer dans la cavité articulaire; mais, en divisant la peau, on met à découvert une perforation étroite, située sous le condyle externe du fémur, et par laquelle une sonde arrive sans difficulté dans l'articulation. Tout près de cette ouverture, au milieu du tissu cellulaire dur et engorgé qui environne la plaie fistuleuse, nous trouvons trois tubercules, ayant le volume et la forme d'un haricot, renfermés chacun dans un véritable kyste. Les cartilages de la rotule du fémur et du tibia sont complétement détruits. Le tissu de la rotule se brise entre les doigts avec la plus grande facilité. Les condyles du fémur se séparent aisément de la diaphyse; ils n'ont point éprouvé de perte de substance et ne sont point ramollis. En avant, le fémur a été séparé des muscles par le pus, jusqu'à deux pouces au dessus des condyles. L'extrémité supérieure du tibia, unie au corps de l'os par une lame cartilagineuse, dure, blanche, épaisse de deux millimètres, est rouge, ramollie et ulcérée. La partie dont l'altération est la plus profonde correspond au côté externe du condyle externe. Là, dans un espace grand comme une pièce de 50 centimes, la substance spongieuse, complétement désorganisée, est remplacée par une espèce de bouillie épaisse et d'un rouge amarante. Cette désorganisation se prolonge dans toute la circonférence du condyle externe et même de l'interne, en décrivant un cercle; mais elle est d'autant moins profonde qu'elle s'éloigne davantage du point indiqué, comme étant le plus gravement lésé. La substance spon-

---

teurs de crises et des jours *vides*, pendant lesquels la nature se repose et prend haleine; si véritablement le sixième jour est un *tyran* comme le prétend Galien; s'il faut agir contre la maladie, on attendre patiemment les crises, en se croisant les bras sous la robe doctorale. Il y a plus de vingt siècles qu'on dispute sur ce point important de doctrine; eh bien! qu'a-t-on décidé? Quant à moi, je puis comme le médecin de Pergame prendre les dieux en témoignage, *vos, o dii immortales novistis! vos in testimonium voco*, que j'ai fait mon possible pour connaître la vérité, mais inutilement. Instruisez-moi, savans docteurs, ôtez de mes yeux les écailles de l'ignorance; prononcez vos oracles, mes tablettes sont prêtes à les recueillir, et mon esprit à les méditer.

C'est une bonne chose que la mémoire, mais quelquefois bien perfide; ne s'avise-t-elle pas de faire à l'esprit de certains savans à découvertes, le tour que de prétendus chimistes jouèrent à des gens crédules; ceux-ci pensaient avoir fait l'or que les autres avaient glissé dans le creuset.

Non nulli solis clarescere volunt inimicitiis. Cynici non clinici, laudant neminem, omnes vituperant. Nullum suo palato inventum arridet; nulla sensibus, observationibus, experimentis, cogitationibus, certitudo. Palam detractant, quod ignorant. (*Alexandri* Knips-Macoppe; APHORISMI MEDICO-POLITICI; *nova editio*; *Ticini*, 1822; aph. XLVI.)

En général, tout ce qui excite vivement le système nerveux laisse après soi une certaine langueur, qui fait désirer le retour de l'irritation. Eh bien! c'est dans cette simple loi de physiologie, largement conçue, que se trouve le principe des habitudes bonnes ou mauvaises, l'origine des passions, des folies, des extravagances de l'humanité. Tant l'étude de l'homme physiologique est la racine de l'étude de l'homme moral et social.

On lit dans le Koran: « Au jour du jugement, l'encre employée par les savans à des écrits *utiles* aura la même valeur dans la balance éternelle que le sang des martyrs. » Quoi de plus encourageant? mais ô Mahomet! où sont les écrits véritablement utiles! La balance éternelle n'en sera pas très surchargée, et l'encre répandue pour les écrits peut être aussi précieuse, mais ne sera jamais aussi abondante que le sang des martyrs.

Les livres de médecine, même les meilleurs, passent vite. Veut-on s'en convaincre? Il n'y a qu'à jeter les yeux sur un catalogue d'autrefois; quel gouffre! les *rari nantes* sont aussitôt comptés. Bien plus, et sans parler de ces livres que le courant de la fabrique envoie au commun des lecteurs, cette mort scientifique frappe des ouvrages contemporains qui ont joui d'une grande renommée. Qui est ce qui achète et lit aujourd'hui la *nosographie* de Pinel, dont six éditions attestent la célébrité? Pourquoi s'en étonner? La science se modifie, la lutte des intelligences n'a plus le même objet; le mouvement des idées change de direction.

gieuse qui occupe le centre des condyles conserve la consistance et la blancheur normales. Au-dessous du cartilage épiphysaire, toutes les cellules des tissus spongieux et réticulaire ont disparu : à leur place on ne trouve plus qu'une vaste cavité, occupée par une bouillie semblable à de la lie de vin. La substance compacte, réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, se brise au moindre effort. A mesure qu'on descend vers son extrémité inférieure, le tibia s'éloigne moins de l'état normal, cependant il diffère encore du tibia de l'autre membre. Les cellules sont plus grandes, le tissu spongieux a moins de consistance, la couleur est rouge, le tissu compacte est plus mince.

Tous les organes de la poitrine et de l'abdomen sont d'une pâleur extrême; ils n'offrent aucune lésion remarquable. Le sang contenu dans les gros vaisseaux est séreux et d'un rouge très clair.

Les principales circonstances de cette observation sont un épanchement purulent opéré dans le genou; un abcès tuberculeux dont le fond aboutit à une perforation de la capsule fibreuse et des tubercules crus dans le voisinage; la disparition complète de tous les cartilages; enfin, une altération du tissu spongieux, d'autant plus profonde, qu'on se rapproche davantage de la perforation. Comment interpréter ces faits, quel ordre de succession établir entre eux, quelle a été la lésion primitive ? A mon avis le premier rang en date doit être attribué aux tubercules; le tubercule a perforé et enflammé la membrane synoviale; de là l'épanchement purulent, de là aussi l'inflammation et l'ulcération des cartilages. L'altération plus profonde du tibia dans l'endroit de la perforation, là où se trouvaient aussi les tubercules, indique assez que le foyer principal du mal résidait dans ce point, et que le cartilage du condyle externe du tibia a disparu le premier. Du cartilage l'inflammation s'est propagée à l'os, dont l'affection n'était encore ici que secondaire.

Le tibia n'était pas seulement ramolli dans son tissu, mais il avait encore éprouvé une perte de substance, une véritable ulcération, soit dans son condyle externe, soit dans son canal médullaire. Cette perte de substance, cette *carie*, dans le sens vulgaire du mot, n'est que le dernier degré de l'inflammation de la membrane médullaire; nous avons vu que cette membrane enflammée diminuait la consistance et l'épaisseur des lames osseuses auxquelles elle était attachée. Lorsque la phlegmasie est très ancienne, il vient un moment où quelques-unes de ces lames, entièrement consumées, laissent la membrane sans appui; elle s'affaisse au fond d'une excavation formée de la réunion de plusieurs cellules, et cette excavation s'agrandit sans cesse par la disparition continuelle de nouvelles cloisons. C'est par ce mécanisme que disparaissent des masses de tissu spongieux très étendues, et l'on trouve à la surface des parties que l'ulcération n'a pas encore envahies, une sorte d'*omentum* d'un rouge noir analogue au plexus choroïde, qui n'est pas autre chose que la membrane médullaire des cloisons détruites, qui, ne trouvant plus d'appui, s'affaisse et se réunit en une masse molle, rouge et flottante.

Ce que nous avons dit sur les maladies des cartilages diarthrodiaux, et sur leurs suites, nous autorise à rétablir les propositions générales suivantes.

Les cartilages diarthrodiaux possèdent comme les autres organes du corps vivant la faculté d'éprouver sous l'influence de certains stimulus, l'inflammation simple et de l'inflammation ulcérative.

Les lésions trouvées dans les cartilages enflammés varient suivant la marche rapide de la maladie. Maladie très aiguë, injection vive; maladie un peu plus lente, injection avec ulcération; à un degré plus avancé, ulcération avec injection brune ou violette. Si l'affection s'est prolongée pendant une ou plusieurs années, la rougeur n'existe plus, le cartilage est ulcéré en totalité ou seulement en partie. Lorsqu'il n'est attaqué que dans une portion de son étendue, la perte de substance offre des formes variées; elle est arrondie ou anguleuse, ses bords sont taillés à pic et déchiquetés, ou bien arrondis et usés de manière à présenter une section oblique vers le centre de l'ulcère. La portion du cartilage qui a résisté à la destruction est blanche, dure comme à l'ordinaire, ou bien ramollie, pulpeuse et tuméfiée.

Que le cartilage ait disparu en totalité ou seulement en partie, le tissu de l'os qu'il recouvrait peut se présenter dans des états divers : 1° l'os n'a éprouvé aucun changement dans sa couleur, dans sa consistance, dans sa forme, ni dans l'aspect de ses cellules, il est simplement dénudé; 2° le tissu spongieux présente les caractères anatomiques de l'inflammation chronique sans solution de continuité (carie); 3° A cette dernière lésion se joint une solution de continuité plus ou moins étendue. Dans la première de ces trois suppositions, l'os n'étant pas malade, il est clair qu'il n'a pas pu communiquer aux cartilages une affection qu'il n'avait point; le cartilage a donc été primitivement et exclusivement affecté. Dans les deux autres hypothèses, c'est-à-dire lorsque l'os est ramolli ou ulcéré en même temps que le cartilage est détruit, on pourrait penser, et on croit encore, en effet, le plus souvent que la maladie de l'os a été primitive et que le cartilage n'a été affecté qu'après lui et par lui. Mais l'étude attentive des causes et des symptômes, aussi bien que la dissection des parties, conduisent à un résultat diamétralement opposé, je veux dire que presque toujours la maladie de l'os, qui est consécutive à celle du cartilage. Les causes de la maladie, quand on peut les saisir, sont toujours de nature irritante et portent leur action sur le cartilage lui-même ou sur la membrane synoviale qui lui transmet l'affection avec la plus grande facilité. Ce sont tantôt une contusion violente ou des contusions fréquemment répétées; ou bien le tubercule scrofuleux, développé en masse contre le cartilage lui-même ou contre la membrane synoviale; ou bien encore la matière tuberculeuse infiltrée dans l'extrémité osseuse qui tient au cartilage altéré. On a vu, et j'ai vu moi-même des arthrites rhumatismales être suivies de la disparition des cartilages. Une de nos observations nous a montré des cartilages enflammés par suite de l'absorption purulente. Dans deux cas seulement la maladie des cartilages était consécutive à celle des os; les deux faits ont pour objet une fracture non consolidée qui a fixé une irritation prolongée sur un point de la diaphyse.

La phlegmasie des cartilages est presque toujours fort douloureuse. La douleur, souvent très vive, est quelquefois intolérable; elle occupe un point fixe et très circonscrit de l'articulation que l'autopsie démontre correspondre au cartilage seul lésé, ou principalement lésé.

Quant à la manière dont l'inflammation détruit la substance du cartilage, il est souvent fort difficile d'avoir quelque renseignement à cet égard, surtout dans l'inflammation aiguë qui laisse après elle une perte de substance sans résidu. Mais quand la maladie affecte une marche chronique, un cartilage peut offrir simultanément des pertes de substance et des parties dans lesquelles son tissu, simplement ramolli, a l'aspect d'une matière pulpeuse, d'où on peut inférer que le ramollissement est l'état qui précède l'ulcération. J'ai vu tous les cartilages d'une articulation ramollis, pulpeux, exempts d'injection; il est probable que l'in-

---

Ajoutons que les chercheurs de cette chose quasi introuvable, le nouveau, attirent aussi l'attention. Vous dites, mais que faut-il faire pour éviter ce fatal destin au livre que je médite? — Attendez...; d'abord, une idée grande et neuve. —Ensuite?—Que cette idée soit d'une frappante utilité.—Après?—Faites en sorte de la présenter sous toutes ses faces; puis que l'excellence du fond soit relevée par la sévère beauté de la forme, que vous mettiez à votre œuvre une verve de talent, un cachet de style et d'originalité qui ne soit qu'à vous; que la lecture en soit instructive, attrayante, hier, aujourd'hui, maintenant, toujours; que.... — De grâce, arrêtez; tout ce que vous exigez constitue les caractères du génie. — Eh! sans doute, j'en voulais venir à cette vérité vulgaire que le génie seul a droit à l'immortalité de ses œuvres; pour durer dans la mémoire des hommes, il faut avoir fait des choses qui durent.

Nous devons à la maladie une portion de notre existence, comme nous devons au malheur la dîme de notre vie.

Que de maladies, de douleurs, de dangers, d'infirmités les hommes éviteraient s'ils étaient bien pénétrés de ce grand principe d'hygiène et de sagesse, que le plaisir entre parfois dans la composition du bonheur, mais qu'il n'en est jamais l'essence.

Soyons bons et justes, soyons francs et ouverts, mais ne soyons pas dupes; répétons avec un homme de sens : je vous avertis que je ne saurais souffrir qu'on me bride sans me consulter; que je veux me brider moi-même, ou donner ma voix pour savoir au moins qui me montera sur le dos.

L'homme est fécondé, il naît, vit, se perpétue, vieillit et meurt; l'herbe, la mousse, germent, se développent, fructifient, se corrompent. Ainsi commencent et finissent toutes choses; ainsi la vie et le néant vont et viennent par les incessantes combinaisons des élémens; ainsi un mouvement destructeur et un mouvement résurrectionnel de la nature se prolongent dans l'infini des temps et de l'espace. Il n'y a point d'être, partie hiérarchique du monde physique, qui ne soit soumis, dans un temps donné, à cette loi de modification moléculaire. Une même fécondité produira l'insecte d'un jour et l'astre de mille siècles. Une même nécessité décomposera pour jamais et ce ver éphémère, et ce soleil, passager comme lui. Jehovah, Θεός, Brahmah, Dieu, *l'existant* par lui-même, échappe seul à ces éternelles transformations de l'univers phénoménal, parce qu'il est l'origine et le but, le principe et la fin, la source vivante et incréée de toutes les réalités, de toutes les existences.

Le médecin instruit, judicieux, qui a mesuré la hauteur et la grandeur de la science, qui a compris la noblesse de sa profession, qui l'exerce avec confiance, avec bonheur, qui est estimé et honoré, qui jouit d'une certaine aisance, possède

flammation persistant à un faible degré ne s'est jamais élevée assez haut pour disposer on absorber ces débris cartilagineux.

L'os devenu malade consécutivement à l'ulcération des cartilages peut être altéré dans ses tissus spongieux, réticulaire et compacte. Le tissu spongieux, en raison de ses rapports immédiats avec le cartilage, est toujours le premier attaqué. L'altération la plus simple et la plus fréquente est une injection sanguine. L'extrémité osseuse, divisée par un instrument tranchant, se montre d'un rouge rosé ou même d'un rouge cerise plus ou moins foncé, ce qui est surtout sensible aux os des membres, dont le blanc est la couleur normale, et que l'on peut mettre à côté de l'os sain pour les comparer.

A un degré plus avancé, la rougeur de l'os est accompagnée de l'ampliation des cellules et d'une certaine mollesse qui permet au scalpel ou à l'ongle de pénétrer avec facilité le tissu spongieux. L'os se laisse diviser aussi bien plus aisément avec la scie. Les cellules élargies contiennent un liquide épais, d'un rouge amaranthe ou lie de vin, analogue à la matière qui s'échappe de la rate tombée en putrilage.

Dans un troisième degré les cellules sont plus élargies, la membrane médullaire est boursoufflée, l'os est si mou que la pression lui communique toutes les formes comme à une éponge; le liquide qui s'en écoule est d'un rouge foncé et même noir. L'os se laisse déchirer avec la plus grande facilité en faisant sentir sous les doigts une certaine crépitation.

Ces altérations profondes de la texture des os ne sont pas nécessairement accompagnées de perte de substance; le plus souvent, au contraire, elles conservent toutes leurs formes extérieures à quelque degré qu'elle soit parvenue. Cette affection constitue la véritable *carie*; dénomination vulgairement appliquée à toutes les pertes de substance osseuses, quel que soit l'état de l'os sur lequel elles ont établi leur siége; ce qui est le principe d'une grande confusion dans l'étude des maladies du système osseux. En effet, on rapproche ainsi par un seul mot des maladies tout à fait diverses. Et, par exemple, le tubercule produit des érosions osseuses auxquelles j'ai vu souvent appliquer le nom de carie, bien que l'os fût parfaitement sain d'ailleurs. D'un autre côté, si un os ramolli éprouve une perte de substance, celle-ci ne forme pas le fond de la maladie; c'est le terme auquel aboutit la lésion organique livrée à sa marche naturelle. Elle est le résultat de la destruction des cloisons osseuses, et de la réunion de plusieurs cellules en une seule excavation. Nous avons vu que cette destruction elle-même reconnaissait pour cause l'inflammation chronique et le boursoufflement de la membrane médullaire.

La carie ne reste pas concentrée dans les extrémités osseuses ou dans les os courts où elle a pris naissance, elle s'étend à la totalité d'un os long aux os voisins, et même à tous les os d'un membre, si la durée de la maladie a été assez longue, l'altération se montrant à un degré d'autant moins avancé qu'on s'éloigne davantage du foyer primitif.

Le tissu réticulaire des os longs, continuation du tissu spongieux, subit des altérations analogues, mais la substance compacte éprouve dans ses formes des modifications spéciales qui méritent d'être mentionnées. Ce tissu, qui, par sa position périphérique, représente une grande cellule, subit aussi, comme les parois des cellules, une influence atrophique telle que les os les plus épais deviennent aussi minces qu'une feuille de papier, et cet amincissement est d'autant plus marqué qu'on se rapproche plus de l'os primitivement malade.

Cette digression sur les maladies des cartilages diarthrodiaux était indispensable pour jeter quelque lumière au milieu de l'obscurité qui règne à l'égard des lésions des fibro-cartilages intervertébraux. Si les deux ordres d'organes dont la structure et la vitalité nous ont paru si analogues nous offrent en même temps des altérations anatomiques identiques, déterminées par des causes semblables, il y aura quelques raisons de conclure à l'identité de la modification morbide qui a été l'agent immédiat de ces lésions. Résumons d'abord les formes variées d'altérations des cartilages intervertébraux telles que l'ouverture des cadavres nous les a montrées dans le mal vertébral et décrivons les affections des autres organes qui, coïncidant avec elles, en sont des complications plus ou moins graves.

Les cartilages intervertébraux ont quelquefois l'apparence de la plus parfaite intégrité, tandis que le corps de plusieurs vertèbres voisines avait éprouvé sous l'influence du tubercule scrofuleux, des pertes de substance étendues. D'autrefois une vertèbre étant détruite, les deux disques voisins rapprochés jusqu'au contact sont lisses, amincis, usés par le frottement. Nous avons rencontré depuis un jusqu'à six cartilages complètement détruits sur la même colonne, sans que les vertèbres eussent éprouvé la moindre atteinte dans leur forme ou leur structure, ce qui prouve que les affections des vertèbres et celles de leur fibro-cartilages peuvent être indépendantes. Lorsque le fibro-cartilage a complètement disparu, il reste entre les vertèbres qu'il séparait un vide égal à son épaisseur. Cet espace ne contient quelquefois point de matière, mais nous y avons trouvé un liquide rouge ichoreux, ou bien de la substance tuberculeuse diffluente. Dans certains cas, la plus grande étendue du cartilage a disparu, mais la portion qui limitait la circonférence étant restée debout circonscrit en partie une cavité ouverte, tantôt en avant, tantôt en arrière, dans le canal vertébral.

La perte de substance éprouvée par le cartilage se borne souvent à la partie centrale ou pulpeuse, qui, en disparaissant, a laissé après elle une cavité lenticulaire, à parois lisses et d'aspect synovial fermée de toutes parts. A un degré plus avancé, la partie centrale n'est pas seulement détruite, mais encore le cartilage est séparé en deux plaques restées adhérentes à la vertèbre correspondante. Ces plaques peuvent tenir à la vertèbre par toute leur surface, ou bien n'y être attachées que par des points circonscrits et restés isolés dans les autres parties. Ces plaques sont entières ou déchirées, sèches comme une feuille de parchemin, ou bien humectées par du pus ou de la matière ichoreuse.

Une fois nous avons trouvé une cavité parfaitement sphérique creusée dans l'épaisseur des dixième et onzième vertèbres dorsales et du cartilage intermédiaire, dont la partie moyenne n'existait plus. Le disque intervertébral, au lieu d'être usé à son centre, peut être attaqué par un point de sa circonférence, soit en avant, soit en arrière; une partie ou la totalité de son épaisseur a disparu. Tantôt les bords de la perte de substance sont tranchans et comme taillés à pic, tantôt, au contraire, ils sont coupés obliquement, adoucis et comme usés avec une lime.

Ces altérations des cartilages vertébraux existent rarement seuls; elles sont, au contraire, fort souvent accompagnées d'autres lésions organiques qui les ont précédées ou qui leur sont postérieures en date. Ces complications siégent sur les vertèbres, sur la moëlle épinière ou ses

---

tout ce que la société et la philosophie peuvent enseigner de réel, d'essentiel à la félicité humaine.

Crispinus débute, on dit: c'est un charlatan, un ignorant, qui dupe et trompe le public. Cet homme intrigue, son nom, son adresse et ses drogues retentissent dans les journaux; il a ses amis, ses affidés, ses compères, néanmoins il tombe à plat; alors c'est un misérable, on l'attache au poteau de l'infamie. Au contraire, *Crispinus* réussit, il arrondit et augmente sa fortune; peu à peu on oublie les moyens; le but est atteint, te voilà riche. Dès lors, il a de la considération, du poids, des droits politiques, une position sociale, et il y a des médecins assez peuple pour ne voir que la surface. Telle est la *puissance de l'orviétan* quand il a du succès. Fatale inconséquence de notre esprit, de nos mœurs et de nos lois. Qu'y faire? De tout temps les hommes en agirent ainsi. Avant moi et beaucoup mieux que moi, La Bruyère a dit: « Si le financier manque son coup, les courtisans disent de lui: c'est un bourgeois, un homme de rien, un malotru; s'il réussit, ils lui demandent sa fille. »

Quand un étudiant venait solliciter la protection de Louis, le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie, celui-ci ne manquait jamais de faire cette question: Savez-vous l'anatomie? — Oui, Monsieur. — Eh bien! faites-moi la description du *tabouret* qui est devant vous. Louis avait raison, il se servait d'un excellent moyen pour saisir la portée d'un homme et marquer son avenir; il jugeait par là de la sagacité, de la logique, de l'esprit de méthode du candidat. Il y a dans notre art une infinité de choses qui tiennent au tabouret de Louis, et beaucoup de gens seraient embarrassés pour le bien décrire.

L'art de présenter, de coordonner les faits, le talent d'en tirer certains principes, donnent à ces derniers une apparence de vraisemblance, bien souvent aussi spécieuse que la vérité elle-même. De sorte qu'entre un système très admissible et une folie très ridicule, il n'y a quelquefois que la place d'un paradoxe.

R. P.

— M. Sondan, chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, en remplacement de M. Guyon, appelé à l'hôpital de Bordeaux.

M. Scontteten, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, est nommé chirurgien en chef, premier professeur de l'hôpital de Strasbourg, en remplacement de M. Hénaux qui retourne à Metz.

M. Delocre, chirurgien principal de l'hôpital militaire de Perpignan, est appelé en son grade à l'hôpital de Lyon.

membranes, ou bien en dehors du rachis, dans son voisinage ou dans des organes éloignés.

La lésion la plus fréquente des vertèbres est le tubercule scrofuleux; cette production forme des couches plus ou moins étendues, plus ou moins épaisses entre la vertèbre et le ligament vertébral antérieur, plus rarement dans le canal rachidien, ou bien elle est concentrée en masses dans l'épaisseur même de la vertèbre. Nous avons vu un tubercule de petit volume logé dans l'os tout près du cartilage altéré, dont la perte de substance formait une cavité commune avec celle qui contenait le tubercule. Dans deux cas nous avons vu sur le même sujet deux foyers tuberculeux situés au devant des vertèbres, et dans leur épaisseur, occupant les deux extrémités du rachis, et coïncidant avec la destruction des cartilages correspondans.

La matière tuberculeuse peut être infiltrée dans une seule ou dans les deux vertèbres, qui confinent au cartilage malade. Le tissu de l'os infiltré peut être plus mou que dans l'état normal, quoique M. Nélaton assure le contraire; d'autres fois, la portion infiltrée blanche et dure conserve sa forme et sa continuité avec la partie saine, ou bien elle est divisée en deux ou un plus grand nombre de fragmens, maintenus en place, ou plus ou moins disloqués, ou même dispersés.

Dans certains cas, le tubercule a disparu, sans qu'il en soit resté la moindre trace; mais, en se détruisant, il a laissé après lui une dépression de profondeur variable dans la vertèbre voisine du cartilage altéré ou détruit. Telle était l'excavation de l'apophyse odontoïde chez le sujet de l'observation 13; l'observation 14 nous a offert une dépression analogue. D'autres fois, les excavations, au lieu d'être largement ouvertes, sont plus ou moins closes; tel est le cas déjà cité de la caverne creusée dans les dixième et onzième vertèbres dorsales et leur fibro-cartilage. Les os sur lesquels ces pertes de substance sont établies conservent leur consistance normale; ils ne sont ni plus ni moins rouges qu'à l'ordinaire; on ne peut donc point regarder l'inflammation ulcérative comme l'agent de destruction du tissu osseux; car elle aurait laissé des traces de son passage, à moins qu'on ne suppose que cette inflammation se termine par résolution, constamment à l'époque de la mort du malade. Ces pertes de substance ont été encore attribuées à une inflammation ulcérative, terminée par induration; mais, je le répète, l'os n'est pas plus dur que dans l'état normal. Il faut encore distinguer ces érosions osseuses des échancrures que laissent après eux les séquestres qui se détachent; celles-ci ne sont ni lisses ni aussi nettement taillées que les premières, lesquelles se rapprochent toujours de la forme sphéroïdale, et sont d'ailleurs parfaitement conformes à celles que, dans des cas plus nombreux, on trouve occupées par de la matière tuberculeuse. Il faut donc admettre qu'elles n'ont pas d'autre origine que le tubercule qui s'est ramolli et liquéfié, soit par ancienneté, soit par l'effet des mouvemens, soit enfin par l'action d'un liquide. Ce sont des cavernes analogues à celles qu'on trouve dans les poumons des phthisiques, et dont on ne méconnaîtrait pas l'origine, lors même qu'autour d'elles il existerait plus de tubercules.

Parmi les maladies des vertèbres concomitantes des altérations des fibro-cartilages, il faut signaler la *carie* que nous avons dépossédée du rôle principal qu'on lui a fait longtemps jouer dans le mal vertébral pour la classer parmi les simples complications. Deux sujets nous ont seuls offert cette lésion organique: chez le premier (obs. 2) la maladie, bornée à deux petites portions de deux corps vertébraux, était le résultat de l'action directe de la cause irritante sur l'os malade; chez le second (obs. 15) la carie plus étendue rappelait parfaitement, quant à sa naissance et à sa propagation, ce que nous avons vu se passer dans les os des membres. La maladie avait duré plusieurs années. La gibbosité correspondait aux deux premières vertèbres lombaires; les trois dernières conservant leurs formes offraient un notable ramollissement; mais c'est surtout le sacrum qui portait au plus haut degré tous les caractères de la carie; il était si mou que la pression lui communiquait toutes les formes. Cette différence de degré entre la lésion des vertèbres lombaires et celle du sacrum aurait pu seule indiquer que la maladie avait commencé dans ce dernier os pour se propager ensuite aux vertèbres, lors même qu'on n'aurait pas eu sous les yeux la destruction complète du cartilage de la symphyse sacro-iliaque droite et le vaste dépôt de matière tuberculeuse épaissie situé au devant du sacrum et de cette symphyse. Ainsi d'un côté la gibbosité s'était produite sur des vertèbres tout à fait exemptes de carie et offrant des lésions propres au mal vertébral; de l'autre, la carie existait sur des vertèbres non incurvées, et provenait d'une autre source très facile à indiquer; la carie n'était donc là encore qu'une complication.

Les abcès qui co-existent avec les maladies des disques inter-vertébraux sont loin d'avoir toujours le même caractère. Les plus communs sont formés primitivement autour des cartilages altérés dont les débris se jettent au-devant des vertèbres et soulèvent le ligament antérieur qu'ils décollent souvent dans une cavité étendue. Ces abcès aboutissent à l'aîne, au petit trochanter, à la cuisse, à la tubérosité sciatique, aux lombes, et peuvent d'ailleurs venir de toutes les régions du rachis. Dans trois cas, j'en ai trouvé deux chez le même sujet, l'un venant des lombes et l'autre du dos, commençant l'un et l'autre à une altération des disques intervertébraux, placés l'un à droite et l'autre à gauche du rachis, allant chacun aboutir à l'aîne correspondante. Ces collections purulentes, vulgairement appelées *dépôt par congestion*, sont caractérisées par cette circonstance que le pus prend sa source loin du lieu où l'abcès soulève la peau. Mais ceci demande une explication, si l'on prétend, avec la plupart des auteurs, que le pus de ces dépôts est produit par les vertèbres cariées en suppuration; cette idée que l'on donne des abcès par congestion est complètement fausse, car les vertèbres dépouillées de leurs cartilages intacts ou altérés dans leur continuité ne sont jamais en suppuration. Mais si l'on admet que des cartilages altérés, que des tubercules fondus, que des fragmens de vertèbres nécrosés et détachés soulèvent le ligament vertébral antérieur, irritent son tissu, en provoquent la suppuration, dont le produit accumulé quelquefois pendant plusieurs années, trace dans le tissu cellulaire un long trajet dont les parois deviennent le siége d'une nouvelle sécrétion purulente, alors on aura une idée très exacte de la nature des abcès par congestion. Ce qui prouve encore que la source du pus n'est pas dans les vertèbres, c'est que souvent ces abcès sont par leur immense étendue hors de toute proportion avec l'exiguïté de la lésion rachidienne. Ainsi cette cavité tuberculeuse des dixième et onzième vertèbres plusieurs fois mentionnée n'avait dû verser au-devant du rachis qu'une très minime quantité de matière purulente; mais elle avait suffi pendant les cinq années qu'avait duré la maladie pour développer un abcès occupant toute la hauteur du dos et des lombes et contenant plusieurs litres de pus. Dans un autre cas, également fort remarquable, deux cartilages avaient été détruits, l'un au dos et l'autre aux lombes; les vertèbres voisines étant intactes en face de ces deux lésions et dans tout l'espace intermédiaire le ligament vertébral antérieur était décollé. Ce ligament avait formé la paroi d'une immense collection purulente; mais sur le cadavre nous le trouvâmes affaissé; le pus s'était fait jour au dehors par deux voies bien insolites; d'un côté, il avait percé les bronches et avait été rejeté par les crachats; de l'autre, après avoir traversé le médiastin postérieur et les deux feuillets adhérens de la plèvre droite, il était venu soulever la peau du dos, en traversant un des premiers espaces intercostaux. Cela n'empêchait pas qu'il n'y eût sur le même sujet deux autres abcès, l'un venant se terminer en dedans de la tubérosité sciatique gauche, l'autre dans la région lombaire droite, communiquant comme les précédens avec le grand foyer vertébral.

Plus rarement les dépôts occupent le canal rachidien, ils ont ordinairement leur source à un cartilage détruit et sont peu étendus. Cependant, nous en avons vu un qui sortait un peu des limites ordinaires: correspondant à une gibbosité lombaire, il avait environ 81 millimètres de hauteur, et faisait une saillie très prononcée dans le canal vertébral. Il communiquait à gauche par un trou de conjugaison, avec un trajet fistuleux fort ancien et étroit, dont l'orifice externe était à l'aîne gauche.

Je dois encore faire mention des abcès qui dépendent de la fonte d'une masse tuberculeuse, et qui sont complètement indépendans de la lésion du rachis, quoique souvent situés tout près d'elle. Nous les avons étudiés avec assez de détail dans notre précédent mémoire. Parmi les observations que contient celui-ci, une se distingue par un très vaste abcès de cette nature, situé derrière le péritoine et au-devant du rein droit. C'est à lui que se rattachait l'épanchement péritonéal observé chez la même malade.

Les maladies de la moelle épinière sont moins fréquentes dans les affections simples des cartilages vertébraux que dans les cas où il y a maladie tuberculeuse des vertèbres. On trouve souvent plusieurs disques vertébraux détruits, sans qu'il y ait la moindre incurvation, non pas que cette altération de la forme du rachis influe par elle-même sur la moelle, mais elle coïncide avec d'autres désordres qui ont ce résultat. Toutes les influences morbifiques que la moelle peut recevoir se rapportent en définitive à deux effets: inflammation et compression. De beaucoup la plus fréquente, l'inflammation peut dépendre, soit de la matière tuberculeuse épanchée dans le canal vertébral, soit d'un liquide purulent puriforme ou ichoreux, qui a pris la place du cartilage et a filtré dans le canal de la moelle par l'espace que ce cartilage a laissé vide. Nous avons rapporté dans notre premier mémoire deux observations de mal de Pott situé à la région dorsale, dans lesquelles l'impotence des membres inférieurs était le résultat d'esquilles osseuses qui produisaient simultanément une légère compression et une vive irritation. Lorsque l'altération est fixée aux articulations de l'atlas avec l'occipital, ou à celles de l'atlas avec l'axis, les ligamens odontoïdiens relâchés permettent à l'apophyse odontoïde de se déplacer en arrière et d'exercer sur la moelle, soit une compression graduelle, soit une compression brusque qui produit une mort subite. La

compression peut s'opérer par un mécanisme beaucoup plus rare, décrit dans la neuvième observation de notre premier mémoire; l'atlas s'élève d'un côté au-dessus de l'apophyse odontoïde, il passe par dessus son sommet, puis derrière elle, et la moelle se trouve ainsi étranglée entre l'arc antérieur de l'atlas et l'arc postérieur de l'axis. Dans un cas d'altération des articulations des deux premières vertèbres, l'odontoïde n'était point déplacée, mais la moelle était comprimée par un dépôt de matière tuberculeuse (Obs. 8, premier mémoire). Enfin, avant que l'apophyse odontoïde déplacée ait eu le temps de comprimer la moelle, le pus provenant des articulations malades peut déterminer son inflammation et la désorganisation. Quand l'impotence dépend d'une inflammation superficielle de la moelle, ce qui est le cas le plus commun, elle est d'une guérison facile par les cautères; mais quelquefois la paralysie résiste à la puissance de ces agens; on peut assurer alors, ou que la moelle est désorganisée, ou qu'elle est sous l'influence d'un agent de compression inamovible.

Il est des complications qui siégent hors de l'appareil rachidien; parmi les plus fréquentes, nous signalerons : 1° les tubercules pulmonaires et articulaires; nous avons encore rencontré cette production morbide dans le péritoine, le foie, les reins, le tissu cellulaire; 2° l'hydropisie du péricarde; dans les cas où nous l'avons rencontrée, elle était l'effet de la proximité de la lésion du rachis et de l'abcès, qui faisait saillie sur sa face antérieure; 3° deux autres fois, nous avons constaté l'oblitération complète par des caillots sanguins des veines iliaques primitive et externe, d'un côté, avec œdème énorme du membre inférieur correspondant; 4° chez un enfant atteint d'ulcération aux cartilages du cou, l'artère vertébrale droite ouverte par une esquille osseuse, était devenue la source d'une hémorragie abondante; 5° nous avons trouvé des traces d'inflammation, ou même des ulcérations profondes dans l'estomac et les intestins. Il est inutile de pousser plus loin cette énumération, il n'est aucune maladie qui ne puisse se rencontrer avec le mal vertébral. J'indique seulement celles qui tiennent par quelque rapport à l'affection principale.

Quelle est la modification vitale qui préside à la destruction des fibro-cartilages intervertébraux? Nous avons déjà dit qu'il était difficile de répondre à cette question, en n'étudiant que les maladies du rachis, qui, le plus souvent, prolongent leur durée au-delà du temps où l'on peut observer les organes dans leur état morbide primitif. Mais les détails dans lesquels nous sommes entrés touchant l'ulcération des cartilages diarthrodiaux font pressentir que nous sommes portés à attribuer à l'inflammation des altérations variées que la nécropsie nous a fait découvrir sur les fibro-cartilages des vertèbres.

1° Nous avons vu qu'il y avait entre ces deux ordres d'organes une grande analogie de structure et de vitalité; il est à présumer que cette analogie subsiste pour l'état morbide.

2° Dans les cartilages diarthrodiaux, la maladie, très vive dès le début, devient souvent obscure et ne laisse pas de détruire sourdement le cartilage, sur lequel l'autopsie ne nous montre point d'injection; alors les cartilages se trouvent dans le même état que les substances intervertébrales.

3° Des deux côtés, les causes sont fort analogues, pour ne pas dire identiques. Nous connaissons celles qui provoquent l'ulcération des cartilages diarthrodiaux; nous n'aurons qu'à nous répéter en rappelant les circonstances qui précèdent ou accompagnent la destruction des substances inter-vertébrales. Ainsi, les malades accusent souvent des chutes de cheval, ou le long d'un escalier, peu avant la production de la gibbosité ou l'apparition de douleurs le long du rachis. D'autres fois, ils ont enduré l'humidité en travaillant, ou bien ils se couchaient habituellement sur un sol mouillé. Dans la grande majorité des cas, on trouve des tubercules en masse ou infiltrés, ou des cavernes tuberculeuses dans les vertèbres continues, avec les cartilages ulcérés ou détruits. Or, nous avons vu que l'inflammation ulcérative était souvent excitée dans les cartilages diarthrodiaux par ces productions morbides.

4° La douleur peut nous aider à dévoiler la véritable nature des lésions des disques vertébraux. Dans l'inflammation aiguë des cartilages diarthrodiaux, ce symptôme est fréquent et ordinairement très violent; il est fixé et limité à un espace fort circonscrit; il cède ordinairement avec facilité au moxa, ou au cautère, appliqué le plus près possible du mal. La douleur disparaît encore lorsque, après la destruction complète des cartilages, l'ankylose est résultée de la réunion des os contigus. Des phénomènes analogues se passent dans la colonne vertébrale malade. Avant la gibbosité et pendant qu'elle se forme, la douleur est quelquefois très vive et se maintient ainsi pendant plusieurs mois; mais enfin elle se calme, et cela coïncide soit avec la destruction complète du cartilage, soit avec l'ankylose des vertèbres; enfin la douleur diminue, ou se calme même tout à fait, par l'application des cautères. A la vérité, cette douleur pourrait être rapportée à la moelle épinière, ou à ses membranes enflammées, d'autant mieux que le cautère exercé en même temps une influence favorable sur sa paralysie; mais cette remarque ne saurait s'appliquer aux cas nombreux où la paralysie n'existe pas. La douleur tiendrait-elle à la lésion des corps vertébraux? Mais celle-ci, qui consiste presque toujours en ces tubercules, est complètement indolente.

Ces conjectures sur l'origine des maladies des cartilages vertébraux étaient écrites, lorsqu'un hasard heureux a mis sous mes yeux une observation qui les confirme pleinement. Consignée dans un mémoire sur les altérations de la moelle épinière, que m'a communiqué le docteur Girard, elle est d'autant plus probante que les altérations ont été décrites sans songer au parti qu'on en pourrait tirer pour le sujet qui nous occupe.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE LA SONDE AIRIGNE DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES; lu à la Société de médecine pratique de Montpellier, le 15 juin 1840, par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale.

Messieurs,

Il m'est pénible d'avoir à vous entretenir d'un fait qui m'est personnel, et sur lequel je n'aurais jamais appelé votre attention, et bien moins encore celle du public, si l'on n'avait dénaturé à dessein ce que j'avais dit dans une conférence clinique, pour demander à la Société que M. le président fût chargé de prendre des renseignemens, afin de constater l'efficacité de la sonde airigne dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

Vous avez, je le sais, déjà fait en partie justice de cette étrange lettre, en refusant à la fois son insertion, et dans le procès-verbal de la séance, et dans le journal de la Société; mais la réclamation n'en subsiste pas moins, et les paroles dont s'est servi, dans cette circonstance, mon collègue M. Lallemand, m'obligent à ne pas garder moi-même le silence.

Oui, Messieurs, en traitant, dans une de mes leçons de clinique, de la sonde airigne dans les cas de fistule vésico-vaginale, j'ai dit : que parmi une quinzaine de faits de ce genre, pris dans le service de M. Lallemand, et que j'ai été à même de voir à l'hôpital St-Eloi, dans une douzaine d'années, cinq malades sont morts des suites de l'opération; chez trois, la fistule a été agrandie par l'application même de l'instrument; chez deux seulement, au moins à ma connaissance, l'ouverture de la paroi vésico-vaginale a paru avoir diminué d'étendue, et la perte de l'urine a été moindre qu'avant l'opération. Quant aux autres, elles sont sorties de l'hôpital à peu près dans le même état où elles y étaient entrées; mais chez aucun des quinze malades (et c'est là le point sur lequel j'insiste), la guérison n'a été complète.

Voilà ce que j'ai avancé, et ce que je suis prêt à soutenir, quoique à regret, devant l'inventeur de la sonde airigne: au reste, j'aurais cru manquer à mes devoirs de professeur de clinique, si ayant à parler à mes élèves d'un procédé opératoire qui a constamment échoué sous mes yeux, e leur avais dit autre chose que ce que j'ai vu.

Quant à ce qui concerne les cas qui sont du ressort de la pratique civile, et dans laquelle M. Lallemand dit avoir guéri plusieurs malades, je connais trop tous les égards que je dois à un collègue pour vouloir les nier, d'autant que je n'en ai pas été le témoin, et lorsqu'on a prétendu le contraire, on m'a prêté mal à propos un langage que je suis incapable de tenir; c'est ce que je voulais aussi prouver.

Toutefois, puisque la question est soulevée, il importe de la traiter à fond, et de savoir enfin à quoi s'en rapporter sur la valeur d'un instrument dont tous les praticiens constatent l'inefficacité, et que son inventeur seul préconise. Je vous prie seulement de ne jamais perdre de vue qu'il s'agit ici d'une question de science, et non d'une question de personne, et que l'intérêt seul de la vérité a pu m'entraîner dans une discussion dans laquelle je ne me serais jamais engagé, si l'on n'avait voulu dénaturer mes paroles, et me prêter des intentions que je n'ai pas même manifestées.

N'allez pas croire, Messieurs, que j'aille prendre les observations une à une, et vous dire jour par jour ce que chaque malade traitée par M. Lallemand a éprouvé de bien ou de mal, à la suite de l'opération à laquelle elle a été soumise; outre que cette manière de procéder entraînerait dans des discussions interminables, elle m'obligerait aussi à vous retracer une infinité de détails dont je désire vous épargner le récit. Il est,

d'ailleurs, un fait capital qui ressort de tout ce que mon collègue a dit ou écrit sur ce sujet, et que j'ai hâte de vous présenter, c'est que parmi toutes les malades qu'il a opérées depuis environ seize ans à l'hôpital St-Eloi, il n'en est que deux, la femme Françoise Fépon et la femme Crespy, d'Aniane, dont il ait cherché à vous prouver la guérison. N'est-ce pas déjà avouer d'une manière implicite que, chez toutes les autres, l'opération a échoué? A quoi bon dès-lors en parler d'une manière détaillée?

Or, il résulte des notes que j'ai prises moi-même en avril 1833, à l'égard de la femme Fépon, qu'elle a été réellement soulagée, peut-être autant par les cinq cautérisations auxquelles elle fut soumise, que par l'application de la sonde airigne, mais qu'elle n'a jamais été complètement guérie. Je me rappelle même avoir vu souvent à cette époque les personnes qui faisaient le service intérieur de la salle lui reprocher de tromper ainsi celui qui l'avait opérée, et je ne suis pas le seul à l'avoir entendu. Ce que je puis certifier aussi, c'est d'avoir trouvé quelquefois, à la visite du matin, la chemise ou les draps de lit de cette malade mouillés d'urine, alors cependant qu'elle disait que la fistule était cicatrisée, le tout pour se soustraire à de nouvelles opérations.

Quant à la femme Créspy née Guizard, dont M. Lallemand a fait encore mention dans son mémoire, il est également vrai que son état s'est beaucoup amélioré pendant son séjour à l'hôpital; mais afin de bien apprécier l'action de la sonde airigne, il est bon que vous sachiez que cet instrument a été appliqué deux fois, et qu'il a fallu en même temps avoir recours à quatre cautérisations, dont une avec le fer rouge.

Il y a plus : mon honorable collègue doit savoir aussi bien que moi, que pendant la première comme après la seconde application de la sonde airigne, l'urine n'a jamais cessé complètement de passer par le vagin, et que ce n'est que pour satisfaire un sentiment de jalousie, dont son mari était devenu l'objet, et dont elle ne se cachait pas, que la malade a voulu retourner à Aniane; j'en appelle au témoignage du chirurgien interne de la salle, M. le docteur Alquié. Je me plais même à rendre cette justice à M. Lallemand, qu'il n'a vu qu'avec peine la femme Crespy sortir de l'hôpital, et qu'il a fait tous ses efforts pour l'y retenir.

J'ignore ce qui s'est passé depuis ce moment, et lors même que cette malade serait aujourd'hui complètement délivrée de son infirmité, ce qui est au moins très problématique (comme je le dirai plus tard), il resterait encore à savoir quelle était réellement l'étendue de la fistule, et ce qui a été fait depuis quinze mois environ que cette malade est rentrée chez elle.

Au reste, je dirai à l'égard de cette femme ce que je puis alléguer au sujet de toutes celles qui ont été traitées à l'hôpital : puisque M. Lallemand savait que plusieurs de ses collègues mettaient en doute les cures qu'il disait avoir obtenues; pourquoi ne pas faire faire une enquête en temps et lieux, et se mettre ainsi à l'abri de toute objection? On l'a vu, il est vrai, à diverses époques, conduire à l'hôpital les professeurs Dugès, Lordat, Dubrueil, Delmas, d'Amador, et bien d'autres, pour montrer des malades qu'il avait opérées et qu'il disait être guéries; mais leur a-t-il jamais fourni l'occasion de se livrer, avant, pendant et après l'opération, à un examen suffisant pour leur permettre de se prononcer d'une manière décisive sur l'efficacité de la sonde airigne? Je ne le pense pas, et s'il en était autrement, la question serait depuis longtemps jugée.

D'une autre part, ce qui n'a pas peu contribué encore à faire naître des doutes dans l'esprit des docteurs et des élèves qui suivaient les visites, c'est que les femmes atteintes de fistule vésico-vaginale sont devenues, pour M. Lallemand, l'objet de soins et de ménagemens tout particuliers; que, contrairement à tout ce qui a lieu dans l'hôpital, mais dans des vues de morale et de pudeur, elles n'ont été presque jamais opérées en public; que personne n'a eu la faculté de les examiner à loisir, et que, lorsque quelques-unes d'elles sont mortes, il n'a pas même été toujours possible de constater l'état des parties génito-urinaires, comme on l'a fait à l'occasion de celle qui a succombé vers la fin du mois de mars de cette année.

M. Lallemand n'a sans doute pas encore perdu le souvenir de cette autre malade qu'il me confia l'an dernier, au moment où je repris le service de l'hôpital, et qu'il se félicitait d'avoir délivrée d'une fistule vésico-vaginale; tous les élèves de la clinique croyaient aussi à cette guérison, et plusieurs d'entre eux sont même partis avec l'idée que l'inventeur de la sonde airigne avait du moins obtenu cette fois un véritable succès. Mais, huit à dix jours après, le moment de quitter l'hôpital arrive, et je désire m'assurer s'il en est réellement ainsi, lorsque la malade se refuse à se laisser examiner. J'insiste, et je lui déclare qu'elle ne sortira pas sans que je l'aie visitée. Elle cède enfin à ma demande, et quel est mon étonnement, lorsque voulant introduire le doigt dans le vagin, je trouve une ouverture fistuleuse de plus de 27 millimètres d'étendue, et qui me permet de pénétrer largement dans la vessie!

A l'instant j'appelle les docteurs Dumas et Alquié, alors internes à l'hôpital, ainsi que plusieurs élèves qui suivaient la visite, et je leur fais constater l'état de la fistule. J'engage même M. Dumas à se rendre en mon nom chez mon collègue, et à lui faire part de ce qui se passe. M. Lallemand vient, en effet, et reconnaît que ce que j'avais dit était exact; mais il déclare en même temps à la malade qu'il ne peut plus rien faire pour elle, et cette femme quitte l'hôpital dans un état peut-être pire que celui où elle était lorsqu'elle y entra.

A Dieu ne plaise que je veuille par là adresser le moindre reproche à mon collègue, ni suspecter en rien sa bonne foi; mais M. Lallemand conviendra au moins, avec moi, que s'il a pu, dans ce cas, être trompé jusqu'à ce point, il pourrait bien se faire qu'il l'eût été aussi dans d'autres circonstances.

Cette malade n'est pas la seule chez laquelle les crochets de la sonde airigne aient agrandi la fistule en déchirant les tissus qu'ils embrassaient : j'ai eu dans le temps à traiter en ville une dame de Grenoble, que je croyais aussi avoir guérie, non pas avec la sonde airigne, mais à l'aide de deux points de suture que j'avais portés dans la vessie; vers le quinzième jour de l'opération, la cicatrice se rompt et les urines, qui jusque-là avaient coulé en totalité par l'urètre, passent de nouveau par le vagin.

Obligé de m'absenter pour quelques mois, je ne crus pouvoir mieux faire que de livrer cette malade aux soins de M. Lallemand, qui s'empressa d'avoir recours à la sonde airigne. Une première application de cet instrument ayant été sans effet, il en fit bientôt après une seconde, qui n'eut pas un résultat plus avantageux, et lorsqu'à mon retour, je fus voir madame B...., elle m'apprit qu'elle était décidée à ne plus rien tenter, attendu que les derniers essais qu'avait faits M. Lallemand n'avaient servi qu'à aggraver sa position. Peu de temps après, elle partit de Montpellier; c'était le 15 mai 1834.

Il existe, à la vérité, dans le manuel d'obstétrique de l'un de nos collègues, dont la mémoire est chère à nous tous, quelques lignes qui tendraient à prouver que M. Lallemand est parvenu, en effet, à guérir une fistule vésico-vaginale, à l'aide de la sonde airigne; mais remarquez que cet ouvrage n'a été imprimé que six ans après la publication du mémoire de M. Lallemand, et qu'il n'est cependant question que d'un seul cas de guérison, encore même exprimé en des termes très vagues. Eu outre, quiconque connaissait le caractère doux et confiant du professeur Dugès concevra sans peine que l'opinion qu'il a émise à cette époque n'était autre chose que l'expression littérale de ce qu'il avait lu; car, quatre ou cinq ans plus tard, alors que la conviction de l'auteur du manuel d'obstétrique eût dû être plus complète, je l'ai entendu dans une réunion à laquelle assistaient mon honorable collègue le professeur Ribes, et le professeur Reguoli, de Pise, parler de la sonde airigne, de manière à prouver qu'il ne croyait pas beaucoup à l'action de cet instrument.

Mais à quoi bon évoquer les morts lorsqu'il y a tant de personnes vivantes qui sont là pour attester la vérité des faits que j'avance? Si mon honorable collègue a réussi à guérir une ou plusieurs fistules vésico-vaginales, qui mieux que les internes de l'hôpital, cette élite de la jeunesse des écoles, peut nous fournir à cet égard les documens nécessaires à la solution de la question mise en litige? Or vous saurez que parmi une dixaine de chirurgiens internes qui se sont succédés à l'hôpital Saint-Eloi, depuis seize ans environ que M. Lallemand fait usage de la sonde airigne, il n'en est pas un seul qui ait affirmé qu'il a vu une seule malade parfaitement guérie, et qui pût en donner des preuves irrécusables. Eh bien! ce témoignage unanime des internes est pour moi l'un des argumens les plus forts que l'on puisse citer contre l'efficacité de la sonde airigne.

Je vais plus loin, et je dis : cet instrument est aujourd'hui assez connu pour qu'un certain nombre de praticiens aient pu en faire usage, et je me trompe fort, ou il n'en existe aucun qui en ait obtenu des résultats avantageux.

M. Velpeau lui-même qui, en 1838, disait, en pleine académie, tenir de M. Lallemand que sur 17 femmes qu'il avait opérées, il en avait guéri 7, a eu sans doute quelque raison de modifier sa manière de voir, puisque dans la dernière édition qu'il vient de publier de sa médecine opératoire, il dit : « Ayant constaté que la cautérisation, la suture, les airignes et autres procédés opératoires ne triomphaient presque jamais des fistules vésico-vaginales, les chirurgiens ont dû applaudir à l'idée de l'autoplastie vaginale proposée et mise à exécution par M. Jobert, de Lamballe. » (1) — « Quant aux fistules du corps de la vessie, ajoute le même auteur il n'y a point d'observation jusqu'ici qui prouve sans réplique qu'on les ait guéries. » (2).

M. Malgaigne dans son MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE s'exprime encore d'une manière plus explicite. « On a essayé, dit-il en parlant des fistules vésico-vaginales, de rapprocher les lèvres de la division à l'aide

(1) T. I, p. 699.
(2) T. IV, p. 448.

de plaques ou d'airignes et de crochets, en les rattachant à quatre instrumens de ce genre. Aucun d'eux n'offre assez de facilité et de sécurité dans son application pour balancer les inconvéniens attachés à ces instrumens nouveaux et compliqués, et par cette raison nous nous bornons à les mentionner. » (1)

Vous le voyez, Messieurs, à Paris comme à Montpellier, je pourrais même dire à l'étranger, la sonde airigne a été jugée de la même manière, et depuis seize ans que cet instrument est déjà connu, son inventeur est encore le seul qui dise s'en être servi avec succès.

Maintenant que je me suis suffisamment expliqué sur la valeur et la nature des faits dont j'ai été le témoin, qu'il me soit permis d'envisager la question sous le point de vue scientifique, et de me demander jusqu'à quel point et comment la sonde airigne peut servir à oblitérer les fistules vésico-vaginales.

Et d'abord, outre les inconvéniens inhérens à cet instrument, et dont je vais parler, il est bon que vous sachiez qu'il a été pendant longtemps bien plus imparfait encore qu'il ne l'est aujourd'hui. Ainsi il a été une époque où la vis qui sert à faire sortir les griffes étant continuellement en contact avec les urines, il se formait bientôt des incrustations salines sur cette partie de l'instrument, ce qui en rendait le jeu très difficile.

D'un autre côté, le boudin qui tend à refouler les parties génitales externes, de manière à fournir un point d'appui à l'instrument, a été reconnu insuffisant, et dès lors on a cherché à le remplacer par une plaque à curseur avec une vis de pression; c'est vous dire déjà que si malgré ces deux changemens, que l'inventeur considère comme très importans, la sonde airigne ne remplit que très imparfaitement le but auquel on la destine, les services qu'elle a rendus pendant longtemps n'ont pas dû être grands, car ce n'est qu'au mois de mars 1839 que l'on a songé à faire subir à l'instrument cette dernière modification.

Qu'importe d'ailleurs que la sonde airigne soit fixée à l'aide d'un boudin à ressort ou d'une plaque à curseur? Ni l'un ni l'autre de ces moyens ne lui donneront jamais le degré de fixité qu'elle devrait avoir, pour mettre invariablement en rapport les lèvres de la fistule. Aussi l'instrument se déplace-t-il avec la plus grande facilité; et quoique certaines malades aient poussé à cet égard la résignation jusqu'à avoir des escarres au sacrum, par suite du décubitus prolongé, l'instrument n'est pas resté davantage en place. Ainsi chez madame Martin, de Marseille, comme chez madame Crespy, d'Aniane, dont j'aurai à vous entretenir bientôt, il a fallu revenir à l'application de la sonde airigne.

An demeurant, celui qui voudra réfléchir tant soit peu aux dispositions anatomiques que présente la paroi vésico-vaginale, au peu d'épaisseur des lèvres de la fistule, à leur mobilité, à la manière inégale et festonnée dont elles sont souvent découpées; celui-là, dis-je, se persuadera aisément toutes les difficultés qu'il doit y avoir pour les mettre en rapport et bien plus encore pour les y maintenir.

Que sera-ce si, à tous ces obstacles, on ajoute celui qui provient de la présence de la muqueuse génito-urinaire sur l'une et l'autre face des lèvres de la fistule? Aussi je ne sais si je me fais illusion, mais il me semble que la sonde airigne ne jouera jamais dans ce cas le rôle d'un instrument vraiment unissant; c'est tout au plus si elle refoule ou rapproche les parties, tant bien que mal, encore même dans de certaines limites. Et, par exemple, lorsque la fistule est située trop en arrière, qu'elle est trop étendue dans le sens transversal, ou qu'elle offre une forme ronde ou parallèle à l'axe du vagin, il est de toute évidence que son action doit être nulle. C'est ce qu'avait en partie senti le docteur Cauhet, lorsque dans une thèse qu'il a publiée à Montpellier sur la fistule vésico-vaginale, il a proposé de substituer à la sonde de M. Lallemand un instrument à doubles griffes dans l'intention d'agir à la fois sur les deux lèvres de la fistule.

En outre, avec les notions que nous avons aujourd'hui sur les phénomènes relatifs à la phlogose est-il rationnel d'admettre qu'une plaie dont les bords ont été ravivés à l'aide du fer rouge ou du nitrate d'argent soit susceptible de se prêter à l'inflammation adhésive, comme le feraient les lèvres d'une solution de continuité, que l'on aurait rendues saignantes par l'instrument tranchant? Je ne puis pas le supposer. Le mode opératoire adopté par M. Lallemand a donc encore le grand inconvénient de mettre en contact des parties qui ne sont pas dans des conditions favorables à la réunion immédiate.

Il ne me reste maintenant qu'un mot à dire, un seul mot, mais il est important; alors même que l'inventeur de la sonde airigne aurait réellement réussi à guérir des fistules vésico-vaginales, ne peut-on pas se demander si c'est l'instrument ou les cautérisations répétées qui ont produit la guérison? car, ne vous y trompez pas, il est rare que M. Lallemand ne cautérise pas ses malades, avant ou après l'application de la sonde airigne, trois ou quatre fois par mois; de son aveu madame Martin, de Marseille, a été cautérisée jusqu'à six fois, et lorsqu'elle est partie de Montpellier elle n'était pas complètement guérie. La femme Françoise Fépou a eu à son tour à subir jusqu'à cinq cautérisations, et la femme Crespy, d'Aniane, quatre dont une avec le fer rouge. Or qui ne sait que Dupuytren et Delpech sont parvenus plusieurs fois, à l'aide de ce seul moyen, à guérir des fistules vésico-vaginales?

Mais, dira-t-on peut-être, les fistules que Dupuytren et Delpech ont guéries par la cautérisation étaient étroites, tandis que celles que M. Lallemand a eu à traiter étaient très étendues; les unes existaient au col de la vessie, tandis que les autres correspondaient au bas-fond de cet organe. C'est là précisément ce qu'il aurait fallu prouver, et je répondrai à ce sujet à mon honorable collègue ce qu'il disait lui-même au professeur Lordat, en 1827, au sujet d'une discussion scientifique qu'il eut avec lui, sur la transposition du sens de la vue: « La simple assertion d'un fait, qui n'a été authentiquement constaté par personne, ne me suffira pas même pour admettre le fait comme rare (1). »

Ainsi, par exemple, sans parler de tout ce que la commission, nommée pour examiner les dames Martin et Crespy, aurait été en droit d'exiger d'elles, et pour remplir d'une manière convenable la mission dont elle avait été chargée, comment admettre sur parole que l'une ou l'autre de ces deux malades ont été effectivement guéries alors qu'elles se sont obstinément refusées à toute espèce d'exploration (2)?

Je comprends combien il est pénible pour une femme de se soumettre à de pareilles épreuves; mais il s'agissait dans ce moment de la science et de ses exigences; il s'agissait surtout de donner satisfaction à celui qui, disaient-elles, les avait délivrées de l'infirmité qu'elles portaient. Aussi suis-je encore à m'expliquer leur refus à se laisser examiner, d'autant que M. Lallemand, qui venait de les quitter dans son cabinet, et qui les avait, sans contredit, prévenues de ce qu'on pouvait exiger d'elles, avait offert à la société de faire constater leur guérison. Si c'était pour leur entendre dire simplement qu'elles étaient guéries, ce n'était pas la peine de nommer une commission, ni de faire faire à Mad. Martin un trajet de plus de trente lieues, surtout seize ans après avoir été opérée.

Après de pareils mécomptes, dira-t-on encore que mes doutes ne sont pas fondés et que je pousse l'incrédulité trop loin? Messieurs, je ne demande pas mieux que de croire et de rendre hommage au talent, comme à la vérité; mais pour croire, comme le disait dans une circonstance semblable le professeur Gerdy, il me faut surtout des faits: *Physica physicè demonstranda.*

M. Jobert de Lamballe n'a-t-il pas eu, à propos d'une opération de cystoplastie vaginale, à répondre devant l'Académie de médecine de Paris à toutes les interpellations que l'on a jugé convenable de lui adresser? La malade qu'il prétendait avoir guérie n'a-t-elle pas été soumise, par les membres de la commission, à toutes les épreuves voulues? N'a-t-on pas été enfin jusqu'à pousser dans la vessie une injection faite avec une décoction de bois de campêche? Aussi la commission a-t-elle déclaré que la malade malade que M. Jobert de Lamballe avait opérée d'une fistule vésico-vaginale était radicalement guérie, et que le mode opératoire qu'il avait mis en pratique méritait l'approbation de l'Académie. Que M. Lallemand procède de la même manière, et la société de médecine de Montpellier s'empressera de proclamer ses succès, comme la société royale de médecine de Paris a proclamé ceux de M. Jobert de Lamballe!...

Enfin il serait à désirer dans l'intérêt de l'humanité et de la science que M. Lallemand s'expliquât aussi sur les dangers et les inconvéniens attachés à l'emploi de l'instrument qu'il propose; car si, en définitive, il fallait acheter un succès au prix d'un trop grand nombre de revers, peut-être vaudrait-il mieux renoncer à faire usage de la sonde-airigne.

Malgré ce que je viens de dire sur le peu d'efficacité de cet instrument, et ce que je pourrais ajouter encore, je suis loin, messieurs, de vouloir juger la question en dernier ressort, et de prétendre d'une manière absolue que l'application de la sonde-airigne ne puisse jamais être utile. J'aime même à payer ici mon tribut d'éloges à celui qui l'a inventée, et je serais heureux d'apprendre par la suite qu'elle a effectivement servi à guérir des fistules vésico-vaginales. Je ne forme qu'un vœu, c'est que les faits que l'on aura à citer plus tard aient ce caractère d'authenticité qui manque à tous ceux que l'on connaît jusqu'à présent.

(1) T. IV, pag. 724 et 725.

(1) Ephémér. méd., tom. VI, p. 30.

(2) M. Lallemand, pour répondre à mes objections, avait offert à la société de faire visiter Mad. Martin, de Marseille, et Mad. Crespy, d'Aniane, qu'il disait avoir guéries à l'aide de la sonde airigne; mais lorsque les membres de la commission, MM. Delmas, Dubrueil et Serres, se sont présentés, ces malades se sont refusées à toute espèce d'examen. (Voir le rapport de la commission, inséré dans la Gaz. Méd. de Montpellier, 15 juin 1840.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

FRACTURE DU CRANE PAR ARME A FEU; DESTRUCTION DU NERF DE LA SEPTIÈME PAIRE; ALTÉRATION PROFONDE DES NERFS DE LA CINQUIÈME ET DE LA SIXIÈME PAIRES DU CÔTÉ DROIT; PARALYSIE DU MOUVEMENT ET DE LA SENSIBILITÉ TACTILE DE LA FACE DU MÊME CÔTÉ; CONSERVATION DES SENS DE LA VUE, DE L'ODORAT ET DU GOUT; observation recueillie par M. BÉRARD, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

OBS. — M. J., âgé de 64 ans, doué d'une intelligence éclairée et possédant un esprit cultivé, était en butte depuis plusieurs mois à un chagrin assez vif que renouvellaient chaque jour des reproches immérités. Il résolut d'y mettre un terme en attentant à ses jours, et se tira à bout portant un coup de pistolet dont le canon était appliqué au niveau du conduit auditif externe du côté droit. M. J. tomba sur les genoux sans perdre connaissance; il saisit un second pistolet qu'il présenta à la région du front; cette fois l'arme fut dirigée un peu obliquement par rapport à la surface du crâne; la balle glissa de bas en haut et en dehors en s'applatissant sur le frontal, et sortit à 37 millim. de distance du point frappé, après avoir labouré les parties molles du front. Appelé auprès du malade deux heures après l'accident, je reconnus, ainsi que MM. les docteurs Renaud et Deschamps, les lésions suivantes : 1° Une plaie d'environ 37 millim. à la partie antérieure gauche du front. Le crâne est à nu dans le fond de la plaie; il ne paraît pas avoir subi de solution de continuité. 2° Une autre plaie répondant à l'orifice extérieur du conduit auditif externe. Celle-ci est dirigée de dehors en dedans; elle est un peu oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Le pourtour du conduit auditif est noir et fendillé en plusieurs points. Cette plaie donne issue à du sang et de plus à quelques fragmens de pulpe cérébrale. Le sang qui remplit le fond de la plaie est agité de mouvemens parfaitement isochrones à ceux des artères. Ces phénomènes rendaient évidentes la fracture du crâne ainsi que la déchirure de la dure-mère et du cerveau.

Je portai avec précaution un stylet mousse par la plaie. Le stylet pénétra de dehors en dedans et un peu en arrière et en haut à la profondeur de près de 27 millimètres sans rencontrer d'obstacle : là le cathétérisme fit reconnaître une fracture comminutive du rocher. La balle ne put être sentie. Une seule balle avait été retrouvée dans l'appartement; elle était fortement applatie; nous restâmes convaincus que la seconde avait pénétré par l'oreille jusque dans le crâne, et qu'elle s'y était logée. Des recherches plus nombreuses pour la retrouver et l'extraire nous semblèrent imprudentes, et nous ne songeâmes plus qu'à combattre les accidens actuels et ceux qui pourraient survenir espérant que si le malade résistait aux uns et aux autres, la sortie de la balle, favorisée par une position convenable, pourrait s'effectuer d'elle-même ou que le projectile s'envelopperait d'un kyste et resterait inoffensif dans la place qu'elle occupait.

J'ai déjà dit que M. J. n'avait pas perdu connaissance après sa première blessure; la deuxième n'avait ajouté à son état aucun symptôme nouveau; le malade conservait donc toute son intelligence; il se plaignait d'une douleur extrêmement vive à l'intérieur de la tête, d'un sentiment général de froid; il éprouvait des nausées, accompagnées de quelques vomissemens; la peau était pâle et froide; le pouls lent, petit, concentré; les traits de la face profondément altérés. Ce dernier symptôme était rendu plus frappant par suite d'une paralysie complète des muscles de tout le côté droit de la face, phénomène que l'on aurait pu prédire puisque la fracture comminutive du rocher devait s'accompagner de la déchirure du nerf facial.

Le malade portait fréquemment la main vers ce côté du visage qui lui semblait énormément tuméfié. Le reste du tronc, ainsi que les membres supérieurs et inférieurs, conservaient leur sensibilité et leur myotilité.

Pour juger de l'état du pharynx; nous engageâmes le malade à boire. La déglutition sembla un peu difficile; mais ce qu'il y eut de plus remarquable fut la préoccupation du malade qui, semblant ne pas s'apercevoir que le bord du verre touchait aux lèvres du côté droit, cherchait avec sa main à mettre ces parties en rapport, et attribuait au gonflement des lèvres de ce côté la gêne qu'il éprouvait. Nous verrons bientôt à quoi tenait ce phénomène.

Le pouls s'étant relevé vers le milieu du jour, on pratiqua une saignée du bras. Le soir, une nouvelle émission sanguine nous parut indiquée : elle fut faite à l'aide des sangsues, appliquées d'après la méthode de M. Gama, c'est-à-dire qu'on en mit d'abord une quinzaine; puis on eut soin d'en réappliquer quatre à cinq de demi-heure en demi-heure. Une cinquantaine de sangsues furent ainsi posées pendant la nuit.

Je passe sous silence les autres détails du traitement, ainsi que l'exposé des symptômes offerts chaque jour par le malade; il me suffira de noter que pendant les huit premiers jours qui ont suivi la blessure, M. J. n'a eu ni délire, ni convulsions; la douleur de tête s'est peu à peu calmée; chaque jour il s'est écoulé par la plaie de l'oreille quelques lambeaux de pulpe cérébrale et une assez grande quantité de liqueur séro-sanguinolente.

J'appellerai l'attention sur les phénomènes suivans; ils ont été soigneusement observés plusieurs jours de suite, en présence de MM. Renaud et Deschamps, qui en ont, ainsi que moi, constaté l'exactitude. Ces phénomènes ont sans doute eu lieu dès le moment de la blessure, mais ce n'est que deux jours après que nous nous sommes livrés aux recherches qui nous ont permis de les constater.

1° SENS DE LA VUE. — *A. Mouvemens.* — J'ai déjà dit que les muscles dans lesquels se répand le facial étaient paralysés; en conséquence, le muscle orbiculaire des paupières ayant perdu son action, l'œil droit reste à découvert par suite de l'élévation constante de la paupière supérieure. Le muscle droit externe de l'œil est également paralysé. Il en résulte que le globe de l'œil suit les mouvemens de l'œil opposé, quand il se porte en haut, en bas et à gauche, mais il cesse de l'accompagner pour regarder à droite; il s'établit un strabisme d'autant plus prononcé que l'œil gauche se renverse davantage vers le nez; la vision cesse alors d'être régulière, et le malade voit les objets doubles.

B. Sensibilité tactile. — La membrane conjonctive, soit oculaire, soit palpébrale, est complètement insensible au contact des corps extérieurs; on peut promener à sa surface un corps étranger, dans tous ses points, sans que le blessé en ait conscience.

C. Sensibilité spéciale. — La vue est aussi parfaite à droite qu'à gauche, ce dont on s'assure par l'occlusion momentanée et alternative des paupières de chaque côté.

2° SENS DE L'OLFACTION. — *A. Sensibilité tactile.* — Un stylet promené dans la narine droite ne produit aucun chatouillement; le malade ne perçoit aucune sensation, quelle que soit la partie de la fosse nasale que l'on irrite. La sensibilité tactile de la membrane de Schneider, de ce côté, est donc complètement abolie.

B. Sensibilité spéciale. — On place successivement des corps odoriférans de plusieurs sortes (vinaigre, eau de cologne, etc.), à l'entrée de la narine droite, en ayant soin de tenir la narine du côté gauche soigneusement fermée, et le malade reconnaît de suite et parfaitement bien les différentes odeurs qu'on lui présente. Le sens de l'olfaction est donc conservé comme celui de la vue.

3° SENS DU GOUT. — *A. Myotilité.* — La langue est mobile dans tous les sens, et elle peut être volontairement tirée hors de la bouche portée en haut, en bas, à droite, à gauche, etc.

B. Sensibilité tactile. — La moitié droite de la langue, depuis la pointe jusqu'à la base, ne perçoit pas la sensation des corps durs qui appuient sur elle; elle peut être pincée, piquée à une grande profondeur, sans que le malade en ait conscience; on peut également piquer du côté droit la face interne de la joue, la voûte palatine, le voile du palais, l'amygdale. Tous ces organes sont évidemment frappés de paralysie du sentiment.

C. Sensibilité spéciale. — Ayant déposé de la confiture de groseilles, quelques gouttes d'eau sucrée, de vinaigre, etc., sur le côté droit de la langue, près de son bord, la saveur en a été perçue et la nature parfaitement indiquée. Ainsi, le sens du goût continue à accomplir ses fonctions du côté même où la sensibilité tactile est abolie.

4° Enfin, la peau du visage du côté droit est complètement insensible, depuis le niveau de l'os maxillaire inférieur, jusqu'au sommet de la tête; la sensibilité renaît en arrière, à partir d'une ligne qui s'étendrait du vertex au conduit auditif externe.

Toutes les parties correspondantes du côté gauche ont conservé leurs fonctions de locomotilité et de sensibilité, soit générale, soit spéciale.

A partir du huitième jour, l'état du malade s'aggrava d'une manière notable. La tête redevint extrêmement douloureuse; il y eut de l'agitation, un peu de délire; le bras et la jambe gauche perdirent de leur sensibilité et de leurs mouvemens, et furent enfin frappés de paralysie. Les accidens allèrent rapidement en augmentant, et la mort eut lieu le 1er juin dans la matinée, dix jours après la blessure.

A l'ouverture, faite vingt-quatre heures après la mort, nous avons trouvé les lésions suivantes : une légère ecchymose de quelques millimètres d'étendue existe dans la partie du cerveau qui répond au lieu où le second coup de pistolet a été tiré.

La partie pierreuse du temporal du côté droit est fracturée comminutivement; une branche de la fracture suit le bord supérieur du rocher dans toute sa longueur.

Le nerf de la cinquième paire est injecté, ses filets sont ramollis et se déchirent facilement au niveau du bord supérieur du rocher et sur la face supérieure de cet os. La sérosité qui l'environne dans ce point a disparu. Le ganglion de Gasser offre des lésions analogues à celles du nerf du trifacial : ses filets nombreux sont mous et se déchirent avec tant de facilité qu'il est impossible de les suivre. Les nerfs qui naissent du ganglion sont sains; le maxillaire supérieur, seul, est un peu injecté.

Le nerf de la sixième paire est un peu rouge et moins consistant que celui du côté opposé dans la partie de son trajet qui répond à l'apophyse clinoïde postérieure.

Le nerf facial est complètement détruit dans une partie de son trajet à travers l'aqueduc de Fallope.

Les autres nerfs sont exempts de lésion.

L'hémisphère gauche du cerveau est sain; la surface de l'hémisphère droit est sèche; l'arachnoïde et la pie-mère sont accolées à la pulpe cérébrale sans interposition aucune de sérosité.

La partie du lobe moyen de l'hémisphère droit qui repose sur le rocher présente une perte de substance correspondante à la fracture du rocher, et qui conduit à une cavité creusée dans l'épaisseur de ce lobe. Cette cavité, partout limitée par de la pulpe cérébrale pourrait contenir un petit œuf de poule; elle renferme du pus, de la matière cérébrale réduite en bouillie, et, de plus, dans sa partie postérieure, une balle dont la surface est inégale, irrégulière, déformée, change-

mens qu'elle a dû subir en traversant cette partie résistante des os du crâne, qui renferme l'oreille interne.

La substance du cerveau qui avoisine la caverne purulente dont nous venons de parler est rouge, injectée, ramollie, et çà et là infiltrée de pus.

Cette observation se prête à plusieurs considérations dignes d'intérêt.

1° Si des faits nombreux ont appris que des portions considérables de la voûte du crâne peuvent être enlevées avec la substance du cerveau, sans que les fonctions de cet organe en soient notablement troublées, il n'en est pas de même des blessures qui atteignent sa base. Presque toujours une prompte mort, ou tout au moins la perte de l'intelligence, de la sensibilité ou du mouvement, en ont été la suite. Ici, au contraire, nous voyons une déchirure étendue et profonde de la face inférieure du cerveau ne déterminer, pendant plusieurs jours, aucun phénomène de délire ni de paralysie; ce n'est que vers le huitième jour que l'inflammation s'étant emparée des parties contiguës à la plaie et ayant produit le ramollissement et la suppuration d'une partie de l'hémisphère droit, l'on voit l'hémiplégie se déclarer à gauche; c'est-à-dire du côté opposé à la lésion du cerveau.

2° La paralysie des muscles du côté droit de la face est un phénomène dont tout le monde comprend ici la cause, et qui se rattache à la destruction complète du nerf de la septième paire, à son passage dans le rocher.

3° Quant au strabisme qui survenait à chaque fois que le malade dirigeait ses regards à droite, on ne peut l'attribuer qu'à la lésion du nerf moteur oculaire externe, et nous avons vu à l'autopsie qu'il était injecté et ramolli dans le point de son trajet voisin de l'extrémité interne de la fracture; il est probable que l'ébranlement communiqué à la dure-mère de cette partie avait été transmis au cordon nerveux renfermé dans son épaisseur, et en avait suspendu les fonctions.

4° La sensibilité tactile de toute la moitié droite de la face était également abolie; cette paralysie du sentiment nous explique un phénomène noté pendant la vie et dès le premier jour; je veux parler de la sensation perçue par le malade au moment où il portait le verre à ses lèvres. On trouve dans les mémoires de Ch. Bell un fait analogue. Il est question d'une personne affectée de paralysie du sentiment d'un côté de la face. On lui présente à boire; mais au moment où le vase est approché des lèvres, le malade interpelle son domestique et lui adresse des reproches, parce qu'il lui a donné un verre dont le bord est cassé. Un court examen fit voir que le reproche n'était pas fondé; le contact du verre n'avait pas produit d'impression sur le côté des lèvres paralysé, et c'est ce qui avait fait croire au malade que ce bord était brisé.

M. J. croyait bien aussi que ses lèvres à droite n'embrassaient pas le verre, mais il attribuait cela au gonflement de ce côté du visage, gonflement dont il disait percevoir la sensation, quoique cependant il n'y en eût pas de traces.

A quoi devons-nous attribuer la paralysie du sentiment du côté droit de la face? Les travaux des physiologistes modernes et en particulier de M. Magendie, de Ch. Bell, ont établi d'une manière bien précise le rôle que joue la cinquième paire de nerfs par rapport à la sensibilité des différentes parties du visage. Or en voyant la peau, la conjonctive, la membrane de Schneider, la muqueuse buccale entièrement privés de sensibilité tactile, on doit penser que le nerf trifacial avait cessé de remplir ses fonctions. L'altération constatée dans la portion de ce nerf qui répond au bord supérieur du rocher nous paraît suffisante pour expliquer les phénomènes de paralysie observés pendant la vie?

5° Mais si nous voyons jusqu'ici les lésions pathologiques concorder d'une manière parfaite avec les symptômes, si ces lésions confirment les doctrines, admises par les physiologistes modernes, il n'en est plus de même quand on examine ce qui s'est passé du côté des organes des sens. En effet, les fonctions spéciales de l'œil, de la narine, de la moitié droite de la langue n'étaient point abolies.

Cependant, M. Magendie affirme que l'intégrité de la cinquième paire de nerfs est indispensable pour l'accomplissement des fonctions des organes des sens. Or le fait qui nous occupe est en opposition avec la doctrine soutenue par le célèbre physiologiste français, puisque nous voyons d'un côté la cinquième paire lésée, de l'autre la conservation du sens de la vue, de l'olfaction et du goûter du côté correspondant à la blessure. On pourrait, il est vrai, soutenir que la cinquième paire n'était pas assez malade pour que ses fonctions fussent abolies; mais alors pourquoi la paralysie complète des sentimens? dira-t-on que la destruction du nerf trifacial n'étant pas complète et consistant seulement en une contusion et ramollissement de ses filets, quelques-unes auraient pu échapper aux désordres démontrés par l'autopsie? Nous avouons que nous ne saurions être satisfaits d'une semblable explication. Il ne nous semble nullement vraisemblable d'admettre que la lésion dont le nerf a été le siége ait pu porter exclusivement son action sur une portion du nerf qui serait en rapport avec la sensibilité tactile, si complètement abolie dans toute la moitié droite de la face, y compris les organes des sens, et que cette lésion ait laissé subsister dans toute son intégrité une autre fonction dont, selon M. Magendie, ce même nerf serait également l'organe de transmission, nous voulons dire la faculté de voir, de goûter, de sentir.

Si le fait que nous avons rapporté contrarie les doctrines de M. Magendie, en ce qui touche les usages de la cinquième paire, il se trouve aussi en opposition avec l'opinion généralement admise que le nerf lingual est destiné à conduire l'impression des saveurs. En effet, la partie de la langue dans laquelle ses filets se répondent avait conservé sa sensibilité spéciale, et pourtant la sensibilité tactile y était abolie comme partout ailleurs. Comment nous rendrons nous compte d'un pareil phénomène? Ne se pourrait-il pas que la fonction de conduire l'impression des saveurs fût confiée à un seul nerf? et que sous ce point de vue, le sens du goût ne dérogea point à la loi établie pour ceux de l'olfaction, de l'ouïe et de la vision. Le glosso-pharyngien joue peut-être le même rôle que les nerfs auditif, optique et olfactif. De ce que l'on ne peut suivre les filets de ce nerf dans toutes les parties de la langue où s'accomplit l'impression des saveurs, s'en suit-il qu'il faille admettre d'autres nerfs pour remplir cette fonction? Nous ne le pensons pas. Le sens du goût est comme les autres constitué par une membrane douée partout de la faculté de percevoir l'impression; il suffit qu'un des points de la membrane soit en contact avec le nerf conducteur pour que la transmission ait lieu. Quoi qu'on en ait dit de l'épanouissement du nerf optique, il est certain que ses filets s'arrêtent à la jonction du nerf avec la rétine, et cependant l'impression s'accomplit sur tous les points de cette dernière; on ne peut non plus démontrer des ramifications du nerf olfactif dans toutes les parties de la membrane de Schneider; mais c'est la peau surtout qui nous fournit un exemple probant en faveur de cette doctrine. Quel est le point de cette membrane qui ne soit doué de sensibilité, et pourtant aucun anatomiste ne s'est avisé de prétendre que partout où le contact de la pointe d'une épingle fait naître de la douleur un filet de nerf venait aboutir à celle partie de l'enveloppe tégumentaire.

TUMÉFACTIONS CHRONIQUES DE LA PROSTATE ET RÉTRÉCISSEMENS SPASMODIQUES DE L'URÈTRE PRIS POUR DES RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES; par J. J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

URÉTRITE AIGUË ET BUBON SE TERMINANT PAR RÉSOLUTION; DYSURIE; RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DE L'URÈTRE PRIS POUR ORGANIQUE ET FORT INUTILEMENT CAUTÉRISÉ A PARIS; SYPHILIS PLUS RÉCENTE GUÉRIE EN TRENTE-CINQ JOURS; RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE FRANCHI; HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DE LA PROSTATE; COMMENCEMENT DE TRAITEMENT INTERROMPU PAR UN INCIDENT, ET NON CONTINUÉ.

OBS. I. — M. X., âgé de 38 à 40 ans, d'un tempérament sanguin, bilieux, hémorrhoïdaire, de haute taille, brun, bien musclé, né à la Guadeloupe, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en mars 1825, époque à laquelle, étant venu en France, il contracta une urétrite aiguë, accompagnée bientôt après d'un bubon du côté gauche qui se termina par résolution. De retour à la Guadeloupe, et parfaitement guéri de son urétrite, ce ne fut qu'en 1828 que le malade éprouva quelques difficultés pour uriner. Depuis cette époque des revers de fortune, joints à un état valétudinaire, lui firent perdre son énergie physique et morale.

Il revint en France dans le mois de janvier 1831, pour aller se faire soigner à Paris, par l'un des médecins qui s'occupent spécialement du traitement des maladies des voies génito-urinaires, d'une difficulté d'uriner qui le fatiguait beaucoup depuis trois ans, et qu'il crut souvent être due à la présence d'un calcul dans la vessie. Le médecin de Paris explora l'urètre et cautérisa huit à dix fois, mais sans succès, un rétrécissement siégeant à 136 millim du méat urinaire. Arrivé à Bordeaux en 1831, M. X. éprouva quelque soulagement et se borna à user des bains de siége, de lavemens émolliens, du régime, d'un exercice modéré et de quelques autres moyens assez insignifians.

Vers la fin de mai de la même année (1831), le malade contracta une syphilis, pour le traitement de laquelle un de ses parens me l'adressa. Deux chancres siégeant sur le gland et sur le prépuce furent guéris en assez peu de temps.

Une bougie en gomme élastique, n. 6, introduite dans l'urètre, ne put pas aller au-delà de 136 millim. Bains de siége émolliens; cataplasmes de farine de lin laudanisés, appliqués sur le périnée et autour de la verge.

Je fus très surpris le lendemain, en voulant prendre l'empreinte du rétrécissement, d'arriver jusqu'à col de la vessie sans la moindre difficulté. Le malade me dit que pareil résultat n'avait jamais été obtenu, que son médecin de Paris avait

constamment été arrêté à 136 millim. du méat urinaire, et qu'il avait toujours cru devoir cautériser un obstacle évidemment réfractaire à la cautérisation. (Prescription des mêmes moyens.)

Le lendemain de ce succès inespéré, je fis uriner M. X. devant moi; l'émission de l'urine eut lieu sans plus ni moins de difficulté que par le passé; ce liquide, très coloré, d'une odeur ammoniacale prononcée, tenant en suspension quelques mucosités filantes, tombait perpendiculairement et sans jet de la verge, par un courant filiforme fréquemment suspendu pendant trois ou quatre secondes. Je notai que le malade ne pouvait donner ni ces coups de piston répétés, à l'aide desquels on achève ordinairement de vider la vessie, ni accélérer l'écoulement de l'urine par la contraction de l'urètre, aidé, dans cet acte, par les muscles bulbo-caverneux, que plusieurs anatomistes ont nommés *accélérateurs de l'urine*.

Le cathétérisme du jour suivant, fait avec une sonde en argent de moyen calibre, fut encore incomplet, c'est-à-dire que je fus arrêté où je l'avais été la première fois, et où le chirurgien de Paris l'avait toujours été avant moi. Néanmoins mon demi-succès de la veille m'ayant un peu éclairé sur ce que je devais penser de l'existence d'un rétrécissement, je laissai reposer le malade un quart d'heure, fis chauffer la sonde, l'enduisis d'un peu d'extrait de belladone, et l'huilai convenablement. Ces précautions étant prises, je poussai de nouveau et sans aucune difficulté jusqu'au col de la vessie, où je trouvai de la résistance. Introduisant alors l'indicateur gauche dans le rectum, je découvris une tuméfaction considérable de la prostate, que je considérai comme étant le seul obstacle qui s'opposait à la libre émission des urines. M'étant assuré que j'étais dans une bonne direction pour arriver dans la vessie, j'y fis pénétrer la sonde après quelques efforts non douloureux pour le malade. La poche urinaire, dont j'avais constaté la proéminence et la dureté, s'élevait toujours depuis un an à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse des pubis, ne revint que fort peu sur elle-même et conserva presque ses dimensions anormales, quoique je l'eusse vidée aussi complètement qu'on pouvait le faire.

Je prescrivis l'application de douze sangsues à l'anus, dans le double but de faire cesser une irritation hémorroïdaire qui s'ajoutait momentanément aux souffrances de M. X., et de me frayer la voie pour arriver facilement à placer quelques sangsues et à faire des frictions médicamenteuses sur la paroi antérieure du rectum, répondant à la tuméfaction de la prostate, en m'aidant, pour ces opérations, du *speculum ani* de M. Amussat. Les piqûres de ces douze annélides se transformèrent en de larges et douloureuses ulcérations, qui ne furent cicatrisées qu'au bout de deux mois.

Sur ces entrefaites, M. X. fut inopinément obligé de partir pour Philadelphie où des affaires urgentes l'appelaient, et où il succomba quelques mois après.

Un chirurgien distingué de Paris, dont le talent et l'habileté ne sauraient être mis en doute, constate jusqu'à dix fois l'existence d'un rétrécissement urétral, qu'il cautérise inutilement et qu'il n'a jamais pu franchir. Explorant l'urètre à mon tour, je suis deux fois arrêté à 136 millim. du méat urinaire, et tiens pour démontré qu'il y a, sur ce point du canal, un rétrécissement dont les cautérisations n'ont pas pu triompher, mais que je traverse le lendemain sans la moindre difficulté. Des explorations répétées ont le même résultat, et je ne trouve d'obstable réel qu'au col de la vessie.

Voici, ce me semble, l'explication la plus raisonnable de ce fait, qui est plus commun dans la pratique qu'on ne saurait le croire, et dont je possède un autre exemple remarquable fort connu de M. le docteur Canihac, de Bordeaux, qui, ne pouvant pas se charger du traitement du malade, l'adressa à un confrère qui cautérisa l'urètre pendant deux mois, sans pouvoir pénétrer à plus de 54 millim. par delà le méat urinaire (1). Voici, disais-je, l'explication la plus raisonnable du fait : M. X., habitant ordinairement une région intertropicale où la chaleur est excessive, nerveux, souffrant, très impressionnable, frileux comme le sont tous les colons, arrive à Paris au cœur de l'hiver avec de sinistres prévisions sur son état (il croit être calculeux), et se loge dans un hôtel garni où sa chambre est toujours froide, malgré le feu qu'on y entretient. C'est sous l'empire de ces influences atmosphériques, morales et maladives, qu'on explore l'urètre, et qu'on cautérise l'un de ses points sans résultat aucun. Evidemment dans ce cas le chirurgien de Paris s'est mépris sur la nature d'un rétrécissement qui était tout bonnement spasmodique ou dilatable, comme le disent les Anglais, et occasionné soit par le changement brusque du climat, soit par le froid humide de Paris, soit par l'état moral du malade, soit par la crainte, soit par les souffrances, soit par les cautérisations qui avaient toujours été très douloureuses, soit par la sensibilité anormale très vive de la membrane muqueuse de l'urètre dont les fibres musculaires sous-jacentes se contractaient convulsivement, soit par l'introduction de sondes ou d'instrumens à une basse température ou mal huilés, soit enfin par plusieurs de ces causes réunies. Or il est facile de comprendre, d'une part, comment le médecin traitant a pu se méprendre pendant tout le temps que M. X. est demeuré soumis à l'influence des mêmes causes durant son séjour à Paris, et comment j'ai pu, de l'autre, profitant, sans m'en douter alors, de la bienfaisante influence de la saison (juin et juillet), du climat (Bordeaux) et de quelqu'amélioration dans l'état moral du malade, ne rencontrer que deux fois le prétendu rétrécissement, et arriver sans aucune difficulté jusqu'au col de la vessie.

Du reste, M. X. n'en était pas encore arrivé à cette époque de la vie où la prostate se trouve souvent être hypertrophiée sans antécédens maladifs appréciables. Une ancienne urétrite, l'abus du coït, une irritation hémorroïdaire périodique, l'abus des excitans et l'influence d'un climat très chaud étaient probablement les vraies causes de la tuméfaction prostatique et de ses conséquences. Mais il y avait plus chez ce malade : la vessie ne pouvant jamais se vider complètement, s'était dilatée peu à peu; ses fibres musculaires avaient perdu une grande partie de leur ressort, de leur faculté contractile. De cette façon, le réservoir de l'urine ne pouvait revenir qu'incomplètement sur lui-même, restait distendu, et eût été tout à fait paralysé un peu plus tard, si M. X. ne se fût empressé de remédier à l'engorgement de la prostate, méconnu par le chirurgien de Paris, ou si, du moins, il n'eût pris le soin de toujours vider la vessie avec une sonde.

PLUSIEURS URÉTRITES; DIFFICULTÉS D'URINER DATANT DE SEPT OU HUIT ANS; VINGT CAUTÉRISATIONS DE L'URÈTRE FAITES SANS AMÉLIORATION; CONSTRICTION SPASMODIQUE DE CE CANAL; SYMPTÔMES D'UN EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM; CONSULTATION ÉCRITE PAR L'UN DES PLUS CÉLÈBRES CHIRURGIENS DE PARIS; TRAITEMENT INUTILE FAIT DANS LA SALLE DES MALADES PAYANS DE L'HÔTEL-DIEU DE BORDEAUX; DEUX CHANCRES SUR LE GLAND; TUMÉFACTION DE LA GLANDE PROSTATE; REDRESSEMENT DE L'URÈTRE ET COMPRESSION DE CETTE GLANDE; AMÉLIORATION TRÈS SENSIBLE DANS L'ÉMISSION DES URINES; DOULEURS RHUMATISMALES; GASTRITE CHRONIQUE; BON ÉTAT DES VOIES URINAIRES.

OBS. II.—M. E., de la Martinique, âgé de 36 ans, avait eu plusieurs urétrites, éprouvait des difficultés pour uriner depuis huit ans, et craignait d'avoir la pierre. Arrivé à Paris en août 1830, il alla consulter un des plus habiles chirurgiens de cette capitale, qui crut reconnaître un rétrécissement organique de l'urètre, siégeant à 150 millimètres du méat urinaire, quoique des sondes en gomme élastique d'un très gros calibre et à courbure fixe pussent être portées jusque dans la vessie. Une vingtaine de cautérisations faites dans le mois de septembre et dans les premiers jours d'octobre de la même année, n'amendèrent en rien la difficulté d'uriner de M. E. Ces cautérisations étaient à tel point douloureuses que le malade fut bientôt pris d'une constriction spasmodique de l'urètre, qu'on voulut faire cesser en plaçant dans ce canal une bougie enduite probablement de cérat trop opiacé. M. E. éprouva presque tous les symptômes de l'empoisonnement par l'opium, et en fut fort dérangé pendant sept à huit jours. Quoi qu'il en fût, ce malade n'urinait pas mieux qu'avant la cautérisation, souffrait davantage de l'urètre, éprouvait de fréquens spasmes de ce canal, était sans force, sans vigueur et tout à fait découragé, quand des affaires l'obligèrent de venir à Bordeaux, muni d'une consultation du célèbre chirurgien de Paris, que je copie textuellement : « L'absence complète de toute douleur, et la guérison radicale que désire M. E., disait ce très habile confrère, devant être (maintenant que le canal a acquis son état de dilatation normale) le résultat d'une patience courageuse et persévérante, plutôt que la conséquence d'un traitement médicamenteux prolongé, je lui conseille de faire abstraction de tout traitement prétendu curatif, s'il veut arriver maintenant au but auquel il aspire; il se contenterait, dans ce cas, d'introduire une ou deux fois, durant le voyage, une bougie recourbée, dont il fera usage seulement pendant une heure par jour, chaque soir en se couchant.

» A son arrivée, il prendra plusieurs bains, entre lesquels il mettra un intervalle de deux jours; il continuera alors pendant huit jours consécutifs l'usage des bougies, dont il éloignera progressivement l'introduction, en les employant successivement après deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit jours, en continuant dans cet ordre ascendant, jusqu'à ce qu'il ait atteint un mois d'intervalle.

» Je lui conseillerai en outre, comme mesure de précaution, de faire lui-même, chaque année, un petit traitement d'exploration, pour se prémunir contre les rétrécissemens nouveaux qui pourraient se former.

» Enfin, j'ajouterai que, pendant un certain temps, M. E. sera dans la nécessité de suivre un régime doux et frugal, d'éviter conséquemment les excès de tout genre, et de mettre une extrême réserve dans l'acte vénérien.

» Tels sont les moyens propres à éviter la récidive de l'affection qui a fait l'objet de notre traitement. »

Paris le 16 novembre 1830.

Signé X....

M. E. étant très souffrant et urinant avec beaucoup de difficulté, prit le parti d'entrer comme malade payant à l'Hôtel-Dieu St-André de Bordeaux, quelque temps après son arrivée dans cette ville. Le chirurgien en chef de cet hôpital, considérant la dysurie comme le résultat d'une inertie, comme une sorte de pa-

(1) Le sieur Labat, maître de barque à Rions (arrondissement de Bordeaux), était porteur de plusieurs rétrécissemens organiques fort anciens. Sa constitution nerveuse, les douleurs vives qu'il endurait depuis bien longtemps, sa pénible profession et quelques autres circonstances avaient fait que, à part les véritables rétrécissemens, l'urètre était presque toujours dans un état de constriction spasmodique qui en avait imposé à notre confrère. Plus heureux que lui, j'ai pu guérir ce brave homme, et le faire voir à mes confrères de la Société médicale d'émulation, auxquels il raconta lui-même toutes les circonstances de son traitement qui date de douze ans.

ralysie de la vessie, prescrivit quelques stimulans à l'intérieur et des injections toniques dans la poche urinaire, que le chirurgien chef interne de cette époque (1831) était chargé de faire avec une sonde métallique courbe. Les bains de siége, un régime convenable et un exercice modéré furent ajoutés à ces deux moyens, mais sans aucun bénéfice pour le malade, qui sortit de l'hôpital comme il y était entré, et qui demeura quatre ou cinq mois sans demander des conseils à qui que ce fût, considérant son infirmité comme étant au-dessus des ressources de l'art. Forcé de recourir à un médecin pour se faire traiter de deux chancres sur le gland, récemment contractés, il me fut adressé. Ce traitement m'ayant fourni l'occasion d'observer M. E. de très près, voici ce que je notai :

L'urine coulait presque toujours goutte à goutte, et ce n'était que bien rarement que quelques jets saccadés et inégaux dépassaient de quelques pouces la pointe des pieds du malade. La constipation était opiniâtre; les efforts pour aller à la garderobe considérables et souvent sans effet; le cathétérisme, qui n'avait pas été renouvelé depuis la sortie du malade de l'hôpital, était devenu impossible avec une sonde métallique courbe : je ne pouvais pénétrer dans la vessie qu'avec un instrument en gomme élastique, sans mandrin. Ne trouvant ni rétrécissement organique, ni constriction spasmodique de l'urètre, ni inflammation chronique du col de la vessie stimulant une cystite, je dus songer à une tuméfaction de la glande prostate, que l'introduction du doigt indicateur dans le rectum me fit reconnaître, quoiqu'on pût y arriver à peine, tant la portion moyenne hypertrophiée était haut placée.

Mais, en réfléchissant que cet engorgement de la prostate, jusque là méconnu, datait de longtemps, et que cette glande avait acquis la dureté cartilagineuse ou squirrheuse, je craignais, avec juste raison, que les moyens ordinairement recommandés pour une période moins avancée de la maladie n'échouassent. Je conseillai néanmoins, dans une consultation écrite, que M. E. devait emporter, l'application d'un assez grand nombre de sangsues sur la paroi antérieure du rectum répondant à la prostate, des demi-bains, des demi-lavemens, des cataplasmes émolliens, des boissons gommeuses, des émulsions, la diète, des frictions mercurielles, des préparations d'iode, l'application d'un cautère à l'une des cuisses, et enfin l'usage des sondes en gomme élastique, sans mandrin, pour vider la vessie.

Monsieur E., devant faire un voyage, se contenta de faire appliquer quinze sangsues à l'anus, qui occasionnèrent comme chez le malade de l'observation précédente, de larges et de profondes ulcérations qui ne furent cicatrisées qu'après deux mois et demi de fortes douleurs.

Je perdis le malade de vue à cette époque, et le croyais depuis longtemps à la Martinique, lorsqu'il vint me demander de nouveaux conseils (mars 1834). Je lui proposai de recourir à un moyen imaginé par M. Leroy-d'Etioles, qui m'avait déjà réussi sur d'autres malades, et qui consistait à la fois dans le redressement de l'urètre et dans la compression de la prostate hypertrophiée; il accepta. Je commençai dès le lendemain cette petite opération, qui durait vingt à vingt-cinq minutes; la continuai tous les deux jours avec un compresseur modifié, dont je me servis le 15 avril 1834, en présence de mes honorables confrères les docteurs Brulatour, Guérin et Fasileau. Cette manœuvre réussit, et je parvins à faire uriner M. E. infiniment mieux qu'il n'avait pu le faire depuis sept ou huit ans.

Ce malade est maintenant tourmenté par des douleurs rhumatismales, par une gastrite chronique réagissant sur le cerveau, et par d'incessans revers de fortune. M. le docteur Fasileau, ayant été appelé pendant une de mes absences pour voir M. E., a pu juger par lui-même du bon état des voies urinaires.

Je m'abstiendrai d'ajouter des réflexions aux faits que je viens d'exposer; le lecteur comprendra, je l'espère, les motifs de ma réserve.

CONTINUATION A L'HISTOIRE DE LA MALADIE DE LUCQUES RODINOFF, SUR LEQUEL A ÉTÉ FAITE LA LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE COMMUNE; par M. SALOMON, professeur de chirurgie à St-Pétersbourg (1).

Monsieur,

Vous avez inséré, dans votre intéressant journal, l'histoire de l'opération de la ligature de l'artère iliaque primitive ou commune, pratiquée par M. Salomon. Il m'a prié de vous faire parvenir le complément de l'histoire de cette maladie. Ce cas offre d'autant plus d'intérêt que le malade a vécu dix mois après l'opération, et était complètement guéri.

Agréez, etc.

PIERRE DE DOBROVILSKI.

Berlin, le 15 novembre 1839.

OBS. — Le malade, Luques Rodinoff, sur lequel j'ai fait la ligature de l'artère iliaque commune ou primitive du côté gauche, à cause d'un anévrisme de l'artère iliaque externe, était, comme je l'ai déjà annoncé, tout-à-fait guéri; la tumeur était presque complètement disparue, et il a recouvert l'usage de l'extrémité inférieure du côté malade; par conséquent, étant complètement guéri, il a quitté la clinique. L'année suivante, au mois de mars 1838, dix mois après l'opération, il s'est exposé à un froid rigoureux, en marchant, dans la cour, pieds nus et sans culotte, pendant la nuit, par un temps très mauvais; la suite en fut une psoïte rhumatismale. Le malade, reçu dans la clinique, fut traité par la méthode antiphlogistique vigoureuse; mais, nonobstant tout cela, l'inflammation dégénéra rapidement en une suppuration ichoreuse, et l'abcès a été ouvert au-dessous du ligament de Poupart. Trois semaines environ après son entrée dans la clinique, le malade est mort, épuisé par une suppuration abondante et ichoreuse.

On fit une injection dans l'aorte descendante, afin de poursuivre mieux les ramifications artérielles dans les extrémités inférieures. L'autopsie montra que le pus était descendu le long du muscle psoas atrophié du côté malade, vers le ligament de Poupart sous l'aponévrose fémorale au côté externe des vaisseaux de la cuisse. Le muscle iliaque était comme dissous par la suppuration; la face interne de l'os ilion et une partie de l'os ischion étaient dénudées. L'abcès s'est donc formé en dehors de la cavité du péritoine dans l'endroit où était auparavant la moitié extérieure de la tumeur anévrismale; la suppuration ne pouvait pas se propager vers le côté intérieur, c'est-à-dire vers l'anneau fémoral interne, car ce lieu était occupé par une masse dure et fibreuse, dans laquelle s'était transformée la moitié intérieure du sac anévrismal. On ne pouvait plus découvrir aucun reste de sang coagulé, car depuis longtemps il était déjà absorbé. La tumeur anévrismale commençait immédiatement au-dessus du ligament de Poupart et se propageait en haut et en dehors.

La masse, injectée dans l'artère aorte abdominale, était parvenue dans les deux extrémités inférieures; l'artère iliaque primitive ou commune du côté gauche a été liée un peu plus haut qu'un pouce au-dessus de sa subifurcation en artère iliaque externe et interne, ce dont on pouvait s'assurer facilement, car cette partie de l'artère était complètement oblitérée et très resserrée. L'artère iliaque primitive était changée entièrement en une substance ligamenteuse au-dessus de la ligature. Une petite quantité de la masse injectée pénétra dans l'artère iliaque externe gauche par l'artère hypogastrique gauche, qui communiquait avec celles du côté opposé; l'artère fémorale gauche commençait à être injectée 54 millimètres environ au-dessous du ligament de Poupart; il y a de plus à noter les changemens suivans dans les vaisseaux :

1° Les artères, l'iliaque commune, l'iliaque externe et la fémorale avec leurs ramifications étaient extrêmement dilatées du côté droit.

2° Les artères lombaires inférieures du côté gauche étaient très dilatées et communiquaient avec l'artère circonflexe iliaque.

3° L'artère sacrée moyenne, et principalement les vaisseaux de l'artère ischiatique, de la honteuse commune, ainsi que les artères vésicales hémorroïdales internes du côté malade étaient très dilatées, et formaient dans la cavité du bassin un réseau vasculaire considérable, qui communiquait largement avec les vaisseaux du côté opposé.

4° C'était principalement l'artère ischiatique gauche qui était le plus dilatée et qui communiquait par beaucoup d'anastomoses avec l'artère fémorale sur la face postérieure de la cuisse.

5° L'artère épigastrique inférieure gauche était rétrécie et recevait le sang en partie de l'artère épigastrique supérieure, et en partie de l'artère épigastrique inférieure du côté droit, et était ligamenteuse près de la tumeur anévrismale, ainsi que l'artère circonflexe iliaque.

6° L'artère obturatrice gauche était dilatée et communiquait à la cuisse avec l'artère fémorale.

7° L'artère fémorale profonde était injectée, ainsi que ses ramifications, mais elle était ligamenteuse à son origine.

SUR L'EMPLOI DE LA GRANDE EAU EN INJECTION DANS LE CAS DE RÉTENTION DE L'ARRIÈRE-FAIX, ET SURTOUT DE SON ADHÉRENCE EXTRÊME; par VULLYAMOZ, D. M., chirurgien et accoucheur à Moudon (canton de Vaud, en Suisse).

Quoique Naegelé, Paul Dubois et Salomon aient rapporté des observations d'absorption entière ou partielle du placenta adhérent à l'utérus, cependant on n'en est pas moins obligé de tendre une main secourable à la nature, qui se suffit si rarement à elle-même dans cette complication, qui offre tant de gravité pour la femme par ses fatales conséquences, et procure tant de déboires au praticien dépourvu jusqu'à présent de *ressources avantageuses*. L'adhérence extrême du placenta est d'autant plus à redouter, qu'aucun auteur n'indique un traitement curatif qui soit sans danger. Je suppose qu'il se présente un cas de cette nature (comme j'en ai vu quelques exemples), que l'utérus s'étant contracté spontanément ou par les secours de l'art n'ait pas procuré l'expulsion du placenta, cela indique évidemment son adhérence et non le défaut de décollement qui eût cédé sous cette influence (1); d'ailleurs, dans ce dernier cas,

(1) Cette lettre et l'observation qui l'accompagne avaient été égarées, ce qui explique le retard que nous avons mis à la publier. Du reste, nous avons déjà donné une analyse de l'observation de M. Salomon dans le compte-rendu des journaux allemands. (GAZ. MÉD., 1839, p. 792)

(1) Distinction bien établie par M. le professeur Villeneuve, chirurgien en chef de la Maternité, à Marseille, qui, dans la GAZETTE MÉDICALE du 10 février 1838, s'exprime ainsi qu'il suit dans le compte-rendu de cet hospice: « Il faut faire une très grande différence entre un placenta non décollé et un placenta adhérent. »

il suffirait d'aller à la recherche de ce corps parasite pour l'amener facilement; par contre, il n'en est pas de même lorsqu'il est adhérent; vainement depuis quarante-huit heures et plus, on compte sur les effets des contractions utérines pour provoquer son issue, elles sont insuffisantes. On ne peut temporiser davantage, on va à sa recherche, mais on n'en peut décoller qu'une partie, parce que le reste est greffé, implanté, adhérent, et comme le dit M. Hensties (dans la GAZETTE MÉDICALE du 7 février 1835) : « Le placenta, dans ces cas, au lieu de former un viscère distinct légèrement accolé à l'utérus par des vaisseaux intermédiaires, constitue, pour ainsi dire, une portion de l'utérus même, offre un tissu également ferme, dur et résistant. »

Je pense que si l'on veut persévérer à en faire l'extirpation, ce ne sera qu'en empiétant sur le tissu de l'utérus, d'où résulterait une hémorragie, la métrite, l'ulcération de l'utérus *et la mort*. Veut-on, en revanche, abandonner à la nature l'expulsion de l'arrière-faix adhérent; nous savons que, sauf le cas d'absorption, cette nature est le plus souvent impuissante; de là résulte souvent la putréfaction, la résorption, la métrite, la péritonite, la fièvre hectique et la mort. Or, dans une telle alternative, le chirurgien-accoucheur le plus instruit éprouve un sentiment pénible en pensant que la science reste inactive à l'aspect d'un tel danger.

Cependant, le moyen curatif le plus simple existe, et les auteurs n'ont qu'effleuré cette ressource, savoir : les *injections à grande eau*, auxquelles j'eus recours dans un cas d'adhérence extrême d'un placenta dont je n'avais pu extraire qu'une partie; je ne me suis pas contenté de prescrire de simples injections détersives, en petite quantité, rares, comme on les a faites jusqu'à présent, mais j'ai fait usage de *beaucoup d'eau, de grandes eaux*, en injectant une décoction tiède de mauves, non avec une seringue ordinaire, usitée pour l'utérus, mais *avec une grosse seringue à lavement.*

On répétait ces injections, non de temps en temps, mais au moins toutes les cinq minutes, et même parfois sans interruption, de manière que ce fragment adhérent au placenta fût en contact permanent avec un liquide renouvelé fréquemment, qui, d'un côté, offrait l'avantage de lutter contre la putréfaction, de s'opposer au développement de la métrite, et de ses conséquences; de l'autre concourait à ramollir insensiblement le tissu accidentel intermédiaire et réfractaire aux tractions manuelles à raison des conséquences mentionnées.

Le succès n'a pas trompé mon attente; le fragment du placenta décollé spontanément sous cette influence est sorti sans aucun accident, ainsi que je l'exposerai dans l'observation de Marg. Mottier.

Je pense que dans le cas où l'adhérence serait compliquée d'hémorragie utérine, on pourrait employer la même méthode, en substituant l'eau froide à l'eau tiède de mauves, jusqu'à ce que la matrice fût revenue en partie sur elle-même et que le sang fût arrêté.

Dans le mémoire que j'ai déjà publié en 1838, j'ajoute : que l'injection a lieu par le moyen d'une canule de gomme élastique, dont une extrémité est placée en permanence dans le col de l'utérus, et l'autre dépasse la vulve et même le pied du lit (pour éviter de découvrir la malade dans le moment de la sueur). Le liquide rejeté est reçu dans un bassin placé sous l'accouchée.

Cette canule, dont M. le docteur Mayor m'a donné l'idée, réunit plusieurs avantages :

1° On évite l'inconvénient de tracasser la femme et de la découvrir chaque fois que l'on place le bout de la seringue pour renouveler les injections, puisqu'il suffit de l'introduire dans la canule mentionnée;

2° Ce corps étranger concourt à entretenir l'ouverture de l'orifice utérin;

3° Enfin, par sa présence, cette canule contribue à réveiller les contractions de la matrice, qui ont tant d'influence sur l'expulsion du placenta.

L'observation suivante démontre l'efficacité de la nouvelle méthode que nous préconisons.

OBS. — Marguerite Mottier, âgée de 37 ans, d'une constitution bilieuse, *mère de sept enfans*, habitait Saint-Maurice (en Valais), près duquel était mon domicile. Elle accoucha toujours heureusement sauf d'un premier enfant pour lequel il fallut recourir à l'emploi du forceps. Cette femme devint enceinte en 1834; les douleurs préparatoires se manifestèrent le 21 août 1835.

Le 22 août, ouverture spontanée de la poche des eaux, suspension des contractions utérines pendant seize heures; toutefois la persévérance des frictions sur l'hypogastre les ranima, et la femme accoucha d'un enfant mort.

Au bout d'une demi-heure, l'absence des douleurs fit que la sage-femme voulut tenter l'extraction du délivre, mais ce fut vainement, et même elle rompit le cordon ombilical. Alors on fit demander M. Beker, chirurgien-major (au service de Naples) en congé à Saint-Maurice, qui chercha vainement à exciter les contractions utérines.

Le 23 août, la persévérance de l'inertie engagea le docteur à administrer l'ergot de seigle à la dose de 50 milligr. La matrice se réveilla, mais ses contractions n'amenèrent aucun résultat.

Le même jour, je fus appelé en consultation, je fis avec soin l'investigation du lieu d'insertion du placenta, et reconnus qu'il était au fond de cet organe; j'essayai de faire quelques tractions sur une portion qui était décollée; mais ce fut en vain : la femme conservait ses forces, le ventre était plus développé que de coutume, et il y avait une teinte ictérique de la peau. Nous renouvelâmes la dose de l'ergot de seigle, que nous continuâmes le 24 août sans obtenir d'autres résultats que quelques légères douleurs accompagnées de faibles et rares contractions de l'utérus.

Le 25 août, elles avaient cessé complètement pour faire place à l'inertie. Considérant qu'en temporisant nous avions à redouter toutes les conséquences de la putréfaction du placenta (la résorption), je fis de nouvelles tentatives pour son extraction, mais je ne pus en amener qu'une partie qui tendait déjà à la décomposition et répandait une odeur (*sui generis*); le reste était tellement adhérent qu'il semblait incrusté dans l'utérus. Mon confrère fit alors de nouvelles tentatives, et quoique habile praticien, elles n'eurent cependant pas plus de résultats que les miennes pour extraire le total de l'arrière-faix; alors j'eus recours à la *grande eau* en injections. En conséquence, nous employâmes immédiatement la méthode que j'ai exposée; nous continuâmes la décoction tiède de mauves en injections, avec une grosse seringue, en renouvelant cette opération toutes les cinq à dix minutes, aussi fréquemment que possible. L'accouchée eut des frissons qui cédèrent à l'emploi de l'infusion de tilleul tiède en boisson, le pouls était à 102 pulsations, et descendit le lendemain à 80. Il n'y eut pas d'hémorragie. On continua jour et nuit les injections mentionnées jusqu'au 16 septembre 1835; alors il se fit par le vagin un écoulement jaunâtre semblable à de la gelée dissoute dans l'eau, répandant une odeur fétide; c'était probablement le reste du placenta qui s'était fondu et décollé sous l'influence des injections abondantes. Le ventre reprit insensiblement son état normal; les lochies s'établirent, et on eut soin également, durant une semaine, de faire chaque jour deux injections détersives. Le lait ne fut tari que par quelques légers purgatifs minoratifs (sulfate de magnésie), qui contribuèrent à donner à la femme Mottier un teint naturel, et dès-lors elle jouit d'une bonne santé.

Cette observation que j'ai rédigée avec soin vient à l'appui du traitement dont j'ai parlé. Je dois ajouter que deux de mes honorables collègues, ainsi qu'une sage-femme expérimentée, auxquels j'ai adressé mon mémoire, ont eu l'occasion plusieurs fois de faire usage de la grande eau en injections, et qu'ils ont été surpris des bons résultats qu'ils en ont retirés; ils m'ont fait l'honneur de m'adresser leurs observations que j'ajouterai à mon mémoire, que je présenterai modifié, au mois d'avril, à la Société vaudoise des sciences médicales.

Il est à désirer que l'expérience vienne sanctionner l'utilité de la grande eau en injections; je souhaite que la médecine vétérinaire en retire aussi quelque avantage.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUILLET.

M. JULES GUÉRIN adresse la lettre suivante :

SECTION DES MUSCLES DE L'ŒIL DANS LE STRABISME.

Je ne répondrai pas aujourd'hui aux différentes objections que M. Roux a présentées dans la dernière séance de l'Aacadémie, concernant mes idées sur le strabisme et mon procédé opératoire pour la section des muscles de l'œil. Ne voulant pas abuser des instans de l'Académie, je me bornerai aux deux remarques suivantes :

1° S'il est vrai qu'on guérisse certains cas de strabisme par la section des muscles de l'œil, ce résultat équivaut à une expérience qui prouverait directement que, dans ces cas, la déviation du globe oculaire est le produit du raccourcissement primitif du muscle divisé : les nombreuses opérations pratiquées par M. Dieffenbach et plusieurs autres chirurgiens, et quelques-unes de celles que j'ai faites, ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard.

2° M. Roux reconnait que l'un des deux sujets qu'il a opérés a été atteint d'une inflammation vive de l'œil, qui n'est pas encore entièrement guérie, six semaines après l'opération. Nous croyons savoir, d'ailleurs, que l'opération a duré, dans les deux cas, plus de dix minutes. Or, par le procédé que j'ai proposé de substituer à celui de M. Dieffenbach, procédé que j'appellerai *sous-conjonctival*, je n'ai vu, dans aucun cas, survenir d'inflammation suppurative, et la moyenne de la durée des opérations n'a été que d'une à deux minutes. Ces résultats ne tendent-ils pas à prouver que mon procédé n'offre pas plus d'inconvéniens et n'est pas d'une exécution plus longue et plus difficile que le procédé employé par M. Roux? Je serai heureux de mettre ce célèbre chirurgien à même de constater l'exactitude de mes assertions.

NOTA. Nous regrettons de ne pouvoir à cause de son étendue publier la note lue par M. Roux; nous aurons occasion d'y revenir dans un travail spécial sur le strabisme.

VARIATIONS DANS LES ÉLÉMENS DU SANG EN RAPPORT AVEC LES MALADIES.

M. Andral lit en son nom et celui de M. Gavarret un premier mémoire sur ce sujet.

Ce travail est le résultat de l'examen du sang de 200 malades et de 360 saignées. Le procédé auquel les auteurs ont eu recours est celui qui a été indiqué par MM. Prévost et Dumas. Ils ont vu dans les maladies sur 1,000 parties de sang, la fibrine varier en proportion de 1 à 10, les globules de 185 à 21, les matériaux solides du sérum de 104 à 57, l'eau de 915 à 725.

Dans les maladies il est très rare que les différens principes du sang augmentent ou diminuent simultanément. Le plus souvent on les voit s'isoler les uns des autres dans leurs altérations; mais parfois aussi il y en a deux qui se modifient en même temps, et alors c'est en sens inverse; ainsi il peut arriver que tandis que la fibrine augmente les globules diminuent, et réciproquement; d'où résulte un changement remarquable dans les rapports de quantité que ces principes doivent conserver entre eux.

Les maladies considérées par rapport aux changemens qu'elles apportent à la composition du sang peuvent être divisées en quatre classes.

La première comprend les maladies dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée : on y trouve les phlegmasies.

La seconde comprend d'autres maladies dans lesquelles la fibrine n'augmente jamais et souvent diminue: telles sont les pyrexies.

Dans une troisième classe, on trouve des maladies où il y a diminution constante des globules : telle est la chlorose.

Enfin, dans une quatrième classe, se rangent des états morbides où l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum qui est diminuée. Telle est la maladie de Bright.

Mais ce n'est pas tout: les faits ne se présentent pas toujours avec cette simplicité, et il arrive souvent que plusieurs états morbides, dont chacun entraîne dans le sang une modification différente, viennent à se compliquer; eh bien! dans ces cas, on retrouve nettement dans le sang la trace de cette complication. Soit, par exemple, une pneumonie qui frappe une femme chlorotique, le sang continuera à n'avoir que très peu de globules, mais sur-le-champ la quantité de fibrine augmentera. « Nous avons vu, disent les auteurs, ces résultats se reproduire si souvent, que par cela seul que nous retrouverions dans le sang de quelque malade que ce fût plus de cinq en fibrine, nous ne craindrions pas d'affirmer chez ce malade la complication d'un des états morbides compris sous notre première classe; et, par contre, par cela seul que nous trouverions moins de deux en fibrine, au lieu de trouver plus de cinq, nous nierions cette sorte de complication. »

En dehors de la maladie, les pertes de sang et la privation des alimens modifient puissamment la composition du sang et viennent mêler leur influence à celle de la maladie; ce fait est généralement admis; mais il s'agissait de savoir de quelle manière et dans quel sens la composition du sang vient alors à se modifier. Voici ce qui résulte à cet égard des recherches de MM. Andral et Gavarret.

Les pertes de sang et la diète agissent principalement sur les globules qu'elles diminuent : « Quelle que fût, disent les auteurs, la maladie dans laquelle nous pratiquions des saignées, celles-ci avaient pour effet constant de rendre, à mesure qu'on les répétait, le nombre des globules de moins en moins considérable. » Mais il est à remarquer que d'une saignée à l'autre les globules ne diminuent pas dans les mêmes proportions chez tous les malades. Il y a sous ce rapport de très grandes différences individuelles et une grande inégalité de résistance; à tel point que, chez un malade, d'une saignée à l'autre les globules perdront à peine deux ou trois, et que chez l'autre ils perdront plus de trente jusqu'à quarante.

Mais en même temps que les émissions sanguines font, dans tous les cas, diminuer les globules, la fibrine conserve le plus souvent son même chiffre, diminue rarement et dans d'autres circonstances augmente, et il y a encore ici quelques lois à poser.

Lorsque la maladie est de nature telle que l'accroissement du chiffre de la fibrine est un de ses élémens nécessaires, cet accroissement a lieu malgré les saignées et malgré la diminution des globules.

Pour que les pertes de sang aient la puissance d'abaisser le chiffre de la fibrine, il faut qu'elles aient été très considérables, et que d'abord les globules aient commencé par subir eux-mêmes une très grande diminution; il arrive alors un moment où tous les élémens solides du sang s'abaissent simultanément.

De cette exposition générale, M. Andral passe à la considération des faits relatifs aux altérations du sang dans la première des quatre classes de maladies qu'il a établies, les autres classes devant faire l'objet de communications ultérieures.

Cette première classe, comme il a été dit plus haut, comprend les maladies dans lesquelles la fibrine est augmentée. L'augmentation des proportions de cet élément a été constatée dans deux ordres de maladies, savoir, dans la phlegmasie et dans la phthisie tuberculeuse.

Les phlegmasies dans lesquelles le sang a été examiné, sont : le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la bronchite capillaire, la pleurésie, la péritonite, l'amygdalite, l'érysipèle, la cystite, la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, une éruption furonculaire avec fièvre. Le sang a été examiné chez quatre-vingt-deux individus atteints de ces maladies, et dans cent cinquante-trois saignées qui leur ont été pratiquées. Dans tous les cas où ces maladies se sont montrées sous leur forme aiguë, et où elles ont été accompagnées de fièvre, on a trouvé dans le sang une augmentation de fibrine toujours très notable, mais présentant d'ailleurs quelque variation, soit d'un cas à l'autre dans une même maladie, soit d'une espèce de maladie à une autre espèce. Ainsi, en prenant le chiffre 3 comme moyenne normale de la fibrine, on a trouvé dans ces chiffres les degrés suivans d'élévation.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, la quantité moyenne de fibrine a oscillé entre 7 et 8 : son minimum a varié de 4 à 5; son maximum a été 10.

Dans la pneumonie, la quantité moyenne de fibrine a été la même que dans le rhumatisme articulaire aigu; elle a aussi offert le même minimum et le même maximum.

Dans la bronchite capillaire aiguë, la quantité moyenne de fibrine n'est plus aussi considérable que dans les deux maladies précédentes; elle se maintient entre 6 et 7, et le maximum de fibrine reste au-dessous de 9.

Dans la pleurésie aiguë, la quantité moyenne de fibrine descend encore; elle oscille entre 5 et 6, et le maximum de ce principe ne dépasse plus 6; de telle sorte qu'un chiffre assez bas en fibrine pour le rhumatisme et la pneumonie, devient pour la pleurésie le chiffre le plus élevé.

Dans la péritonite aiguë, la quantité moyenne de fibrine est la même que dans la pleurésie (entre 5 et 6); le maximum est 7.

Dans les autres maladies qui ont été l'objet d'un examen, comme amygdalyte aiguë, érysipèle, suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, le chiffre de la fibrine toujours élevé descend encore dans sa moyenne à un chiffre un peu plus bas que dans les maladies précédentes. Cette moyenne n'est plus guères que de 5. Il y a pourtant encore des cas où le maximum atteint 6 et même 7.

Mais dans aucun cas la fibrine ne descend au dessous de 4, et très rarement elle s'abaisse au-dessous de 5.

Ainsi dans toutes les maladirs appelées phlegmasies, dans lesquelles le sang a été examiné, quel que fût leur siége et quel que fût leur degré d'intensité, la fibrine avait dépassé notablement son chiffre normal et les limites de l'échelle qu'elle a parcourue sont marquées par le chiffre 5 d'une part et le chiffre 10 de l'autre.

Mais, pour que cette règle se soutienne, il faut qu'intervienne la double condition de l'acuité et de la fièvre; car, si la maladie est primitivement chronique ou l'est devenue, si la fièvre n'a jamais existé ou a disparu, la fibrine cesse d'être en excès dans le sang. A l'état d'acuité, l'élévation du chiffre de la fibrine est réglée par l'intensité des symptômes locaux et par celle du mouvement fébrile.

Aucune phlegmasie ne produit plus de fibrine que la pneumonie, et après elle que le rhumatisme articulaire aigu.

Lorsque la phlegmasie s'amende, la fibrine diminue; si, après s'être amendée, la maladie reprend de l'acuité, la fibrine augmente de nouveau. Si, enfin, une phlegmasie aiguë intervient dans le cours d'une maladie quelconque, elle marque sur-le-champ son apparition par une augmentation de la fibrine du sang.

Bien différens de la fibrine, les globules, dans aucun cas, ne subissent d'augmentation par l'effet de l'état phlegmasique; souvent même, dès le début des affections de ce genre, les globules semblent plutôt avoir diminué. Dans toute phlegmasie, et quel qu'ait été leur chiffre au point de départ, ils offrent pour loi constante de décroître à mesure que la maladie se prolonge; mais il en est ainsi, comme nous l'avons déjà dit, dans tous les cas où les individus sont soumis à la diète et aux saignées.

Un grand abaissement du chiffre des globules n'empêche pas l'état phlegmasique de prendre naissance; il ne l'empêche pas de s'accroître et d'arriver à un grand développement; d'un autre côté, un chiffre très élevé de globules ne semble en rien en favoriser la production. Les observations de MM. Andral et Gavarret montrent en effet l'inflammation compatible avec des chiffres très variables de globules, depuis celui de 48 jusqu'à celui de 60.

Dans toutes ces maladies phlegmasiques les matériaux solides du sérum n'ont présenté aucune altération digne de remarque.

L'eau a varié entre les chiffres 771 et 840.

Nous avons dit que ce n'est pas seulement dans le sang des individus atteints de phlegmasies qu'on a constaté l'augmentation de la fibrine, mais aussi dans le sang des individus atteints de tubercules pulmonaires. Voyons ce qui a rapport à ces dernières maladies.

Quelle que soit la période de la phtisie à laquelle on examine le sang, on constate une tendance et à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules; mais l'élévation du premier de ces élémens et l'abaissement du second ne sont pas également marqués à toutes les phases de la maladie.

Tant que les tubercules sont encore à l'état de crudité, la fibrine ne présente qu'une augmentation peu considérable, dont la moyenne est de quatre environ. Alors la diminution des globules, bien que manifeste, n'est pas encore très grande.

Lorsque les tubercules commencent à se ramollir, la fibrine offre un chiffre plus élevé, dont la moyenne est 4 1/2; les globules continuent à descendre. Enfin lorsque le poumon est creusé de cavernes, la fibrine croît encore, donnant pour moyenne le chiffre 5 et s'élevant parfois jusqu'à 6, mais n'atteignant jamais la moyenne de la pneumonie. Toutefois, lorsque la tuberculisation pulmonaire a réduit les malades au dernier degré de marasme, la fibrine elle-même commence à obéir à la loi de décroissement des autres élémens solides du sang, et elle descend au-dessous du chiffre normal. En général, le plus grand excès de fibrine dans le sang des phthisiques s'est montré à l'époque où un mouvement fébrile continu venait à s'établir.

Marchant en sens inverse de la fibrine, les globules, dans cette période de la phthisie, deviennent de moins en moins abondans. Pendant la durée du premier degré de la maladie, ils s'étaient maintenus au-dessous de 100, n'atteignant jamais toutefois leur quantité moyenne. Dans le second degré, on les trouve généralement abaissés au-dessous du chiffre 100. Enfin, dans le troisième degré, leur quantité, dans la majorité des cas, devient encore moins considérable, ne descendant pas cependant au-dessous du chiffre 81; cette diminution sans doute est très notable, mais bien moindre encore que celle qui a lieu dans la chlorose.

Les matériaux solides du sérum ont varié chez les phthisiques entre 64 et 98; le chiffre 64 était donné par un phthisique qui, par exception, n'avait fourni que 2 en fibrine.

L'eau s'est trouvée d'autant plus abondante, que le sang a été examiné à une époque plus avancée de la maladie; elle a varié entre 784 et 845.

A l'occasion de cette lecture, M. Magendie annonce qu'il s'est occupé de la même question, et dépose sur le bureau des tableaux dans lesquels sont consignés les résultats des observations qui ont été faites sous sa direction, et dont il se propose de déduire plus tard les conséquences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nota. La séance de l'Académie de médecine n'ayant eu lieu que jeudi, à cause des fêtes de juillet, nous renvoyons au prochain numéro le compte-rendu de cette séance.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

GRUNDZUGE DER NATURLEHRE DES MENSCHEN VON SEINEM WERDEN BIS ZUM TODE. (ÉLÉMENS DE PHYSIOLOGIE DE L'HOMME DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'A SA MORT); par M. IGNACE-RODOLPHE BISCHOFF, professeur à Vienne. — 1837, 38 et 39.

C'est un bon ouvrage, plein d'idées philosophiques; il y a beaucoup de vues nouvelles d'une haute portée et d'une vaste conception. L'auteur envisage l'homme en tant qu'être organisé et doué de fonctions variées, et en tant que partie organique du grand tout qui constitue l'univers et dont les divers élémens modifient diversement l'être humain.

La classification de l'ouvrage est arbitraire; l'ordre que suit l'auteur en exposant les matières qui font l'objet de son écrit l'expose à des répétitions, d'une part, et à des lacunes, de l'autre; mais ce travail a cela de commun avec toute autre espèce de classification, et, tel qu'il est, sa marche est néanmoins instructive et facile à suivre.

L'érudition de cette physiologie est surtout bien soignée; l'auteur indique toutes les sources les plus importantes de la science; il s'arrête plus spécialement sous le point de vue historique, aux époques où les principales découvertes ont été faites, et aux hommes qui ont le plus particulièrement enrichi telle ou telle autre branche de la science.

Cette physiologie n'est point trop étendue et forme à peine deux volumes in-8. Elle est divisée en deux parties; la première, sur la physiologie ou science de la vie en général; et la seconde, sur la physiologie de l'homme en particulier. L'ouvrage est très élémentaire; il peut servir à former l'élève qui débute dans la science, comme il peut être consulté avec fruit par l'homme qui a déjà des connaissances étendues en physiologie.

UEBER SPAETGEBIERT (SUR LES ACCOUCHEMENS TARDIFS); par le docteur C. KIDERLIN. — Nuremberg, 1838.

Dans cette dissertation, l'auteur commence à citer une foule de faits d'accouchemens tardifs dont plusieurs remontent à la plus haute antiquité; puis il rapporte les preuves qu'invoquent les déplacemens des accouchemens tardifs pour en prouver la possibilité; il oppose à leurs argumens ceux de ses détracteurs, termine en énumérant les lois qui ont été promulguées à ce sujet dans les différens pays, et enfin donne une liste des auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Quoique l'auteur ne se prononce pas d'une manière positive sur les accouchemens tardifs dont il est pourtant tenté d'admettre la possibilité avec son professeur M. d'Outrepont, il laisse entrevoir que le plus souvent on est obligé de se mettre en garde contre la supercherie, dans les cas où il s'agirait de prononcer un jugement. Cette dissertation mérite des éloges sous le rapport des recherches littéraires.

COMPENDIUM, OU HISTOIRE SUCCINCTE DE LA MÉDECINE, DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A LA FIN DU PREMIER CYCLE DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE; par le docteur ROHATZSCH.

L'ouvrage répond parfaitement à son titre; dans ce petit volume, l'auteur a résumé les points les plus importans de l'histoire de la médecine; une sage philosophie, une vaste érudition, une appréciation exacte des faits et des découvertes placent ce travail hors de la ligne des abrégés ordinaires.

VARIÉTÉS.

— La chaire de pathologie chirurgicale est vacante au Val-de-Grâce; le concours n'est pas encore annoncé. On annonce que M. Hipp. Larrey, agrégé de la Faculté, se met sur les rangs.

— L'inspection médicale du Val-de-Grâce a été close jeudi dernier; M. Moizio a prononcé à cette occasion quelques paroles pleines de dignité et de bienveillance, pour exprimer au personnel médical du Val-de-Grâce sa satisfaction qu'il a recueillie dans l'examen de ce bel établissement.

— MM. Gasc et Brault, qui ont inspecté l'est et l'ouest de la France, sont de retour à Paris.

— Les officiers de santé de tous grades, attachés à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, ont offert à M. Bégin une médaille en témoignage des services rendus par ce praticien dans la direction de cette école et du lustre qu'il a jeté sur la chirurgie militaire. Nous savons que les élèves et les membres de la Faculté de Strasbourg ont eu l'intention de s'associer à cette démonstration; il est à regretter que, par esprit de corps et par une sorte de jalousie honorable, elle ait été restreinte à des limites militaires.

— ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduction nouvelle, *avec le texte grec en regard*, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagné d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières; par E. LITTRÉ, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres; t. II, in-8, 775 pages. Prix: 10 f.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, OU RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LES DIVERSES CLASSES D'APPAREILS NERVEUX, LES MOUVEMENS, LA VOIX, LA PAROLE, LES SENS ET LES FACULTÉS INTELLECTUELLES; par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Berlin, traduite de l'allemand sur la troisième édition, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine; accompagnée de 80 figures intercalées dans le texte et de quatre planches gravées; 2 vol. in-8. Prix: 16 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né; par P. CAZEAUX, professeur d'accouchemens, etc. — Ouvrage accompagné de 12 planches gravées. Prix broché: 9 fr.

A Paris, chez Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, 13.

— DE L'EAU FROIDE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES MALADIES, OU L'HYDROTHÉRAPEUTIQUE, suivie de remarques sur l'emploi des bains et des lotions dans l'enfance; par L. WERTHEIM, docteur en médecine et en chirurgie. In-8. Prix: 2 fr.

A Paris, chez A. Cousin, éditeur, rue Jacob, 25.

— ESSAI SUR LES ÉMISSIONS SANGUINES ET LES ÉVACUANS, précédé de quelques considérations générales sur la vie, la santé et la maladie; par H. GUIBERT, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8. Prix: 3 fr. 50 c.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. De certaines altérations du cœur, considérées comme cause de quelques affections, et surtout du ramolissement du cerveau. — Deuxième mémoire sur le mal vertébral. (Suite et fin.) — II. Revue des journaux de médecine allemands. Cas de trichinia spiralis. — Rapport médical sur la principauté de Hodenzollern-Sigmasingen pendant 1839. — Sur l'incontinence de l'urine pendant la nuit. — Abcès du rein qui s'est frayé un chemin par le foie et le poumon. — Traitement contre le ténia. — Opération césarienne. — Observations d'accouchement. — Observations et remarques. — Deux observations de phlébite du foie chez des nouveau-nés, et un cas de hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. — Sur les concrétions dans les articulations. — De l'emploi de la décoction de Zittmann dans les ulcères syphilitiques du cou et du nez pendant la grossesse et dans d'autres maladies. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 3 août. — Académie de médecine: séances des 30 juillet et 4 août. — IV. Bibliographie. Etudes médicales. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. OEuvres complètes d'Ambroise Paré.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE CERTAINES ALTÉRATIONS DU CŒUR, CONSIDÉRÉES COMME CAUSE DE QUELQUES AFFECTIONS, ET SURTOUT DU RAMOLLISMENT DU CERVEAU; par le docteur Robert Law, médecin de l'hôpital de sir Patrick Dun (1).

Tous les organes du corps sont tellement liés entre eux pendant la vie que rarement un d'entre eux souffre sans que les autres soient plus ou moins dérangés, et le degré de trouble qui en résulte sur toute l'économie est en rapport direct avec l'importance de chaque organe et l'étendue de ses relations sympathiques. Si nous appliquons ces considérations au cœur, l'organe central de la circulation, et si nous réfléchissons sur les fonctions qu'il est chargé de remplir, soit comme le réservoir qui contient pour tous les organes le liquide sans lequel il n'y a pas de vie pour eux, soit comme l'appareil mécanique destiné à le distribuer à chacun d'eux, on appréciera facilement combien l'intégrité de cet important organe est essentielle pour que toute l'économie fonctionne d'une manière régulière.

Comme l'objet de la circulation n'est pas seulement de porter aux différens organes les matériaux de la nutrition, des sécrétions, des exhalations, etc., et qu'elle doit en outre y entretenir un état habituel d'excitation, par le choc que leur communique le sang lorsqu'il arrive dans leur intérieur, et qui paraît dû surtout à l'action du cœur, l'interruption de l'arrivée du sang dans un organe n'arrête pas seulement sa nutrition et ses sécrétions, mais le prive aussi de cette impulsion qui est indispensable pour l'exercice complet de sa fonction physiologique.

L'exercice régulier de tous les organes exige que chacun d'eux reçoive une quantité égale et régulière de sang, et comme c'est le cœur qui est chargé de cette distribution, quand il est malade, on doit s'attendre aux fâcheux résultats de l'interruption de la circulation, qui en est l'effet presque nécessaire, quand surtout son altération s'oppose à ce qu'il remplisse sa double fonction comme réservoir et agent mécanique. Les effets funestes de cette maladie se présentent sous un double point de vue, quelques organes recevant plus de sang, tandis que d'autres en reçoivent moins que leur quantité normale; l'excès et la diminution étaient également nuisibles aux différens organes qui les éprouvent, bien qu'avec des effets différens.

Les pathologistes ont jusqu'ici presque entièrement borné leur attention à l'excès de la quantité normale du sang, ou à la congestion que déterminent dans les organes les maladies du cœur, et ils n'ont pas parlé de la diminution que doivent éprouver les autres organes, et qui doit nécessairement nuire à leur nutrition et à leurs fonctions. Ainsi dans les altérations de la valvule mitrale, qui déterminent un rétrécissement considé-

(1) The Dublin journal of medical science. Mai 1840.

Feuilleton.

OEUVRES COMPLÈTES D'AMBROISE PARÉ, REVUES ET COLLATIONNÉES SUR TOUTES LES ÉDITIONS; ACCOMPAGNÉES DE NOTES HISTORIQUES ET CRITIQUES, ET PRÉCÉDÉES D'UNE INTRODUCTION, PAR J.-F. MALGAIGNE. — Tom. Ier (1).

(Premier article.)

Le moment est favorable pour parler d'Ambroise Paré. La ville qui l'a vu naître vient d'être témoin d'une solennité nationale. La statue de ce grand homme, œuvre de notre David, et qu'il nous a été donné de contempler presque sous le ciseau qui l'achevait, s'élève enfin dans les murs de Laval. L'Académie de médecine retentit encore du discours que son secrétaire perpétuel a prononcé dans cette occasion, et dont la lecture a jeté sur la dernière séance de la rue de Poitiers un éclat littéraire. C'est continuer, pour ainsi dire, la fête deséculaire glorification dont Paré vient d'être l'objet que de nous occuper ici du travail que M. Malgaigne a consacré à ce génie nourricier de l'art moderne. Il y a longtemps que l'entreprise de M. Malgaigne méritait d'être signalée, avec quelque détail, à nos lecteurs. Mais, outre qu'elle n'est pas terminée, la justice elle-même a son opportunité, et le retard de notre tribut bibliographique vaut du moins, au nom du commentateur, quelques reflets de l'auréole nouvelle, dont Paré vient d'être couronné dans une publique solennité. Le savant, l'artiste, le peuple se sont réunis pour rajeunir une pure et forte illustration; un livre, une statue, l'acclamation de la foule, le tout après trois siècles et demi révolus; certes, voilà un bel hommage, voilà un nom dignement scellé dans l'histoire, car la statue et le livre sont deux monumens d'origine égale; l'un et l'autre sont l'expression du génie: la statue est sortie de cette grande et vivace pensée qui, munie d'un ciseau, médite et réalise déjà sur quelques points l'oenementation historique de la France; elle est sœur des statues de Bichat et de Gutenberg. Quant au livre, c'est tout simplement les œuvres complètes d'Ambroise Paré, recueillies, collationnées, commentées, pénétrées enfin et dilucidées dans la lettre et l'esprit du texte par une critique de bon aloi. A la bonne heure, vous tenez là un livre dont il est inutile de flairer l'odeur avant d'en ouvrir les feuilles; il pèse à la main qui le feuillète de tout le poids d'une autorité fondée sur deux choses impérissables, universelles, maîtresses du temps et des lieux, le bon sens et la probité; chaque page du précieux volume porte le cachet de cette vertu de l'esprit et de cette vertu du cœur; placé là sur cette table, chargée des productions du jour, au milieu des éphémères denrées de la science contemporaine, il nous fait l'effet d'une figure antique et vénérable, qui, ressuscitée, apparaîtrait subitement au milieu d'un de nos salons, peuplés des fatuités rachitiques et des élégances étriquées qui se dandinent tristement sur la scène sociale d'aujourd'hui. Ne désespérons pas de

(1) Chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

rable de l'orifice auriculo-ventriculaire, on s'est exclusivement occupé de la congestion des poumons, du foie, etc., et on n'a fait aucune attention aux résultats fâcheux qu'a produits sur les autres organes la diminution de la quantité de sang qu'ils recevaient, diminution qu'on reconnaît pendant la vie par la petitesse du pouls, dont même quelques battemens manquent souvent tout à fait, ce qui indique le mouvement rétrograde de presque tout le sang des ventricules dans l'oreillette, à travers l'appareil valvulaire imparfait, et qui se traduit, après la mort, par la petitesse de l'aorte, laquelle ne dépasse pas la grosseur de la carotide commune. C'est sur les effets que cette diminution de la quantité du sang produit sur le cerveau que j'appellerai ici l'attention, point de pathologie qui a été jusqu'ici presque, pour ne pas dire complètement, négligé.

L'influence des altérations du cœur sur la production des maladies du cerveau fut signalée d'abord par Legallois, mais sous un point de vue seulement, dans une communication à la société de l'école de médecine de Paris, ensuite par Richerand, qui rapporte un cas de ce genre, et dont l'illustre Cabanis était le sujet, puis surtout par M. Bricheteau, qui établit, dans le JOURNAL COMPLÉMENTAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, que l'hypertrophie du cœur produit trois degrés différens d'altération de la substance cérébrale, savoir : la congestion, l'épanchement sanguin, le ramollissement avec désorganisation du cerveau. Sans nier d'une manière absolue cet effet de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, nous pensons qu'elle a été exagérée ici et que, dans un grand nombre de cas de ce genre, on doit attribuer aussi une grande influence sur la production des accidens à l'altération spéciale que l'âge amène dans les artères, et qui est plus fréquente dans celles du cerveau que dans celles d'aucune autre partie du corps ; ensuite il faut, comme l'a fait remarquer M. Lallemand, que l'obstacle à la circulation, qui ordinairement est la cause de cette hypertrophie, soit situé plus loin du cœur que l'origine des vaisseaux chargés de transporter ce sang au cerveau. Or, comme, dans le plus grand nombre des cas d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, il y a un obstacle à l'origine même de l'aorte, produit par l'altération des valvules sigmoïdes, la surexcitation du cœur, qui suffit pour amener l'hypertrophie, s'épuise sur l'obstacle et ne se propage pas au-delà, comme le prouve l'examen du pouls, qui n'est caractérisé ni par la force ni par la dureté ; ce qui suffit pour expliquer pourquoi l'apoplexie cérébrale est beaucoup moins fréquente que l'hypertrophie. L'obstacle, dans ce cas, sert de protection aux parties situées derrière lui, en supportant le plus grand effort du sang. Mais, avec ces deux conditions, l'hypertrophie et l'obstacle, il y a pourtant encore une affection du cœur qui est tout à fait indépendante de l'hypertrophie, et qui n'est produite que par l'obstacle à l'arrivée du sang à la tête. C'est sur cette maladie, qui avait été entièrement négligée ou confondue avec d'autres, que je veux ici appeler l'attention. C'est un ramollissement du cerveau, qui, loin d'être produit par un afflux actif ou mécanique du sang à l'encéphale, est au contraire l'effet d'une diminution de la quantité de ce fluide, nécessaire au cerveau. Le sujet du premier cas qui appela mon attention sur cette complication et m'éclaira sur sa nature fut une femme, âgée de 17 ans, atteinte de maladie du cœur et d'hémiplégie du côté gauche, avec perte de la parole, qui fut reçue à l'hôpital Richemond en 1834. Les battemens du cœur étaient forts et tumultueux, et accompagnés d'un bruit de râpe ; le pouls était très petit et irrégulier. Sa mère rapporta que, depuis deux ans, elle éprouvait de pénibles palpitations du cœur avec forte dyspnée, et que la paralysie ne s'était développée qu'à une époque bien moins éloignée et très graduellement. Elle mourut quatre jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on découvrit les altérations suivantes : le cerveau offrait à peine quelques traces de sang et se trouvait dans un état d'anémie complète. Au moment où on pratiqua une incision sur la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche, il s'en écoula une certaine quantité d'un liquide jaune verdâtre, de la consistance de la crême, ce qui produisit un affaissement sur ce point de la surface du cerveau ; le ventricule gauche offrait une hypertrophie considérable. La valvule mitrale, étant à l'état d'induration dans toute son étendue, et ayant sur son bord libre des végétations très dures, n'avait pu évidemment remplir ses fonctions. L'aorte, ainsi que ses premières branches, était plus étroite qu'à l'état normal. Les poumons étaient le siége d'une forte congestion, et contenaient plusieurs noyaux d'apoplexie pulmonaire. Les conditions dans lesquelles ce cas s'était développé me firent penser, me prouvèrent presque, que le ramollissement du cerveau, produit par une maladie du cœur, n'est pas l'effet invariable de l'impulsion violente du sang sur cet organe, et qu'au contraire il survient quelquefois dans des circonstances tout à fait opposées. L'état anémique du cerveau et la petitesse de l'aorte et de ses branches d'un côté, et de l'autre la congestion des poumons et les noyaux apoplectiques viennent à l'appui de cette assertion, car il est évident que plus la quantité de sang qui allait au cerveau était diminuée, plus celle qui se portait aux poumons devait, au contraire, être augmentée. La petitesse du calibre de l'aorte et de ses branches, qui, suivant une des lois fondamentales de la physiologie, s'étaient mises en rapport avec la quantité diminuée du sang qu'elles devaient transporter, était une preuve que cette altération remontait à une époque déjà éloignée. Ce cas nous offrait la condition opposée à ce qu'on observe dans l'apoplexie cérébrale. Les altérations anatomiques du cerveau et des poumons étaient changées, l'impulsion du ventricule hypertrophié ayant réagi en arrière sur les poumons, et non directement sur le cerveau, comme cela a lieu nécessairement lorsqu'il n'y a pas d'obstacle entre le cœur et l'encéphale.

OBS. — Metcalf, cordonnier, âgé de 34 ans, paralysé du bras et de la jambe droite, s'exprime si difficilement qu'il a beaucoup de peine à se faire comprendre. Il indique son front comme le siége de la douleur. Les battemens du cœur sont accompagnés d'une forte impulsion et d'un bruit de soufflet dans la région cardiaque supérieure interne. Il y avait une disproportion marquée entre la force du pouls et les battemens du cœur. La calorification était très faible, surtout dans la main paralysée, qui était froide, livide et congestionnée. Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur la durée de la maladie, ni sur les antécédens, ni sur l'ordre dans lequel avaient apparu la maladie du cœur et la paralysie, tant il avait de difficulté à prononcer. Je diagnostiquai un ramollissement du cerveau, consécutif à une maladie du cœur, que je crus pouvoir rapporter, d'après le point où l'on trouvait le bruit de soufflet et la forte impulsion, à une altération des valvules de l'aorte. Je regardai la complication cérébrale comme le point le plus important de cette maladie, et ce fut de ce côté que je dirigeai spécialement mon attention. Je lui prescrivis le mercure à doses minimes ; 54 milligrammes de calomel en douze pilules, avec l'extrait de gentianne, et dont une devait être prise chaque heure. Au bout de quatre jours, la salivation était déjà complètement rétablie ; ensuite je lui prescrivis la poudre de James à petites doses, et de temps en temps je lui faisais appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, quand il se plaignait de la tête. Assez fréquemment aussi il prenait des lotions froides sur la tête et des bains de pied sinapisés. Ce traitement fut commencé dans le courant du mois de mai, et, dans les premiers jours d'août, le malade avait recouvré l'usage presque complet de ses membres paralysés ; il lui restait encore un peu de

---

l'époque actuelle de notre science, puisqu'elle met la presse au service des anciens, puisque Hippocrate et Ambroise Pare se relèvent, radieux, au milieu de nous, et comme ces morts de l'Évangile, qu'un Dieu a revivifiés de son souffle, marchent avec les attributs éclatans de la santé et dans la majesté de leur puissance inaltérée. Honneur au libraire qui a compris l'ambition de MM. Littré et Malgaigne, qui s'est associé à leurs projets de restauration scientifique ! La librairie a ses traditions de désintéressement et d'intelligente participation au progrès des sciences et des lettres ; elles ne sont donc pas éteintes entièrement ; le trafic et la soif du lucre n'ont pas desséché le cœur de tous ceux qui s'adonnent à cette branche supérieure du commerce, et grâce à qui vous savez, deux entreprises de pieuse et docte bibliographie se développent à grands frais, sous l'œil du public et au sincère ébahissement des véritables amis de la gloire médicale. Ce que le travail de M. Littré est à la médecine, celui de M. Malgaigne promet de le devenir pour la chirurgie. Sans doute, les difficultés ne sont pas égales des deux côtés ; un idiome mort, des versions contraires ou différentes, des lacunes, des additions adultérines, des obscurités devenues proverbiales, la multiplicité des gloses et des commentaires, tout un monde d'usages, de routines et d'idées, dont la clef familière nous échappe, toute une pathologie d'un autre temps et d'une autre contrée à fouiller dans ses élémens variables, ou mal accusés, ou mal compris, un système d'erreurs classiques ou d'hypothèses admises au rang de faits didactiques, se prolongeant, pour ainsi dire, à travers les données de l'observation et viciant les axiomes de saine expérience, tel est le labyrinthe où s'est engagé le traducteur d'Hippocrate, et qu'il parcourt dans tous ses méandres avec une rare sagacité. L'éditeur des œuvres d'Ambroise Paré chemine dans une voie plus directe, plus éclairée, plus circonscrite ; rien de fabuleux ne flotte ni sur la personne ni sur les ouvrages ; le siècle où vécut l'auteur adopté, quoique chargé d'événemens et de chroniques, d'intrigues et de catastrophes, peut être reconstruit avec une positive abondance de documens ; la langue à laquelle appartiennent ses écrits, sauf quelques modes de construction et certaines formes d'expression, est encore celle qui sonne à nos oreilles ; car à ceux qui lui reprochaient d'avoir écrit en français sur un art que les ignorances intéressées de son temps s'efforçaient de retenir sous le voile opaque d'une âpre et hasardeuse latinité, l'homme de bon sens répondait, en s'appuyant sur l'exemple des traductions arabes et autres : « Pourquoi semblablement ne me sera-t-il permis d'écrire en ma langue françoise, laquelle est autant noble que nulle autre étrangère ? » Mais on peut dire que M. Malgaigne, jaloux de sa tâche et curieux de difficultés, a su les multiplier, au grand avantage de sa réputation d'esprit sagace ; et plus il se sentait apte au labeur brillant des solutions, plus il s'est créé de problèmes. C'est ainsi qu'il a rassemblé toutes les éditions qui ont été faites de par toute ville en Europe, pour en confronter les textes, les phrases, les mots, les virgules, pour établir les variantes et restaurer les paragraphes. Il s'est emparé de son auteur avec la ferveur patiente d'un bénédictin, et comme un érudit, famélique de pulvérulentes découvertes, eût fait d'un manuscrit grec ou latin. La besogne littéraire ne pouvait suffire au but qu'il s'était proposé ; il fallait encore s'attacher, chirurgien versé profondément dans l'histoire de son art, à tous les pas que fait Ambroise Paré, soit dans la pratique, soit dans la théorie, éclaircir la filiation des idées ou des principes, que celui-ci sème dans ses nombreux écrits, apprécier ses innovations, ses façons coutumières au lit des malades, lui composer son bagage réel

difficulté à parler et il souffrait peu du cœur. Il nous quitta pour reprendre ses travaux.

Pendant que Metcalf était encore à l'hôpital, nous y recueillîmes le fait suivant qui offre un grand intérêt.

Obs. III. — Dowley, âgé de 40 ans, porteur de blés, se plaint, à l'époque de son admission, d'une dyspnée tellement forte qu'elle l'oblige de se tenir assis pendant toute la nuit. La percussion fournit un bruit mat, bien au-delà des limites normales de la région cardiaque, surtout en dedans. On entend un bruit de soufflet double dans la région cardiaque interne supérieure ou dans le point qui correspond avec les valvules aortiques, et qui semble se continuer dans les grosses artères que fournit l'aorte. En appliquant le stéthoscope, en dehors et un peu au-dessous du mamelon gauche, on distingue non seul bruit de soufflet plus obscur et qui accompagne le premier bruit du cœur. Les battemens du cœur se font avec une forte impulsion; le pouls était plus vibrant et visible au poignet; la figure offrait une teinte pâle, ou plutôt d'un jaune verdâtre; les lèvres étaient très pâles: il n'y avait pas d'infiltration. Le malade rapportait son indisposition à son état qui l'exposait à de fréquentes alternatives de chaud et de froid. Je portai le diagnostic suivant: maladie de cœur consistant en une imperfection des valvules aortiques, avec hypertrophie consécutive du ventricule gauche et probablement altération de la valvule mitrale; je prescrivis de petites doses de teinture de muriate de fer avec quelques gouttes de teinture de digitale, et de temps en temps un petit nombre de sangsues sur la région du cœur. Il était dans un état si grave lorsqu'il entra à l'hôpital que cette prescription avait seulement pour but de diminuer l'anxiété et les souffrances les plus vives dont j'aie jamais été témoin. Dans ce cas, comme dans tous les autres analogues, le malade rapportait le siége principal de ses douleurs à l'épigastre. Les sangsues qui lui furent appliquées n'amenèrent presqu'aucun soulagement si toutefois elles en amenèrent. Le malade mourut au bout de quinze jours environ.

Autopsie. Développement énorme du cœur, au moment où il vient d'être mis à découvert, et tandis qu'il est encore en place il paraît avoir au moins le double de son volume normal; ce qui dépend en partie des gros caillots qui le distendent et en partie des effets de l'hypertrophie du ventricule gauche dont les parois ont 27 millim. d'épaisseur et dont la cavité est très dilatée; le ventricule droit est dilaté et ses parois ont conservé leur épaisseur normale. Les valvules de l'aorte sont recouvertes, spécialement sur leur bord libre, de végétations fermes et pédiculées. Une colonne d'eau versée par l'aorte passe à travers les valvules dans le ventricule. La valvule mitrale offre des végétations analogues, mais moins nombreuses à sa surface ventriculaire et sur son bord libre. Les poumons sont œdémateux et le siége d'une forte congestion.

Après avoir ouvert la tête et enlevé le cerveau, on remarque à la surface inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère gauche un point de la grosseur d'une forte noisette où le tissu est ramolli, verdâtre, avec destruction de la surface des circonvolutions, mais qui ne pénètre pas profondément.

Cette altération nous étonna, car rien ne l'avait annoncée; il n'y avait point eu de paralysie, et le malade ne s'était pas plaint d'être plus faible d'un côté que de l'autre. Cette observation présente un bon exemple de la maladie que le docteur Corrigan a le premier décrite d'une manière exacte et qui consiste en une lésion des valvules aortiques qui les empêche de fermer hermétiquement l'entrée de l'artère et conséquemment permet la régurgitation du sang dans le ventricule; ses signes sont: un bruit de soufflet double, une impulsion prononcée, un pouls vibrant d'une manière particulière, la pulsation des grosses artères visibles et presque toujours une coloration pâle et terreuse de la peau.

Il est facile de concevoir comment dans ce cas le ramollissement du cerveau peut être causé par un défaut de nutrition, car l'insuffisance des valvules contribue de deux manières différentes à diminuer la quantité du sang que reçoit le cerveau; d'abord parce que les valvules altérées restent adhérentes aux parois de l'aorte dont elles rétrécissent le calibre et nécessairement diminuent la grosseur du jet de sang que lance le ventricule, et ensuite par la régurgitation du sang dans le ventricule par l'insuffisance des valvules. Nous apporterons à l'appui de notre manière de voir l'analogie parfaite qui existe entre les signes et les symptômes de cette lésion et ceux de l'état qui succède aux hémorrhagies abondantes; nous avons le même bruit de soufflet du cœur et des grosses artères dans les deux cas, la même vibration dans le pouls, les mêmes pulsations visibles des artères, la même coloration pâle et terreuse, les mêmes vertiges et les mêmes étourdissemens; l'analogie sera absolue si le mode de traitement que réclame cette maladie de cœur est le même que celui qui convient à la suite des hémorragies.

Le docteur Corrigan rapporte aussi, pour démontrer les effets nuisibles du traitement débilitant dans cette maladie, le premier fait qui l'éclaira sur ce point important. Le malade avait suivi le traitement qu'à cette époque on opposait à toutes les affections du cœur; les saignées répétées, un régime sévère, la digitale, le repos, etc., et son état s'était notablement aggravé. Quelques circonstances l'ayant forcé d'aller à la campagne, il ne put plus recevoir les mêmes conseils et changea toute sa manière de vivre, laissant de côté toute espèce de médicament et améliora son régime, prit de l'exercice, et au bout de peu de temps sa santé était tellement améliorée qu'il put se charger de la direction d'un dispensaire dont il remplit les fonctions fatiguantes et pénibles pendant cinq années; à la fin il mourut de sa maladie de cœur; et le docteur Corrigan eut l'occasion de montrer à la société pathologique cet organe qui est en effet un exemple des plus remarquable des végétations des valvoles de l'aorte qui avaient nui aux fonctions de ces valvules. Les résultats de ce cas suggérèrent au docteur Corrigan un mode de traitement tout différent de celui qui jusqu'alors avait été employé, changement qui lui parut même devoir ressortir d'une juste appréciation de la nature de l'altération; regardant l'hypertrophie du ventricule gauche qui existe constamment dans les cas d'altération des valvules comme une sage prévoyance de la nature pour soutenir le sang qui retombe dans ce ventricule, il pensa que tout traitement débilitant devait empêcher cette salutaire influence et adopta dans les cas qu'il a traités depuis une tonique fortifiante.

J'ai adopté la même méthode, mais j'avoue que j'ai eu pour l'adopter d'autres motifs que ceux qui se sont présentés au docteur Corrigan; car, comme je l'ai déjà dit, l'altération des valvules s'oppose de deux manières à ce que l'économie reçoive la quantité de sang dont elle a besoin, par la diminution de la quantité qui passe du ventricule dans l'artère et par le retour dans le ventricule d'une grande partie de cette quantité déjà diminuée.

Si nous remarquons que les symptômes constitutionnels de quelques autres maladies, comme de la chlorose dont le caractère essentiel consiste dans une élaboration imparfaite du sang et dans une diminution de sa consistance normale, sont les mêmes que ceux de l'altération dont nous parlons, nous aurons un nouveau motif de reconnaître que l'emploi du même traitement dans toutes ces maladies repose sur leur connexion intime, si non sur leur identité, et que leurs rapports entre elles reposent d'un côté sur l'absence de la quantité de sang nécessaire et dans les cas d'hématose imparfaite sur l'altération de ses propriétés.

---

d'originales découvertes et de vues personnelles, lui assigner, en un mot, sa place dans le passé, du fond duquel il projette encore de vives clartés sur la science, qu'il a desservie avec une amoureuse et naïve religion. Or, pour départir de cette sorte à une célébrité son rôle, sa fonction historique, besoin est de sortir du détail et du sentier obscur de l'exégèse littérale; il faut grimper aux sommités, afin d'enserrer dans le coup-d'œil un vaste horizon et d'en saisir tous les objets dans leurs rapports harmoniques: une introduction, une étude historique sur ce qui a précédé l'époque personnifiée dans le chirurgien de Henri III, devenait le frontispice obligé du monument; sans cette construction complémentaire, M. Malgaigne n'était que l'intelligent manœuvre qui redore les quatre faces du monument; par cette tentative, heureusement accomplie, le voilà élevé à la dignité d'architecte; il introduit savamment son héros, au lieu de l'annoncer par une brève et facile appellation; il lui fournit un piédestal historique; il transforme le plâtre inerte, aux orbites vides, en une vivante tête, dont le regard s'élance alternativement du passé dans l'avenir, de l'avenir dans le passé. Cette introduction est un livre dans un livre, morceau capital et par l'haleine de l'écrivain et par le souffle philosophique qu'il lui a communiqué. Force est à la critique de s'y arrêter: savante et profitable industrie, qui nous oblige à passer par le commentateur pour arriver à l'auteur. M. Malgaigne s'est posté carrément au-devant d'Ambroise Paré, et contraint les yeux qui cherchent la figure du vieillard à fléchir en passant vers lui-même. Il s'est cramponné d'une si tenace étreinte à l'auguste statue qu'on la prendrait pour le dieu lare de son foyer médical. C'est à bon escient que l'artiste a sculpté largement les plis de la robe; l'ampleur de la draperie abrite le commentateur et l'enveloppe, progéniture posthume à trois siècles échus, dans l'indulgente célébrité du docte aïeul.

A une époque où la chirurgie n'avait d'autre enseignement en France que l'explication de quelques auteurs, faite par des docteurs qui dédaignaient l'exercice de cet art, où la pratique chirurgicale, livrée aux opérateurs ambulans, n'avait ni règle fixe ni traditions lucides, un barbier, presque jeune homme, publie un petit livre qui opère une révolution et place d'emblée la chirurgie dans une voie de progrès où elle ne s'est plus arrêtée. *La méthode de traicter les playes faictes par hacquebuses et autres bastons à feu, et de celles qui sont faictes par flèches, dardz et semblables: aussi des combustions spécialement faictes par la poudre à canon*, se sépare entièrement des productions antérieures qu'avait fait éclore la chirurgie; celles qui précèdent immédiatement le premier essai d'Ambroise Paré sont les institutions chirurgicales de Tagault et la chirurgie grecque de Vidus Vidius: celle-ci, sommaire imparfait et mutilé du grand ouvrage de Guy de Chauliac; celles-là reproduisant le commentaire oral que Tagault débitait dans ses leçons sur le même auteur. Des traductions d'Hippocrate, de Paul d'Egine, de Celse, de Jean de Vigo, élaborées surtout à Montpellier et jetées dans le domaine public par les presses de Lyon, tout en indiquant par l'usage de l'idiome vulgaire une direction meilleure des esprits, nous montrent toutefois le travail scientifique circonscrit dans le culte des autorités scholastiques et la misère d'un art subordonné aux syllogismes d'un commentateur et aux erreurs de la traduction; celle-ci était, en effet, la providence des barbiers, plèbe vigoureuse et portant en elle les destinées de la chirurgie, mais que son insuffisance littéraire éliminait du commerce scientifique, fondé sur l'emploi des langues grecque et latine. Paré vient, qui sans négliger ce que l'antiquité surprise dans les bibliothèques

SUITE DE LA DEUXIÈME OBSERVATION.

Metcalf après être resté un an hors de l'hôpital y rentra, le 9 juillet 1839, avec une aggravation notable de tous les symptômes; sa prononciation était si difficile que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement de lui; les signes de l'affection du cœur avaient éprouvé un changement bien marqué. Le bruit de soufflet qui auparavant était en haut et en dedans s'étendait alors très fortement en bas et dehors du mamelon. Dans toute la poitrine, il était assez fort pour masquer presque entièrement la respiration, et s'entendait beaucoup plus fort en arrière et à droite qu'à gauche; le pouls était petit pendant que l'action du cœur était énergique et accompagnée d'une forte impulsion; la région précordiale rendait un son sourd et mat.

Il était à peine depuis quelques jours à l'hôpital quand il fut pris d'une douleur rhumatismale dans le pouce droit et qui fut très vive avec douleur et gonflement; la respiration était très embarrassée; le côté qui avait été paralysé restait encore faible; le pied droit avait le premier offert du gonflement et ensuite le pied gauche.

Le 5 septembre, il y avait un œdème considérable du pied et des jambes; la face était pâle; le pouls 96, très petit, mais régulier. Le malade ne pouvait se coucher pendant la nuit. On entendait en arrière du râle dans les deux poumons; l'intelligence était intègre, mais il ne pouvait se faire comprendre. Il expira le lendemain après avoir craché un peu de sang.

AUTOPSIE. Le cerveau plus petit qu'il n'eût dû être ne remplissait pas exactement le crâne; l'arachnoïde était d'un blanc gris et épaissie; épanchement gélatineux à la surface du cerveau. L'hémisphère gauche offre, entre ses extrémités postérieure et antérieure et de niveau avec le corps calleux, un point où la substance est changée en une matière blanche molle et dans une étendue de 54 millim. de long sur 27 de profondeur. La partie antérieure du corps calleux est également verte et d'une consistance analogue à celle de la crême. L'hémisphère droit présente près de son extrémité postérieure une altération analogue. Toute la substance blanche avait une nuance verdâtre.

Le cœur, d'un volume énorme, semblait repousser les deux poumons; le péricarde contenait 250 grammes de sérosité jaunâtre; l'oreillette droite énormément distendue par un sang noir et granuleux. La cavité du ventricule droit est très dilatée et ses parois sont très minces, tandis que celles du ventricule gauche sont très épaissies. La cavité de cette dernière est aussi très grande. La cloison interventriculaire ayant près de 9 millim. d'épaisseur et la colonne charnue du ventricule gauche était très épaissie.

Les valvules du côté droit n'offraient aucune altération; on eût dit qu'il n'y avait que deux valvules aortiques, parce qu'il y en avait deux qui réunies n'en faisaient réellement qu'une seule; le bord libre de chacune de ces valvules était garni de végétations dures, pédiculeuses, de volume et de grosseur variés : les unes réunies, les autres isolées, et parmi ces dernières il y en avait une longue de 18 millim. pendant dans le ventricule. La valvule mitrale était aussi très épaissie et présentait à son bord libre de petites végétations; les deux faces étaient couvertes de petites granulations qui donnaient une apparence rude et scabreuse. La membrane de l'oreillette était couverte des mêmes granulations; les cordes tendineuses offraient un épaississement notable; l'orifice auriculo-ventriculaire n'était pas contracté; le cœur vide de sang pesait 687 grammes; le poumon droit, d'un rouge foncé, était si congestionné et si dense qu'il tombait au fond de l'eau. L'abdomen contenait un peu de sérosité avec quelques flocons albumineux.

J'avais annoncé un an et demi avant la mort du sujet de ce cas l'altération cérébrale qu'il offrirait, et dans l'intervalle qui s'est écoulé entre l'époque où j'avais porté ce diagnostic et celle où je pus le vérifier j'avais observé le cas de Dowley qui offrit les mêmes lésions du côté du cœur et de l'encéphale et qui avait dû me confirmer dans mon diagnostic. Si la lésion cérébrale trouvée chez Dowley n'avait été annoncée pendant sa vie par aucun symptôme, il est bon de se rappeler qu'elle était beaucoup moins considérable que chez Metcalf. L'altération du cœur était de la même nature chez tous les deux et de même que chez le sujet de la première observation. L'état exsangue du cerveau, la petitesse de l'aorte et de ses branches d'un côté et de l'autre, la congestion des poumons et le retour du sang par les valvules aortique et mitrale, indiquent et expliquent à la fois l'absence du sang dont a souffert le cerveau dans tous ces cas.

OBS. IV. — Murray, âgée de 20 ans, non mariée, entre à l'hôpital le 6 avril 1828, avec les symptômes de la fièvre: pouls 108, peau sèche et chaude, langue chargée, soif, pulsations du cœur énergiques, douleur dans les reins et à la tête; constipation.

Le lendemain, elle était plus mal, dans un état léthargique; les évacuations étaient involontaires; le cœur battait avec une énergique impulsion et un fort bruit de soufflet; le pouls était mat et compressible; la langue humide; il n'y avait pas de céphalalgie. La malade murmurait pendant la nuit, et était très oppressée. L'application d'un vésicatoire à la nuque la tira de sa stupeur; mais l'état opposé des battemens du cœur et du pouls commença à m'embarrasser et je pensai que la maladie de cette femme que j'avais jusqu'alors considérée comme une fièvre pourrait bien dépendre d'une affection antérieure du cœur, et nous prescrivîmes des fomentations avec la térébenthine sur les jambes, la poudre de James et 64 grammes de vin par jour, et sous l'influence de ce traitement continué pendant trois jours, il y eut une amélioration manifeste; les battemens du cœur n'augmentaient pas de force et le pouls perdait de sa fréquence.

Le 14, on commence à donner le thé de bœuf et à diminuer la quantité de vin, que l'on remplace même par le porter le 18. L'opposition entre les battemens du cœur et le pouls persistait pendant les différentes périodes de la maladie; j'en conclus que cette malade avait une affection du cœur qu'elle admet elle-même, en faisant remonter l'origine à une époque déjà un peu éloignée. Le bruit de soufflet que l'on entendait au niveau du mamelon gauche et la petitesse du pouls me firent supposer que la valvule mitrale était le siége de l'altération. La malade fut regardée comme convalescente.

Le 21, je remarquai, sans qu'elle se fût plainte, une faiblesse équivalant presque à la paralysie du bras et de la main droite, et qu'elle attribue à ce que, dit-elle, elle avait eu le bras sous elle pendant la nuit; en même temps sa parole devenait épaisse et moins distincte; la langue, lorsqu'elle l'avançait, était tournée à gauche; elle éprouvait un peu de difficulté à avaler et de la faiblesse dans la jambe gauche. Les symptômes fébriles avaient entièrement disparu, et elle avait cessé toute espèce de traitement depuis plusieurs jours, quand ces accidens paralytiques se montrèrent. Dès lors, nous crûmes pouvoir lui donner un régime fortifiant. Il n'y avait ni injection de la face, ni douleur, ni chaleur à la tête; le pouls avait perdu sa fréquence, bien que les battemens du cœur persistassent très énergiques, et accompagnés du bruit de soufflet. La main du côté affecté était bleue et livide, et d'une température inférieure à celle du côté opposé; l'économie était dans un état général de langueur; l'extrait de noix vomique, la poudre de James, l'infusion d'arnica, et des vésicatoires appliqués à la nuque ne procurèrent aucune amélioration; l'esprit de la malade semblait s'affaiblir, et sa physionomie prit le caractere de celle d'une idiote. Sa mère la reprit chez elle, où elle devint en peu de temps tout à fait imbécille. Au bout de quelque temps, le feu ayant pris à ses vêtemens, elle fut fortement brûlée sur plusieurs parties du corps; après six semaines, et bien qu'elle eût été dans un très grave danger, non seulement elle était guérie des effets de sa brûlure, mais sa santé générale s'était beaucoup améliorée. Je la vis le 1er novembre 1839, et je fus extrêmement surpris de l'amélioration qui était survenue dans son état; sa physionomie offrait des signes d'intelligence, au lieu de cette nullité d'expression qu'elle avait avant. Sa santé générale et ses forces avaient fait de grands progrès. Le côté gauche persistait faible, et la main gauche restait plus froide que la droite. Le cœur battait toujours fortement et avec le même bruit de soufflet, tandis que le pouls restait petit et faible; une douleur pénible qu'éprouvait la malade dans le côté gauche de la tête depuis qu'elle avait quitté l'hôpital, et des syncopes, auxquelles elle était sujette depuis ce même temps, avaient complètement disparu aussi.

---

d'Italie, et divulguée par l'imprimerie, avait répandu de lumières nouvelles et de science rajeunie, s'inspire d'une expérience multipliée par les occasions de la guerre, instituée avec candeur et bonne foi, poussée dans toutes les directions par un évangélique amour du bien public, éclairée par un admirable bon sens qui ne le quitte en aucune matière, rectifiée incessamment par un jugement qu'il sait exercer même au détriment de son amour-propre. Quelle oiseuse enquête à travers bouquins et manuscrits, que celle dont l'objet est de mesurer sévèrement à Ambroise Paré sa part d'originalité dans les idées qu'il émet sur les plaies d'armes à feu, de le confronter avec Maggi et Ferri, avec l'archiâtre des cinq électeurs palatins, Jean Lange! La priorité d'une doctrine est à celui qui la fait triompher; à ce prix, qui la disputerait à Paré? Que l'on se rappelle comment il est arrivé à retrancher du traitement des plaies d'armes à feu la torture de la cicatrisation, à dépouiller la poudre à canon de sa prétendue vénénosité : c'est presque une histoire intime que celle de la méthode thérapeutique qu'il trouva contre les plaies d'armes à feu, et qui a fait le salut de tant de braves. La leçon, fournie du jour au lendemain par l'état des blessés, qu'il se reprochait si naïvement de n'avoir pu cautériser avant de se coucher, eût été perdu pour toute autre, doué d'un instinct moins droit et d'une raison moins sévère envers soi-même. C'est grâce à sa sincérité dans l'observation, et à sa rectitude dans l'induction, qu'il a marqué d'un cachet supérieur tout ce qu'il a touché dans sa pratique; s'il fixe son attention sur les lésions des artères, il constate la formation du caillot obturateur qui retarde parfois et pour longtemps la diffusion du sang dans la tunique celluleuse, admirant avec une intelligente humilité *cette grande Providence de nature, chambrière du grand Dieu*, qui sait opposer une digue à l'effort du sang; tout est bon sens dans ses préceptes comme dans ses innovations. La bronchophonie, inventée sous Adrien, oubliée jusqu'à Benivieni, qui la rappelle en Italie, était restée presque inconnue en France : Paré voit guérir heureusement plusieurs lésions considérables de la trachée-artère, et il renouvelle le conseil d'ouvrir ce conduit dans les cas d'imminente suffocation. En parlant du cancer des lèvres, il expose le procédé qui convient le mieux pour l'extirpation de cette dégénérescence, et les règles qu'il a tracées subsistent encore à peine modifiées; la réunion des lèvres de la plaie qui résulte de l'opération, à l'instar de ce qui se fait dans le bec-de-lièvre, et sans l'application préalable du cautère actuel, constitue à elle seule, pour le temps de notre auteur, une pratique d'une haute portée; il est le premier, depuis les arabistes, qui parle du bec-de-lièvre; il donne le précepte d'ouvrir de bonne heure les phlegmons du fondement, *la tumeur étant encore verdelette*; avec Lanfranc, il s'élève énergiquement contre les opérations absurdes ou barbares par lesquelles on attaquait le cordon spermatique chez les individus atteints de hernie, dans le but de fermer aux intestins le passage dans les bourses; le premier, il étudie les plaies de la langue; celles du crâne lui ont fourni l'occasion de déployer toute sa sagacité; il ose s'inscrire contre l'opinion de Paul d'Egine et prouver la réalité des contre-coups, soit à l'os opposé, soit à une partie du même os, distante de celle qui a été frappée, soit enfin à la table interne, l'externe demeurant intacte; il détermine plus nettement que ses devanciers les indications et les contre-indications du trépan; s'il soupçonne un épanchement sous la dure-mère, il n'hésite pas à inciser cette membrane, et il démontre que les plaies avec perte de substance cérébrale n'entraînent point nécessairement la mort. Les inconvéniens des pansemens trop répétés, il les avait reconnus, il les

Je ne doute pas que cette malade ne soit atteinte d'une lésion de la valvule mitrale, en raison surtont dn défant de rapports entre les battemens du cœur et le pouls, et dn point où se fait entendre le bruit du soufflet. La petitesse du pouls est pour moi le signe de la petite quantité de sang qne verse le ventricule ganche dans la circulation générale, et de l'absence de sang qn'éprouvent toutes les parties qui le reçoivent de cette source et entretiennent le cervean. Nous analyserons rapidement le fait suivant. qui diffère pen de celui que nous venons de rapporter.

Obs. VI.—Le sujet est nne femme âgée de 32 ans, qui offrait à la fois une altération dn cœur indiquée par nn bruit de soufflet constant dans la région de la valvule mitrale, par nn pouls tout à fait disproportionné avec la force des battemens dn cœur et une affection cérébrale indiquée par l'hémiplégie. Sa prononciation était tellement altérée qu'elle ne pouvait se faire comprendre. Ses amis nous apprirent que depuis longtemps elle avait beaucoup souffert de palpitations, mais qne l'hémiplégie était comparativement d'uoe date récente. Elle resta pendant longtemps à l'hôpital et en sortit avec une grande amélioration. Nous lui donnâmes le mercure à doses minimes jusqu'à ce qne les geocives fussent devennes sensibles (avec 163 milligrammes de calomel); elle prit la poudre de James à petites doses, avec l'extrait de noix vomique, et eut de temps en temps des sangsues appliquées derrière les oreilles. A plusieurs reprises, elle put se faire entendre, et, en géoéral, nous avons trouvé, dans ces cas, que la pronoociation était un excelleot moyen de jnger de l'état des malades; car elle était toujours plus facile et plus distincte quand l'amélioration était pronoocée.

Je regrette de n'avoir pn obtenir snr les symptômes observés pendant la vie dn sujet de l'observation snivante, plus de documens; mais l'autopsie me paraît assez importante pour tronver place ici.

Obs. VIII.—Le comte de K... meurt après une maladie assez loogue, dont les traits les plus remarquables furent, d'après le docteur Twiedie, un ralentissement extraordinaire dn ponls, qui ne battait pas plus de 25 fois par minute, et une disposition à de fréquentes syncopes.

Autopsie. Les os du crâne sont très durs et très épais. L'arachnoïde est épaissie et opaque sur toute la convexité des hémisphères. Infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Plusieurs circonvolntions cérébrales ont perdu la moitie de leur volume; les deux ventricules latéraux sont dilatés et remplis par un flnide limpide. Les deux substances de l'hémisphère gauche sont si ramollies qu'elles présenteot nne consistance analogue à celle de la crême sur le tiers postérieur de cet hémisphère. Les principales artères de la base du crâne présentent entre lenrs tuniques des dépôts d'un jaune opaque. Quaod le cerveau a été enlevé, il reste à la base du crâne une graode quaotité de liquide.

Le péricarde est adhérent au ventricnle gauche dans nne petite étendue. La valvule mitrale contient une petite plaqne osseuse qui ne paraît pas avoir pu nuire à ses fonctions. Les valvules de l'aorte sont épaissies et partiellement ossifiées, ce qui ne lenr permettait, ni de clore exactement le calibre de l'artère, ni de s'effacer le long de ses parois.

Il me paraît très probable, d'après les antres faits que j'ai observés, qne, dans ce cas encore, l'altération du cervean n'a été que l'effet de la lésion du cœur, qui a pu elle-même échapper à l'observation jusqn'an moment où elle mit nn obstacle grave aux fonctions de l'organe. Il y a beaucoup de cas en pathologie où la maladie d'un organe paraît ne troubler l'état général de l'économie que quand elle a atteiot un autre organe plus important, qui, bien qu'il ne soit malade que consécutivement, occupera cependant exclusivement l'attention, et la détournera encore dn point de départ réel de la maladie. Pour prouver que la maladie d'un organe aussi important que le cœur pent passer inaperçn, il suffit de rappeler que, dans beaucoup de cas de rbumatisme aigu dont les sujets ne se sont pas plaints de la région du cœur, il suffit d'appliquer l'oreille sur cette région pour déconvrir un bruit de soufflet distinct. J'ai remarqué que la plupart des sujets des cas dont je parle avaient, à une époque antérieure, éprouvé une attaqne de rbumatisme aigu dont ils avaient guéri complètement, mais ayant cependant conservé la respiration un peu courte. Je counais un certain nombre de personnes qni ont souffert, à une époque déjà éloignée, dn rbumatisme aigu, et chez lesquelles un bruit de soufflet constant annonce une maladie organique du cœur qui les incommode si pen qu'elles peuvent se livrer, sans souffrance, à nne existence active et laborieuse.

Nous voici arrivé à la partie la plus importante de nos recherches, à leur application pratique. Car, si nos observations sont exactes, les résultats pratiques qui en découlent sont de la plus baute importance, puisqu'ils doivent amener à un mode de traitement bien différent, et, dans beaucoup de cas, entièrement opposé à celui que, jusqu'ici, on avait employé dans les mêmes cas.

Maintenant qu'il est tout à fait démontré que des lésions graves peuvent être produites dans le cerveau par la force extraordinaire avec laquelle le ventricule gauche lance le sang vers cet organe, le premier point à examiner, lorsqn'un cas de ce genre se présente, est d'examiner si le cœur est à l'état normal ou non, et si on suppose qu'il est altéré, on devra rechercher quelle est cette altération. Si c'est une bypertrophie, les signes physiques suffiront pour nous la faire counaître. Si cette bypertrophie dépend d'un obstacle an cours du sang placé entre le cœur et l'origine des vaisseaux qui portent le sang an cervean, que cet obstacle réside dans la valvule mitrale ou dans les valvules sigmoïdes de l'aorte, les signes caractéristiques de ces deux différentes lésions nous serviront de guides. C'est le pouls, surtout, qui nous fournira les informations les plus utiles. Dans le cas d'altération des valvules de l'aorte, il présentera une vibration particulière, ce tressaillement dont nous avons déjà parlé, et il sera visible dans les parties les plus éloignées; si l'obstacle a son siége dans la valvule mitrale, le ponls sera petit, et quelquefois même manquera tout à fait, et ne sera jamais en rapport avec la force des battemens du cœur. Si, an contraire, l'obstacle qui canse l'bypertrophie est placé au-delà de l'origine des vaisseanx qui portent le sang à la tête et aux poignets, on trouvera la même impulsion an poignet et à la tête; dans ce cas, le ponls doonera la mesnre exacte de l'impulsion qu'éprouve le cerveau. On ne doit donc, dans ancun cas d'apoplexie ou de paralysie, négliger l'examen attentif des battemens du cœur. Lorsque le pouls est plein et fort, avec des battemcos du cœur également forts, et une impulsion on un choc énergique, alors, on devra regarder ce cas comme l'un de ceux qui ont été signalés depuis longtemps déjà, et dans lesquels l'bypertrophie du ventricule gauche agit comme cause mécanique de l'bémorragie cérébrale. Quant an traitement que ces cas réclament, nous nous bornerons à dire qne si l'apoplexie exige la plus grande célérité dans l'emploi des moyens de traitement, les évacuans ne peuvent cependant être employés au-delà de certaines limites; car nous avons vu bien des cas où une évacuation sanguine très abondante avait été suivie d'un collapsus ou d'un affaiblissement rapide de l'inervation, qui exigeait immédiatement l'emploi des stimulans.

Adoptant entièrement la manière de voir du docteur Corrigan sur le traitement et le régime qui conviennent dans les cas d'altération des valvules,

---

signale; la genèse des pseudo-membranes dans les trajets fistulenx ne lui a point échappé; sur la position du membre malade, sur les avantages d'une compression égale et moderée, sur le traitement des ulcères simples et variqueux, il a écrit des avis et des règles qui s'adressent aussi bien à la chirurgie du dix-neuvième siècle qu'à celle de son temps; nne sage réaction contre l'abus des lacs et des machines usitées dans le traitement des fractures et des luxations, respire déjà dans cette recommandation qu'il donne de n'avoir recours à ces instrumens que lorsque les mains sont insuffisantes. Il est curieux de rencontrer dans son livre xix des carnosités, l'idée-mère de plusieurs procédés ou instrnmens que l'habileté de confrères adonnés au traitement des maladies des voies urinaires a fait valoir de nos jours comme d'iogenieuses et méritoires nouveautés. Simplifier l'art et rendre ses procédés aussi sûrs qu'inoffensifs, telle est la tendance qui se dénote dans les actes de sa pratique, comme dans l'esprit de ses onvrages, et cette tendance se révèle daos le genie de tous ceux qni ont collaboré puissamment à l'avancement de la medecine comme à celui de la chirurgie. Nous sommes loin d'avoir indiqué, même incomplètement, tout ce qu'il a introduit dans la science et dans l'art, de faits propres, de principes solides, de judicieux exemples, d'heureuses hardiesses, d'innovations bienfaisantes: ce que nons avons mentionné suffit à le montrer sous sa face véritable, à faire ressortir en lui la qualité génératrice de toutes les autres qui l'ont excellemment distingué, et comme la moelle de son génie, le bon sens. La forme constante sous laquelle elle se manifeste et qui la fait reconnaître, c'est la modératiou dans l'esprit et dans la parole; la modération est, avec la simplicité, le trait saillant des écrits de Paré; s'il les rédige en français, il ne laisse point que de rendre justice à ceux qui se servent de la langue latine pour l'émission publique de leurs idées; écrivain, il préconise la nécessité de l'expérience; praticien, il ne détracte point l'office littéraire: «Aussi n'est-ce grande chose (bien que ce soit quelque cas) de feuilleter les livres, de gazouiller et caqueter en vne chaire de la chirurgie, de ses perfections, et comme c'est le premier instrument du médecin, le premier cogneu et le plus ancien, et le plus anciennement vsité et practiqué : et si la main (suivant la signification du vocable) ne besogne, et s'il n'est mis en vsage par bonne raison. » Il sait rendre justice aux anciens; mais il n'entend pas abdiquer à leurs pieds son intelligence et sa faculté créatrice: « Parquoy ne soyons si simples de nous reposer et endormir sur le labeur des anciens, comme s'ils avaient tout sceu ou tout dit, sans rien laisser à excogiter et à dire à ceux qui viendront après eux. » Le sentiment du véritable progrès n'éclate nulle part avec plus de force et d'élévation que dans ces lignes : « C'est laschete trop reprochable de s'arrester à l'inuention des premiers, en les imitant seulement, à la façon des paresseux, sans rien adiouster et accroistre à l'héritage qu'ils uous ont laissé, non pour le laisser deuenir en friche, mais pour le cultiuer et embellir: leur demeurant, comme à pères et autheurs, l'honneur de la première intentiou, mais à nous quelque petite proportion de gloire pour l'enrichissement et illustration. »

Une si grande individualite ne pent être detachée de la société dans laquelle elle s'est développée; ce serait mutiler la gloire et les travaux d'Ambroise Paré, que de les envisager à part; la reforme qu'il a opérée, et qui fait d'une moitié du seizième siècle l'une des époques les plus florissantes de la chirurgie, n'est pas un fait isolé, sans ramification avec le passé, sans rapport de solidarité avec les événemens accomplis en d'autres sphères d'activité sociale. Toute intelligence qui

j'ai eu recours aux toniques et spécialement dans les cas où la lésion du cœur était compliquée par une affection cérébrale. J'ai eu surtout à me louer de l'emploi des toniques, auquel je fus amené par l'analogie que j'avais trouvée entre les symptômes de cet état morbide et ceux des affections chlorotiques et des maladies qui succèdent aux hémorragies abondantes. Dans quelques cas d'affection cérébrale, j'ai cru devoir faire opérer une légère évacuation sanguine, que j'obtenais par une application de quelques sangsues derrière les oreilles, des vésicatoires appliqués à la nuque et des bains de pied sinapisés; le traitement constitutionnel se compose de toniques et de stimulans combinés. Quelques autres moyens variaient suivant les indications particulières; nos toniques étaient le plus souvent empruntés aux ferrugineux, auxquels nous associons quelquefois la digitale, mais à très petite dose. Nos stimulans étaient le camphre, l'ammoniaque, l'infusion d'arnica, et une pôtion composée de mixture camphrée, de carbonate d'ammoniaque et des gouttes anodynes d'Hoffmann. La combinaison qui m'a le mieux réussi dans ces cas, c'est celle de la poudre de James, avec l'extrait de noix vomique. La première, agissant sur la peau, tend à rétablir l'équilibre dans la circulation, tandis que la seconde stimule le cœur comme organe musculaire.

Les indications sont à peu près les mêmes que la lésion cérébrale dépende d'une altération de la valvule mitrale ou des valvules aortiques, avec cette différence pourtant que quand c'est la valvule mitrale qui est le siége de la lésion, on doit éviter avec un égal soin tous les mouvemens physiques et les émotions morales qui donnent à l'action du cœur une énergie tumultueuse et déterminent ces congestions d'où dépendent les exacerbations que présente fréquemment cette maladie.

La tendance à la syncope et un état de faiblesse qui dépend du défaut d'énergie nerveuse et qui sont des accidens assez fréquens de la maladie doivent être traités comme la maladie elle-même et par les stimulans et réclament surtout la tranquillité physique et morale. M. Fleming a communiqué récemment à la société pathologique de Dublin un cas de ce genre fort remarquable.

Obs. VIII. — M., âgé de 45 ans, fut pris tout à coup pendant la nuit de dyspnée avec palpitation, et ne tarda pas à perdre connaissance. M. Fleming qui ne l'avait pas vu depuis quelques heures, appelé en grande hâte auprès de lui, parce que, dit-on, il venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie, le trouva sans connaissance, le pouls à peine perceptible et avec une hémiplégie. Il lui prescrivit un pédiluve sinapisé, le camphre avec l'ammoniaque et un vésicatoire à la nuque. Au bout de cinq heures et avant que le vésicatoire eût pu produire son effet, le malade était revenu à lui. Il eut de mars à novembre quatre autres attaques semblables, et qui toutes les quatre cédèrent au même moyen et avec la même facilité. Chacune de ces attaque était accompagnée d'un ictère. Un repos complet du corps et de l'esprit pouvait seul mettre un terme à ces attaques pendant lesquelles les battemens du cœur très forts étaient accompagnés d'un bruit de soufflet, tandis que le pouls était extrêment petit et faible, et quelquefois même tout à fait insensible; la plus légère perte de sang, l'application d'une seule sangsue suffisaient pour déterminer une faiblesse alarmante. Le malade était extrêmement susceptible aux effets de l'opium.

Comme le malade mourut d'une autre maladie, M. Fleming put examiner les organes thoraciques, mais malheureusement il ne put ouvrir la tête. La valvule mitrale était épaissie et était insuffisante pour clore l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui était beaucoup plus large que ne le comportaient les proportions de cœur. Le ventricule gauche offrait une hypertrophie excentrique. Les poumons étaient congestionnés et partiellement emphysémateux; sur quelques points même il y avait des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Il est à regretter qu'on n'ait pu constater l'état du cerveau; il eût été important de savoir s'il y avait une lésion permanente, ou seulement temporaire, comme semble le démontrer le résultat du traitement et comme l'a pensé avec beaucoup de justesse M. Fleming, qui, guidé par la petitesse et la faiblesse du pouls, regarda les symptômes cérébraux comme le résultat de l'absence pour le cerveau du stimulus dont il a besoin. Dans plusieurs attaques, M. Fleming donna l'eau-de-vie et avec un prompt soulagement.

Nous tirerons maintenant des observations que nous venons de présenter les conclusions suivantes :

1° La pathologie du cerveau est, dans beaucoup de cas, activement influencée par la pathologie du cœur, et borner les rapports pathologiques entre ces deux organes à l'appoplexie qui résulte de l'hypertrophie du ventricule gauche, c'est les renfermer dans de trop étroites limites.

2° Le ramollissement du cerveau est le produit des maladies du cœur qui ont pour résultat de diminuer directement ou indirectement la quantité de sang que reçoit la tête et il peut dépendre également d'une altération de la valvule mitrale ou des valvules aortiques.

3° L'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, lorsqu'elle détermine l'apophyse, doit dépendre de quelque obstacle placé sur le trajet de l'aorte, mais placé au-delà de l'origine des vaisseaux qui transportent le sang au cerveau.

4° Lorsque le ramollissement du cerveau survient comme résultat de l'inflammation, de l'hypérémie ou d'autres causes analogues, les circonstances dans lesquelles il se développe doivent suffire pour indiquer déjà sa nature; mais quand il survient avec une altération ou une insuffisance des valvules mitrale ou aortique, les symptômes constitutionnels, l'analogie qu'on observe avec ceux qui suivent l'hémorragie et l'état du pouls suffisent pour faire exclure l'idée que cette lésion du pouls soit survenue sous l'influence des conditions ordinaires de l'inflammation.

5° Confondre des modifications aussi opposées d'une altération, c'est nécessairement préparer les résultats pratiques les plus funestes.

6° Les circonstances dans lesquelles se développe le ramollissement cérébral dont je me suis occupé dans ce travail semblent l'identifier avec la gangrène ou avec la mort d'une partie causée par la diminution du sang qu'elle reçoit.

PATHOLOGIE EXTERNE.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LE MAL VERTÉBRAL; par M. NICHET, chirurgien en chef de la Charité, professeur à l'Ecole de médecine à Lyon.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 26 et 27 juin, 11 juillet et 1er août.)

RUGOSITÉS DANS L'ARC ANTÉRIEUR DE L'ATLAS; ODONTOÏDE RUGUEUSE; LIGAMENT TRANSVERSE DÉCHIRÉ; COMPRESSION DE LA MOELLE PAR L'ODONTOÏDE LUXÉE; ARTICULATIONS OCCIPITO-ATLOÏDIENNES DÉPOUILLÉES EN PARTIE DE LEURS CARTILAGES; INJECTION VIVE DES FRAGMENS QUI EN RESTENT; INJECTION DES DEUX PREMIERS CARTILAGES CERVICAUX; SIX MOIS DE MALADIE.

Obs. XXVIII. — Louis Bruyère, sabotier, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, ressentit au commencement de novembre 1837, dans la partie latérale

a imprimé sur une science le stigmate d'une virile originalité s'est trouvée en communion intime avec deux foyers de vie; l'un n'est autre que le monde extérieur dans lequel elle s'agite; l'autre est la somme vivace de tous les progrès accomplis antérieurement dans les limites de cette science. Guy-de-Chauliac, Vigo, Benivieni, Tagault, Houllier, Fernel, ont certainement agi d'assez près sur Ambroise Paré; l'érudition qui coule sur toutes les pages de ses livres prouve aussi le commerce assidu de son esprit avec l'antiquité littéraire et médicale. D'un autre côté, comment n'aurait-il pas suivi l'influence du mouvement politique et religieux qu'il a vu s'effectuer durant plus d'un demi-siècle? J ignore s'il était huguenot; Brantôme et Sully disent oui, M. Malgaigne dit non; mais, à coup sûr, la révolte du seizième siècle, qui brisa la suprématie papale et fit retour vers l'autorité primordiale du verbe évangélique, a retenti fortement dans les idées d'Ambroise Paré; la négation hardie de la souveraineté morale de Rome fut un coup de hache porté sur le tronc de toutes les autorités antiques, acceptées jusqu'alors sans critique, et mêlées pour ainsi dire dans le culte d'un aveugle catholicisme; on osa douter d'Hippocrate, transiger avec Galien, traverser les arabistes, et lancer dans une voie illimitée d'explorations la science soustraite au joug d'une discipline traditionnelle. Ambroise Paré se montre huguenot aux anciens; il est déterminé à franchir le cercle de leurs découvertes et de leurs enseignemens, et sa verve novatrice, si heureusement employée au service de la chirurgie, semble un reflet de cette autre réforme qui grandissait, fervente et convaincue, sur le seuil du sanctuaire évangélique. « L'histoire de la chirurgie, dit M. Malgaigne, est intimement liée aux révolutions de l'esprit humain » ; rien de plus vrai, rien de plus fertile en aperçus intéressans, que cette pensée que M. Malgaigne a développée ailleurs; mais après l'avoir inscrite en tête de son introduction, il ne l'a peut-être pas eue constamment présente en l'esprit et sous la plume; elle n'a pas transpiré avec assez d'abondance dans la suite de ce travail, si riche d'ailleurs de butin bibliographique; en s'engageant dans l'histoire de la chirurgie en occident, du septième au seizième siècle, M. Malgaigne n'a pas tenu d'une main persévérante le fil conducteur de cette grande idée; il le laisse échapper dans le détail des analyses et des citations, dans la complaisance des rapprochemens et des controverses; l'auteur oublie parfois le rôle et l'accent de l'historien pour les délectables scrutations du bibliographe; il n'a voulu rien perdre de ses immenses recherches; les pages de l'introduction, chargées d'érudition neuve et d'inédites particularités, sont non seulement de larges rudimens d'une histoire générale de la chirurgie, mais encore des documens à l'appui de la patience et de la minutie laborieuse de M. Malgaigne C'est merveille que de le suivre dans sa course historique, depuis les primitives écoles des Grecs asiatiques jusqu'à celle de Paracelse, ce Luther de la médecine, en passant par l'école de Salerne, les universités italiennes, les derniers arabistes, les facultés naissantes de France; jetant un regard aux empiriques du quinzième siècle, aux efforts de l'Allemagne; racontant avec autant de charme que d'exactitude les vicissitudes de la confrérie de St-Côme et des barbiers de Paris; saluant les commencemens de la chirurgie militaire, qu'il glorifiera plus tard dans son héros avec la piété d'un souvenir personnel, et quand il est arrivé, frais encore et brillant comme au départ, sur les confins du seizième siècle, il décrit et pèse avec soin les élemens préparateurs de l'ère nouvelle qui va se résumer dans un seul homme. Jean de Vigo, Ange Bolognini, Berenger, Marianus Sanctus, les barbiers et les baigneurs allemands se présentent ici; avec

gauche du col une douleur sourde qui augmentait par la rotation et la flexion de la tête. Quinze jours s'étaient à peine écoulés depuis l'apparition de cette douleur que les ganglions latéraux du cou s'engorgèrent. Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 janvier 1838, la douleur se faisait sentir au niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales et s'exaspérait par le moindre mouvement; les ganglions environnans tuméfiés étaient sensibles à la pression; il se forma au milieu d'eux un abcès qui fut ouvert et donna issue à du pus mal lié. L'engorgement persistant après l'ouverture de l'abcès, des sangsues furent appliquées, mais elles n'empêchèrent pas la douleur de s'accroître chaque jour davantage et la torsion du cou de devenir de plus en plus difficile.

J'observe le malade pour la première fois le premier avril, je constate une excurvation de l'épine à la région supérieure du cou. Mouvemens de la tête très douloureux; le malade ne les exécute qu'après l'avoir fixée entre ses mains; l'engorgement et la suppuration continuent. Déglutition difficile; prononciation embarrassée; respiration pénible; diminution de la chaleur; frissons dans les membres inférieurs qui se meuvent du reste sans difficulté.

Le 12 avril, un moxa est appliqué sur le côté droit de la tumeur.

Le 13, un peu de soulagement, moins de raideur dans les mouvemens du col.

Le 20 avril, pouls peu développé, froid général, tuméfaction considérable de la langue qui occupe une grande partie de la cavité buccale et dont les bords conservent l'empreinte des dents. Gêne de la parole qui est presque inintelligible; impossibilité d'avaler même les boissons; trente inspirations petites et sifflantes par minute; expectoration impossible. La vessie n'est point paralysée. Les membres inférieurs ne sont point faibles; le malade s'élève sur son lit pour saisir les objets dont il a besoin. Les sens et l'intelligence sont intacts.

Le 21 au matin, Bruyère va à la chaise sans le secours d'aucun aide; il se remet au lit, et il meurt subitement sans faire aucun geste, sans proférer une parole. Le malade, quand il avait quitté son lit, s'y remettait méthodiquement et toujours de la même manière, tenant sa tête entre les deux mains; il commençait par monter sur le lit avec un genou, puis avec un autre; après cela, inclinant le tronc à droite, il descendait doucement sur l'oreiller, sa tête toujours fixée par les deux mains; il terminait en reposant le tronc et le siége sur le lit. C'est ce dernier mouvement opéré d'une manière brusque qui fut suivi de la mort. La maladie avait duré en tout six mois.

Nécropsie 24 heures après la mort. L'arc antérieur de la première vertèbre cervicale a éprouvé une perte de substance peu profonde. Apophyse odontoïde rugueuse, surtout en arrière; n'étant plus maintenue dans sa position normale par le ligament transverse ramolli et déchiré, elle s'est luxée en arrière. Les surfaces condyliennes de l'occipital et de l'atlas sont dépouillées en partie de leurs cartilages; les portions qui restent de ceux-ci sont rouges comme du bois de campêche, et piquetées de points d'un rouge plus foncé. Les première et deuxième fibro-cartilages inter-vertébraux sont également rouges et piquetés de points noirs. Les faces antérieure et postérieure du corps des deuxième et troisième vertèbres sont hérissées d'aspérités. Ces vertèbres sont séparées du pharynx par une collection purulente diffuse. Derrière leurs corps, il y a une autre collection qui s'est fait jour à travers la dure-mère spinale ulcérée. Le pus a fusé sous la peau qu'il a ouverte au niveau de la cinquième vertèbre cervicale.

Injection du tissu séreux sous-arachnoïdien qui est baigné par le pus, dans l'étendue des cinq premières vertèbres cervicales, et jusqu'à la protubérance. La membrane propre de la moelle participe à peine à la congestion. La moelle ne présente point d'altération sensible. Les filamens du nerf glosso-pharyngien sont plus mous que dans l'état normal.

Les poumons sont sains, d'un rouge écarlate, sans engouement. Le nerf pneumo-gastrique ne paraît point altéré. Le cœur d'un petit volume contient dans son ventricule droit un caillot fibrineux de la grosseur d'une noix et rien dans le gauche. La langue, les amygdales, le voile du palais ont perdu leur rougeur et sont affaissés.

Si une mort brusque n'eût arrêté cette maladie dans son cours, ce sujet aurait pu vivre encore plusieurs années; alors, loin d'avoir l'occasion d'observer la rougeur des cartilages, on n'aurait même plus trouvé de traces de ces organes, et si, comme il est probable, on eût rencontré les os ramollis, ulcérés, on n'eût pas manqué de regarder la carie comme la maladie principale, et la disparition des cartilages comme un accessoire à peine digne d'attention. Une autre observation du même mémoire fournit de ce que j'avance une preuve d'autant plus frappante qu'elle se rapporte à une affection des mêmes organes. La maladie occupait les surfaces articulaires de l'atlas, avec l'occipital, et de plus celles de l'atlas avec l'axis; mais la durée, au lieu d'être de six mois seulement, dépassa trois années; la moelle épinière, enflammée et ramollie, fit passer le sujet par tous les degrés de la paralysie générale et de l'asphixie; aussi ne restait-il plus de traces des cartilages dans les articulations malades; les os avaient éprouvé des pertes de substance fort étendues; ce qui en restait était devenu friable.

Mais si l'inflammation détruit les cartilages vertébraux aussi bien que les diarthrodiaux et si après la destruction de ces derniers la carie survient si souvent, comment se fait-il que la carie des vertèbres ne soit que rarement le résultat de l'ulcération de leurs fibro-cartilages. Cette différence tient à la structure diverse des parties. Dans une articulation diarthrodiale, au genou par exemple ou à la hanche, les produits de l'inflammation des cartilages, au lieu d'être d'être rejetés au dehors, restent renfermés dans la cavité capsulaire. D'autre part un cartilage ne peut être enflammé sans que la membrane synoviale et le tissu fibreux ne participent à l'inflammation de la sécrétion séro-purulente également déposée dans la cavité articulaire; souvent des tubercules fondus viennent augmenter la masse de ces corps étrangers avec lesquels l'os dénudé se trouve dans un contact prolongé. Il y a donc de bonnes raisons pour que son inflammation naisse et augmente sans cesse. Au rachis, au contraire, les débris d'un fibro-cartilage ulcérés sont rejetés entre les vertèbres et le ligament antérieur, et les os s'en trouvent séparés; le frottement qui s'exerce entre eux favorise aussi l'éloignement de ces corps étrangers, en même temps qu'il donne à la surface un poli et un degré d'induration tout à fait opposés à la carie.

Les cartilages vertébraux étant détruits, il en résulte pour la forme du rachis des conséquences qui sont loin d'être toujours les mêmes.

Après la destruction d'un ou plusieurs cartilages, si le malade a gardé le repos dans la position horizontale, la forme de la colonne ne change pas sensiblement, et la perte de substance qu'elle a éprouvée est égale à l'épaisseur des cartilages qui ont disparu. Mais lorsque le malade a marché, les corps vertébraux franchissent l'espace qui les sépare, et il se produit, par le seul fait de ce déplacement, une gibbosité peu saillante, mais qui augmente insensiblement par l'usure des tissus osseux. On trouve alors une perte de substance sur les corps vertébraux juxta-posés, et les surfaces osseuses sont dures, lisses, éburnées. Si le malade marche pendant plusieurs années, plusieurs vertèbres avec leurs cartilages disparaissent par ce procédé. M. Nélaton a nié la possibilité de l'usure des vertèbres, et, en général, de tout os vivant, par un procédé mécanique. Mais l'influence du frottement, et même de la simple pression sur les pertes de substance du système osseux, est chose facile à démontrer. Nous rappellerons d'abord les cas où l'on rencontre deux vertèbres dépouillées de leurs cartilages, coupées obliquement sur leurs faces correspondantes dures, lisses, polies; cette lésion porte tous les caractères d'une usure mécanique, et rien ne peut obliger à attribuer cette perte de

---

eux les représentans de l'école de Strasbourg, Jérôme de Brunswich, Jean Gersdorff, Roeslin; enfin l'assemblée est complète, toutes les célébrités du passé sont convoquées; il est temps d'introduire, dans ce concile de la science rétrospective, le maître à tous à venir; salut!

His dantem jura Catonem.

Les proportions du cadre biographique sont enfin taillées. Ce n'est pas trop de dix siècles pour sustenter l'histoire d'Ambroise Paré. Placé en face de son héros, M. Malgaigne fait besogne religieuse de biographe, de critique, d'historien, de panégyriste. La vie d'Ambroise Paré, largement comprise et retracée avec une élévation de sentiment et une fraîcheur de style, qui sont aussi les qualités de l'introduction tout entière, couronne dignement l'exégèse historique des dix siècles antérieurs à l'apparition du père de la chirurgie moderne. Tous les détails, toutes les péripéties de sa longue carrière sont racontés avec précision, ses écrits appréciés dans leur influence sur l'époque de l'auteur et l'avenir de l'art, ses gestes pratiques, son action sociale, ses traits de dévouement et de probité, jugés avec un discernement calme; différent de la plupart des écrivains, qui consacrent leur plume à l'illustration d'un ancien ou d'un classique, M. Malgaigne sait se défendre des erreurs de l'enthousiasme; son œuvre est à la hauteur des compositions historiques, en même temps qu'elle atteste surabondamment l'étendue et la solidité de ses recherches. Il se plaît à noter, chemin faisant à travers les siècles, qu'il explore au profit de la chirurgie, les origines inaperçues ou inaccusées de la science et de l'art; il surprend ainsi dans des écrits à peine connus, le germe de plus d'une découverte moderne, parfois l'indication flagrante de procédés ou d'instrumens, ou d'idées théoriques, qui ont fait depuis la fortune et la renommée des plagiaires: ainsi la ligature des veines dans le cas de varices, celle des artères, les procédés autoplastiques, etc., sont rapportés par le commentateur d'Ambroise Paré à leurs véritables auteurs, quand même cette revendication doit, comme celle de la ligature des artères, s'exercer aux dépens de son héros.

Quant au style, il dénonce une touche aussi vigoureuse qu'exercée; simple, didactique, élevé, abondant; il se nuance suivant les parties du vaste tableau que l'auteur a tracé, et qui, soit comme essai d'histoire philosophique de la chirurgie, soit comme travail littéraire, n'aurait pu sortir de beaucoup de plumes chirurgicales par ce temps d'incorrectes renommées et de fortunes illettrées.

Un dernier éloge à M. Malgaigne: il lui est dû; mais il paraîtra étrange à ceux qui ne connaissent point les habitudes intellectuelles de notre carrière; nous avons à féliciter M. Malgaigne d'avoir assumé sur sa carrière chirurgicale le mérite et le succès du littérateur. Lecteur, ne riez point; sérieuses sont nos gratulations. Quoi! besogner en chirurgien dans les hôpitaux, user de la scie et du bistouri, se classer parmi les praticiens, et jeter là, sur le texte d'Ambroise Paré, tant d'érudition et de zèle bibliographique! Aspirer à la pratique et avoir fouillé tant de volumes dans les veilles ambitieuses du cabinet! Pratiquer le jour et écrire le soir une introduction qui devient aussitôt le meilleur fragment d'histoire de la chirurgie! Oh! M. Malgaigne n'y songeait point: quand on a l'honneur d'avoir diplôme et bonnet et fenêtre ouverte sur la grande voie de la clientelle, on n'écrit pas impunément; on est coupable de style, si le style survient à la plume; coupable d'inspiration, si quelque verve bouillonne en l'esprit. Il y a de par le monde qui est le nôtre, M. Malgaigne, des gens, beaucoup de gens qui

substance à une infiltration tuberculeuse, dont les portions osseuses que l'on a sous les yeux ne portent aucune trace. D'autre part, lorsque des masses tuberculeuses développées au-devant d'une ou de plusieurs vertèbres y ont produit une perte de substance, et que le malade a été forcé de garder le lit par suite de l'impotence des membres inférieurs, les vertèbres qui forment les limites de la solution de continuité sont creusées par des excavations profondes, séparées par des saillies fortement prononcées, dont les pointes et les arêtes conservent toute leur intégrité native. Cette disposition ne se rencontre jamais chez les malades qui ont pu marcher pendant longtemps chez eux; on ne trouve que des surfaces lisses et souvent plus dures que le reste de l'os. Si, de la colonne vertébrale nous passons aux autres parties du système osseux, dans combien de cas ne trouverons-nous pas un os vivant frappé d'une perte de substance par le seul effet d'une pression prolongée! Un fongus de la dure-mère perfore les os du crâne; un anévrisme de l'aorte a fait quelquefois à la colonne vertébrale une échancrure fort étendue; il en est de même d'un anévrisme poplité par rapport au fémur et au tibia. Un squirrhe, une tumeur fibreuse, creusent l'os contre lequel elles pressent. La tête d'un os luxé forme une cavité sur le point avec lequel elle a contracté de nouveaux rapports. Les masses tuberculeuses placées au-devant des os produisent-elles des pertes de substance autrement que par la pression? Dans un cas de fracture du col du fémur non réduite, la malade n'ayant pas cessé d'exercer des mouvemens, je trouvai, après deux mois, l'extrémité supérieure du fragment inférieur arrondie et usée, et le pourtour de la cavité cotyloïde, du côté de la fosse iliaque externe, creusé d'une gouttière par le seul effet de ce fragment. Sur le même sujet, il existait depuis quatre ans une luxation du tibia en dehors, non réduite; les condyles internes du tibia et externes du fémur, restés en contact, avaient éprouvé par leur pression réciproque une perte de substance considérable. Si le frottement ou la pression peuvent produire sur les autres os des pertes de substance étendues, comment ne pas admettre que ces deux élémens de destruction, réunis à un très haut degré dans le mal vertébral, seront impuissans pour amener le même résultat, surtout lorsque leur influence s'exerce pendant plusieurs années?

Il est deux complications qui exercent une grande influence sur les pertes de substance du rachis, je veux parler des tubercules en masses et de l'inflammation tuberculeuse des corps vertébraux. Plusieurs des observations contenues dans mon premier mémoire montrent les effets variés et souvent très curieux des masses tuberculeuses sur les vertèbres. Quelques-uns des faits du présent travail reproduisent des lésions semblables. Le tubercule en masse enlève la substance osseuse d'une manière directe, et en se mettant pour ainsi dire à sa place.

Un autre mécanisme préside aux pertes de substance qui sont la suite de l'inflammation tuberculeuse: l'os nécrosé est séparé des parties vivantes, et sa chute laisse un vide égal au volume du sequestre.

M. Nélaton prétend que le frottement n'a d'efficacité pour produire la perte de substance des vertèbres qu'autant que le tissu des os est infiltré de matière tuberculeuse, et a perdu tous ses caractères d'organe vivant. Je puis affirmer avoir vu souvent l'usure par frottement se montrer sur des vertèbres dont la constitution était normale. A la vérité, M. Nélaton avance qu'une vertèbre saine pour moi serait pour lui une vertèbre malade. Eh bien! j'affirme encore avoir cherché en vain sur ces mêmes vertèbres, non pas l'infiltration purulente, trop facile à reconnaître pour qu'on puisse s'y tromper, mais encore ce que M. Nélaton appelle infiltration grise demi-transparente. Une preuve, selon M. Nélaton, que les vertèbres usées n'étaient pas dans leur état normal, c'est que, en indiquant la perte de substance qu'elles avaient subie, j'ai dit qu'en même temps elles étaient éburnées. La réponse est fort simple: pour M. Nélaton un os éburné est un os infiltré de matière tuberculeuse et hypertrophié; telle n'est pas la signification que j'ai donnée à ce mot; pour moi le mot éburné se rapporte à la dureté et au poli qu'une surface osseuse a contractés par le frottement, quel que soit d'ailleurs l'état du reste de l'os; ce sens est celui que je lui ai constamment donné dans le cours de mon mémoire; on voit que cette apparente contradiction ne repose que sur la diversité de signification attribuée à un même mot.

Une autre objection de M. Nélaton n'a pas une base plus solide. C'est ainsi que les mots infiltrations tuberculeuses ont été employés par lui dans un sens tout différent de celui que je lui ai donné. Pour moi ces mots désignent uniquement un état de l'os dans lequel la matière tuberculeuse contenue dans les cavités du tissu spongieux donne à la coupe de ce tissu un aspect jaunâtre uniforme. Dans les cas observés par moi, le tissu de l'os diminué de consistance avait des cellules plus grandes que dans l'état naturel. Dans une deuxième observation j'ai dit en propres termes: « Dans la septième vertèbre dorsale la matière tuberculeuse se présente à l'état d'infiltration; le corps de l'os se laisse facilement diviser par le scalpel, et la surface de la coupe est d'un blanc jaunâtre. » Fondé sur de pareils faits, je ne vois pas qu'il y eût rien d'étrange et de contradictoire à tirer la conclusion suivante: « D'autres fois, mais plus rarement, la matière tuberculeuse se trouve épanchée dans les petites cellules du tissu spongieux, qui n'a subi d'autre altération qu'une diminution de consistance. »

M. Nélaton n'a pas seulement étendu la signification que j'avais donnée aux mots infiltration tuberculeuse, mais encore il l'a complètement dénaturée. Il n'y a infiltration tuberculeuse, suivant lui, que lorsque l'os d'un blanc jaunâtre est en même temps très dur, et que ses cellules sont rétrécies. D'après lui, ce que j'ai appelé ainsi est complètement différent de la véritable infiltration. Tout cela explique très bien, sans doute, la surprise de M. Nélaton en me voyant mettre la diminution de consistance au nombre des caractères de l'infiltration tuberculeuse, mais cela ne prouve pas que j'ai mal observé ni mal conclu.

Pour moi, je ne vois aucune bonne raison de regarder ces deux variétés d'altération tuberculeuse comme étant de nature diverse. Si l'hypertrophie existe dans l'une et non dans l'autre, ceci est un simple accident. Cette hypertrophie, que M. Nélaton regarde comme primitive, peut très bien n'être arrivée que consécutivement à la présence de la matière tuberculeuse dans les mailles du tissu spongieux. Ainsi, l'infiltration, telle que j'ai entendu la désigner, ne serait que le premier degré de l'infiltration avec hypertrophie interstitielle. On conçoit très bien pourquoi, les cavités celluleuses étant si étroites, la matière tuberculeuse ne saurait s'échapper sans un courant d'eau.

Quant à l'origine de cette infiltration purulente, M. Nélaton, trompé, sans doute, par l'expression, émet sur elle une opinion que rien ne saurait prouver. « Si maintenant, dit-il, nous nous rappelons que, lorsqu'un os de structure spongieuse est privé de son périoste, de ses cartilages,

---

n'admettent pas la possibilité de réunir en soi l'aptitude pratique et la faculté de penser avec cette intensité et cette suite logique qui forcent l'expression et créent l'écrivain. A leur sens, le même homme qui s'élève du détail scientifique à la généralisation, qui répand sur une foule de sujets des aperçus judicieux et de saines idées, qui heurte ou devance par l'agilité de la conception la dialectique boiteuse des disputations triviales, chez qui le verbe s'adapte spontanément à la pensée et qui a parlé, quand il a pensé, ce même homme ne peut colliger, combiner, comparer trois, quatre, cinq, six symptômes au lit du malade, les convertir en signes, en déduire une chimère nosologique et y appliquer l'inévitable panacée des médications précaires et des routines inexpliquées. Aussi, mesurez de l'œil la hauteur de l'outrecuidance de certains d'entre eux! leur langage abonde en locutions grossières, incorrectes; leur parole et leur plume offensent les lois du goût et de la grammaire; les notions élémentaires de la science leur suscitent à peine un crepuscule intellectuel; mais en revanche ils sont praticiens; que pratiquent-ils, grand Dieu! l'observation des phénomènes les plus délicats, les plus complexes, les plus mobiles, les plus périlleux, se rattachant de près ou de loin à toutes les lois du monde extérieur et dont l'analyse exige un effrayant assemblage de connaissances multiples, de finesse, de discernement et de profondeur, l'opération la plus éminemment philosophique, dévolue à ces natures éburnées sur lesquelles glissent les impressions ordinaires de la vie!... Quant aux autres, les médecins écrivains, que, placés à la tête des grands services, ils luttent avec autant de conscience que de supériorité contre les difficultés et les chances de leur mission; que leurs efforts, tempérés par cette sagesse naturelle qui fait les excellens dans l'art médical comme en toute chose, balancent les résultats de l'expérience la plus âgée, pour eux point de justice: ce sont des littérateurs fort mal avisés de réussir au lit des malades et de cumuler avec les jouissances idéales de la publicité les honneurs de la pratique, dévolue comme on sait à ceux qui n'écrivent point et qui même ne lisent plus. Vous avez pénétré profondément dans l'examen des méthodes thérapeutiques préconisées ou mises en jeu par nos devanciers les plus reculés ou les plus écartés de l'horizon classique, vous avez démêlé l'antique origine d'une foule d'inventions contemporaines, vous avez saisi les fils auxquels pend l'orgueil mensonger des découvertes récentes et des succès sans exemple dans l'art: raison de plus pour que vous soyez découronné de la catholique auréole du praticien: vous êtes plus littérateur que jamais: qui sait? Peut-être même découvrira-t-on que vous avez commis.... un feuilleton.

M. L.

— Erratum. — Le titre de l'ouvrage que nous avons analysé dans le n° 30 de ce journal a été fâcheusement défiguré par des fautes typographiques, qui doivent être rectifiées ainsi qu'il suit: « Comment. de tumoribus in pelvi, partum impedientibus, a gratioso medicorum ordine Heidelbergensi præmio ornata; auctore B. R. Puchelt, cum præfat, Franc. Car. Naegele. Cum duabus tabulis in lap. inscript. Heidelbergæ, 1839.

en un mot, de son enveloppe de protection, lorsque les cellules de ce tissu, largement ouvertes, baignent dans la matière purulente, on voit graduellement cette matière s'infiltrer, par une sorte de capillarité, dans les mailles de ce tissu. On accordera facilement, je pense, qu'il en est de même de l'infiltration tuberculeuse dans le cas qui nous occupe, et cette infiltration est d'autant plus facile que le tissu spongieux plus raréfié présente des pores plus ouverts. » Il n'est pas aussi facile que le pense M. Nélaton de lui accorder que les choses se passent ainsi qu'il le dit. L'analogie sur laquelle il se fonde n'est pas recevable, car, lorsqu'on rencontre cette lésion, soit aux vertèbres, soit aux os du tarse, il n'y a pas dans le voisinage un foyer purulent dont la matière puisse s'infiltrer ainsi dans les mailles de l'os. Et, d'autre part, on trouve fort souvent les vertèbres en contact avec de la matière tuberculeuse très ramollie, sans qu'il y ait la moindre apparence d'infiltration dans leur tissu. Enfin, le seul aspect de l'os ainsi infiltré fait naître la pensée d'un dépôt direct de cette matière; et si j'avais à me prononcer sur une hypothèse, j'adopterais plus volontiers celle de M. Guillot, qui attribue l'infiltration tuberculeuse à un épanchement de sang, dont la partie colorante disparaît et laisse après elle la matière puriforme, qui remplit les cavités spongieuses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELÉ.

Les deux premiers cahiers du sixième volume contiennent : 1° *Sur la constitution de Fulda pendant l'année* 1839; par le docteur Schneider. (Nous trouvons entre autres dans cet article : 1° l'observation d'un individu atteint de phthisie tuberculeuse, chez lequel l'auteur dit avoir vu à plusieurs reprises des globules de pus dans le sang tiré de la veine du bras. Le malade est mort à l'âge de 82 ans. 2° Un chien affecté depuis plusieurs années de gonorrhée et de condylome a transmis à des chiennes une inflammation et un écoulement muqueux des parties génitales. 3° Un homme ayant eu dans sa jeunesse un asthme thymique, et une mère atteinte de pléthore abdominale, d'un goître, mirent au monde cinq enfans affectés d'asthme, dont trois sont morts. 3° Un vieillard âgé de 87 ans, bien nourri; aimant la propreté, eut, six mois avant sa mort, sur tout le corps, à l'exception de la tête, des parties génitales et des aisselles, une éruption particulière, rouge-brunâtre, d'où on vit sortir subitement et sans cause connue, une quantité considérable de poux; par aucun moyen, on ne parvint à détruire ce terrible mal, auquel le malade a succombé. Les poux, qui ressemblaient à ceux qu'on trouve dans les habits, ne se sont pas transportés sur les personnes qui servaient le malade, et n'ont plus été vus sur le cadavre, examiné avec le plus grand soin.) 2° *Observation d'une fracture du crâne; suivie d'aliénation mentale; cas de dartre rongeante au nez; rhinoplastie; retour de la dartre; guérison par l'emploi de l'huile de foie de morue;* par le docteur Muller, de Forzheim. 3° *Sur l'oblitération du col de l'utérus, considérée comme cause de dystocie;* par le docteur Hum.-Fr. Naegelé. (L'auteur nous fait connaître, dans ce nouveau mémoire, les différentes observations, presque toutes françaises, qui ont paru depuis l'apparition de sa thèse (Gaz. Méd., p. 368, 1835).) 4° *Fongus médullaire du poumon;* par le docteur Osius. (Encore ici, la maladie du poumon coïncidait avec des végétations semblables sur d'autres parties du corps.) 5° *Névrose présentant des symptômes de convulsions, de contracture, de léthargie, etc.;* par le docteur Schwartz. 6° *Réflexions sur la dysenterie;* par le docteur Bodenius. (Rien d'inconnu.) 7° *Rapport médical sur la principauté de Sigmaringen pendant* 1839; par le docteur Heyfelder. 8° *Sur le bain de Kissingen;* par le docteur Welsch. 9° *Remarques topographiques sur le Sénégal;* par le docteur Brunner. 10° *Cas de trichinia spiralis;* par le professeur Bischoff; 11° *Cas d'accouchement rendu difficile par le prolapsus de l'utérus, la structure de l'orifice et la présence d'un corps fibreux dans son segment inférieur; incision du pourtour de l'orifice; application du forceps; mort le quinzième jour après l'accouchement* (l'autopsie ne fut pas faite); par le docteur Wagner; 12° *Notice sur les bains de Kreuznach;* par le docteur Engelmann. 13° *Sur l'incontinence de l'urine pendant la nuit;* par le docteur Ritter.

Cas de trichinia spiralis; par M. Bischoff, professeur à Heidelberg.

En 1833, on trouva, pour la première fois, décrit dans les journaux anglais, un entozoaire inconnu jusqu'alors et découvert par Hilton (Lond. méd. Gaz., febr. 1833, p. 605). Cet anatomiste ayant observé sur les muscles d'un cadavre disséqué dans l'hôpital de Guy, un nombre considérable de petites vésicules, les prit d'abord pour des cysticerques. En 1835, Wormald, démonstrateur d'anatomie à l'hôpital de St-Barthélemy, vit des vésicules semblables sur les muscles d'un italien; il en avait déjà rencontré de pareilles dans d'autres dissections. Paget s'assura que, dans ces vésicules, était contenu un petit ver. On envoya des portions de muscles à Owen, qui donna une description détaillée de cet entozoaire humain, dans les Transactions of the zoolog. soc., t. ii, part. iv, p. 715, et en fit un genre nouveau, qu'il nomma *trichinia spiralis*.

En 1834, Henle fit paraître dans les archives de J. Muller la description d'une découverte semblable; dans les petits kystes trouvés par cet observateur, on ne rencontra plus que des traces du ver, parce que les vésicules étaient presque entièrement remplies par des masses terreuses. Cependant, en Angleterre, les observations se suivirent avec une grande rapidité, et on vit bientôt paraître des descriptions très exactes par Wood (Lond. med. Gaz., janv. 1835), Farre (Idem, déc. 1835), Harrison (Dublin Journ., 1835, n. 22), Bizard Curling (Lond. med. Gaz., febr. 1836), et Knox (Edinb. med. and surg. Journ., 1836, vol. xlvi, p. 89). Ces différens travaux firent connaître une foule de détails très intéressans sous le rapport de l'histoire naturelle de ce ver, mais il reste encore beaucoup d'obscurité à ce sujet, sous le point de vue de la pathologie. A l'exception du cas rapporté par Henle, aucune observation n'a encore été faite en Allemagne, c'est ce qui a engagé M. Bischoff à décrire avec beaucoup de soin le cas suivant, qui s'est présenté à l'amphithéâtre d'anatomie de Heidelberg, et qui a offert un des exemples les plus remarquables de ces sortes de vers.

Le 6 mars 1840, à l'autopsie d'un homme qui venait de mourir dans la maison des aliénés de Pforzheim, on découvrit sur ses muscles une quantité innombrable de petits points blancs, oblongs, qu'on reconnut bientôt pour des petits kystes renfermant des *trichinia spiralis*. Tous les muscles de la vie animale, sans exception, grands et petits, le diaphragme, les muscles de l'œil, de l'oreille, les muscles externes du canal digestif et de l'urètre, ceux de la langue et du pharynx étaient presque uniformément parsemés de ces sortes de granulations vésiculeuses. Les muscles de la vie organique n'en contenaient point; il n'y en avait point au cœur, à la veine, au canal digestif, depuis l'œsophage jusqu'à l'anus, ni aux muscles de l'oreille. Rien n'était plus frappant que la disposition de ces vésicules sur les muscles de la déglutition. Les constricteurs du pharynx en étaient couverts; il s'en trouvait fort peu sur la partie supérieure de l'œsophage, et à 5-6 centimètres au-dessous du pharynx, il n'y en avait plus du tout; même remarque quant à l'anus; les sphincters étaient tout ponctués de blanc, et les fibres musculaires du rectum ne renfermaient pas un seul ver; il n'y en avait pas non plus sur les fibres musculaires de la trachée, mais beaucoup au contraire sur les petits muscles du larynx. Il n'y en avait pas non plus dans l'iris. Cette particularité a été remarquée par tous ceux qui ont déjà parlé de ce ver. Owen, Farre et Knox assurent qu'on ne le trouve que sur les muscles soumis à la volonté. Selon Owen, Wormald, on doit en avoir vu 25 sur le muscle interne du marteau; M. Bischoff n'en a pas trouvé sur les muscles internes de l'oreille; mais il ajoute que le sujet qu'il a disséqué avait ces muscles atrophiés.

Le kyste qui renferme ce ver est oblong, et son grand diamètre est toujours dirigé dans le sens des fibres musculaires. A l'aide du microscope, on voit comment les fibres primitives des muscles, d'ailleurs très reconnaissables à leurs stries transversales, se contournent de chaque côté du kyste et se détournent de leur direction rectiligne pour le loger dans leurs intervalles. Avec une aiguille fine, on écarte facilement ces fibres, et on voit qu'elles adhèrent lâchement par un tissu cellulaire fin au kyste elliptique, dont les deux extrémités arrondies ne remplissent pas exactement l'angle de séparation de ces mêmes fibres. Cet intervalle est occupé par quelques petits globules de graisse.

Le ver est toujours enfermé dans un kyste à double enveloppe. Owen et Knox ne paraissent avoir reconnu qu'un seul feuillet de la vésicule; mais Farre, dont d'ailleurs les descriptions sont les plus exactes, a vu cette double enveloppe. On s'assure le plus facilement de l'existence des deux feuillets en les comprimant un peu; par là, on distingue les contours de l'un et de l'autre; l'externe est ordinairement allongé comme un citron, tandis que l'interne forme une ellipse moins longue, dont les pôles ne s'avancent pas jusque dans ceux de l'externe.

Dans tout le reste de la circonférence, les deux lames sont très adhérentes l'une à l'autre, on ne parvient pas à les dédoubler. L'espace compris entre les deux pôles de l'enveloppe extérieure est rempli par une foule de petites granulations qui rendent cette partie du kyste un peu moins transparente que le reste de son étendue. Ces petites granulations montrent, dans l'eau, des mouvemens moléculaires. Le kyste extérieur a 0,054

mètre de long et 0,029 mètre de large, mesure qui est d'accord avec celle donnée par Owen; cependant tous n'ont pas la même dimension, en ce que l'un ou l'autre des pôles est souvent plus allongé que celui de l'extrémité opposée. Le kyste interne doit avoir 0,035 mètre de long, et coïncider avec son diamètre transversal, avec l'externe.

La texture des deux feuillets n'est point cellulense et ne consiste pas, comme l'a dit Owen, dans un feuillet de tissu cellulaire condensé; mais ce sont, comme Knox l'a déjà observé, de petites lamelles légèrement granuleuses, uniformément denses, et assez résistantes pour échapper à l'aiguille qui les presse, plutôt que se laisser écraser.

Dans l'intérieur de la vésicule, on trouve, outre le ver roulé en spirale sur lui-même, une matière granuleuse, filante, qui rend le kyste opaque, lorsqu'elle est trop abondante, ou trop dense, et empêche de voir le petit animal. Dans le principe, ces kystes sont entièrement transparens; mais peu à peu la matière opaque s'y accumule tellement qu'elle fait périr le ver; elle prend un aspect tibieux et devient si dure qu'elle émousse les couteaux avec lesquels on la coupe, et produit une certaine crépitation; c'est ce qu'ont observé Wormald et Henle dans leurs dissections.

Pour faire sortir le ver de son enveloppe, on fait bien de placer celle-ci sous une bonne loupe, et de la déchirer avec les pointes de deux aiguilles, ou bien encore de la faire crever en la comprimant entre deux lames de verre; mais, par ce moyen, on est exposé à écraser en même temps le ver, inconvénient qui, cependant, est compensé par un autre avantage, celui de pouvoir avoir le ver étendu, tandis qu'il reste roulé, si on ne fait que déchirer le kyste avec les aiguilles. Si la vésicule n'est pas assez transparente pour voir le ver, on peut la laisser sécher entre deux lames de verre, ou bien l'humecter, comme le fit Owen, avec un peu de baume du Canada, avant de la placer sous le microscope. Dans tous les cas, on s'assure que le ver est roulé en spirale, le plus souvent deux fois et demi sur lui-même. Lorsqu'il est ainsi roulé, il est tellement petit qu'on peut l'apercevoir à peine à l'œil nu. S'il se trouve étendu, il ressemble à un petit fil pointu à ses deux extrémités, mesurant, comme l'a déjà indiqué Owen, environ 0,108 à 0,09 mètre en longueur, et 0,0054 à 0,0038 mètre en largeur.

Rien n'est plus digne de remarque que la vitalité de ce petit ver. Déjà Owen et Farre l'ont vu continuer à vivre quinze jours après la mort de l'homme sur lequel il a été trouvé; il vivait même encore sur un morceau de muscle qui a resté pendant un certain temps dans l'alcool, et M. Bischoff, l'auteur de ce mémoire, l'a vu vivant, au bout de douze jours, sur un morceau de muscle qui pourrissait déjà. On reconnaît qu'il est vivant lorsqu'on le voit se rouler et se redresser alternativement par un mouvement spontané. M. Bischoff ne l'a jamais vu se mouvoir dans le kyste, mais seulement après qu'il en était sorti et se trouvait placé depuis quelque temps dans l'eau; c'est pourquoi l'auteur avait cru, dans le commencement, que ces mouvemens étaient inorganiques et produits par la simple imbibition de l'eau; mais, plus tard, il s'est assuré que c'étaient de véritables contractions et extensions spontanées.

Par un examen plus attentif et à l'aide d'excellens instrumens, on s'assure que l'une des extrémités de l'animal est plus pointue que l'autre. Owen et Knox prétendent avoir découvert sur celle des extrémités qui est plus arrondie une fente linéaire, qu'ils ont prise pour une ouverture buccale. Farre n'en est pas certain, et Bischoff, quoiqu'il ait examiné plus de cent de ces petits vers dans différentes positions, n'a jamais rien pu découvrir qui ait pu lui indiquer où se trouvait soit une bouche, soit un anus; toujours les extrémités étaient nettement terminées; jamais à l'aide de la compression il n'a été possible d'exprimer la moindre goutte de fluide ni à l'une ni à l'autre extrémité; ordinairement le couteau s'échappait du corps latéralement vers le milieu, ou si l'écoulement avait lieu dans la proximité de l'un des deux bouts, ou pouvait chaque fois s'assurer que c'était à travers la peau qui s'était crevée. Farre, Knox et Bischoff prétendent cependant avoir découvert à l'intérieur de l'animal un canal digestif et des ovaires. En outre, on voit encore sur le milieu du vers, dans une certaine étendue, une ligne blanche, saillante, qui pourrait peut-être tenir lieu d'organe nerveux; ce filament ainsi que d'autres parties de détail ne sont plus perceptibles lorsque le ver est resté quelque temps dans l'alcool. Owen, Farre et Bischoff ont souvent vu deux vers dans un seul kyste. M. le docteur Kobelt a même fait voir à M. Bischoff une vésicule qui contenait trois vers. Dans les cas où Farre a vu deux vers dans un seul kyste, il a cru que l'un des deux avait un ovaire, l'autre non; il se demande si les sexes sont séparés.

On est encore à savoir dans quelle classe des entozoaires il faut placer ce ver récemment découvert. Owen croit que la capsule qui le renferme n'appartient pas à l'animal, et n'est formée que par des lamelles du tissu cellulaire condensé; Bischoff, au contraire, admet que c'est un véritable kyste, parce qu'il est formé d'une double enveloppe et qu'il est très lâchement adhérent au tissu cellulaire environnant. Cependant ce ver diffère des autres vers cystoïdes, en ce qu'il est libre dans sa capsule et qu'il a une forme allongée, ce qui le fait rapprocher des nématoïdes et principalement des filaires.

Déjà Zéder a décrit un genre de nématoïdes qu'il appelle capsulaires, et il en a fait connaître deux espèces; l'une *caps. trinodosus. salaria* trouvée à la surface du foie des saumons, et *caps. halcies* sur le foie des harengs (ANLEITUNG FUR NATURGESCHICHTE DER EINGEWEIDEWURMER, p. 51); Rudolphi les plaça parmi les genres *filaria* et *ascaris* (ENTOZOORUM SYNOPSIS, p. 204). Malgré l'analogie qu'a le ver dont il est ici question avec les autres nématoïdes, ou a encore quelques difficultés à le placer parmi les capsulaires de Zeder, et on ne peut pas le ranger non plus parmi les vibrions ou les entozoaires, comme l'a voulu Owen, parce qu'il a une vésicule qui lui est propre; on fait donc bien d'en créer un genre à part et de le déterminer de la manière suivante:

ORDO TRICHINIA. *Animal pellucidum, filiforme, utrimque, postice magis quam antrosum; attenuatum, ore et ano discreto dubio, tubo intestinali et ovario incrustam. In vesica duplici; externa dura elastica, continens alteram, in qua entozoon pleramque solitarium.*

TRICHINIA SPIRALIS. *T. minutissima, spiraliter, raro flexuose incurva, capite obtuso, collo nullo, cauda attenuata obtusa. Vesica externa elliptica, extremitalibus plerumque attenuatis; interna ovalis.*

Habitat in hominis musculis voluntariis, per totum corpus diffusa, creberrima.

Rien de bien précis ne peut encore être dit sur le développement de ce ver; peut-être se forme-t-il par génération spontanée; peut-être par un autre mode de reproduction; l'existence de ses ovaires semblerait motiver cette dernière opinion. La corrélation entre le développement de ces parasites et les états morbides des individus sur lesquels ils ont été trouvés est encore très obscure. M. Bischoff rapporte avec un très grand soin tout ce qui a rapport à la maladie de l'individu (mort à l'âge de 71 ans, en état de démence) sur lequel ces vers ont été trouvés. Il fait aussi une description détaillée de l'autopsie cadavérique; entre autres particularités, il note beaucoup de lombrics dans les intestins; mais rien n'explique l'étiologie de ces nombreux vers. Jusqu'à présent on ne les a pas encore trouvés sur les enfans.

L'auteur fait suivre ce travail d'un tableau synoptique de tous les cas de *trichinia spiralis* observés jusqu'aujourd'hui.

RAPPORT MÉDICAL SUR LA PRINCIPAUTÉ DE HOHENZOLLERN-SIGMARINGEN PENDANT 1839; par le docteur HEYFELDER.

L'auteur commence ce rapport par donner un état météorologique; il jette un coup d'œil sur la constitution médicale de l'année, et il passe à la description d'une épidémie de variole et de quelques maladies particulières.

La variole s'était déclarée dans plusieurs localités de la principauté, on a entrepris la revaccination, qui a été ici aussi efficace pour arrêter les progrès de l'épidémie que partout ailleurs où l'on y a eu recours. Elle fut faite avec d'autant plus de succès qu'il s'était passé plus de temps depuis la première vaccination. Dans 7 communes, la revaccination a été pratiquée sur 2,106 individus; 788 fois le succès fut complet, 715 fois incomplet et 603 fois nul.

M. Heyfelder a de nouveau employé le calomel à haute dose (1 gramme à la fois dans les vingt-quatre heures) dans la fièvre typhoïde. Il cite six observations de succès.

Plusieurs autres descriptions de maladie viennent ensuite; elles sont toutes intéressantes et décrites avec cet esprit positif que nous reconnaissons à l'auteur; mais elles ne renferment rien d'inconnu.

SUR L'INCONTINENCE DE L'URINE PENDANT LA NUIT; par le docteur RITTER.

Deux états distincts de l'organisme peuvent devenir cause de l'incontinence de l'urine pendant la nuit; l'un de torpeur, l'autre d'éréthisme. Dans le premier cas, l'enfant a le col de la vessie et le canal de l'urètre trop peu sensible pour savoir quand il lâche les urines; dans l'autre, la vessie est trop sensible et excite trop fréquemment l'individu à se débarrasser de l'urine; c'est ce qui lui donne des rêves, lui fait croire qu'il urine dans un vase ou dans un lieu autre que son lit.

On remédie à la torpeur par l'administration des stimulans, cantharides, etc.; à l'éréthisme par les calmans, l'opium.

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de mai et de juin contiennent les notices et articles origi-

naux suivans : 1° *Sur les fractures qui se sont présentées au grand hôpital de Hambourg pendant* 1838, par Fricke. (Le nombre total des fractures qui ont été traitées pendant 1838 s'élève à 72; 42 sont sortis guéris, 10 sont morts et 20 restaient encore en traitement à la fin de l'année. Parmi les 10 morts se trouvaient des cas inévitablement mortels. M. Fricke, en détaillant les différens faits qui se sont présentés à son observation, se montre aussi judicieux médecin qu'habile chirurgien. Les cas particuliers qu'il décrit sont intéressans, mais ne présentent rien de nouveau.) 2° *Extraits des Archives de la Société médicale de Saint-Pétersbourg : Abcès du rein qui s'est frayé un chemin par le foie et le poumon;* par le docteur Sposer. 3° *Sur la préparation de l'iodure de fer pour l'usage de la pharmacie;* par Oberdorffer, à Hambourg. 4° *Traitement contre le ténia;* par le docteur Grahl, de Hambourg. 5° *Observation d'une tympanite guérie par des applications froides sur le bas-ventre et des lavemens d'eau froide;* par le docteur Niemann d'Altona. 6° *Guérison d'un engorgement du foie avec hydropisie à l'aide de frictions mercurielles qui ont provoqué une forte ulcération;* par le même. 7° *Sur la préparation des pastilles anthelmenthiques composées avec l'extrait de semen-contra et sur une manière particulière d'administrer le phollandrium aquaticum;* par le pharmacien Oberdorffer.

ABCÈS DU REIN QUI S'EST FRAYÉ UN CHEMIN PAR LE FOIE ET LE POUMON; par le docteur SPOSER.

OBS. — Pierre Bary, âgé de 19 ans, tailleur, fut pris, sans cause connue, d'une douleur dans la région lombaire droite, accompagnée de frissons, suivis de chaleur.

Le 13 février (quinzième jour de sa maladie) il entra à l'hôpital dans l'état suivant : toux sèche, anorexie, chaleur, soif, langue couverte d'un enduit jaune, sèche à la pointe; peau pâle, chaude et sèche; pouls 90, un peu tendu; selles normales; urine brûlante, brune. Le malade en se couchant sur le dos éprouvait le sentiment d'une tension et d'une pression désagréable; en se mettant sur le côté droit il se plaint d'une douleur obtuse dans l'hypochondre droit et la toux devint plus fréquente. Le médecin croyant avoir affaire à un état rhumatismal, suivi d'une fièvre catarrhale gastrique, prescrivit une potion nitrée avec du tartre stibié.

Le 15 et le 16, toux plus fréquente; pouls 100.

Le 17, douleur vive en inspirant vers l'angle inférieur de l'omoplate droite (huit ventouses, loc. dol., nitre dans une décoction de guimauve, 5 centigr. de calomel trois fois par jour, cataplasme narcotica émollient).

Le 18, fièvre continue, douleur plus forte dans l'hypochondre et la région lombaire droite. L'application d'un vésicatoire fut suivie d'une légère amélioration, la douleur était moins vive, l'expectoration plus facile et la toux moins fréquente; la fièvre continua; la peau était brûlante, sèche; l'urine parcimonieuse. Le malade en toussant un peu fortement ou en inspirant profondément fit entendre un gargouillement qui s'étendit depuis l'angle inférieur de l'omoplate droite jusqu'à l'hypochondre du même côté. Une hydropisie générale qui se déclara fit des progrès très rapides.

Le 27, Bary expectora dans de courts intervalles, après quelques quintes de toux violente, à peu près un kilogr. et demi de véritable pus épais, d'un gris verdâtre. Immédiatement après il eut une transpiration générale très copieuse.

Le 28 et le 29; toux plus rare; expectoration purulente facile, fièvre lente, sueurs colliquatrices, diminution notable de l'œdème de la figure et des pieds; pouls plus tendu, dur, 105; langue rouge. Toute autre position que sur le côté gauche provoquait la toux et la douleur au côté. Après l'emploi de la crème de tartre soluble 210 grammes, d'oxymel scillitique 15 grammes dans une décoction de guimauve 210 grammes, l'œdème des extrémités disparut complètement, le bas-ventre s'affaissa et devint plus mou; pourtant l'urine n'était pas plus copieuse.

Du 1 au 3 mars, toux toujours plus rare, sans expectoration; respiration plus brève, difficile; gargouillement très prononcé dans l'endroit indiqué ci-dessus. Pouls plus petit et plus fréquent, constipation; urine tout à fait nulle; face livide, extrémités des doigts bleues.

Mort dans la nuit du 4.

AUTOPSIE faite 30 heures après la mort.

Plèvres, cœur, péricarde, poumon gauche, lobe supérieur du poumon droit à l'état normal; lobe inférieur du poumon droit adhérent à la plèvre costale, aux muscles intercostaux, vers le dos et au diaphragme. En voulant détacher ce dernier, on fit une déchirure qui laissa échapper un peu de pus; 60 à 90 gramm. de sérosité se trouvèrent dans la poitrine. En ouvrant le bas-ventre pour soulever la partie du diaphragme adhérente au poumon, on vit que le lobe droit du foie adhérait aussi intimement à la face inférieure du muscle et plus bas au colon transverse et se continuait à l'aide d'exsudations plastiques le long du colon ascendant jusqu'au rein avec lequel il ne formait qu'un tout non interrompu. Le rein droit, pour ainsi dire enveloppé dans une masse gélatineuse, adhérait à la colonne vertébrale et aux côtes au moyen d'une substance charnue et représentait en quelque sorte une vessie membraneuse du volume d'un fort poing; ce sac était rempli d'un pus bien lié, jaune, et ce n'est que vers la partie du côté des vertèbres qu'on reconnaissait encore quelques vestiges de la substance corticale. Le rein gauche, le lobe gauche du foie, la vésicule peu remplie de bile, le pancréas, la rate, les intestins, à l'exception du colon transverse et ascendant étaient à l'état normal. 240 à 500 grammes de sérosité se trouvèrent dans le bas-ventre.

Il est évident que cette maladie a commencé par une inflammation du rein droit qui a été méconnue; de là une suppuration qui s'est propagée le long du colon ascendant jusqu'au foie et s'est frayé un passage à travers le diaphragme jusqu'au lobe inférieur du poumon droit. Le pus a donc remonté, contre toutes les lois de la physique, jusque dans les bronches d'où il a été rendu par expectoration.

L'auteur fait suivre cette observation de deux cas de tympanite où il a employé avec succès la pompe aspirante appliquée sur une grosse sonde de gomme élastique introduite à 16 centimètres de profondeur dans le rectum.

TRAITEMENT CONTRE LE TÉNIA; par le docteur GRAHL, de Hambourg.

Un moyen généralement employé à Hambourg et recommandé par M. le docteur Grahl pour l'expulsion du ténia est le suivant : la veille de la cure on fait prendre au malade une soupe préparée avec 120 grammes de pain blanc et autant de beurre cuit dans un demi-litre d'eau. Le lendemain matin on administre :

Prendre : Racine de jalap, gomme gutte, mercure doux, ãã 35 centigr.
Conserv. de rose Q. S. pour un bol.

Une heure plus tard :

Prendre : Poudre de racine de fougère mâle.............. 12 grammes,
à dissoudre dans eau de fleurs de tilleul..... 90 grammes,
S. à prendre en une seule fois.

Peu de temps après le ver s'agite et provoque des malaises et des vomissemens; on parvient à les calmer en recommandant au malade de se donner du mouvement. Si au bout de quatre à cinq heures, le ver n'est pas encore parti, le malade prendra toutes les demi-heures quelques cuillerées d'huile de ricin.

III. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le premier cahier du 56e volume contient : 1° *Sur les maladies syphilitiques;* par le docteur Hanck. (Cet article contient des idées en tout conformes à ce que nous enseigne l'expérience, mais elles ne sont pas nouvelles.) 2° *Vomissement de grenouilles.* (Mystification.) 3° *Deux observations de plaies de tête;* par le docteur Nollau. (Dans la première il est question d'un individu qui, par suite d'un coup de pied de cheval sur la tête, a souffert d'une céphalalgie opinâtre pendant trois ans, et a succombé à une inflammation chronique du cerveau. Dans la seconde, on parle d'une femme qui ayant été maltraitée par des voleurs perdit du sang par le conduit auditif externe droit, qui donna aussi issue à douze fragmens d'os, dont le plus long avait 7 ou 8 millim. La malade finit par guérir avec perte de l'ouïe. A l'aide d'une sonde, pénétrant profondément, on s'assura de l'absence de la membrane du tympan. La vue du côté droit est aussi plus faible qu'à gauche.) 4° *Observation de plusieurs plaies à la tête, au cou et à la main gauche par des assassins;* par le docteur Stolhom. (Quoique les blessures aient été accompagnées de fractures de plusieurs os de la face et de divisions des cartilages du cou, la malade guérit avec de graves difformités.) 5° *Revue de la clinique de l'hôpital de la province occidentale prussienne, près de Schwetz;* par le docteur Butzke. (Nous trouvons dans cette revue plusieurs cas remarquables de caries guéris spontanément.)

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FÜR GEBURTSKUNDE, publié par BIRSCH, d'OUTREPONT, RITGEN et de SIEBOLD.

Le deuxième cahier du huitième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Opération césarienne pratiquée par le docteur Stracke,* et communiquée par le docteur Neuber; 2° *Observations d'accouchement;* par le docteur Wahl; 3° *Cas de stéatome et de dégénérescence tuberculeuse de la matrice;* par le docteur Danizer. (Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est que la malade devenue enceinte a porté son fruit jusqu'au terme de sa grossesse, tandis qu'ordinairement les femmes atteintes de corps fibreux dans l'épaisseur de l'utérus avortent.) 4° *Observations;* par le docteur Wittcke. 5° *Deux observations de phlébite du foie chez des nouveaux-nés et un cas de hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope;* par le docteur Scholler.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE par le docteur STRACKE, de Cassel, et communiquée par le docteur NEUBER JUN.

OBS. — La personne qui fait le sujet de cette observation était âgée de 32 ans,

d'un mètre et de 20 centimètres de haut; elle avait été rachitique dans son enfance, et marchait avec des béquilles jusqu'à l'âge de 19 ans. Elle fut réglée à 20 ans; son bassin était mal conformé; il était oblique, ne mesurait que 6 centim. du sacrum au pubis; il était plus rétréci à droite qu'à gauche.

Le 2 août 1836 commencèrent les premiers maux, qui continuèrent à devenir de plus en plus intenses en amenant graduellement la dilatation de l'orifice de la matrice jusqu'au 15 du même mois. Le même jour, la poche des eaux s'est rompue. Le toucher par le vagin ne permit de reconnaître aucune partie du fœtus; mais par l'auscultation on s'assura distinctement du souffle placentaire et des battemens du cœur de l'enfant. Vu le terme de la grossesse, l'état de vie et de force de l'enfant et la grande étroitesse du bassin de la mère, on se décida à faire l'opération césarienne; elle fut entreprise le 15 août à 5 h. du matin. Elle a été pratiquée dans la ligne blanche; rien de particulier ne se présenta pendant l'opération: l'enfant fut extrait par les pieds, il pesait 3 kilog. et demi; le placenta déjà en partie détaché à gauche fut enlevé avec l'enfant, et le cordon qui continuait de battre. La plaie fut fermée par la suture, soutenue par des bandelettes agglutinatives et un bandage; un séton a été placé à l'angle inférieur de la plaie. A quatre heures du soir, l'enfant mis au sein téta bien; la mère dormit ensuite pendant une ou deux heures.

Le 16 au matin, l'écoulement des lochies et la sécrétion du lait étaient à l'état normal. Le pouls et la respiration étaient bons. Vers midi commença la fièvre traumatique, surtout remarquable par un embarras dans les voies respiratoires et une congestion de sang vers la tête; il n'y eut aucun signe de péritonite, ni vomissement ni météorisme.

Le 18, la fièvre était au plus fort, 150 pulsations et 80 inspirations par minute, râle muqueux, les seins s'affaissèrent et les lochies diminuèrent. Par l'emploi de deux saignées, du sénéga, de l'ipécacoanha, du soufre doré d'antimoine, du sel ammoniac, de l'acide benzoïque avec l'opium, les symptômes se calmèrent peu à peu, les lochies devinrent plus abondantes, et les seins plus tendus, mais on renonça à l'allaitement. Pendant tout le temps de la fièvre la plaie est restée sèche.

Le 21, l'appareil a été renouvelé et le séton, qui avait été placé dans l'angle inférieur de la plaie, était imbibé de pus louable. La partie supérieure était cicatrisée. L'opérée alla mieux de jour en jour.

Au 3 septembre il n'y eut plus de lochies ni de lait, et le 9 du même mois reparut la menstruation. Le 26, elle fut complétement guérie. La cicatrice avait 9 centim. et 5 millim. de long. L'enfant était bien portant et fut mis en nourrice.

Cette observation est surtout remarquable par l'absence complète de tout symptôme inflammatoire du côté du bas-ventre, et en général par la bénignité avec laquelle s'est passé le temps de la puerpéralité qui n'a été guère plus long que chez une femme naturellement accouchée.

OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENT; par le docteur GUSTAVE WAHL.

1° CAS DE MONOMANIE PUERPÉRALE. La malade se croyait possédée du démon, et avait par moment des accès de fureur. Le médecin qui la traitait parvint à la guérir en faisant semblant de partager ses idées, et en employant un traitement largement antiphlogistique et révulsif.

2° TRISMUS SUITE DE RÉTENTION DES MENSTRUES. Une jeune fille s'étant blessée à la main a été prise de trismus et de dysphagie; elle ne fut complètement guérie qu'au bout de quinze jours, où parut pour la première fois la menstruation.

3° PHLEGMASIE ALBA DOLENS, AVEC UNE PAROTIDE.

4° GROSSESSE AVEC HYDROPISIE DE L'UTÉRUS. Une femme ignorant sa grossesse fit une chute à la suite de laquelle elle eut un développement extraordinaire du bas-ventre; on la traita pour hydropique, avec des remèdes très énergiques. Elle accoucha d'un enfant qui fut regardé comme étant âgé de huit mois, et qui mourut peu après sa naissance; quelques jours avant l'accouchement, il s'était écoulé une forte quantité de sérosité sanguinolente,

5° Dans deux cas où l'auteur avait déjà employé plusieurs moyens hémostatiques, il parvint à arrêter l'hémorragie en introduisant la main dans l'utérus. Nous croyons que c'est par là qu'il aurait dû commencer.

6° CAS DE PLACENTA INSÉRÉ EN PARTIE SUR LE COL DE L'UTÉRUS. Une femme enceinte pour la sixième fois, et qui eut des hémorragies pendant sa grossesse, accoucha au huitième mois d'un enfant faible; elle eut une perte, et le placenta n'a pu être extrait qu'au bout de six heures, à cause d'une contraction spasmodique du col de l'utérus, qu'on combattit par la teinture de cannelle, l'éter acétique, l'opium et la jusquiame. Il a fallu user d'une certaine violence pour détacher une portion du placenta arrondie, adhérente au col de l'utérus; le reste du délivre suivit sans difficulté; examiné au-dehors, le placenta était partagé en deux portions; l'une placée et servant de point d'insertion au cordon, paraissait avoir été contenue dans l'utérus, tandis que l'autre, arrondie et boursoufflée, semblait avoir été poussée dans l'orifice du col pendant la grossesse, et avoir donné lieu aux hémorragies qui ont précédé l'accouchement.

OBSERVATIONS ET REMARQUES; par le docteur WITTCKE.

1° DEUX OBSERVATIONS DE RÉTENTION DE PLACENTA. Les femmes ont succombé; l'autopsie n'a pas été faite.

2° CAS DE PUTRESCENCE DE L'UTÉRUS. Rien de saillant.

3° RUPTURE D'UNE VARICE A LA PETITE LÈVRE DROITE PENDANT L'ACCOUCHEMENT. L'auteur arrêta l'hémorragie en comprimant le vaisseau et en le remplissant ensuite avec de la charpie; le sac variqueux entra en suppuration et se ferma bientôt.

4° TÊTE ÉCRASÉE PAR LES CONTRACTIONS UTÉRINES. Le détroit inférieur du bassin était tellement rétréci que pendant le passage de la tête, celle-ci fut broyée et convertie en une masse molle, formée par le cerveau dans lequel nageaient des fragmens du crâne encore recouvert par les tégumens intacts. Nous devons pourtant remarquer que cet accouchement ne s'est pas terminé par les seuls efforts de la nature; avant l'arrivée de M. Wittcke, un confrère et deux sages-femmes avaient déjà fait des manipulations qui n'avaient conduit à aucun résultat, et M. Wittcke lui-même s'est servi d'un crochet mousse introduit dans la bouche de l'enfant pour en opérer l'extraction.

5° REMARQUES SUR QUELQUES MOYENS EMPLOYÉS DANS LA MÉDECINE DES FEMMES ET DES ENFANS :

A. Efficacité des sacs pleins de sable, appliqués sur l'abdomen des femmes accouchées pour arrêter les hémorragies.

B. Chez une femme qui éprouvait de l'anorexie avec un goût sulfureux dans la bouche, on administra, après avoir employé inutilement d'autres remèdes, l'*aqua fœtida simplex*, qui fit disparaître ce goût désagréable.

C. Observation de cardialgie avec mélancolie, guérie par la teinture de stramonium et de valériane.

D. Sur le seigle ergoté. Rien de nouveau.

E. Une nouvelle formule pour administrer le semen-contra aux enfans :

Prenez : Carbonate de potasse, 4 grammes. Saturez avec du jus de citron ou de l'acide acétique, q. s. Ajoutez J. f de semen-contra, 60 grammes (prép. avec 6 à 8 grammes de poudre). Teint. d'ipécac., 1 gramme. Gr. émuls., 30 grammes, s. à prendre une demi à une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

F. Du carbonate de fer dans la chlorose des femmes et dans l'état cachectique des enfans, et de l'extrait de belladone dans la rigidité de l'utérus pendant l'accouchement. Rien d'inconnu.

DEUX OBSERVATIONS DE PHLÉBITE DU FOIE CHEZ DES NOUVEAU-NÉS, ET UN CAS DE HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE RENFERMANT LA TROMPE DE FALLOPE; par le docteur SCHOLLER.

L'accoucheur de Berlin rappelle le travail de M. Lévy (GAZ. MÉD., p. 793, 1839), sur les inflammations et les ulcérations des artères ombilicales trouvées chez des enfans morts du trismus, et il ajoute, en s'appuyant sur sa longue expérience, que les assertions de M. Lévy doivent être confirmées; de plus, il rappelle que les inflammations des artères ombilicales se trouvent encore dans d'autres maladies, et il cite une observation de péritonite de nouveau-né, où il a trouvé des caillots de sang dans les artères ombilicales, et des ulcérations à la face interne de ces vaisseaux; puis il passe aux deux observations de phlébite ombilicale, qui peuvent être mises en parallèle avec les inflammations des artères ombilicales.

OBS. I. — Une petite fille, forte, pesant 4 kilogrammes à la naissance, se portant bien jusqu'au dix-neuvième jour, où elle fut refroidie par une imprudence de la mère, primipare et âgée de 21 ans. Le lendemain, l'enfant refusa de prendre le sein; il était constipé; on lui donna un lavement et un bain de camomille.

Le jour suivant, à la visite du médecin, le ventre était douloureux, tuméfié au toucher, et par l'application de la main, on crut s'assurer d'une exsudation dans le péritoine; la constipation persista et l'enfant vomit des matières vertes; il exista un érythème foncé en couleur dans la région hypogastrique près des organes génitaux. (4 sangsues sur le bas-ventre, calomel.)

Mort à six heures du soir.

AUTOPSIE faite le lendemain. Le crâne ne fut pas ouvert; organes de la respiration à l'état normal; dans le bas-ventre, on trouva une exsudation purulente, et des couches de lymphe plastique à la surface de l'estomac, de la rate, de l'épiploon et du colon transverse; à l'angle de séparation de la veine-porte et de la veine ombilicale, où ces deux vaisseaux se jettent dans le foie, il y avait à leur surface externe des couches de fibrine jaunâtres; dans leur intérieur était contenu un pus épais, et leurs parois étaient épaissies jusque dans leurs dernières ramifications dans le foie; en incisant cet organe, on trouva sa substance dure et comparable à des tranches de jambon fumé et cru. La vésicule du fiel était blanche comme la vessie de poisson, et contenait un fluide visqueux; la rate était molle et friable; les intestins renfermaient des matières vertes, semblables à celles que l'enfant avait vomies. Reins et vessie à l'état normal; deux hydatides, de la grosseur d'un pois à l'ovaire gauche; rien de particulier aux artères ombilicales; l'ombilic était cicatrisé et les vaisseaux ombilicaux fermés.

Il n'y a pas de doute qu'outre la péritonite, il y avait phlébite des veines du foie; l'une dépendait-elle de l'autre? Il serait difficile de l'affirmer.

Le refroidissement seul a-t-il pu les produire, ou bien le travail de cicatrisation de la veine ombilicale a-t-il été pour quelque chose dans la cause prochaine de cette maladie ?

Obs. II. — Une autre petite fille également née d'une primipare âgée de 21 ans, et pesant 4 kilogrammes et demi, se portait bien jusqu'au dix-neuvième jour. Le lendemain, elle refusa le sein, respira difficilement; le bas-ventre était tuméfié et douloureux; vomissemens de matière verte; langue rouge aux bords, sèche; traits tirés (4 sangsues; calomel). Au soir, convulsions, surtout contractions périodiques de la mâchoire.

Mort pendant la nuit.

Autopsie. Le crâne ne fut pas ouvert; organes de la respiration sains; bas-ventre distendu par une exsudation de sérosité jaunâtre; tout le péritoine enflammé; veines de l'ombilic et du foie épaissies et remplies de pus; pancréas cartilagineux; rate bleuâtre; reins riches en sang, renfermant dans les calices et le bassinet une quantité considérable de petits cristaux de couleur orange, et disposés par couches régulièrement convergentes, particularité fréquemment observée chez des enfans qui ont succombé à des inflammations très aiguës. A droite, il y avait une hernie inguinale, la tumeur s'avançait jusqu'à la grande lèvre, et contenait la trompe de Fallope, qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre; l'utérus était un peu déplacé, et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

V. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, par GRAEFE ET WALTHER.

Les deux premiers cahiers du 28e volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur la gale*; par le docteur Ritter. (Article d'érudition bon à consulter.) 2° *Sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Rotterdam en* 1837 *et* 1839, par le docteur Oppenheim. (Ce travail, qui prouve que l'auteur est très au courant de la bibliographie française, ne contient absolument rien de nouveau. Le traitement employé dans cette épidémie fut celui de Chomel : chlore liquide, une à deux onces par jour, continué pendant huit, dix, douze jours; on appliqua un vésicatoire sur la nuque et des fomentations froides sur la tête. Sur 80 cas à peu près de fièvres typhides des plus violentes, l'auteur n'a perdu que quatre malades. Résultat magnifique !) 3° *De la désarticulation de la cuisse*; par le docteur Neverman. (Il résulte de ces recherches que, jusqu'à la fin de 1837, cette opération a été pratiquée sur 62 sujets, dont 22 restèrent en vie, ainsi de trois à un, ce qui est un résultat très beau en rapport avec l'amputation, car la désarticulation est ordinairement entreprise dans les conditions les plus fâcheuses.) 4° *Sur l'action de la créosote*; par le docteur Ulmek. (Ce médicament, uni à une décoction d'écorce de chêne, parait avoir été employé avec succès dans deux cas de sécrétions lymphatiques, contre des fistules, des maux de dents cariées, des hémorragies produites par des piqûres de sangsues.) 5° *Sur la nature et le traitement de la tumeur blanche*; par le docteur Michaelis. (Rien de nouveau.) 6° *Fracture du crâne; guérison sans trépanation*; par le docteur Moll. 7° *Sur les bains de mer de Dubbeln*; par le docteur Sodoffsky. 8° *Sur les concrétions dans les articulations*; par le docteur Hancke. 9° *Deux observations d'amputations, faites avec succès dans l'articulation tarso-tarsienne, et précédées de quelques notices historiques*; par le même. 10° *De l'emploi de la décoction de Zittmann*; par le docteur Brunzlow. 11° *Observations d'épilepsie, suivies de quelques remarques historiques*; par le docteur Ritter. 12° *Observations*; par le docteur Vogler. (Rien de bien saillant.) 13° *Cas d'un abcès par congestion, occupant une grande partie du dos*; par le docteur Hancke. 14° *Observation d'un ostéo-stéatome à l'occiput* : par le docteur E. Graefe. 15° *Description de la scie à main de Charrière et de la pince à ligature du même artiste*; par le docteur Hoppe. 16° *Trois observations de séquestre du tibia*; par le docteur Vogler.

SUR LES CONCRÉTIONS DANS LES ARTICULATIONS; par le docteur HANCKE.

Dans cet article, l'auteur commence à nous donner l'histoire complète de tout ce qui a été écrit sur cette matière, et il cite Ambroise Paré comme étant le premier qui en ait parlé; mais il indique les symptômes auxquels on reconnait la présence de ces corps étrangers dans les articulations; il passe ensuite aux accidens auxquels ils peuvent donner lieu; il rapporte l'opinion des auteurs sur leur origine, et enfin il indique le traitement qui leur convient; à ce sujet, il rappelle combien les plaies des grandes articulations sont dangereuses, surtout lorsqu'elles intéressent les parties déjà malades; il termine par citer trois observations, dont deux, où l'auteur a fait l'extraction de corps étrangers avec succès, et une autre dans laquelle l'opération fut suivie de suppuration, de gangrène et de mort. Dans les deux premiers cas, les corps étrangers étaient petits; dans le troisième, il avait la longueur de 61 millimètres, et une largeur de 32 millimètres. Ce corps étranger était logé dans une espèce de poche, situé sur le bord interne du ligament rotulien, et s'était frayé un chemin en forme de canal autour de l'articulation, qu'on trouva remplie de pus lors de l'autopsie.

DE L'EMPLOI DE LA DÉCOCTION DE ZITTMANN DANS LES ULCÈRES SYPHILITIQUES DU COU ET DU NEZ PENDANT LA GROSSESSE ET DANS D'AUTRES MALADIES; par le docteur BRUNZLOW.

Dans ce mémoire, l'auteur commence par rapporter une observation dans laquelle la décoction de Zittmann fut employée avec succès chez une femme enceinte; puis il fait quelques réflexions sur la syphilis congénitale. Ces réflexions, que nous sommes loin de partager en entier, peuvent se résumer ainsi :

1° Que ce n'est point le virus vénérien, mais bien le mercure auquel on doit attribuer la cause de tous les phénomènes morbides observés chez les nouveau-nés supposés syphilitiques;

2° Que l'avortement, observé si fréquemment chez les femmes syphilitiques, n'est pas l'effet de la maladie vénérienne, mais bien du mercure;

Que les enfans nés avec des prétendus symptômes syphilitiques ne doivent pas être traités avec du mercure.

Combien d'observations n'a-t-on pas où des enfans sont nés avec des symptômes généralement attribués à la syphilis, et dont les mères affectées de cette maladie n'ont seulement pas pris du mercure ? Quant à la seconde proposition, rien n'est si fréquent que de voir les femmes syphilitiques avorter sans avoir pris du mercure. Quant à la troisième, les faits de guérison sans mercure ne sont pas rares; et, au reste, ce n'est pas à l'enfant, mais à la mère syphilitique, qui le nourrit, qu'on administre le mercure.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 AOUT.

VARIATION DES ÉLÉMENS DU SANG DANS LES MALADIES.

Nous avons, dans notre précédent compte-rendu, donné l'analyse de cette partie du travail de MM. Andral et Gavarret qui se rapporte à une classe de maladies dans lesquelles la fibrine est en excès; aujourd'hui nous avons à parler de trois autres classes de maladies caractérisées par des variations différentes dans les proportions des élémens du sang.

2e Classe. — Maladies dans lesquelles la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont en quantité normale ou augmentée. Cette classe se divise en deux ordres : 1° les pyrexies ou fièvres; 2° plusieurs congestions et hémorragies.

Prodromes des fièvres continues. — Jamais augmentation et souvent diminution de la fibrine qui s'abaisse quelquefois jusqu'à un millième. Jamais de diminution de globules avant la saignée, et souvent leur augmentation à ce point qu'ils peuvent dépasser 140.

Fièvres continues simples. — Si elles existent sans travail phlegmasique appreciable, les modifications se soutiennent dans le même sens que dans le groupe précédent. Dans un cas où existaient ensemble les symptômes qui caractérisaient la fièvre inflammatoire ou angéioténique, les globules avaient atteint le chiffre énorme de 185, et cependant la fibrine s'était maintenue à sa proportion normale.

Fièvres typhoïde. — (Les auteurs se servent de ce nom pour la fièvre continue qui coïncide avec un état exanthémateux d'abord, puis ulcéreux, des follicules intestinaux.) — En raison de l'apparence phlegmasique de l'altération intestinale qui forme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, on serait en droit de supposer que dans cette maladie le sang doit répéter les qualités du sang des inflammations; mais il n'en est point ainsi: quelle que soit l'intensité de la phlegmasie intestinale, le sang n'emprunte pas ses caractères. Dans la fièvre typhoïde, quelle que soit la période à laquelle on examine le sang (et cet examen a été fait depuis le quatrième jusqu'au vingt-unième jour), on ne trouve jamais la fibrine élevée au-dessus de son chiffre normal. Elle le conserve assez souvent, mais souvent elle s'abaisse au-dessous de ce point normal, offrant ainsi une manière d'être inverse de ce qu'elle nous offre dans les phlegmasies. En outre, tandis que dans celles-ci la fibrine augmente en raison directe de l'intensité de la maladie, dans la lésion typhoïde, au contraire, la fibrine diminue en raison directe de la gravité de cette fièvre, et elle peut diminuer au point de tomber au-dessous d'un millième. La fièvre typhoïde est, de toutes les maladies, celle où le chiffre de la fibrine a été vu descendant le plus bas. Quant aux globules, tandis que dans les phlegmasies ils se montrent très souvent avec un chiffre peu élevé dès le début de la maladie, dans les fièvres typhoïdes, c'est une tendance inverse qui a lieu. Plus on examine le sang à une époque rapprochée de l'invasion de la fièvre, plus on trouve de cas dans lesquels les globules n'ont pas seulement diminué, mais dans lesquels ils ont augmenté d'une manière très notable. Ainsi, jusqu'au huitième jour, il n'est pas rare de trouver le chiffre des globules de 140 à 150, tandis que dans le rhumatisme aigu et la pneumonie, jusqu'au huitième jour, ils ne se sont guère élevés au-dessus de 130. De plus, à une époque déjà éloignée du début de la fièvre typhoïde, on voit souvent, malgré les saignées et la diète, les globules se main-

tenir à un chiffre beaucoup au-dessus de 130, ce qui n'a pas lieu dans les phlegmasies. Toutefois, et ceci est fort remarquable, ce chiffre élevé peut n'avoir jamais eu lieu, ou avoir cessé d'exister, et la fièvre typhoïde n'en prend pas moins naissance et n'en marche pas moins. Il y a donc ici plusieurs cas à distinguer, c'est que la fièvre typhoïde est elle-même un état morbide infiniment plus complexe qu'une phlegmasie.

FIÈVRES ÉRUPTIVES (variole, varioloïde, rougeole, scarlatine). —Dans ces fièvres, la fibrine est descendue jusqu'à 1 et n'a jamais dépassé 4; encore ce maximum ne s'est-il présenté qu'une fois.

Il y a lieu de s'étonner sans doute que dans une maladie où, comme dans la variole, la peau devient le siége d'une suppuration abondante, le sang, obéissant à la loi des phlegmasies, ne traduise pas ce travail par une augmentation de fibrine. C'est que la phlegmasie cutanée de la variole, comme la phlegmasie intestinale de la fièvre typhoïde, n'est que de simples élémens d'une affection plus générale qui les domine, et d'où le sang reçoit son caractère. Quant aux globules, ils ont offert encore une augmentation considérable dans plusieurs cas de scarlatine et de rougeole, s'élevant, par exemple, jusqu'au chiffre 146, et, au contraire, ils n'ont augmenté d'une manière sensible dans aucun cas de variole.

FIÈVRES INTERMITTENTES. — Dans tous les cas où le sang a été examiné, soit qu'il fût tiré dans l'accès, soit qu'il le fût durant l'apyrexie, on n'a obtenu que des résultats négatifs.

« Avec les différens faits qui viennent d'être rapportés, nous sommes maintenant, disent les auteurs, en mesure de répondre à la question suivante : Dans la phlegmasie, est-ce la fièvre, est-ce la phlegmasie qui produit dans le sang une augmentation de fibrine? Nous pourrons répondre que c'est la phlegmasie, et que, sans l'intervention du travail local qui constitue celle-ci, la fièvre seule, quelles que soient son intensité et sa durée, n'a pas pour effet d'augmenter la quantité de fibrine que le sang doit contenir. »

CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES CÉRÉBRALES. — Dans la majorité des cas, mais non pas dans tous, la *fibrine* a été trouvée au-dessous du chiffre normal, tandis que les *globules* avaient conservé leur moyenne normale ou l'avaient dépassée; et ce résultat était d'autant plus tranché qu'on examinait le sang à une époque plus rapprochée de l'invasion de la maladie.

3e CLASSE.—Maladies dans lesquelles les globules du sang sont diminués. — Le mémoire de MM. Andral et Gavarret contient l'exposition d'un certain nombre de faits relatifs à des états morbides divers qui reconnaissent comme caractère une diminution notable du chiffre des globules; parmi ces états morbides, nous nommerons seulement quelques hydropisies, l'étiolement tout particulier qui suit certaines fièvres intermittentes, l'état cachectique spécial que présentent les ouvriers soumis depuis longtemps à l'influence des préparations de plomb; mais nous donnerons quelques détails sur la chlorose.

Il y a, pour cette maladie, un premier degré dans lequel elle se caractérise si peu par ses signes extérieurs, qu'au premier abord on prendrait les jeunes filles qui en sont atteintes pour des personnes pléthoriques; mais c'est là une fausse pléthore qui va en quelque sorte se dénoncer par l'état du sang ; car ce sang donne déjà à l'analyse moins de globules qu'à l'état normal; mais la diminution est encore peu considérable; elle le devient bien davantage. Alors on constate dans le sang une diminution de globules qu'on ne trouve à ce point dans aucune autre maladie, si ce n'est dans les cas tout accidentels où d'abondantes hémorragies sont venues épuiser profondément l'organisme. Dans un de ces derniers cas, cité dans le précédent mémoire, on avait vu le chiffre des globules descendre jusqu'à 21; dans la chlorose, on l'a vu s'abaisser de 127, chiffre moyen, à 38; plus ordinairement vers 50.

Cependant, quand on a administré à ces chlorotiques du fer pendant un certain temps, si on examine de nouveau le sang, on trouve le chiffre des globules remonté. Ainsi, dans un des cas cités, on le voit, sous l'influence de ce médicament, remonter promptement de 46 à 95. Quant aux autres élémens du sang (sauf l'eau, qui s'accroît en raison de la diminution des globules), ils restent complètement étrangers au changement. Ainsi les matériaux solides, du sérum variant de 94 à 75, se maintiennent dans les limites de leur proportion normale; ainsi, la fibrine ne descend point avec les progrès de la maladie, ne monte point sous l'action des martiaux. Il est bien entendu qu'il est ici question de chloroses simples, car si une phlegmasie survient comme complication, cette phlegmasie se révélera par une augmentation dans les proportions de la fibrine.

4e CLASSE.—Maladies dans lesquelles l'albumine du sérum est diminuée.—Lorsque la sécrétion du rein s'est modifiée de telle façon que l'urine ici échappe mêlée à une certaine quantité d'albumine, on trouve ce principe en quantité moindre dans le sang. Ce fait, déjà annoncé par d'autres auteurs, résulte également des recherches de MM. Andral et Gavarret, qui ont vu le sérum ne contenir plus que 56 à 60 d'albumine, au lieu de 72, qui est le chiffre moyen.

Au reste, dans les cas divers que comprend cette quatrième classe, les autres principes constituans du sang n'ont présenté que des modifications accidentelles en rapport avec des causes accidentelles elles-mêmes. Ainsi, dans un de ces cas, une phlegmasie aiguë, jetée à travers la maladie principale, a augmenté tout à coup la quantité de la fibrine; dans un autre cas, la privation prolongée des alimens abaisse de beaucoup la quantité des globules.

« C'est ainsi, disent en terminant les auteurs, que plus nous avons avancé dans nos recherches, plus il nous est devenu facile, par l'analyse des faits, de ramener à quelques principes la cause de tous ces changemens de composition du sang, qui par leur mobilité même et par la rapidité de leur succession sembleraient au premier coup-d'œil échapper à toute règle et se produire comme au hasard. Au milieu de ce désordre apparent, il y a des lois qui s'accomplissent, et, pour les trouver, il s'agit surtout de chercher à dégager les phénomènes de leurs complications. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1840. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal est adopté sans opposition. Après le dépouillement de la correspondance, M. Gauthier de Claubry a la parole pour un rapport sur un mémoire de M. Listales concernant les fièvres intermittentes. Le rapporteur propose le dépôt aux archives.

MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS D'HUMÉRUS; PAR M. SÉDILLOT.

M. BOUVIER lit un rapport sur ce travail de M. Sédillot. L'auteur s'est attaché à poser, d'après les données anatomiques, la classification des différentes variétés de cette maladie qui ont été sujettes dans ces derniers temps à tant de vicissitudes. Il admet d'abord deux grandes classes de luxations, celles qui se font en avant et celles qui se font en arrière. Dans chacune de ces classes, il établit plusieurs espèces et variétés, s'appuyant toujours pour leur admission sur l'anatomie pathologique. Il rejette la luxation directement en bas des auteurs. Sur une pièce recueillie à l'hôpital Saint-Louis par M. Jobert, il décrit une nouvelle espèce de luxation, que M. le rapporteur dit être à la fois antérieure et postérieure. Les conclusions du rapport sont : 1° d'adresser des remercîmens à l'auteur, 2° d'envoyer son travail au comité de publications, 3° de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante.

DÉSARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE ET EXTRACTION DE L'OMOPLATE ET RÉSECTION DE CLAVICULE POUR UNE FRACTURE COMMINUTIVE ET COMPLIQUÉE; PAR GAYETANI-BEY.

M. RENAULD lit le rapport qu'il a été chargé de faire sur cette intéressante observation. A la suite d'une explosion dans une des fonderies d'Egypte, un ouvrier eut l'épaule fracassée et un testicule emporté. L'humérus, l'omoplate et l'extrémité externe de la clavicule étaient fracturés. Le chirurgien commence par la désarticulation scapulo-humérale; il régularise la plaie, cautérise en fermant ses lambeaux. Au fond de la plaie nécessaire pour cette première opération était l'omoplate brisée, et qu'il fallut extraire. En outre, l'extrémité externe de la clavicule dut être aussi réséquée; au scrotum il fallut arrêter une hémorragie et régulariser la plaie. Malgré d'aussi graves lésions, suivies d'opérations non moins graves, le malade a guéri. M. le rapporteur conclut : 1° d'écrire une lettre de remercîmens à l'auteur, 2° d'envoyer son observation au comité de publications, 3° d'inscrire son nom sur la liste des correspondans étrangers. (Adopté.)

DU POULS DANS LA SÉRIE ANIMALE.

M. DUBOIS d'Amiens donne lecture de ce travail dont nous allons reproduire les principales remarques.

C'est en juillet 1839 que M. Dubois a commencé au Jardin des plantes ces curieuses recherches poursuivies depuis lors avec régularité. Dans chaque observation, l'auteur, accompagné souvent de Frédéric Cuvier, prenait toutes les précautions pour ne pas agiter les hôtes dangereux qu'ils visitaient. Sur une louve de forte taille, le pouls qui au premier toucher donnait 124 pulsations tomba rapidement à 96, à mesure que l'animal agité d'abord se calmait. Le nombre des pulsations d'une forte hyène était, terme moyen, de 55. Un énorme lion âgé de 6 ou 8 ans, majestueusement couché, se prêta avec la plus grande insouciance à un examen fort détaillé; son pouls ne trahit aucune émotion; exploré à plusieurs reprises il donne 40 pulsations pour 16 mouvemens inspiratoires. L'animal put même être ausculté. Un tigre voisin du lion ne se montra pas aussi disposé à subir l'examen médical. On se contenta de compter le nombre de ses inspirations qui resta constamment à 16 par minute. Chez la panthère on compte dans le repos le plus parfait 60 pulsations par minute, tandis que le tapir n'en donnait que 44. Le dromadaire et la giraffe se sont obstinément refusés à toute exploration. Malgré toute ses recherches, l'auscultation de la région cardiaque et une intelligente complaisance de la part de l'éléphant chevrette, il a été impossible de sentir aucun battement d'artère.

REPTILES.—Deux serpens furent examinés dans des conditions diverses : l'un, au milieu du travail de la digestion; l'autre, à jeun. Chez le premier, on ne put, ni par le toucher, ni par l'auscultation, bien constater des battemens artériels. Les mouvemens inspiratoires étaient au nombre de 4 à 5 par minute, tandis que chez le serpent à jeun, ils montaient à 25. D'ailleurs, chez ce dernier, pas de battemens plus sensibles.

Un caïman respirait 35 fois par minute. Le cœur d'une grenouille battait 80 fois par minute; les cœurs lymphatiques postérieurs, 96, et les antérieurs, 84. Chez la salamandre, le cœur bat 80, et 76 chez l'écrevisse.

INSECTES. — Chenilles, 36 pulsations par minute; papillons, 60; sauterelles, 90.

OISEAUX.—Poule, 140; pigeon, 136; héron, 220; oie, 120, etc.

Parmi les animaux domestiques, d'autres observations ont été faites. Le pouls du cheval est de 40 par minute; celui de l'âne, 60; du chien, 90; du jeune chat, 150; de la souris, 120, etc.

C'est une chose bien remarquable, continue l'auteur, de voir aux deux extrémités de l'échelle, chez le mammifère et chez l'insecte, une aussi grande uniformité dans le nombre des pulsations. La lenteur du pouls chez le lion contraste singulièrement avec la force de l'animal, et la rapidité des battemens artériels chez le chat, qui est si voisin du roi des animaux.

M. DUBOIS a cherché à rallier tous ces faits à une loi physiologique. Chez les animaux soumis aux vivisections, M. Dubois a étudié la fréquence du pouls dans les derniers momens. Il a vu, contrairement à ce qui est dit, que cette fréquence diminue progressivement jusqu'à la mort.

M. Virey : Chez les insectes, les animaux hibernans et chez les oiseaux, la température atmosphérique et d'autres causes ont singulièrement fait varier la circulation.

M. Barthélemy a observé que la fréquence du pouls augmentait au moment de la mort dans les vivisections.

M. Rochoux a fait la même remarque pour plusieurs maladies, la dotinenthérie, la pneumonie, la méningite.

M. Castel : La fréquence du pouls est en raison inverse du volume des poumons. Ainsi, rien ne doit étonner dans les observations de M. Dubois; les pulsations augmentent de fréquence au moment de la mort.

SÉANCE DU 4 AOUT.

Après la lecture du procès-verbal, qui est adopté, M. Rochoux demande la parole.

CORRESPONDANCE.

Le dépouillement de la correspondance amène une lettre de M. Bailly, qui répond à l'Académie que malgré toute la bienveillance dont elle fait preuve à son égard, il est obligé, par l'état de sa santé, de persister dans sa démission de la présidence.

Une discussion s'engage entre quelques membres à ce sujet. Les uns pensent que la maladie de M. Bailly ne doit point faire accepter sa démission; il y a des antécédens qui prouvent qu'un président est resté toute l'année malade, et a été pendant tout ce temps remplacé; d'autres veulent que M. Bailly soit remplacé.

L'Académie, consultée, vote à la majorité de 27 voix contre 25, que, dans la prochaine séance, il sera procédé à l'élection d'un nouveau président.

M. le président annonce la perte que vient de faire l'Académie dans M. Sédillot.

DU POULS DANS LA SÉRIE ANIMALE.

M. Rochoux : J'ai dit, dans la dernière séance, que 99 fois sur 100, le pouls acquérait de la fréquence au moment de la mort, dans plusieurs maladies, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, la méningite. M. Martin-Solon a combattu mon opinion par des faits tirés de sa pratique; mais celui qu'il a cité prouve en ma faveur. Le pouls, quelques jours avant la mort, avait plus de 120 pulsations; la veille de la mort, il descend à 90. Ce chiffre est lent relativement à 120, mais il est fréquent relativement au pouls normal, qui oscille entre 60 et 70.

M. le président, au nom de l'Académie, invite M. le secrétaire perpétuel à rendre compte de la mission dont il a été chargé, d'assister à l'inauguration de la statue d'Ambroise Paré. M. le secrétaire perpétuel a donné en peu de mots une idée de cette fête scientifique; puis il a lu le discours qu'il a prononcé à Laval. Religieusement écouté par la savante assemblée, ce discours a reçu de nombreux applaudissemens. L'Académie en a de plus ordonné l'impression dans les mémoires de l'Académie.

MÉMOIRES SUR PLUSIEURS AFFAIRES D'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC, JUGÉES PAR LES TRIBUNAUX DU ROYAUME.

M. Orfila a la parole pour la lecture d'un travail portant ce titre. Il contient l'exposé de quatre affaires d'empoisonnement jugées depuis ces derniers temps par les tribunaux de la Vendée, de la Côte-d'Or, du Tarn et de la Dordogne. Chargé, dans toutes ces affaires, de faire des recherches médico-légales, pour constater la présence de l'arsenic, il a vu les débats contradictoires exposés avec peu d'exactitude, et il a voulu établir la vérité.

La première de ces affaires a été jugée dans la Vendée, dans le courant de 1838. Une jeune femme est accusée par l'opinion publique d'avoir empoisonné son mari, qui est mort presque subitement, et avec des symptômes capables de soulever des soupçons. Nous ommettons à dessein toutes les circonstances du crime pour nous borner à l'expertise médico-légale. Vingt-sept jours après la mort, l'autopsie est faite; la muqueuse de la bouche du pharynx est rouge et friable. Les amygdales contiennent comme du pus dans leur intérieur. Sur la muqueuse stomacale, un assez grand nombre de plaques brunâtres, presques rondes, dans l'étendue desquelles cette membrane est friable. La muqueuse de l'intestin grêle est pultacée par plaques. Les conclusions des médecins chargés de faire l'autopsie furent qu'il était probable que la mort avait été causée par un empoisonnement, que probablement aussi elle avait été précédée de vomissemens. Les matières contenues dans le tube digestif, soumises à l'analyse, ne donnèrent aucune trace d'arsenic. Trois mois après cette exhumation, M. Orfila fut chargé, par le ministère public, de se livrer, sur le reste du cadavre, aux opérations capables d'y faire découvrir de l'arsenic. Dans une chaudière de fonte neuve, il fit bouillir, pendant six heures, dans l'eau distillée, les membres et les organes restans, et soumit le décoctum à l'appareil de Marsh; il ne trouva aucune trace d'arsenic; il conclut qu'il ne pensait pas que l'empoisonnement eût été produit par l'arsenic; que les sénacés trouvées sur le cadavre pouvaient d'ailleurs s'expliquer par d'autres maladies. L'accusée fut déclarée non coupable.

La deuxième affaire fut jugée dans la Côte-d'Or, et c'est elle qui a eu le plus de retentissement. Louis Mercier, marié à Marie Chambellan, avait un frère idiot, Nicolas-Mercier, qui déplaisait fort à sa femme. Nicolas Mercier mourut subitement le 22 décembre 1839, presque en secret, et avec des symptômes qui devaient éveiller la surveillance de la justice. Son frère fut arrêté. Quatorze jours après la mort, l'autopsie judiciaire fut faite. Excoriation sur la muqueuse buccale; la muqueuse du pharinx, rouge et friable. Dans l'œsophage, la rougeur n'occupe que l'étendue de quatre ou cinq travers de doigt. Dans l'estomac, dix à douze plaques noirâtres de l'étendue de 2 à 5 millim. existent sur la muqueuse, très friables et comme détruites à leur niveau; duodénum et iléum enflammés; jéjunum n'offre point de traces d'inflammation. Les matières contenues dans l'intestin, l'estomac, n'ont donné aucune trace d'arsenic. MM. Orfila, Devergie, Ollivier d'Angers consultés pour savoir si les lésions suffisaient pour se prononcer sur l'empoisonnement par l'arsenic de Nicolas Mercier répondirent négativement. Ils ajoutèrent que l'un d'eux, M. Orfila, venait de trouver un moyen de retrouver l'arsenic dans le cadavre même de l'homme empoisonné.

Le ministère public envoya à Paris tout ce qui restait du cadavre. La putréfaction était si avancée qu'à peine les organes étaient reconnaissables. On fit par l'ébullition dans l'eau distillée et pendant six heures deux décoctions, l'une avec les membres, l'autre avec quelques organes intérieurs. Toutes les deux donnèrent à l'appareil de Marsch des taches arsénicales. La liqueur qui s'était écoulée du cadavre pendant le voyage, ramassée et soumise à l'analyse donna aussi de l'arsenic. Afin d'éviter toute erreur, on soumit aux mêmes opérations un cadavre d'aliéné mort et enterré à Bicêtre à la même époque que Nicolas Mercier, et l'on ne trouva aucune trace d'arsenic. De la terre prise en différens endroits du cimetière où Nicolas Mercier fut enterré ne donna point d'arsenic; seulement une petite quantité de terre prise aux environs de la fosse de Nicolas Mercier en donna une petite quantité. De ces faits, MM. Ollivier et Orfila prononcèrent que Nicolas Meccier avait été empoisonné avec de l'arsenic. M. Devergie, qui n'avait pas à cette époque adopté ces conclusions, les adopta pleinement à l'audience. Les débats commencèrent en novembre 1839. M. Raspail, appelé par la défense, combattit toutes les assertions de M. Orfila, mais sans apporter de preuves chimiques de son dire. (Consulter les journaux des tribunaux.) Mercier fut déclaré coupable et condamné.

La troisième affaire, quant aux circonstances médico-légales, est à peu près semblable. Dans le Tarn, un nommé Vigal est accusé d'avoir empoisonné sa femme. Huit jours après la mort, le cadavre de la femme est exhumé; les médecins y trouvent des lésions analogues à celles des deux cas précédens; l'analyse des matières contenues dans l'estomac faite à Périgeux ne fournit point d'arsenic. M. Orfila soumit le cadavre entier à l'opération que nous avons déjà décrite, et retrouva quelques taches arsenicales, et le principe rouge brique de ces taches traitées par le nitrate d'argent.

Les conclusions furent que le corps de la femme Vigal contenait de l'arsenic, mais en très petite quantité.

Vigal fut condamné aux travaux forcés à perpétuité. L'affaire de la Dordogne étant semblable, nous ne la rapporterons pas.

M. Orfila termine l'exposé dont nous venons de rendre compte de la manière suivante :

Il suit, Messieurs, de l'exposé que je viens de vous faire,

1° Que les jurés ont reconnu coupables du crime d'empoisonnement Nicolas Mercier à Dijon, Rigal à Albi, Victorine Cumon et Léonarde Rouvet à Périgueux;

2° Que dans ces trois espèces, l'empoisonnement par l'arsenic n'a été constaté que parce que l'on a cherché dans divers viscères, et à l'aide de moyens nouveaux, la portion d'acide arsénieux qui avait été absorbée;

3° Que ces trois crimes seraient probablement restés impunis avant la publication de mon travail, car à coup sûr les experts que l'on aurait chargés de rechercher le corps du délit ne seraient point parvenus à le découvrir, en traitant le canal digestif seulement d'après les méthodes connues avant 1839;

4° Que la cause jugée en dernier lieu par la Cour d'assises de la Dordogne fournit une nouvelle et puissante démonstration de l'exactitude de mes procédés et des résultats que j'ai annoncés, puisque, sans savoir comment les choses s'étaient passées pendant la maladie de Cumon, j'avais dit dans mon rapport, rédigé un an après la mort, que nous avions retiré de l'arsenic du cœur, de l'épiploon, etc., que cet homme était mort empoisonné par une préparation arsenicale, qu'il avait, probablement avalé du poison à plusieurs reprises, et j'ai ajouté dans ma déposition qu'on devait lui en avoir donné peu de jours avant la mort, faits qui ont tous été confirmés à l'audience par *les aveux de l'une des accusées*, Léonarde Rouvet, et par les témoignages de plusieurs personnes dignes de foi.

Je ne terminerai pas ce mémoire sans jeter un coup d'œil sur les moyens invoqués par les défenseurs des accusés, dans la partie scientifique de leurs plaidoiries. Partout, MM. les avocats, après avoir consulté des gens de l'art, ont longuement discuté et combattu nos rapports; ils ont senti combien il importait de contester l'existence du corps du délit, afin de faire naître des doutes dans l'esprit des jurés. Le système de M. Orfila, ont-ils dit, est bien nouveau, et ne saurait être appliqué, avant d'avoir reçu la sanction de l'expérience, comme si depuis dix-huit mois en France, en Angleterre, en Allemagne, etc., tout n'avait pas déjà été vérifié et reconnu exact; d'ailleurs, Messieurs, le moyen de faire qu'une méthode ne soit pas toujours de fraîche date, c'est de commencer par l'appliquer. Les hommes sont sujets à erreur, ajoutaient-ils, et M. Orfila n'est pas plus infaillible qu'un autre; voyez s'il ne s'est pas trompé en renonçant à d'anciens procédés pour en adopter de nouveaux, comme si les verbes *errer, perfectionner* et *découvrir* étaient synonymes. Partout ils lisaient des phrases de mes ouvrages et quelques autres écrits, souvent bien peu recommandables, dans le but de signaler ce qu'ils appelaient des contradictions, et pour mieux porter coup ils avaient soin de tronquer les citations et de ne lire que ce qui leur semblait pouvoir servir à la défense. Abordant ensuite les objections spéciales, ils s'emparaient de toutes celles que j'ai soulevées et auxquelles j'avais victorieusement répondu le premier dans mes mémoires; ainsi la matière que vous nous présentez n'est pas de l'arsenic, et en admettant que telle soit sa nature, cet arsenic provenait peut-être des réactifs ou du terrain. L'arsenic normal, comme on le prévoit, jouait là un rôle principal; comment ferez-vous croire à MM. les jurés que la minime proportion d'arsenic obtenue ne provienne pas de la préparation arsenicale que contient naturellement le corps de l'homme?

J'ai constamment écouté la défense avec un sang-froid dont je ne me croyais pas capable. Les attaques, souvent de mauvais goût, dirigées contre moi ne m'ont jamais ému, et il ne m'est pas venu une seule fois dans la pensée de prendre la parole pour annihiler des argumens sans portée. Loin de là, ayant appris qu'à

Périgueux je serais peut-être interpellé après les plaidoieries pour donner mon opinion sur quelques-uns de ces argumens, j'ai saisi avec empressement une occasion qui m'a été offerte pour déclarer que j'étais prêt à répondre à toutes les questions que l'on croirait devoir m'adresser avant que le ministère public prît la parole, mais que je garderais le silence, si l'on m'interrogeait après avoir entendu la défense. Je ne suis pas ici pour parler dans le sens de l'accusation plutôt que dans l'intérêt des prévenus; ma mission, toute scientifique, est une mission de vérité; suivant moi, les dernières paroles prononcées dans cette enceinte doivent être en faveur des accusés. Et en effet, Messieurs, le médecin se méprendrait s'il cherchait à affaiblir la défense, alors qu'un prévenu, déjà accablé sous le poids de charges écrasantes, ne peut conserver quelque espoir de succès qu'autant que celle-ci n'aura rien perdu de sa force. D'ailleurs c'est au ministère public à répliquer, en mettant à profit, s'il le juge à propos, les données de la science; à chacun son rôle,

PLAIE D'ABDOMEN COMPLIQUÉE D'ÉPIPLOCÈLE TRAUMATIQUE.

M. Gimelle lit un rapport, fait de concert avec M. Bérard, sur une observation de M. Hippolyte Larrey ainsi intitulée. Nous avons donné cette observation dans un des précédens numéros. M. Gimelle termine en proposant d'envoyer ce travail au comité de publication, et d'inscrire l'auteur au nombre des candidats à la place vacante.

ESSAI SUR LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DES ANCIENS.

M. Joly donne lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé : Essai sur la thérapeutique médicale des anciens; par un médecin de Montbéliard. Les conclusions sont que le mémoire ne contient rien de neuf, ni sous le rapport historique, ni sous le rapport philosophique.

Remercîmens à l'auteur.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MEDICINISCHE ABHANDLUNGEN (ÉTUDES MÉDICALES), par le docteur Th.-Ch.-Fr. Hauff.—Stuttgardt, 1839.

I. — SUR LA MENSTRUATION.

L'auteur amène à considérer la menstruation sous un point de vue physiologique; cette fonction n'est propre qu'à la femme, car rien n'est moins certain que les écoulemens périodiques qu'on prétend avoir observés chez les singes, les chiens, les jumens, les vaches et même les oiseaux et les poissons. Elle n'est pas due à la civilisation, car elle existe chez toutes les femmes sauvages. Les faits d'écoulemens périodiques de sang par le pénis doivent être attribués, d'après l'auteur, à un état hémorroïdal. Les sujets qui ont présenté ce phénomène rare avaient tous un habitus féminin.

Le chapitre premier traite de l'apparition de la durée et de la cessation de la menstruation. L'auteur décrit avec des couleurs très vives les phénomènes qui se manifestent à l'époque où la menstruation se prépare; d'après les différens tableaux qui ont été tracés, il est remarquable que l'âge auquel la menstruation commence à se montrer, étant variable dans les différens climats, est le même dans les régions les plus froides et les plus chaudes de la terre.

La manière de vivre imprime une modification notable à la menstruation; c'est ainsi que les citadines sont plus tôt menstruées que les villageoises; mais c'est à tort qu'on en chercherait la raison dans la civilisation, puisque les filles de la plus basse classe des villes sont aussi plus tôt menstruées que les filles de la campagne; les causes qui contribuent à éveiller le sens sexuel, telles que la lecture, la danse, le commerce avec les hommes, font aussi avancer l'apparition des règles. L'auteur cite une foule de faits de menstruations très précoces, qui, selon lui, indiquent toujours un état pathologique; d'un autre côté, il est encore plus commun de voir cette fonction s'établir très tard, ou même ne pas paraître du tout. M. Lisfranc l'a même vu manquer chez quatorze femmes en dix ans. (Gaz. Méd., p. 635, 1833.)

Nous ne rappellerons pas tout ce qu'on a dit de ridicule sur la nature et les vertus thérapeutiques du sang menstruel. Rien n'est moins constant que la quantité de sang fourni à chaque époque; cependant, ainsi que Huxham l'a avancé, l'auteur a aussi cru observer que cette quantité était la plus forte pendant un temps chaud et humide. D'après une longue expérience, M. Hauff ne croit pas que les femmes qui mènent une vie molle et oisive perdent plus de sang que celles qui sont pauvres et se livrent à des travaux rudes; les règles sont fortes chez les femmes adonnées aux vices. Selon Parent-Duchâtelet, la menstruation chez les filles publiques, régulière d'abord, devient irrégulière et cesse enfin. M. Hauff partage l'opinion généralement répandue que le changement de linge augmente la menstruation. La durée des règles varie; elle est ordinairement de quatre à six jours, et est moins longue chez les jeunes filles que chez celles qui sont plus avancées en âge, et moins longues aussi chez les femmes non mariées.

M. Hauff nie l'influence de la lune sur cette fonction, quoique cette opinion soit encore aujourd'hui admise par des accoucheurs du plus grand mérite. Il rapporte des observations de femmes qui ont eu plusieurs enfans, sans jamais avoir été menstruées, et d'autres qui ont bien accouché, quoiqu'elles aient été réglées pendant toute leur grossesse. Il cite encore des faits où la menstruation a persisté jusqu'à une vieillesse très avancée (70 à 80 ans).

Dans le deuxième chapitre, il est question de la source, de la nature et du but de la menstruation. Quant à la source, M. Hauff se range à l'opinion de Van-Swieten, qui écrit que le sang peut provenir de l'utérus et du vagin, et quant aux qualités veineuses ou artérielles du fluide, il pense qu'il ne possède ni l'une ni l'autre, en ce qu'il est versé par les capillaires.

Une foule d'exemples prouve que la menstruation supprimée pour une cause quelconque peut être remplacée par un écoulement sanguin de l'habitude extérieure du corps, sur quelque point que ce soit.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, l'auteur traite de l'influence des maladies sur la menstruation, et réciproquement. En général, dans les maladies aiguës, il est à désirer que la menstruation ne survienne pas. On a observé, dans certaines épidémies, que la manifestation des règles améliorait l'état des malades, et, dans d'autres, on a vu le contraire. Cette fonction a une influence plus marquée sur les maladies chroniques; on voit des épilepsies, des chorées, etc., disparaître à l'approche de la puberté; par contre, lorsque ces affections sont enracinées, les symptômes peuvent empirer à chaque époque menstruelle. L'influence bénigne de la menstruation sur les femmes affectées de maladies du foie, de la rate, d'hémorrhoïdes, est remarquable; pourtant il existe des exemples où elle a été fâcheuse. Elle est encore très variable dans les cachexies et les maladies de consomption, de phthisie, etc.; elle paraît presque nulle dans les aliénations mentales, d'après les médecins attachés aux établissemens spéciaux.

Quant aux relations entre les maladies organiques de l'utérus et de ses annexes, et la menstruation, elles sont en rapport avec les désordres de ces organes.

Quant à l'influence des maladies aiguës sur la menstruation, elle est tout aussi variable, et rien n'est plus problématique que les crises opérées par les règles.

C'est là, en peu de mots, l'analyse succincte de ce mémoire, qui se distingue surtout par une vaste érudition; il pourra être consulté avec le plus grand fruit, en raison des nombreux faits qu'il contient.

II. — HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE QUI A RÉGNÉ PENDANT L'HIVER DE 1837-38, DANS LE CERCLE DE BESIGHEIM.

Cette épidémie, rien moins que benigne, était surtout compliquée de croup.

III. — SUR L'ASTHME THYMIQUE.

Dans ce travail, l'auteur rend compte de tous les écrits qui ont été publiés sur cette matière; la Gazette Médicale en a déjà fait connaître les principaux.

— Traité des maladies nerveuses, des névroses, et en particulier de la paralysie et de ses variétés, de l'hémiplégie, de la paraplégie, de la chorée ou danse de Saint-Guy, de l'épilepsie, de l'hystérie, des névralgies internes et externes, de la gastralgie, etc., etc.; par H.-J.-M.-Hyacinthe Musset, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume in-8°. Prix : 6 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17; Delaunay, libraire au Palais-Royal; A. Appert, imprimeur-éditeur, passage du Caire, 54.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 33. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 15 AOUT 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Quelques remarques sur les altérations du sang. — II. Correspondance médicale. Note historique sur l'origine primitive du système nerveux dans le règne animal. — Observation d'anévrisme de l'aorte abdominale, suivie de quelques réflexions sur le diagnostic de cette maladie, sur l'indication de l'emploi du traitement de Vasalva en pareille circonstance, et sur les symptômes à l'aide desquels l'on peut annoncer quand l'épanchement sanguin a lieu hors de la cavité du péritoine. — Note sur un calcul salivaire, développé dans le canal de sténon. — Quelques mots sur un cas d'accouchement laborieux; présentation de l'épaule; procédé particulier d'embryotomie. —Greffe animale. — Des ponctions multiples employées dans le traitement des bubons. — Observation nouvelle sur la guérison des fissures à l'anus par le monésia. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 10 août. — Académie de médecine: séance du 11 août. — IV. Revue bibliographique. Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice; injections intra utérines et intra-vaginales.—Quelques propositions sur les fonctions du foie et les propriétés de la bile. — Recherches et observations sur les eaux thermales de Bagnoles-les-Bains.—Les bains de Bade (comté de Nassau) et des districts voisins, considérés par rapport à leur efficacité dans les maladies chroniques.— Source thermale de Wisbade, Bade, Ems, Wildbad, Schlangubad, Chaude-Fontaine.—Nouvelles recherches sur la membrane hymen et les caroncules hyménales, etc. —V. Variétés. — VI. Feuilleton. Lettre médicale.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES REMARQUES SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG; par M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les recherches entreprises, depuis quelques années, sur les altérations des liquides ont été conçues et dirigées de différentes manières par les observateurs laborieux qui se sont engagés dans cette voie. Les uns se sont adonnés plus spécialement à l'étude des humeurs, considérées dans leur état pathologique; d'autres, n'ayant qu'une confiance fort restreinte dans les méthodes d'analyse fournies par la chimie, se sont appliqués surtout à découvrir les altérations que les propriétés physiques des humeurs peuvent subir dans le cours des maladies; ils se sont aidés dans leurs recherches soit du microscope, soit de quelques réactifs assez simples pour être maniés facilement par tous les médecins. Il en est enfin qui n'ont pas hésité à demander à la chimie ses procédés d'analyse les plus délicats, parce qu'ils sont restés convaincus que, sans eux, il est impossible de bien connaître la constitution physiologique des humeurs et les altérations qu'elles présentent. C'est en suivant ces routes diverses que l'on est parvenu à des résultats qui ont jeté quelque lumière sur la pathologie générale et spéciale. Cependant tous ces moyens d'investigation auxquels on a eu recours jusqu'à présent ne me paraissent pas mériter le même degré de confiance, surtout lorsqu'il s'agit des altérations du sang, qui doivent m'occuper d'une manière toute spéciale. Celui qui me semble préférable à tous consiste à séparer les divers élémens constitutifs du sang, afin de découvrir si dans le cours des maladies leurs quantités diminuent ou augmentent, et dans quels nouveaux rapports se trouvent alors ces élémens ainsi modifiés. Les pathologistes qui ont procédé de cette manière me paraissent avoir choisi la route la meilleure. Ils ont réalisé pour l'étude de la pathologie humorale ce que l'illustre fondateur de l'anatomie générale avait déjà fait pour les tissus qui entrent dans la composition des organes. Bichat, en étudiant les tissus primaires de l'économie et les différences qu'ils présentent dans leurs propriétés physiques et vitales, a jeté les véritables bases de l'anatomie pathologique, montré comment il faut décomposer dans ses divers élémens l'organe qui a été le siége de la maladie; de même que, pour pénétrer sa structure intime, il faut étudier séparément les tissus qui le composent et les modifications qu'ils éprouvent en s'unissant entre eux. Cette étude est précisément celle qu'il est indispensable de faire pour les liquides de l'économie et pour le sang en particulier. La fibrine, l'albumine, les globules, le sé-

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

L'un de nos confrères majeurs de la presse politique a inventé, comme vous savez, *les horizons*; chaque fois qu'il s'apprête à dispenser à la crédulité publique le pain quotidien des nouvelles et des commentaires premier-Paris, il se tourne vers l'un de ses horizons et l'interroge, au profit de ses lecteurs, comme faisaient autrefois les astrologues à la requête des princes qui les traînaient à leur suite. Nous avons imité depuis longtemps cet exemple; nous usons secrètement de cet artifice dans la sphère particulière où s'agitent nos curiosités; nous avons créé, défini nos horizons; moins vastes, moins élevés au-dessus du sol que nous foulons, moins riches de météores, moins fulgurans, moins fantastiques; mais encore ont-ils leurs teintes sombres et brillantes, leurs orages et leurs comètes; comptons: l'horizon académique, l'horizon universitaire, l'horizon de la médecine pratique, l'horizon nosocomial; trois ou quatre autres moins aisés à caractériser par une sonore épithète; ajoutez-y les horizons inattendus que la baguette magique de ce dieu qu'on nomme hasard entr'ouvre du jour au lendemain, et ceux encore que l'imagination suscite à notre œil interne, semblables à ces paysages mensongers que les capricieuses brisures de la lumière dessinent dans l'atmosphère marine; vous voyez que quand il s'agit de vous aligner, dans ces menues colonnes, événemens et nouvelles, je puis me tourner et me retourner; et pourtant me voilà fort embarrassé de fournir à votre curieux appétit la ration obligée de choses inédites; tous les horizons dont la médecine forme le plan sont muets; l'insolite température qui a régné dans ces derniers temps réagit sur les esprits; le voile terne et grisâtre qui flotte sur Paris s'étend aussi sur le monde médical; aussi bien l'émigration annuelle a commencé, et les bancs académiques semblent encore moins dégarnis que les têtes; les idées ont pris les devans: elles sont parties avant les hommes. Cherchez donc une nouveauté scientifique; espérez donc une belle veine saccadée de discussion, à cette heure que les commissions s'occupent de leurs rapports sur les prix et que l'éloge historique s'agite impatient dans le portefeuille de tous les secrétaires perpétuels ou non. L'été a des fleurs pour la terre et des couronnes pour le cuir chevelu des béates candidatures; tel est l'ordre providentiel que le merveilleux phénomène de la fécondité ne peut se manifester simultanément dans les deux mondes à la fois: abondance de vie au sein de la terre nourricière, *alma tellus*, luxe de productions à sa surface, langueur et stérilité dans les esprits. Cette intelligence qui a puissamment fonctionné six mois durant aux clartés de la lampe hivernale, il lui faut maintenant respirer le souffle des montagnes et la senteur des forêts, pour redevenir apte au labeur de la saison prochaine; vous avez admiré le génie qui se joue dans les hautes applications des sciences, qui sème sur les matières les plus triturées des aperçus aussi neufs qu'ingénieux, qui jalonne vingt expériences à

rum, les sels, représentent dans la composition du sang le rôle que jouent les tissus cellulaire, muqueux, vasculaire, etc., dans la structure d'un organe. De même que ces tissus s'arrangent, se disposent toujours suivant un ordre bien déterminé pour former tel ou tel viscère, de même que les lésions qui portent sur chacun de ces tissus sont variables, suivant la maladie, de même aussi les divers élémens du sang se modifient, chacun à sa manière, dans l'état pathologique.

Parmi les chimistes qui se sont livrés avec le plus de succès à des recherches sur le sang, je citerai M. Lecanu, à qui l'on doit des remarques importantes sur la composition de ce fluide. Son travail, imparfait et erroné en plusieurs points, a cependant beaucoup servi à l'avancement de la science et montré dans quelle voie on devait s'engager. Mais un de ceux qui ont donné une impulsion vraiment utile aux travaux de ce genre est M. Dumas, qui, dans ses leçons publiques, a émis sur la composition et sur les altérations du sang des idées nouvelles et indiqué par quels moyens simples et rigoureux d'analyse on pouvait constater ces altérations. Le procédé qu'il a fait connaître, et qu'on pourrait appeler une analyse physiologique plutôt qu'une analyse chimique, a déjà conduit à des résultats fort importans. C'est à l'aide de ce procédé, dont ils se sont servis pour examiner le sang dans 360 saignées, que MM. Andral et Gavarret sont parvenus à découvrir une foule d'altérations mal déterminées jusqu'à ce jour. Comme j'ai été témoin de ces recherches, comme j'ai recueilli pour mon propre compte une partie des observations qui ont servi de base au mémoire que M. Andral vient de lire à l'Académie des sciences, j'adopte avec une entière confiance toutes les conclusions auxquelles il est arrivé, et je crois devoir faire ressortir plusieurs faits qui découlent naturellement de ce travail et qui me semblent avoir une haute portée en pathologie.

Pour bien comprendre la nature des altérations du sang, il faut d'abord avoir une juste idée de la composition normale de ce fluide. Lorsque le sang veineux vient d'être reçu dans un vase, il se prend d'abord en une masse homogène, qui le remplit tout entier, et dont le volume est égal à celui du sang tiré; bientôt cette masse à demi-solide, diminue de volume, et, en se contractant, exprime un liquide jaunâtre, que l'on appelle la sérosité. La quantité de celle-ci augmente, jusqu'à ce que la masse solide ait cessé de se contracter. On a alors dans le vase deux parties distinctes, le caillot et le sérum, c'est-à-dire une partie solide et une liquide. Le sang peut donc être considéré comme un liquide tenant certains principes en suspension et d'autres en dissolution.

Principes tenus { en suspension... { 1° Les globules sanguins. 2° Peut-être la fibrine. ; en dissolution... { 1° L'albumine. 2° Les sels. }

Par la coagulation spontanée, il se fait une séparation naturelle entre la partie solide et la partie liquide.

1° Partie solide. — La partie solide, le caillot ou coagulum, se compose : 1° de la fibrine, qui forme un vaste réseau à mailles plus ou moins serrées, renfermant dans leurs interstices les autres élémens qui entrent dans la composition du caillot; ce sont : 2° les globules sanguins; 3° une très grande quantité de sérosité, tout à fait semblable à celle au milieu de laquelle nage le caillot, si ce n'est qu'elle est retenue dans les mailles de la fibrine, comme l'eau peut l'être dans le tissu d'une éponge.

2° Partie liquide. — La portion liquide du sang, ou le sérum, peut être regardée comme de l'eau, tenant en dissolution : 1° l'albumine, 2° des sels, parmi lesquels je dois surtout mentionner les chlorures de soude, de potasse, le carbonate de soude, le sulfate de potasse, les phosphates alcalins; il y a, en outre, des gaz, tels que l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, et bien d'autres élémens, que je néglige à dessein, parce qu'ils n'ont pas d'intérêt au point de vue où je veux me placer.

Je dois encore faire observer que dans la coagulation du sang la séparation entre la partie solide et liquide n'est point complète. Le caillot, en effet, retient une grande quantité de sérosité, au moins les trois quarts de son poids. Aussi commet-on des erreurs grossières lorsqu'on veut apprécier le rapport du sérum au caillot par la seule inspection de leur quantité respective.

Il est une autre manière d'opérer la séparation des divers élémens du sang, et qui ajoute aux connaissances que l'on peut acquérir par la simple étude de la coagulation : ce procédé consiste dans le battage du sang extrait de la veine. On voit la fibrine se séparer en totalité et rester adhérente à la vergette qui sert pour l'opération. Cette partie solide du sang, la seule que l'on obtienne par le battage, est entièrement constituée par *toute la fibrine*, et celle-ci reste tout à fait pure et dépouillée des autres matériaux du sang, quand on a pris soin de la laver à grande eau. L'autre partie qui se sépare est entièrement formée par un liquide rouge, c'est le sérum, tenant en suspension les globules et en dissolution l'albumine et les sels. On peut encore se représenter le liquide rouge comme de l'eau dans laquelle sont suspendus les globules et les sels et l'albumine en dissolution.

Il résulte de ce qui précède que les globules sont entièrement distincts de la fibrine : les premiers peuvent être altérés sans que la seconde le soit. Je montrerai plus loin que ces altérations sont souvent en sens inverse l'une de l'autre dans plusieurs maladies. Les globules sont formés, suivant la plupart des chimistes, dont j'embrasse l'opinion, d'albumine unie à l'hématosine; il y a une autre quantité d'albumine, qui est en dissolution dans le sérum. Quelle que soit l'idée que l'on se forme de la nature de ces deux albumines, on ne peut se refuser à admettre que l'une fait partie intégrante du globule avec l'hématosine, et qu'elle est tout à fait distincte de la fibrine. D'ailleurs, l'expérience tant de fois citée de Muller ne laisse aucun doute à cet égard. En filtrant le sang d'une grenouille, les globules sont assez gros pour rester sur le filtre, et l'on obtient alors un liquide incolore, dans lequel on ne tarde pas à voir se former un coagulum de fibrine. Ces faits sont aujourd'hui assez généralement adoptés pour que je me croie dispensé de revenir sur les opinions diverses émises au sujet de la composition des globules. Ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'ils sont tout à fait distincts de la fibrine, que l'on a considérée à tort, pendant longtemps, avec l'hématosine, comme constituant les globules.

Avant d'étudier les variations que subissent les principaux élémens du sang, je dois faire remarquer que celles qu'il importe le plus de constater porteront nécessairement sur la fibrine, les globules, l'albumine, les sels, et enfin l'eau. C'est par cette étude que MM. Andral et Gavarret ont commencé leurs recherches sur les altérations du sang, et cette marche,

---

1 a fois, et livre à quelque travailleur étranger le point de départ d'immenses découvertes; ouvrez-lui la fenêtre, et qu'il s'envole aux collines natales; sans cela vous lui preparez, au pauvre homme de génie, avec le retour des journées laborieuses, une période de versatile impuissance et de dépression intellectuelle. Plus d'une illustre vieillesse doit sa verdeur et son aplomb au bienfait de cette sage intermittence d'activité qui commence avec ce mois; tel talent eût jeté moins d'éclat, sans une douche prise en temps opportun, sous un soleil clément, et s'il était possible de mettre à nu, par une minutieuse analyse, tous les élémens qui se fondent dans un résultat, l'on arriverait à préciser, dans la verve d'une controverse académique, dans l'âcreté d'une bilieuse improvisation, dans l'attitude olympienne d'un martyr de l'orgueil médical, la part qui revient au loisir de la villa, à l'influence des pérégrinations de vacance, à l'impression des sites parcourus, à tous les accidens de cette période de repos moral et de gestation physique, où l'esprit se recompose et modifie presque à son insçu, n'en déplaise aux immuables, l'assiette que lui fait chaque année.

L'Académie s'est étonnée de vivre et de siéger si paisiblement sans président; on sait que M. Bally lui a envoyé sa démission des fonctions qu'elle lui avait décernées; l'Académie l'a refusée une première fois; mais M. Bally insiste; il allègue de pénibles et trop légitimes motifs, l'âge et les infirmités qui l'accompagnent. On ne peut contraindre personne à subir même les honneurs de la présidence; M. Bally aurait peut-être mieux fait de la décliner avant qu'elle lui fût conférée par le vote du scrutin; sans doute il augurait de ses forces comme tout le monde augurait de son zèle; mais aujourd'hui qu'il reste définitivement éloigné du fauteuil, il y a lieu de pourvoir à une vacance réelle et suffisamment repoussée par un premier témoignage d'unanime sympathie. Justice soit rendue toutefois à la manière dont M. Roux s'acquitte de la suppléance, et si les convenances d'une grande assemblée et les éventualités qu'elle doit prévoir s'accommodaient d'un unique vice-président, l'élection d'un nouveau dignitaire aurait pu être ajournée à l'année prochaine.

L'Académie ne se lasse point de faire besogne électorale, et son scrutin est toujours chaud de quelque lutte d'ambition; elle vient de nommer une petite phalange de correspondans; la voici qui nomme un président pour cinq mois, et bientôt elle procédera à l'élection d'un nouveau membre dans la section de chirurgie. La fournée annuelle des correspondans a donné lieu à une motion que l'Académie a prise en considération, et dont il nous est permis de revendiquer l'idée première : pourquoi le choix des collègues qu'elle se donne en province ou à l'étranger ne serait-il pas entouré des mêmes garanties que celui des membres résidens? Pourquoi cette distribution capricieuse de diplômes, se renouvelant à point nommé, et que l'on pourrait presque assimiler à une loterie? Nulle enquête touchant les candidatures, nulle appréciation de leurs droits respectifs; la liste sur laquelle court le suffrage de la majorité, s'arrêtant comme au hasard à tel nom plutôt qu'à tel autre, est dressée par un comité à qui manquent les documens nécessaires, et qui, voulût-il être juste, n'aurait pas la faculté de l'être. Aussi, la composition du tableau des compétiteurs serait-elle un fort mauvais guide pour la vérification de leurs titres réels; il y a plus, l'Académie n'en paraît pas tenir elle-même un compte rigoureux, puisque nous voyons figurer au nombre des correspondans proclamés un nom qui n'avait pas obtenu les honneurs préalables de la présentation. En revanche, nous pourrions livrer à nos lec-

qui était la plus naturelle et la plus simple, les a conduits sur-le-champ à des résultats tranchés.

Dans l'état normal, le sang contient sur 1,000 grammes :

1° Fibrine	3 grammes	caillot sec.
2° Hématosine	2	
3° Albumine solide constituant les globules avec l'hématosine	125	
4° Albumine liquide	68	constituant le sérum.
5° Sels solubles	12	
6° Eau	790	

C'est sur ces divers élémens que portent les variations qu'éprouve le sang dans les maladies; il importe de bien connaître la constitution normale de ce liquide, afin de ne pas commettre les erreurs que l'on trouve reproduites dans des écrits tout à fait récens. C'est à tort, par exemple, que l'on a évalué quelquefois la quantité de fibrine qui est de 3 jusqu'à 10, 14 et même 24 grammes sur 1,000. Le nombre des globules ne dépasse pas 130 à 132, et la proportion des autres élémens est dans le rapport que j'ai indiqué.

Le mémoire de MM. Andral et Gavarret montre que les divers élémens du sang éprouvent de très grandes variations, et, ce qui est bien plus remarquable encore, c'est que les altérations que l'on observe portent sur un ou plusieurs élémens, et que, dans ce dernier cas, elles peuvent se faire d'une manière tout à fait inverse. Dans certaines hémorragies cérébrales, par exemple, la fibrine diminue et les globules augmentent. Voici comment les auteurs du travail indiqué ont classé les maladies sous le point de vue des variations des élémens constitutifs du sang. Dans une première classe sont rangés les affections où la fibrine est constamment augmentée : ce sont les phlegmasies; dans une seconde, celle où la fibrine n'augmente pas et souvent diminue; telles sont les fièvres typhoïde, éruptives (rougeole, scarlatine, variole), et quelques pyrexies encore vagues. La troisième classe comprend les maladies où la diminution des globules est constante, telle est la chlorose; la quatrième renferme des états morbides où l'altération caractéristique porte sur l'albumine, qui diminue considérablement, comme la maladie de Bright. Il y a aussi en dehors de la maladie quelques états dont l'influence se fait sentir sur la composition du sang. Les pertes de sang et la diète diminuent les globules, quelle que soit la maladie qui frappe le sujet. Quant à la fibrine, elle reste à l'état normal, diminue très rarement et augmente toujours lorsqu'il y a phlegmasie. Le bre des saignées et la diminution des globules n'empêchent pas cet accroissement, à moins que les saignées n'aient été portées à un point considérable, auquel cas tous les élémens solides du sang s'abaissent simultanément.

MM. Lecanu et Denis ont trouvé que dans les maladies inflammatoires, et ils ne disent pas lesquelles, la somme des matières fixes du sérum (albumine et sels) reste sensiblement la même que dans le sang normal, que la proportion des globules augmente et que celle de l'eau diminue. Cette analyse est vague et renferme même une erreur; non seulement les globules n'augmentent pas, mais l'on peut dire que la phlegmasie n'a pas d'influence marquée sur la marche des globules. S'ils s'abaissent au-dessous du chiffre normal, c'est parce que la diète et les émissions sanguines ont affaibli le sujet.

Dans les recherches de MM. Andral et Gavarret, une conclusion nette et positive est énoncée; dans toutes les phlegmasies aiguës où l'analyse du sang a été faite constamment, la fibrine a monté. Dans le rhumatisme et la pneumonie, elle varie entre 5 1/2 à 10. Dans la bronchite capillaire, elle varie entre 6 et 7, et le maximum reste au-dessous de 9. La quantité moyenne est donc moindre que dans la pneumonie et le rhumatisme. Dans la pleurésie aiguë, elle oscille entre 5 et 6, et ne dépasse guère 5 1/2, qui est le minimum de la quantité de fibrine dans le rhumatisme et la pneumonie; dans la péritonite, la quantité moyenne est la même (5 et 6); le maximum 7. Elle descend encore dans l'amygdalite, l'érysipèle, la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques, où la moyenne est que de 5; le maximum va cependant jusqu'à 6 et 7. Dans aucun des cas que je viens de passer en revue, la fibrine ne descend au-dessous de 4 et rarement au-dessous de 5. Les faits qui ont servi à établir ce chiffre ne sont pas assez nombreux, si ce n'est dans le rhumatisme et la pneumonie, pour que l'on puisse considérer les *maxima* et les *minima* indiqués comme des limites fixes entre lesquels devront être nécessairement compris les chiffres que l'on obtiendra dans des recherches ultérieures. Mais ce qu'ils prouvent d'une manière irréfragable, c'est que la nature de l'altération du sang, c'est-à-dire l'accroissement de la fibrine, est toujours constante; c'est là un point essentiel qu'il était important de fixer. On a bien dit que dans les inflammations, la fibrine devient plus abondante, mais tout ce que l'on a écrit à ce sujet est vague et général; on peut s'en convaincre en lisant les analyses comparatives, données dans plusieurs ouvrages, du sang des chlorotiques et des sujets bien portans.

L'accroissement de la fibrine est en rapport avec l'étendue et l'intensité de la phlegmasie, lorsque celle-ci règne à l'état aigu. On peut dire aussi d'une manière générale que cette augmentation est proportionnelle à la violence du mouvement fébrile; mais c'est plutôt parce que celui-ci mesure assez bien la gravité et l'étendue de la lésion locale; car la fièvre peut manquer, et cependant la fibrine augmente. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer chez un malade couché dans les salles de M. Andral, et dont le sang fut analysé; on trouva un accroissement notable de fibrine, bien que la pneumonie dont il était atteint ne s'accompagnât que d'un mouvement fébrile peu prononcé. Ainsi donc, on peut dire que l'augmentation de la fibrine est plus en rapport avec l'état local qu'avec la réaction générale, puisque le mouvement fébrile peut être très faible ou même nul, sans que le caractère vraiment essentiel et fondamental de toute phlegmasie aiguë, c'est-à-dire l'augmentation de fibrine cesse de se manifester.

Il y a plus : toutes les fois que dans un état pathologique quelconque, M. Andral a vu monter la fibrine au-dessus de 5, il a pu annoncer avec certitude l'existence d'une phlegmasie ou une complication phlegmasique, lorsqu'elles n'étaient encore révélées que par des symptômes excessivement vagues, et lorsque rien encore ne pouvait en faire reconnaître la véritable nature. On conçoit sur-le-champ de quelle importance est, pour la séméiologie, l'établissement d'une loi aussi invariable que celle-là. Elle permet au praticien de découvrir ces phlegmasies latentes dont le diagnostic est souvent si obscur, de suivre la transformation d'une maladie en une autre; enfin, de reconnaître les élémens complexes qui composent si souvent l'état morbide. Quand une phlegmasie disparaît ou s'accroît, la fibrine revient à son chiffre normal, ou s'élève; s'il arrive une recrudescence, la fibrine remonte; en un mot, ses oscillations constituent

---

teurs plusieurs noms qui languissent depuis longues années sur la liste de candidature, et dont le tour est encore ajourné, quoiqu'ils se recommandent par de solides travaux, et par le lustre de la notoriété départementale. Loin de nous d'amoindrir la valeur des dix élus; mais chacun d'eux n'aurait-il pas gagné à n'obtenir le titre de correspondant qu'après une discussion impartiale de ses gestes et productions? Le premier avantage de cette épreuve, si elle existait, serait de faire connaître au public des noms qui lui sont parfois signalés pour la première fois par la victoire du scrutin; certes, il est beau de débuter par une victoire, et de faire épeler pour la première fois ses noms et prénoms, à la plèbe médicale, sur une liste d'élection académique; mais les surprises ne sont pas du goût de tout le monde, et puisque les triomphateurs romains rencontraient des détracteurs sur la voie publique, la censure peut ne pas faire grâce à tous les correspondans fabriqués à la hâte à coups de scrutin et sous le vent d'une bénévolence communiquée de proche en proche par une industrieuse contagion. Pour nous, il est un regret dont l'expression ne peut offenser personne : c'est que l'Académie n'ait pas fait, dans la répartition des correspondans, une plus large part à la médecine des armées de terre et de mer; l'intérêt de son influence scientifique et celui du progrès médical ne lui commandent-ils point de se mettre en rapport avec toutes les sources d'instruction, avec tous les théâtres de vaste et officielle pratique? Il est difficile de comprendre qu'un diplôme de correspondant sur dix n'ait pas été jeté en Afrique, à l'un de ces nombreux officiers de santé militaires dont les noms sont successivement enregistrés dans les bulletins de l'armée, et signalés à la reconnaissance du pays. Là, sur cette terre où nous commençons à prendre racine, s'élèvent d'immenses hôpitaux encombrés de malades; une chirurgie active y multiplie ses efforts et ses succès; une hygiène nouvelle comme les lieux que visitent nos soldats y révèle ses nécessités plus ou moins prévues par la théorie : la vieille thérapeutique européenne reçoit, dans le traitement des endémies africaines, des démentis considérables, et se voit condamnée à plier ses méthodes aux enseignemens d'une expérience spéciale : quelle mine intéressante de recherches et d'études! Et combien une réunion de médecins, qui discutent en commun les mêmes faits et s'éclairent de leurs mutuelles lumières, pourraient rendre service au pays par l'examen approfondi des questions de salubrité, auxquelles pend l'avenir d'une portion de ses enfans! Nous avons sous les yeux un mémoire publié par un professeur de l'hôpital maritime de Rochefort, sur un typhus meurtrier qui a désolé la garnison de cette ville et s'est étendu jusqu'aux habitans du bagne; un autre mémoire où le médecin en chef de l'hôpital de Versailles a retracé l'histoire d'une singulière épidémie de méningite cérébro-spinale, observée en 1839 dans la garnison de cette cité; nous pourrions mentionner vingt autres publications de ce genre qui émanent du corps médical des armées de terre et de mer; vingt autres occasions de profitables études et de palpitante controverse, que la pratique médico-militaire aurait fournies à l'Académie, si celle-ci avait noué des relations plus étroites avec cette importante fraction de la médecine française; l'ancienne Académie de chirurgie comprenait mieux cet ordre de ressources, appréciait plus libéralement cette classe de praticiens; elle sentait que, placée en face des épidémies, embrassant dans le rayon de son observation ambulante toutes les zônes de la France, agissant presque toujours sur des masses, étudiant sur une grande échelle le mode d'action des causes et les variations de leurs résultats, forcée de lutter avec l'imprévu, et d'avoir raison

en quelque sorte un thermomètre propre à mesurer les degrés de l'inflammation.

L'étude des globules, quoique offrant moins d'intérêt que les quantités de fibrine, ne doit pas cependant être négligée: elle permet d'apprécier l'influence de la diète et des saignées sur la composition du sang. Chez les sujets qui ont été longtemps soumis à la diète, ou qui ont été plusieurs fois saignés, il y a une diminution très notable des globules. Quelques sujets qui opposent peu de résistance, et dont les forces s'abaissent rapidement par l'effet de la diète et de la saignée, présentent aussi cette diminution des globules. Dans les phlegmasies commençantes, les globules ne sont pas augmentés, souvent même ils sont au-dessous de leur chiffre normal; mais dans le cours de la maladie, ils offrent, pour loi constante, de décroître. Cette diminution, du reste, n'empêche pas l'inflammation de prendre naissance, de s'accroître et d'acquérir un haut degré de développement, ce qui prouve que les globules ne jouent aucun rôle important dans les phlegmasies. La quantité des globules varie depuis 60 jusqu'à 148, 127 étant le chiffre normal. Quant aux matériaux solides du sérum albumine et sels), ils n'offrent rien de remarquable.

Dans le mémoire de MM. Andral et Gavarret la phthisie pulmonaire se trouve placée dans la même classe que les inflammations, parce que dans cette maladie il existe un accroissement notable de fibrine. On voit d'après leurs recherches qu'il existe dans les quantités de fibrine des variations assez grandes aux différentes phases de la phthisie. Lorsque les tubercules sont encore crus, lorsqu'ils commencent seulement à infiltrer le tissu pulmonaire, la fibrine reste à l'état normal où l'accroissement de ses quantités est encore faible. Dans la période de ramollissement la fibrine s'élève; la moyenne est de 4 1/2, et les globules continuent à descendre. Lorsqu'enfin le poumon est creusé de cavernes, la fibrine monte encore, donne pour moyenne 5, et va quelquefois jusqu'à 6; mais reste toujours au-dessous de la moyenne qu'on obtient dans la pneumonie et le rhumatisme. La fibrine atteint son maximum lorsque le mouvement fébrile est intense.

Les globules diminuent en sens inverse: dans la première période de la phthisie, ils dépassent encore 100; ils s'abaissent au-dessous dans la seconde, et diminuent dans la troisième en restant toutefois au-dessus de 81, tandis que chez les chlorotiques ils peuvent descendre jusqu'à 38.

On est d'abord surpris de rencontrer la phthisie pulmonaire à côté des phlegmasies, de voir la fibrine augmenter dans une affection dont la nature passe assez généralement pour être tout opposée aux inflammations; cependant si l'on réfléchit aux désordres qu'entraîne cette grave maladie, on se rend facilement compte des résultats indiqués plus haut. En effet, il existe dans la phthisie pulmonaire deux élémens morbides distincts, l'un qui la constitue presque à lui seul est l'altération de la sécrétion dont le résultat immédiat est le dépôt de la matière tuberculeuse; le second élément qui vient se surajouter au premier consiste dans les phlegmasies partielles des poumons, des bronches et souvent des plèvres; c'est donc en définitive à ces phlegmasies qu'il faut attribuer l'augmentation de la fibrine; aussi quand elles sont peu marquées ou n'existent pas, comme au début de la phthisie, la fibrine ne s'élève pas au-dessus des limites extrêmes de l'état physiologique; bientôt le travail phlegmasique éliminatoire commence, la suppuration s'établit autour des tubercules, s'amollit, et aussitôt la fibrine s'élève comme dans les inflammations simples.

Il sera intéressant de chercher par l'analyse si les quantités de fibrine ne varient pas de la même manière dans les différentes phases de quelques autres altérations organiques, du squirrhe et du cancer encéphaloïde, par exemple. On peut supposer par avance qu'il en sera de même; que la fibrine n'augmente que dès l'instant où les tissus, au sein desquels est déposé le produit morbide, sont le siége d'un travail phlegmasique, se ramollissent et suppurent. Dans la phthisie lorsque le marasme et l'affaiblissement sont devenus considérables, la fibrine et les globules finissent par s'abaisser au-dessous de l'état normal. En est-il de même dans le dernier degré de toutes les cachexies résultant des dégénérescences organiques? C'est à l'analyse à prononcer. L'étude des altérations du sang dirigée dans ce sens pourra servir à déterminer la véritable nature de beaucoup de lésions organiques encore peu connues.

Un autre résultat fourni par les recherches de MM. Andral et Gavarret est la connaissance précise de la nature du rhumatisme. On ne peut plus désormais conserver le moindre doute à cet égard. Le rhumatisme est une inflammation franche et légitime qui se place à côté de la pneumonie, cette inflammation qui a été prise par tous les auteurs pour type des phlegmasies. Elle figure aussi à côté des phlegmasies membraneuses dont la nature n'est contestée par personne, comme la bronchite, la pleurésie, la péritonite, etc. Je crois inutile de réfuter toutes les subtilités auxquelles on a eu recours pour soutenir que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une inflammation; l'analyse du sang démontre la fausseté de cette assertion. On pourrait prétendre il est vrai que l'augmentation de la fibrine tient à la coïncidence des phlegmasies de l'endocarde, du péricarde et d'autres séreuses et qu'elle n'est pas l'effet direct du rhumatisme; mais cette raison, qui ne peut être alléguée par les médecins qui contestent encore aujourd'hui la fréquence de ces complications, tombe devant l'observation qui montre l'accroissement de la fibrine dans les rhumatismes tout à fait simples.

Dans la classification des maladies considérées par rapport aux changemens qu'elles apportent dans la composition du sang, la fièvre typhoïde n'a pas été rangée par MM. Andral et Gavarret dans la classe des inflammations. C'est qu'en effet, tandis que la fibrine augmente dans ces dernières, elle reste normale ou diminue dans la fièvre typhoïde; c'est là, il faut le reconnaître, un fait d'une haute importance, une preuve dernière et sans réplique qui force à retrancher définitivement du nombre des phlegmasies la fièvre typhoïde que l'on a appelée si malheureusement une gastro-entérite aiguë. J'ai montré plus haut que l'augmentation de la fibrine dans la phthisie tenait à la phlegmasie consécutive de tissus qui environnent la maladie, comme la fièvre typhoïde, où le tube digestif est le siége d'une phlegmasie ulcérative violente. Je suis convaincu avec beaucoup de médecins que la lésion des plaques de Peyer n'est pas plus le fond de la maladie, que les pétéchies et d'autres accidens que l'on observe du côté des viscères; mais il n'en est pas moins vrai qu'il se développe un nombre considérable de petites phlegmasies intestinales sur les plaques et autour d'elles; pourquoi n'ont-elles pas le pouvoir de faire monter la fibrine comme dans la phthisie? C'est là, il faut en convenir, une remarque qui se présente naturellement à l'esprit, mais qui doit tomber devant le résultat positif fourni par l'analyse du sang. On trouvera peut-être plus tard la solution de cette difficulté.

Les applications pratiques que l'on peut faire des études sur les altérations du sang sont nombreuses: une des plus importantes a trait au

---

des difficultés, la médecine des armées devait mûrir rapidement un certain nombre d'intelligences et les élever fort au-dessus de la majorité de leurs confrères citadins, qui glanent dans les sentiers escarpés de la clientelle, et dont le coup-d'œil ne s'exerce que sur des unités versatiles et fugitives. Nous avons déjà rappelé que presque tous les chirurgiens-majors des régimens faisaient partie de l'illustre compagnie dont les diplômes étaient contresignés par les Lapeyronie, les Morand, les Louis: dirons-nous maintenant qu'il y a plus de quatorze ans que l'Académie de médecine n'a pas appelé de chirurgien ou de médecin militaire dans ses rangs? Pour plaider une cause aussi juste et aussi méconnue, nous nous sentirons mieux à l'aise après que la place actuellement vacante aura été remplie; il n'entre point dans nos habitudes de nous constituer le héraut d'armes d'aucun compétiteur: à d'autres de proclamer l'inévitable nomination d'un tel, de repousser à coudées méchantes toute prétention rivale; c'est bien assez que le succès ne se puisse partager: laissons toutes les ambitions, toutes les esperances se draper à l'aise sous l'ample robe de la candidature; soyons-leur aussi faciles, aussi indulgens que la tribune académique l'est à leurs lectures. En attendant qu'ils s'embrassent pour s'étouffer dans l'arène du combat, les concurrens se succèdent gravement, un mémoire à la main, devant l'assemblée dont ils briguent le suffrage. Cette procession de lectures fait elle définitivement partie des mœurs académiques, ou peut-on encore se promettre l'abolition de cet usage? Plaise aux dieux qu'il disparaisse avec tant d'autres de même farine; car rien n'est fade et monotone comme cette exhibition soudaine de cures mirifiques, de procédés nouveaux, d'inventions inappréciables que chaque prétendant s'empresse d'ajouter, pardevant témoins, au bagage de ses antécédens; vous connaissiez ses écrits, sa pratique, les récompenses qui lui ont été décernées; vous aviez lu la note imprimée des titres et des mérites accumulés sur sa tête; mais attendez: voici pour la bonne bouche, quelque cancer extirpé tout frais, quelque fistule qui suinte bien encore un peu, mais qui ne sent plus mal, quelque élucubration prolixe et chargée de flatteuses citations: de grâce, Messieurs les académiciens, allez aux voix; faites un heureux en deux ou trois tours, et mettez un terme officiel à cette stérile agitation des uns, au stérile ennui des autres.

Le concours pour les places de medecins-adjoints dans les services des aliénés s'est terminé par la nomination de MM. Baillarger, Trélat, Moreau et Archambault. M. Trélat est l'enfant prodigue de la médecine qu'il avait délaissée pour la politique; à l'exemple d'autres esprits de forte trempe qui s'étaient portés sur ce terrain brûlant et qui sont revenus avec bonheur à leurs études premières, M. Trélat s'est replié, meurtri par une expérience cruelle, au sein de la science qu'il avait cultivée d'abord, et la science, cette puissante consolatrice, l'a recueilli avec empressement. Remarquez la transition: du monde politique M. Trélat se dirige vers les asiles qui présentent à son étude toutes les altérations de la raison et de la volonté; il y retrouvera les effets moraux des secousses révolutionnaires, les conséquences lamentables de l'orgueil et de l'ambition; il échange une scène de tristesse contre une autre scène de douleur; mais ici point de déception, il est prévenu; sur la porte est écrit ce mot: *folie*.... Il n'appartient qu'à un caractère vigoureux et élevé de chercher des enseignemens dans l'un et dans l'autre spectacle, et peu de moralistes auront pénétré plus avant que M. Trélat dans l'intimité des miseres physiques et morales de notre humanite.

L'organisation médicale des hospices et hôpitaux de Paris est encore loin de

diagnostic des maladies. Tout le monde sait que dans plus d'un cas, malgré le talent de l'observateur et le soin qu'il apporte à s'entourer de toutes les lumières désirables, il ne lui est pas toujours possible de déterminer la nature et le siége de certaines maladies, surtout à leur début; eh bien! dans ces cas difficiles l'analyse du sang peut fournir de grandes lumières. M. Andral ayant fait pratiquer une saignée dans un cas douteux où les symptômes typhoïdes très vagues étaient les seuls signes qui s'étaient manifestés, le sang offrait plus de fibrine que dans l'état normal et que dans les fièvres typhoïdes; et comme cela n'arrive jamais dans cette maladie lorsqu'elle est dégagée de toute complication phlegmasique, il en conclut que la maladie en question n'était pas à coup sûr la fièvre typhoïde; un jour après ce jugement une pneumonie se révéla par ses symptômes ordinaires, et le diagnostic tiré de la symptomatologie vint confirmer le diagnostic établi d'après la constitution du sang.

Il peut arriver que plusieurs états morbides opposés dans leur nature se compliquent; dans ce cas encore le sang se modifie de telle sorte qu'il est possible de reconnaître la nature de ces complications par la seule connaissance des altérations qu'il a subies. Une chlorotique, par exemple, contracte une pneumonie; le sang dans ce cas présente peu de globules, parce que telle est l'altération propre à la chlorose; mais en même temps la quantité de fibrine augmente à cause de la pneumonie. Toutes les fois que dans une maladie quelconque on trouve plus de 5 en fibrine dans le sang on peut assurer qu'il existe quelque part une phlegmasie, et par contre lorsqu'on trouve moins de 2 en fibrine il n'y a pas à coup sûr de phlegmasie.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE HISTORIQUE SUR L'ORIGINE PRIMITIVE DU SYSTÈME NERVEUX DANS LE RÈGNE ANIMAL; par J.-J. VIREY.

Dans son TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE COMPARÉE, Carus attribue à Oken les propositions suivantes comme une découverte de génie, répandant une vive lumière sur l'étude des divers systèmes organiques (1) : « La substance animale a commencé par la masse nerveuse... L'animal tire son origine du nerf, et tous les systèmes anatomiques ne font que se dégager ou se séparer de la masse nerveuse. L'animal n'est que nerf; ce qui est de plus, ou lui vient d'ailleurs, ou est une métamorphose de nerf. La gelée des polypes, des méduses, etc., est la substance nerveuse au plus bas degré, de laquelle n'ont pas encore pu s'isoler les autres substances, qui sont ou cachées dedans, ou fondues avec elle, etc. (2). »

La manifestation plus récente d'un système nerveux dans les animalcules infusoires, les vorticelles, par Ehrenberg, loin d'infirmer ces propositions, les étend, au contraire.

Aussi les nombreux physiologistes français qui se sont occupés, dans ces dernières années, du système nerveux, MM. Brachet (1), Magendie (2), Leuret (3), Sarlandière (4), etc., ont copié presque entièrement l'article de Carus, en ajoutant toutefois que M. Virey en tirait cette autre conclusion, savoir : *que le sperme fécondateur est la première source du système nerveux, et qu'il émane, à son tour, de ce principe excitateur*. Mais alors ce n'est plus une découverte de génie à leurs yeux.

On nous permettra de rétablir ici les faits avec une exactitude rigoureuse. Cette question est assez élevée dans l'ordre physiologique pour mériter l'intérêt.

En 1812, l'illustre Georges Cuvier proposa sa distribution du règne animal (5), fondée sur l'organisation de l'appareil nerveux, en quatre embranchemens : 1° les *vertébrés*; 2° les *mollusques*; 3° les *articulés* (insectes, vers, etc.), et 4° les *zoophytes* ou *rayonnés*. Il admet chez ces derniers l'élément nerveux à l'état latent ou fondu dans les tissus organiques; puis un appareil ganglionique nerveux, à plusieurs branches avec un collier œsophagien, dans les mollusques, mais n'ayant qu'une seule série noueuse abdominale chez les articulés. Quant aux vertébrés (ou mammifères, oiseaux, reptiles, poissons), il leur reconnaît deux appareils nerveux, le cérébro-spinal et le trisplanchnique, plus ou moins développés. Le savant auteur admettait alors pour *unique base essentielle de l'animalité* l'appareil nerveux, sans l'attribuer à Oken, qui l'avait toutefois annoncée dès 1811, dans la première édition de son SYSTÈME DE PHILOSOPHIE NATURELLE.

Cependant l'analogie singulière entre cette belle classification et celle que j'avais établie dès l'année 1803, quoique moins développée, dans la première édition du NOUVEAU DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE, à l'article ANIMAL, m'ayant fait réclamer cette priorité, M. Cuvier l'a déclaré formellement, par la note suivante (6) : « M. Virey a déjà présenté, il y a quelques années, avec son talent ordinaire, des idées analogues à celles-ci, dans son article ANIMAL, du NOUVEAU DICTIONNAIRE D'HISTOIRE NATURELLE. »

En effet, j'avais signalé dès lors trois grands types de l'appareil nerveux dans les animaux : 1° celui des zoophytes, ou rayonnés, dont le *système sensitif est moléculaire*, fondu dans la masse gélatineuse de ces animaux acéphales et sans sexe, ou du moins peu apparent; de là vient que leurs molécules nerveuses constituent autant de centres de vie et

(1) Trad. fr., par Jourdan. Paris, 1835 In-8°. Tom. I, pag. 35.
(2) LEHRBUCH DER NATUR PHILOSOPHIE. Deuxième édition, pag. 256, de l'année 1831. La première est de 1811.

(1) FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX GANGLIONNAIRE. Seconde édition. Paris, 1837, p. 66.
(2) LEÇONS ET EXPÉRIENCES SUR LE SYSTÈME NERVEUX; recueillies par James. Tom. I. Paris, 1839. In-8°.
(3) ANATOMIE COMPARÉE DU SYSTÈME NERVEUX DES ANIMAUX. Paris, 1839. In-8°. Partie 1re.
(4) TRAITÉ DU SYSTÈME NERVEUX DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE. Paris, 1840. In-8°.
(5) Voir son mémoire, inséré dans les ANNALES DU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. Tom. XIX, pag. 73 et sq. Paris, 1812. In-4°.
(6) Insérée ibid., p. 77 de son mémoire.

remplir toutes les conditions d'un bon service : force nous sera de revenir sur ce sujet avec quelque développement; n'êtes vous point frappé de l'isolement des services, et par conséquent des confrères qui en sont chargés, de l'insuffisance de leurs attributions dans l'ordonnance intérieure des établissemens? Les rapports des élèves externes et internes avec leurs chefs hiérarchiques ne sont pas nettement définis; les pouvoirs des médecins traitans débordent sur un point et sont resserrés ailleurs dans une limite mesquine; sur ces derniers, nul contrôle ne s'exerce d'une façon régulière et permanente; il manque, en un mot, au système actuel de la médecine nosocomiale, la consistance et l'unité que l'on remarque dans l'assiette des hôpitaux militaires. Peut-être pensez-vous avec moi qu'une inspection analogue à celle que le ministère de la guerre a récemment instituée s'appliquerait avec avantage au service hospitalier de Paris, et fournirait les élémens de réformes nouvelles; il faut reconnaître celles qui ont été accomplies par l'initiative ou par le concours de l'administration; mais le temps en indiquera toujours d'autres, et les établissemens qui relèvent d'une science comme la nôtre ne sauraient pas plus que toute autre institution prétendre à l'immobilité.

Le concours pour la chaire de Richerand est annoncé officiellement pour l'époque de la rentrée; il promet de jeter un vif éclat, et par la nature positive des matières qui constituent l'enseignement de la chaire vacante et par l'importance des candidatures qui se mettent sur les rangs; la liste en était presque close dans l'opinion; mais voici que M. Bégin s'apprête, dit-on, à suivre l'exemple donné récemment par un de ses collègues de la Faculté de Strasbourg, qui est allé porter sa robe rouge et ses pénates à Montpellier; M. Bégin sera le deuxième professeur que la Faculté de l'Est députera aux luttes solennelles de l'école de Paris, et personne ne contestera qu'elle n'aura été dignement représentée par Flamand et M. Bégin. Une ordonnance rendue récemment sur le rapport de M. Cousin paraît avoir été sollicitée par la Faculté rhénane; cette ordonnance facilite aux étrangers leur inscription en qualité d'élèves pour le doctorat sur les registres des diverses Facultés, et leur assure, à certaines conditions, la double immunité des baccalauréats ès-lettres et ès-sciences. Nous souhaitons que cette mesure ait pour résultat immédiat la dépopulation des universités d'Heidelberg, de Tubingue, de Munich, etc., au profit de celle de Strasbourg; nous faisons des vœux sincères pour que tous les princes et principicules de l'Allemagne, si favorables comme on sait à l'invasion de l'esprit français dans leurs états, ordonnent à la jeunesse germanique d'aller suivre à Strasbourg des cours germanico-français et respirer le souffle patriotique de l'Alsace; mais une simple question, s'il vous plaît : ne s'agit-il, pour la solution heureuse de toutes les difficultés qui assiègent notre profession, que de porter au maximum le chiffre des inscriptions dans nos écoles et d'importer dans le doctorat français un contingent d'outre-Rhin, lequel pourra bien finir par nous rester sur les bras? En d'autres termes, le progrès de notre science et la prospérité de notre carrière n'exigent-ils d'autre condition qu'une exubérance d'élèves dans les Facultés?

Nous sortons d'une période d'inauguration monumentale : Strasbourg s'est mis en frais de curieux spectacles autour de la statue de Gutenberg; tous les corps savans avaient eu soin de se faire représenter à cette fête de la civilisation; un seul excepté, vous devinez que c'est l'Académie de médecine. Heureusement M. Gasc se trouvait en Alsace où l'avait conduit sa mission inspectorale, et il a eu l'honorable pensée de rendre présente en sa personne, à cette noble solennité,

servent à la régénération des parties amputées, ou à la reproduction par bourgeonnement des polypes, ovules ou gemmes.

2° Les animaux à un seul appareil nerveux, le *ganglionnaire*, consistant en un collier œsophagien, avec des branches et des ganglions, se distribuant aux divers organes, soit viscéraux, internes, soit externes pour les sens et les membres, chez les *mollusques* et les *articulés*. Depuis cette époque, MM. Brandt, Newport, J. Muller, ont décrit et figuré un système de nerfs viscéraux, récurrens ou accessoires chez les insectes, lequel ne change rien à la classification générale. Mais c'est surtout par cette distinction des deux classes des mollusques et des articulés que l'œuvre du savant Cuvier a perfectionné mon travail.

3° Enfin, la grande division des *vertébrés* était déjà assise sur la présence des deux ordres d'appareils nerveux, le cérébro-rachidien pour la vie de relation, et le ganglionnaire ou sympathique pour la vie intérieure, par notre tableau de classification, tel que je l'ai conservé dans la seconde édition du dictionnaire, en 1816, et comparé aux divisions du règne végétal. Aussi G. Cuvier a pris soin de noter mon travail dans la préface des éditions subséquentes de son *règne animal*.

Il faut montrer, de plus, que j'avais établi, dès 1803, avant Oken et les auteurs qui l'ont suivi, ces principes fondamentaux de l'animalité, non pas seulement sur des vues d'anatomie comparée générale, mais d'après l'essence originelle de l'élément nerveux. « L'étendue des fonctions sensitives nous donnera seule la mesure du degré de l'animalité; nous indiquera combien un être est plus *animal* qu'un autre (elle sera un *zoomètre*), et nous donnera la véritable échelle de la perfection des êtres animés... En recherchant donc les parties les plus essentielles à la vie animale, je les trouve dans le système nerveux ou les nerfs. Comme ils sont les premiers organes du sentiment, ils sont ainsi la racine de l'animalité... Les nerfs sont donc la trame première, le germe de l'animal... Plus le système nerveux est parfait, plus on est élevé dans l'échelle des animaux : on n'est animal qu'en proportion de ses nerfs et de sa sensibilité, etc. » Les développemens de ces bases sont consignés dans notre article Animal.

Quant à l'émanation de l'élément nerveux, comme produit du sperme, ou principe excitateur du nouvel être, non seulement nous avions, le premier, proposé ce haut principe de physiologie, d'abord dans l'article Sperme du Dictionnaire des sciences médicales, en 1821, puis en plusieurs écrits spéciaux. Cette opinion a été soutenue ensuite par MM. Rolando, Baër, et d'autres savans physiologistes étrangers, car nous n'ignorons pas que les fruits exotiques paraissent toujours plus savoureux que les indigènes. Cependant l'idée première nous appartient. Ainsi d'après cet enchaînement des fonctions, on reconnaît que *la vie ne procède que de la vie; elle est transmission de continuité, articulée à chaque génération*, mais émanant toujours de la même tige, en chaque espèce, par des reproductions normales, dans les règnes organisés, animaux et végétaux.

Le nerf, principe excitateur de l'existence, partout centralise et organise autour de lui, jusqu'à ce qu'il se reproduise ou se consume par son activité même.

OBSERVATION D'ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE, SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC DE CETTE MALADIE, SUR L'INDICATION DE L'EMPLOI DU TRAITEMENT DE VASALVA EN PAREILLE CIRCONSTANCE, ET SUR LES SYMPTÔMES A L'AIDE DESQUELS L'ON PEUT ANNONCER QUAND L'ÉPANCHEMENT SANGUIN A LIEU HORS DE LA CAVITÉ DU PÉRITOINE; par le docteur Putegnat, de Lunéville, membre de plusieurs sociétés de médecine nationales et étrangères.

Obs. — Polo, âgé de 40 ans, issu d'une famille saine, depuis dix-sept années modeste perruquier à Lunéville, après avoir été élève en chirurgie à Sarragosse, sa ville natale, qu'il a quittée en 1823, me fait appeler pour la première fois au mois d'octobre 1838. Cet homme, petit et maigre, ayant le teint pâle, anémique, les cheveux très noirs; d'un caractère doux et patient, mais un peu sombre; n'ayant jamais eu aucune affection, ni même cutanée ou syphilitique, me dit que depuis trois années et demie il se plaint d'une douleur sourde et continuelle siégeant dans le dos, accompagnée depuis quelques mois seulement de vomissemens. Jusqu'alors soigné par un officier de santé, il vient de le remercier, par la raison que, son mal ne diminuant pas, il n'a plus confiance aux embrocations, au fer chaud que l'on promène longtemps sur une feuille de papier gris appliquée sur les lombes; enfin, au traitement qu'il subit sans succès aucun depuis tout à l'heure un mois.

Désirant trouver la cause des vomissemens, qui ne sont accompagnés ni de soif, ni de fièvre, ni de rougeur à la langue, mais seulement d'un peu de gêne au creux de l'estomac, et afin de pouvoir explorer aussi exactement que possible la région épigastrique, je fais coucher Polo la tête haute et les cuisses fortement fléchies sur le bassin. Alors ma main rencontre, au creux de l'estomac, à l'extrémité inférieure du sternum, une tumeur adhérente, exactement circonscrite, du volume d'un petit œuf, ayant son grand diamètre dans la direction de celui de l'axe du corps, heurtant la main synchroniquement à la contraction ventriculaire du cœur.

Quelle est la nature de cette tumeur? Est-ce un cancer siégeant devant l'aorte, ou bien un anévrisme de ce vaisseau? Les vomissemens, la constipation, l'état du pouls et de la langue, le teint jaune-paille, la liberté de la respiration, etc., me font soupçonner un cancer; mais Polo n'accuse pas de douleurs lancinantes dans la tumeur; celle-ci, vu sa position épigastrique, ne doit point appartenir au pylore; mais la dégénérescence cancéreuse de la paroi antérieure de l'estomac n'offre pas d'altération semblable à cette grosseur : donc, il n'est pas probable que ce soit une tumeur cancéreuse appartenant à l'estomac.

Les pulsations isochrones au pouls; le sentiment de retrait et d'expansion que la tumeur m'offre; la douleur dorsale, sourde, rongeante et continuelle que le malade accuse, et qui a été combattue comme une affection rhumatismale; le fort battement simple, sonore, étendu, que la tumeur donne, et qui est accompagné d'un bruit de soufflet synchrone à la pulsation artérielle, tandis que le cœur ne présente rien de maladif, me décident à penser que la tumeur est anévrismale. Ainsi, après un examen long et très attentif, je me suis vu amené à pouvoir diagnostiquer une dilatation anévrismale que le plessimètre limite exactement. Arrivé à cette connaissance, il me fallut encore déterminer si l'anévrisme appartenait à l'aorte, ou à l'artère mésentérique supérieure, ou au tronc artériel qui fournit à droite l'hépatique, à gauche la splénique et la coronaire stomachique. J'ai penché pour l'anévrisme de l'aorte : 1° parce que la tumeur me semblait énorme; 2° parce que le bruit de soufflet se faisait entendre sous le sternum, dans la direction de l'aorte.

Le traitement de Vasalva étant rejeté par le malade, qui refuse obstinément la

---

l'une des institutions éminentes de la France intellectuelle. M. Case qui a la modestie du cœur a presque demandé pardon à l'Académie d'avoir réparé son oubli, et l'Académie, vous le croirez sans peine, a oublié de voter à son digne représentant les remercîmens que lui avait mérités une honnête spontanéité. Pourtant n'accusons qu'à voix basse : Gutenberg étale aux yeux la première feuille imprimée, sortie de sa magique presse, et on y lit ces mots : « et la lumière fut. » L'Académie aurait-elle pensé que cette phrase sublime ne s'applique point à la science qu'elle est chargée d'illuminer par ses travaux? Aucuns diront qu'elle est brouillée avec la statuaire; quand il s'est agi il y quelques jours d'envoyer un orateur à l'image d'Ambroise Paré, une voix s'est élevée dans son sein pour s'opposer à ce pieux message; une punition était due à l'auteur de cette motion; j'aurais voulu pour tout châtiment qu'il fût privé d'entendre, au retour de M. Pariset, la lecture du discours que celui-ci a prononcé à Laval; le barbare n'était pas digne d'entendre une si merveilleuse éloquence, débitée en l'honneur de cet Ambroise Paré qu'il avait prémédité, sans complice Dieu merci! de frustrer des salutations académiques!

Offrons les nôtres, avant de finir, à un tombeau modeste qui vient de se fermer : la science et l'art ont fait une perte regrettable en la personne de M. Jean Sedillot, un des doyens de l'Académie de médecine dont il a fait partie depuis l'époque de sa fondation, secrétaire pendant trente ans de l'ancienne Société de médecine, rédacteur du grand journal (60 volum. in-8°) qui porte son nom, auteur d'un grand nombre de mémoires sur la médecine, les accouchemens et la chirurgie. Agé de 84 ans, il faisait encore insérer, dans le dernier volume des mémoires de l'Académie pour cette année, un long et intéressant travail sur la vaccine dont la rédaction a hâté sa mort. Il a laissé une formule de pilules contre les fièvres intermittentes réfractaires, dans lesquelles l'opium est uni à de hautes doses de sulfate de quinine; les pilules connues sous le même nom et qui font partie du traitement mercuriel ont son frère pour auteur. M. Sédillot a été un des médecins les plus instruits de son époque; plein de jugement et d'esprit, d'un caractère pur, entouré d'affection et d'estime. Son nom appartient honorablement à l'Académie qui ne se résignera pas à le voir effacé de son registre.

Y.

saignée générale, et veut continuer à vaquer à ses nombreuses occupations, je conseille, en désespoir de cause, des applications de sangsues sur l'épigastre, un régime très sévère et les nombreuses précautions qu'il doit prendre.

Polo perd dix-huit mois en restant très soumis à cette espèce de traitement, auquel malheureusement il veut se fier, malgré mes instantes prières.

Le 8 mars 1840, ou dix-huit mois après ma première visite, ce malade se met au lit. Jusqu'à ce moment, il avait courageusement continué son train de vie habituelle, malgré ses vomissemens, malgré ses douleurs. Ce jour, je pose avec plus d'assurance, si faire se peut, qu'il y a dix-huit mois, le même diagnostic, et voici ce que je remarque : la tumeur anévrismale, siégeant au creux de l'estomac, me paraît avoir le volume de la tête d'un enfant à terme; les mouvemens d'expansion et de retrait sont saisissables on ne peut mieux par l'œil et par la main; le choc donné par cette énorme tumeur est tel, qu'il ébranle le malade à chaque pulsation; le plessimètre, avec une très forte résistance au doigt, circonscrit l'anévrisme en haut, en bas, au niveau de l'ombilic, le distingue du cœur, dont il est séparé par un assez long espace, mais ne peut le limiter en haut, à droite, où la matité se confond avec celle du foie. Le ventre est souple, indolent, sonore. L'oreille, même par l'auscultation à distance, perçoit dans la tumeur un battement clair, simple, étendu, isochrone au pouls, distinct des bruits du cœur, battement dont la valeur est grande quand il s'agit de diagnostiquer un anévrisme de l'aorte. Un bruit de frottement assez fort, synchrone à la contraction ventriculaire, se fait entendre distinctement dans la tumeur. Les douleurs lombaires persistent; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés; la respiration est fréquente (35 inspirations à la minute) et spécialement costale. Le pouls serré, évidemment dicrote, donne 108 pulsations à la minute. Outre les douleurs lombaires habituelles qui durent depuis des années, Polo en accuse une autre dans le flanc gauche, qui est sourde, profonde et continuelle. Le malade refuse de nouveau le traitement de Vasalva, et ne veut point absolument que je lui pratique une saignée; ce voyant, j'ordonne des pilules de digitale, le repos, une tisane diurétique et un régime très sévère. Le lendemain, la douleur persistant, je conseille une application de sangsues *loco dolenti*, un grand bain, des lotions narcotiques et des cataplasmes émolliens. Ces moyens n'ont procuré aucun soulagement. Le patient a continué le repos au lit, les lavemens, les cataplasmes, la tisane, jusqu'au 19 mars. Je dois dire qu'il n'a jamais pris une gorgée de tisane, ni une cuillerée de potion calmante, sans les vomir à l'instant même.

Le 19 mars, Polo n'ayant pas eu de selle depuis quatre jours, je prescris dans un lavement d'un quart de litre une cuillerée ordinaire de mélasse. Deux heures après ce lavement, le malade a trois évacuations alvines sans coliques. Dans la nuit suivante, la douleur du flanc devient très aiguë; il arrive de la diarrhée. Appelé à la hâte, je trouve les muqueuses pâles, les yeux à demi-voilés, les extrémités froides, le pouls si fréquent que je ne puis compter les pulsatons. Le malade, qui est d'une faiblesse telle qu'il a déjà eu plusieurs syncopes, accuse un bourdonnement dans les oreilles et un brouillard si épais qu'il ne peut distinguer les objets; sa figure est froide, sa parole comme soufflée. A ces symptômes effrayans, je reconnais la rupture de la poche anévrismale et l'imminence de la mort. Interrogé, Polo répond que sa douleur est devenue subitement très aiguë, atroce, et qu'il a senti quelque chose de chaud se répandre dans le côté gauche du ventre. La tumeur anévrismale paraît moins volumineuse, attendu que le ventre est distendu; mais le plessimètre lui trouve son ancien diamètre vertical. Tout le côté gauche du ventre jusqu'au pubis est d'une sensibilité extraordinaire, la pression la plus légère y développe une exacerbation de la douleur et y reconnaît de la dureté. Le plessimètre y rencontre de la matité qui ne change pas de place suivant les positions que l'on fait prendre au malade; cette matité qui commence au pubis, qui remonte le long du côté gauche du ventre, vient se confondre avec celle de la rate que je ne puis limiter, et va rejoindre la tumeur anévrismale. Ce voyant, j'ai cru positivement à la rupture de l'aorte, à un épanchement sanguin que j'avais soupçonné aux symptômes d'hémorragie interne que j'ai rapportés ci-dessus; ainsi, j'ai pu m'expliquer la position effrayante du malade et les symptômes de la péritonite.

Ce jour, le malade consent à ce que de la glace soit placée sur la tumeur.

Le lendemain, voyant que la peau, sous la vessie contenant la glace, était ecchymosée et même frappée de grangrène en un point, je suspens cet agent thérapeutique employé dans l'intention d'aider la nature à coaguler le sang au point de la déchirure.

Le 27 mars, Polo se trouve dans la position suivante : face pâle, amaigrie, un peu grippée, voix faible, extrémités froides, langue naturelle, pouls à 111 pulsations à la minute, muqueuse un peu moins pâle que le jour de la *crise* (expression du patient), vomissemens, diarrhée peu abondante, ventre distendu par des gaz, ce qui rend la tumeur moins apparente; faiblesse extrême qui est d'un funeste augure au dire du malade; ecchymose au périnée, s'étendant autour de l'ouverture anale jusque dans la peau du scrotum. Après avoir réfléchi longtemps pour m'expliquer cet épanchement sanguin, je me suis arrêté à le regarder comme le résultat de l'infiltration du sang de l'aorte qui, après s'être fait jour dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, avait gagné le tissu cellulaire du bassin, et delà celui des parties environnantes.

Le 28, Polo consent enfin à une consultation que depuis longtemps je demandais avec instance, désireux que j'étais de faire connaître à mes confrères de Lunéville ce cas rare de pathologie. Le docteur Benoist et le chirurgien-major du deuxième lanciers sont appelés et confirment mon diagnostic. Ce jour, on a prescrit de l'alcool camphré sur l'ecchymose qui avait envahi tout le scrotum, le pénis et la hanche gauche. Il est bon de dire, avant d'aller plus loin, que depuis le 20, jour où, à mon avis, la rupture de l'anévrisme s'est faite, le malade s'est presque constamment tenu couché sur le côté gauche, ayant les cuisses fortement fléchies sur le bassin; qu'il s'est plaint de dysurie, d'une pesanteur dans le bassin qui produisait l'envie d'aller à la selle, ce qui faisait que Polo prétendait qu'il pourrait être guéri si je lui donnais un purgatif. A mes yeux, ces deux phénomènes devaient être attribués à la compression de la vessie et du rectum par la tumeur sanguine siégeant dans le bassin, et résultant de la rupture de la poche anévrismale.

Le 31, le scrotum est œdémateux; la peau du pénis est frappée de gangrène en quelques points; l'ecchymose s'étend à la peau du côté gauche du ventre et à celle de la partie supérieure de la cuisse; le pouls est petit et de temps à autre intermittent; la faiblesse extrême; la soif dévorante; les selles involontaires. Je prescris de la limonade gommeuse, un demi-lavement d'amidon avec huit gouttes de laudanum, et quitte le patient, comptant que sa dernière heure ne tarderait pas à sonner. Ce jour, j'étais accompagné du docteur Benoist.

Le 1er à huit heures du matin, Polo s'éteignait paisiblement.

La nécropsie m'étant refusée, je m'attache à un beau-frère et à l'intime ami du défunt, qui, tous deux, m'ont quelques obligations, et finis par les gagner en leur insinuant adroitement que la maladie de Polo pouvant se transmettre à sa femme et à son enfant (ce que bien entendu je ne saurais croire), il est urgent que je puisse la connaître à fond. A midi, l'on me fait dire que l'on vient enfin d'éloigner la femme Polo, et que j'aie à procéder tout de suite à l'ouverture, attendu que l'on ne m'accorde que vingt à trente minutes pour cette opération. Les deux confrères consultans étant absens sont remplacés par le docteur Thomassin, qui s'empresse de se rendre à mon invitation.

Le cadavre est gisant sur le dos; sa figure n'est point altérée; le teint et la physionomie sont ce qu'ils étaient lors de ma dernière visite. La chaleur subsiste; il n'y a pas encore de raideur, l'ecchymose n'a point disparu; le haut de la cuisse et la peau de la verge sont œdémateux; la tumeur est affaissée, peu apparente; une grande tympanite distendant la paroi abdominale; cependant la percussion médiate indique encore de la matité avec résistance au doigt là où je l'avais rencontrée pendant la vie.

Le haut de la cuisse gauche laisse voir que les chairs sont infiltrées d'une sérosité sanguinolente et qu'il est frappé de gangrène en plusieurs endroits; la peau du pénis, une partie de celle du scrotum sont aussi frappées de mortification; la partie inférieure et latérale gauche de la paroi abdominale est infiltrée d'une sérosité sanguinolente. Sa cavité abdominale étant largement ouverte, l'on reconnaît que le foie, bien que sain, est énorme; son lobe gauche, en recouvrant l'estomac, qui est vide et déjeté à gauche, vient jusque dans la région splénique; des traces nombreuses d'inflammation se marquent sur la séreuse abdominale dont la cavité contient quelques cuillerées d'un liquide rougeâtre; les fausses membranes de nouvelle formation sont nombreuses, surtout dans la partie gauche et inférieure du ventre. Le paquet intestinal est poussé à droite; la moitié latérale gauche de l'excavation du bassin est remplie par une tumeur qui remonte entre la colonne vertébrale, et la partie de la paroi gauche abdominale va gagner près de la rate, se recourbe en dedans vers la colonne vertébrale, passe au-dessous de l'estomac et se réunit à une autre tumeur placée au-devant des vertèbres, longue de huit travers de doigts, un peu aplatie d'avant en arrière, siégeant hors de la cavité du péritoine, rénitente, d'une couleur légèrement rosée. La première tumeur dont je viens de parler est molle, fluctuante, noirâtre; l'enveloppe en est lisse dans certains endroits, couverte, dans d'autres, d'exsudations membraniformes; son côté interne se confond avec le péritoine qui tapisse le colon descendant, qui est jeté en avant et à droite; là se trouvent de nombreuses membranes, les unes contenant des vaisseaux et difficiles à déchirer; les autres, blanches, molles, se laissent rompre à la moindre traction. L'aspect seul de la tumeur montre clairement que le liquide contenu est du sang. A gauche, la paroi de la tumeur se recourbe en avant et se continue avec le péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen. Ainsi, cette tumeur qui, au premier coup-d'œil, paraissait être dans la cavité de la séreuse, est évidemment, comme je l'ai annoncé, hors du péritoine, et a celui-ci pour paroi antérieure et latérale; ainsi, le feuillet postérieur du mésocolon lombaire droit est détaché des parties qu'il recouvre (uretères, vaisseaux rénaux et spermatiques); ainsi, la portion inférieure du péritoine est séparée des vaisseaux rénaux hypogastriques; ainsi, l'épanchement sanguin se trouve appuyé sur les vaisseaux rénaux, le rein et l'uretère droits sur les muscles petit psoas, carré des lombes et iliaque du même côté, et comprime en refoulant à droite la veine et l'artère primitives iliaques gauches. Ouverte dans sa partie antérieure, cette tumeur laisse échapper une énorme quantité de sang noir, à moitié coagulé. Alors il est facile de reconnaître que sa paroi antérieure n'est constituée que par la lame postérieure et latérale gauche du péritoine qui tapisse la face antérieure des muscles petit psoas et carré des lombes. Le sang épanché dans cette énorme poche pourrait à peine être contenu dans deux litres.

Dans sa partie inférieure, qui est la plus volumineuse, cette tumeur comprime le rectum et la vessie qu'elle refoule fortement à droite. La main introduite dans l'ouverture de cette poche rencontre partout du sang noir à demi-coagulé et en avant une paroi mince. L'indicateur, se dirigeant en haut et en dedans dans le sens qu'affecte cette tumeur, trouve une ouverture d'un diamètre de 20 millim. environ qui établit une communication avec l'autre tumeur, qui se trouve derrière l'estomac, en dehors du péritoine. Cette tumeur ouverte largement dans le sens de son long diamètre ou de l'axe du corps me semble tout d'abord squirrheuse; mais je ne tarde pas à changer d'opinion, car en enfonçant plus au loin l'instrument du sang vermeil s'en échappe. Le doigt introduit par cette ouverture reconnaît à la poche une paroi de 50 millimètres au moins, résistante, d'un tissu fibreux, à couches concentriques. On reconnaît facilement que ce tissu ne doit être que de la fibrine du sang coagulé, tapissant la paroi de l'anévrisme, et de telle sorte que la partie externe, lisse, résistante, rosée, est en contact avec la face interne de la paroi de la poche anévrismale, et que la partie interne, à rayon moins grand que l'externe, moins organisé, est en contact avec le sang, et constitue le canal à travers lequel coule le sang, canal qui admet exactement mon index. En continuant à explorer l'intérieur de l'anévrisme, mon doigt rencontre à gauche, entre l'artère mésentérique supérieure et la rénale, une ouverture à paroi mince, frangée, établissant communication avec la première tumeur dont j'ai parlé : évidemment c'était là la rupture de l'anévrisme par la-

quelle le sang s'échappant avait fusé sous le feuillet postérieur de la séreuse abdominale. Ce n'est pas tout : le doigt rencontre encore deux autres lésions importantes à signaler: la première consiste en un rétrécissement de l'aorte siégeant au-dessous de l'anévrisme, rétrécissement pour le moment obstrué par un caillot que mon confrère Thomassin déplace facilement avec le doigt; la deuxième consiste en une usure profonde de la partie antérieure et latérale gauche du corps des vertèbres en contact avec la poche anévrismale. En un point, à la partie inférieure, cette usure offre une cavité assez profonde pour pouvoir contenir une aveline.

Telles sont les lésions que, dans le court espace de temps que j'ai pu obtenir, j'ai rencontrées.

Je désirais pouvoir pousser plus loin mes investigations et emporter la pièce pathologique, afin de l'étudier avec soin et de la faire dessiner; mais il m'a fallu céder à la volonté des parens qui ne m'avaient accordé l'ouverture que sous condition.

Je vais m'arrêter sur quelques points de cette observation, qui ne me paraît pas dépourvue de tout intérêt. Il est évident que la douleur dorsale qui tourmentait le malade depuis trois années et demie, que l'on avait prise pour un rhumatisme, n'était qu'une conséquence de la maladie artérielle. Mais cet anévrisme remontait-il à trois années et demie? C'est ce que je ne puis dire. Quelle peut être la cause de cette tumeur anévrismale? Évidemment c'est le rétrécissement siégeant au-dessous d'elle.

Cette réponse me conduit naturellement à rechercher la cause de ce rétrécissement. J'aurais probablement rencontré des dégénérations stéatomateuses dans l'artère si le temps m'eût permis d'examiner ce vaisseau. Mais remarquons une chose, c'est que le malade, d'un caractère pacifique, n'ayant jamais eu ni rhumatisme ni affection syphilitique, ne faisant jamais d'excès, n'ayant jamais reçu de coup sur le ventre, ne m'a point offert une seule des causes de l'inflammation de l'aorte et des gros vaisseaux. J'ai eu soin d'expliquer plus haut comment je suis parvenu dès le principe à diagnostiquer le mal; je n'ai donc pas besoin d'insister de nouveau sur ce point; seulement je ferai remarquer que le bruit clair, sonore, simple, indiqué par M. Bouillaud, dans sa thèse (1823), et si bien étudié dans son TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR; que le bruit de soufflet, isochrone au pouls, entendu dans la tumeur; que les mouvemens de retrait et d'expansion de celle-ci, sont les symptômes qui, réunis à la matité, peuvent assurément faire diagnostiquer un anévrisme de l'aorte ventrale. L'on a vu aussi que j'ai annoncé positivement la rupture de la poche anévrismale, l'épanchement sanguin et le lieu où il devait se trouver. Cette douleur vive, aiguë, dans le flanc, ce sentiment subit de déchirure au lieu où siégeait la douleur, accompagné de la sensation d'un liquide chaud, qui se répand dans le côté gauche de l'abdomen, suivi des symptômes effrayans d'une péritonite sur-aiguë, d'une hémorragie interne abondante, me firent annoncer avec assurance un épanchement sanguin dans le ventre par suite de la rupture de la tumeur anévrismale. L'ouverture a confirmé mon diagnostic, que j'ai répété devant les deux confrères consultans.

Il faut remarquer que le malade ne portait aux membres inférieurs ni varices, ni œdème, chose difficile à expliquer quand l'on réfléchit que la veine-cave, que la veine demi-azygos, devaient être comprimées par la tumeur anévrismale, ce que l'on ne peut comprendre qu'en pensant que la veine azygos avait probablement acquis un volume plus fort que celui qu'elle a dans l'état naturel; c'est un point qu'une nécropsie plus détaillée aurait pu éclairer.

C'est à l'aide du caillot trouvé dans le rétrécissement que l'on peut se rendre compte du refroidissement des extrémités inférieures, qui remontait à une époque un peu antérieure à la rupture, et comprendre pourquoi cette rupture a eu lieu. En effet, ce caillot se trouvant là, la quantité du sang qui se rend aux extrémités inférieures a diminué, de là refroidissement; par suite de ce caillot, qui obstruait plus ou moins l'aorte au-dessous de la dilatation, le choc du sang contre la paroi de l'anévrisme a dû être plus fort, de là rupture. Mais quelle peut être l'origine de ce caillot? Celui-ci s'est-il formé directement dans le rétrécissement, ou bien n'est-ce pas plutôt un caillot de sang de nouvelle formation, contenu dans la tumeur, qui a été entraîné? Cette dernière supposition me semble la plus probable, attendu qu'il ne me paraît guère possible que le sang puisse se coaguler dans un passage rétréci, c'est-à-dire là où son impulsion doit être plus forte et son passage plus rapide.

Le plus ordinairement, quand un anévrisme de l'aorte ventrale vient à rompre, l'épanchement se fait au-dessous du péritoine : c'est aussi, comme la nécropsie le prouve, ce qui a eu lieu chez Pulo, phénomène que j'avais annoncé du vivant du malade. Il me semble convenable de dire comment je suis parvenu à ce diagnostic. En voyant une ecchymose qui occupait le périnée, les fesses, le scrotum, le pénis, la paroi abdominale gauche, le haut de la cuisse du même côté, et cela sans cause appréciable, en voyant que c'était de ce côté qu'avait lieu l'épanchement sanguin, dont la formation avait précédé de quelques jours celle de l'ecchymose, j'ai dû reconnaître que cette ecchymose était consécutive à l'épanchement abdominal : or, si le sang était contenu dans le péritoine, il ne pourrait y avoir transsudation de sang et, par suite, ecchymose: donc l'épanchement avait lieu hors du péritoine, donc il était en contact avec le tissu cellulaire du bassin.

A quelle cause faut-il rapporter les vomissemens opiniâtres? Est-ce à la compression que la dilatation de l'aorte exerçait sur l'estomac, ou à la déviation de ce dernier organe? ou bien faut-il penser que ces vomissemens étaient un effet sympathique de la lésion du rein ou de l'artère rénale, ou de la déviation de l'urètre? Ce point aurait pu être éclairci par une autopsie plus détaillée. Tout ce que je puis dire, c'est que l'estomac, examiné très soigneusement, ne m'a offert aucune lésion autre que celle dont j'ai parlé ci-dessus.

En réfléchissant à l'usure que présentait le corps de plusieurs vertèbres, l'on comprend que Laënnec a pu voir la rupture d'un sac anévrismal de l'aorte abdominale s'opérer dans le canal rachidien, et que David Dikson a observé un malade atteint de paraplégie pour cause d'un anévrisme de l'aorte ventrale. (THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, 1836.)

Employé dès le principe, c'est-à-dire quand je l'ai conseillé, 18 mois avant la mort, le traitement de Vasalva aurait-il, sinon guéri, au moins fait ralentir la marche de l'anévrisme, on fait disparaître ses symptômes? Les observations de Vasalva, d'Albertini, de Lamisi, de Corvisart, de Hoggson, de Laënnec, sembleraient le faire croire. Mon intention était de l'adopter tel qu'il a été modifié par M. Chomel. L'on doit se rappeler que Polo l'a refusé opiniâtrement. Il faut l'avouer, tout en conseillant ce traitement, je n'y avais cependant pas beaucoup foi : 1° par les motifs que donne M. Bouillaud; 2° parce que je l'ai vu ne produire aucun résultat satisfaisant sur un malade du professeur Roux, à l'hôpital de la Charité, en 1830. L'ouverture du cadavre a prouvé que ce traitement n'aurait pu réussir, attendu que l'anévrisme reconnaissait pour cause un rétrécissement inférieur de l'aorte, maladie contre laquelle la méthode de Valsalva ne peut rien.

La promptitude avec laquelle j'ai été forcé de pratiquer la nécropsie ne m'a point permis de faire toutes les recherches que je désirais faire sur la tumeur anévrismale; seulement j'ai remarqué que, dans sa partie antérieure, la seule que j'ai pu examiner, elle avait pour paroi une membrane mince, composée en dehors par le péritoine un peu épaissi, et en dedans par une couche lisse, légèrement rosée, s'enlevant par un frottement assez fort, en contact avec la surface externe et la mieux organisée du caillot. Cette donnée tendrait à faire croire que les deux membranes internes avaient disparu là où j'ai ouvert l'anévrisme, et que celui-ci était un anévrisme faux, ou de la seule espèce que Scarpa voulait à tort admettre.

Je terminerai en faisant remarquer combien, de nos jours, on peut facilement diagnostiquer certains états pathologiques. Puisse la thérapeutique atteindre bientôt ce haut degré de perfection!

De ce qui précède je puis tirer les conclusions suivantes :

1° Souvent on peut diagnostiquer un anévrisme de l'aorte ventrale.

2° Le traitement de Vasalva, appliqué aux anévrismes de l'aorte ventrale, peut, dans certains cas, être plutôt nuisible que bienfaisant. Il est nuisible quand l'anévrisme reconnaît pour cause un rétrécissement inférieur de l'aorte, ce qui a lieu très souvent.

3° L'on peut quelquefois diagnostiquer la rupture de l'anévrisme de l'aorte et le lieu de l'épanchement sanguin.

4° Le sang qui s'échappe d'une rupture anévrismale de l'aorte ventrale fuit sous le péritoine.

5° A l'aide de l'ecchymose du périnée, du scrotum, du pénis, etc., l'on peut annoncer que l'épanchement est en-dehors de la séreuse abdominale : diagnostic inconnu jusqu'à ce jour.

NOTE SUR UN CALCUL SALIVAIRE, DÉVELOPPÉ DANS LE CANAL DE STÉNON; par M. le docteur FUZET, du Pouget (Ardèche).

En lisant l'observation rapportée par M. Maisonneuve, relative à un calcul salivaire, développé dans le canal de Warton (GAZETTE MÉDICALE, 28 septembre 1839, p. 619), et voyant que, d'après les recherches de ce chirurgien, les cas de calcul salivaire sont assez rares, j'ai eu l'idée de communiquer à M. le rédacteur de la GAZ. MÉD. une observation de cal-

cul salivaire, développé dans le conduit ou canal de Sténon, ou parotidien.

Obs. — Une femme, âgée de 29 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, mère de deux enfans, vint me consulter au mois de juin 1839 pour un engorgement dur et douloureux, de la grosseur d'une noisette, situé à la partie moyenne de la joue gauche, au niveau de la seconde dent molaire supérieure. La douleur avait commencé à se faire sentir depuis huit ou neuf mois à peu près; mais, à cette époque, elle était très légère, et n'avait son siége que dans l'intérieur de la bouche. La malade sentait alors avec le doigt une petite dureté, du volume d'un pois. Elle pensa qu'il se formerait un dépôt, qui, venant à suppurer, la délivrerait de cette petite infirmité. Mais l'engorgement prit peu à peu du développement, et, lorsque la malade est venue me consulter, elle souffrait beaucoup. Ayant introduit l'index dans la bouche, je sentis un corps dur, situé peu profondément; j'examinai avec soin, et je vis que l'orifice du canal de Sténon, ou parotidien, était béant et qu'il pouvait laisser passer une plume de pigeon. Ayant introduit une sonde, je sentis un corps dur, contre lequel ma sonde allait heurter. Je ne doutai plus qu'il n'y eût un calcul ou autre corps étranger dans ce conduit, et je fis plusieurs tentatives pour en faire l'extraction sans recourir à l'incision, mais elles furent infructueuses, et, d'ailleurs, les douleurs que la malade ressentait augmentaient beaucoup par mes manœuvres. Je me décidai à inciser le canal sur le calcul lui-même; dès-lors, je saisis facilement cette concrétion, dont la longueur est à peu près de 13 millimètres, et la largeur de 6 millimètres; elle est d'un blanc jaune et sa surface est rugueuse, comme les calculs murains de la vessie; sa forme est celle à peu près d'un grain de seigle ergoté, avec une légère bifurcation du côté qui regardait la parotide. Après la petite opération, je prescrivis des gargarismes tièdes et adoucissans, afin d'augmenter l'hémorragie, pour obtenir le dégorgement des parties tuméfiées. Six jours après, il ne restait qu'un peu de dureté sur le lieu qu'occupait le calcul, et j'ai pu m'assurer, par l'introduction d'un stylet dans le canal de Sténon, que la cicatrisation avait eu lieu, mais que ce conduit était encore bien plus large que dans son état normal.

Quelques mots sur un cas d'accouchement laborieux; présentation de l'épaule; procédé particulier d'embryotomie; par le docteur Payan, chirurgien-major à l'hôtel-dieu d'Aix.

Tous les accoucheurs savent combien sont graves les diverses présentations du fœtus par l'une ou l'autre épaule, puisque, lorsque l'enfant est à terme, elles rendent presque impossible l'accouchement naturel. Quand on lit cependant les divers traités d'obstétrique, on n'y trouve que des préceptes en apparence faciles à pratiquer, et qui semblent devoir mettre aisément les hommes de l'art à même de terminer, sans trop de peine, les accouchemens de cette nature. C'est que ceux qui ont composé ces ouvrages, exerçant leur profession dans de vastes hôpitaux, où une surveillance active et éclairée sait profiter du moment le plus opportun pour opérer la version de l'enfant, afin de favoriser sa sortie de la cavité utérine, ou dans des cités populeuses où l'habitude des accouchemens de la part des personnes qui les pratiquent peut mettre à l'abri des accidens qu'ils occasionent ordinairement quand ils sont abandonnés à la nature, rarement rencontrent de ces cas d'autant plus embarrassans qu'ils sont plus imprévus. Mais il n'en est point de même dans les petites localités, dans la plupart des campagnes où l'art obstétrical est confié le plus souvent à des sages-femmes peu intelligentes et incapables même quelquefois de donner l'éveil quand une position vicieuse se présente, et où plus souvent encore cette partie de l'art de guérir est confiée aux seuls efforts de la nature. Aussi est-ce là que le praticien est exposé à observer de ces cas remarquables par leur gravité, et pour la solution desquels on voudrait vainement quelquefois chercher dans ses souvenirs des préceptes capables de donner une direction convenable à la conduite que l'on doit tenir. Tel est celui qui fait l'objet de l'observation qui va suivre, et où le récit de la manière dont j'ai agi pourra quelquefois servir de guide à ceux qui voudront en prendre connaissance.

Obs. — Le 25 février 1839, je fus appelé à une campagne, à quelques lieues d'Aix, pour y voir une femme qui, depuis deux jours, avait les douleurs de l'enfantement. Celle-ci fort robuste, âgée de 23 ans, accouchant pour la première fois, s'était mise entre les mains d'une accoucheuse qui, ne se doutant peut-être pas de la position vicieuse de l'enfant, ne la soupçonna que lorsqu'une des mains se dégagea par l'orifice vulvaire du vagin et que déjà, à ce qu'il paraît, l'épaule était assez avancée dans le canal pelvien. Ayant alors fait quelques tentatives inutiles de version, elle envoya auprès du médecin de la localité voisine, homme d'expérience et de savoir, qui, se trouvant alors en course, ne put se rendre chez la malade que plusieurs heures après. Dès qu'il y fut arrivé, il n'eut pas de peine à diagnostiquer la présentation vicieuse, et l'indication de la version s'offrit immédiatement à son esprit. Il la tenta avec insistance et non sans douleur pour la femme; mais, le corps étant déjà trop engagé dans l'excavation pelvienne, ses efforts demeurèrent sans résultat, ou plutôt il y renonça prudemment dès qu'il compris que plus de ténacité dans ces tentatives aurait pu avoir des conséquences funestes pour la vie de la femme. La procidence du cordon qui existait depuis plusieurs heures, sa réfrigération et l'absence de toute circulation dans ses vaisseaux, donnant la certitude de la mort de l'enfant, on fit la désarticulation de l'os du bras, espérant que peut-être alors la sortie de l'enfant serait plus facile; mais, comme on le conçoit, il n'en fut rien. Éprouvant alors l'embarras que ressent naturellement, dans des circonstances aussi graves un médecin isolé et manquant de l'assistance d'un confrère pour partager sa responsabilité, il engagea à envoyer à Aix, et c'est ainsi que je fus mandé.

Or, voici en quel état je trouvai la malade à trois heures de l'après-midi: elle est abattue et sent ses forces épuisées; son pouls est petit; sa figure a l'expression de la souffrance et du découragement; l'abdomen est très douloureux par une pression même légère. Faisant découvrir la femme pour reconnaître l'état des parties, j'aperçois les grandes lèvres tuméfiées, tendues et infiltrées; elles sont très douloureuses au toucher, ainsi que les parties plus profondes. En les entr'ouvrant et les écartant l'une de l'autre, on aperçoit à droite le moignon saignant encore de l'épaule, et vers le milieu du vagin, le doigt touche les saillies costales ainsi que les espaces intercostaux du creux axillaire refoulé en bas. Il nous est facile de constater que la tête est située vers la symphyse sacro-iliaque droite, tandis que les fesses correspondent à la région cotyloïdienne gauche. On reconnaît aussi, autant que faire se peut, un enfant volumineux et à terme. L'enfant, pour se présenter ainsi, était nécessairement fortement recourbé suivant sa longueur, et le point culminant de sa courbure correspondait aux saillies costales du creux axillaire droit.

Devant un pareil état, je dus me demander ce qu'il y avait à faire pour tirer cette femme de la triste situation où elle se trouvait. Le cas était tout à fait urgent, puisque son affaiblissement et les souffrances aiguës qu'elle endurait rendaient dangereuse la continuation d'une situation pareille. En outre, il était à craindre que la compression trop longtemps prolongées des parties génitales qui étaient en rapport avec le corps de l'enfant, compression à laquelle était nécessairement due la vive douleur ressentie vers cette région et le gonflement avec grande sensibilité des parties externes, n'en produisît la gangrène et les fistules urinaires ou stercorales concommittantes, si la mort ne s'en suivait auparavant. Or, parmi les moyens qui me restaient à prendre, je ne pouvais guère opter qu'entre les trois suivans qui consistaient: ou bien à attendre que la nature continuât le travail et le déterminât elle seule, ou bien à aider celle-ci en donnant une position plus favorable à l'enfant, ou bien enfin à la suppléer par des moyens mécaniques. Fixons un moment notre attention sur ces trois indications.

Et d'abord, quant à la première, devais-je laisser agir la nature? Je n'ignorais pas que Denman, savant accoucheur anglais, qui le premier a posé en principe la possibilité de l'accouchement dans toute position quelconque, opinait que la nature pouvait venir à bout de ceux avec présentation de l'épaule, et qu'il ne lui paraissait pas que la grosseur de l'enfant fût un obstacle insurmontable à l'accouchement. Mais ce que je savais aussi, c'est que d'après des relevés statistiques faits d'une manière consciencieuse et sur de vastes échelles, lorsque la matrice avait pu se débarrasser toute seule, cela avait lieu principalement chez des enfans non encore à terme, ou chez de vrais avortons qui, souples, flexibles et peu volumineux, pouvaient s'échapper par toutes les directions possibles, ou que, s'ils avaient été à terme, la matrice n'avait généralement pu parvenir à expulser l'enfant que lorsqu'un commencement de putréfaction avait fait perdre aux tissus du corps du fœtus leur contractilité et leur force organique. Et encore dans ces cas arrivait-il fréquemment que les parties molles qui avaient été comprimées se mortifiaient et qu'elles produisaient des plaies gangreneuses qui avaient toujours des conséquences quand elles ne faisaient pas périr. Or ici, dans le cas en question, j'avais la certitude que l'enfant était à terme, que ses chairs étaient fermes et résistantes, ce qui devait faire craindre des difficultés peut-être insurmontables à la nature abandonnée à elle-même, difficultés accrues encore par les tractions qui avaient été faites sur le bras droit avant qu'on en fit la section. Ajoutons encore que la longueur du travail qui eût été nécessaire pour ce résultat peut-être impossible, comparée avec l'état de phlogose locale et de faiblesse générale, n'eût probablement pas manqué d'occasionner la mort avant que la délivrance complète eût lieu.

Devions-nous chercher encore, dans cette circonstance pénible, à donner au fœtus une position différente, ou plutôt à opérer la version? C'eût été là sans doute le moyen le mieux indiqué, le moins dangereux pour la mère comme pour l'enfant, s'il eût pu se pratiquer. Mais nous avons déjà dit que des tentatives avaient été inutilement faites. Du reste, la saillie du moignon de l'épaule et des côtes au bas du vagin attestait suffisamment que le fœtus n'était déjà plus contenu en entier dans la matrice; et, comme les eaux étaient depuis longtemps écoulées, il était plus que probable que la matrice s'était resserrée en raison du refoulement du fœtus dans le bassin. Toute tentative de version était donc contr'indiquée; elle n'eût servi qu'à faire souffrir inutilement la mère et peut-être aussi à produire de ces déchirures funestes dont la mort est la suite inévitable. Au lieu donc de chercher, comme cela se fait généralement, à reconnaître si je serais plus heureux que mon confrère dans de nouvelles manœuvres, je renonçai de prime abord à ce moyen dans lequel je ne pouvais avoir aucune confiance.

Nous n'ignorions pas non plus que, dans des cas pareils, on conseille généralement d'abaisser les fesses avec un crochet, ou avec un lacs passé au-dessus des hanches, ou bien en repoussant l'aisselle entrant avec la main ou avec un instrument quelconque. Comme cependant des tentatives pareilles eussent été très douloureuses, qu'elles eussent pu augmenter la phlogose existante et ajouter à la faiblesse générale, et que d'ailleurs la certitude de la mort de l'enfant nous dispensait d'avoir des ménagemens pour son corps, nous nous décidâmes, sans autre réflexion, pour l'embryotomie, et pour l'opérer nous nous adressâmes immédiatement à une méthode que nous n'avions point vue décrite, mais que le raisonnement nous indiquait comme la plus convenable. Ayant, en effet, reconnu, comme nous l'avons déjà indiqué, que le côté droit de la poitrine du fœ-

tûs, profondément engagé dans l'excavation du bassin, était visible quand on écartait les lèvres de la vulve, je pensai que le plus facile serait d'ouvrir largement la poitrine, en pénétrant par un des espaces intercostaux apparens, et de m'aider de cette incision pour en venir peu à peu à diviser l'enfant en deux parties qui seraient retirées isolément. Et comme cette manière d'opérer me réussit parfaitement, qu'elle fut exécutée sans beaucoup de peine, sans beaucoup de douleurs pour la mère, et en très peu de temps, je vais la décrire avec quelques détails.

Après avoir fait tenir écartées les deux grandes lèvres, pour avoir à découvert une plus grande partie du corps de l'enfant, je plongeai le tiers de la lame d'un bistouri dans l'espace intercostal le plus voisin, et commençai ainsi une incision à laquelle je donnai quelque étendue. Pour pouvoir la continuer sans m'exposer à blesser la mère, j'eus la précaution de glisser, entre le pubis de celle-ci et le corps de l'enfant, une gouttière métallique, savoir une des vulves mobiles du speculum uteri de M. Charrière, que j'avais par hasard. Je pus dès-lors, avec le bistouri et des ciseaux forts, prolonger en haut l'incision commencée, coupant tour à tour des côtes, des cartilages costaux, ainsi que le sternum, jusqu'à la colonne vertébrale. M'étant ainsi fait jour dans la cavité thoracique, j'enlevai ceux des organes intérieurs qui venaient me donner quelque embarras. Je pus de la sorte plus facilement placer les doigts entre les parties de la mère et celles de l'enfant, qui devaient être divisées. J'incisai ainsi en bas comme en haut jusqu'à la colonne vertébrale du corps du fœtus. Quand j'y fus arrivé, j'aurais pu, à la rigueur, avec un crochet fixé sur elle, chercher à la fléchir pour sortir l'enfant plié en deux. Mais cette manœuvre risquant encore de trop meurtrir les parties molles de la femme, je trouvai plus rationnel d'inciser aussi les vertèbres correspondantes. Ayant, à cette fin, placé les doigts derrière elles pour les abaisser et pour protéger la femme, j'en vins assez facilement à bout, en me servant tantôt des ciseaux, tantôt d'un bistouri dont la lame était couverte d'une étroite bande jusqu'à quelques millimètres de la pointe.

Ainsi fut complétée, sans danger et même sans beaucoup de douleurs pour la mère, la division du corps de l'enfant. Dès ce moment, toutes les difficultés furent levées. La partie inférieure du tronc, ainsi que les membres inférieurs, sortirent presque d'eux-mêmes et sans efforts; une légère traction fit proéminer hors de la vulve l'autre partie du tronc; mais la tête offrit de la résistance: ne voulant pas, en ce moment, m'exposer à trop de tiraillemens, qui devenaient très douloureux pour la mère, je me décidai, quoique cette précaution ne fût pas indispensable, à appliquer, sur les côtés de la tête encore engagée, les deux cuillers du forceps, qui l'amenèrent immédiatement au-dehors.

Nous n'étions pas, toutefois, sans craintes sur les suites de la santé de cette femme, tant nous l'avions vue accablée et souffrante. Elles ne furent cependant pas trop mauvaises. Pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, elle perdit assez de sang; mais cette évacuation ne fit que désenflammer les parties qui avaient souffert; la malade se rétablit bien, devint nourrice, et elle est, depuis, devenue encore mère, sans éprouver d'accidens.

J'ai cru devoir faire connaître au public cette observation, parce que des cas semblables à celui que je viens de mentionner ne sont pas très rares; parce que, généralement, dans les petites localités, où les accoucheurs habiles manquent, les praticiens sont on ne peut plus embarrassés dans ces cas graves, et que, comme j'ai pu m'en informer, souvent la mort de la mère est la suite des manœuvres peu rationnelles qu'on croit devoir faire, ou de l'absence même de ces manœuvres.

En compulsant les faits qui avaient quelque analogie avec celui-ci, c'est-à-dire pour lesquels la version n'était pas praticable et l'enfant mort, j'ai lu que, pour extraire celui ci, tantôt on avait cherché à amener les cuisses en bas avec un crochet, comme Smellie le fit en 1722; ou avec un lacs placé sur les fesses pour les abaisser, et que tantôt on en est directement venu à la mutilation du corps de l'enfant. Ainsi, dans un cas de ce genre, le docteur Hamilton jugea nécessaire de séparer trois vertèbres, et le docteur Clarke, après avoir arraché le bras, perfora le thorax, ce qui permit, dans l'un et l'autre cas, au fœtus, de pouvoir être expulsé plié en deux. D'autres, enfin, ont préféré la détroncation. Mais certainement aucune de ces manières de procéder ne peut être mise en comparaison avec celle que j'ai cru devoir suivre, et qui est remarquable par son innocuité et la rapidité de son exécution.

J'avais à peine fini de transcrire cette observation, lorsqu'il m'arriva un journal de médecine (le JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE) dans lequel je lus la relation de deux faits pareils à celui que je viens de mentionner, et qui se sont offerts récemment à M. le professeur Dubois, à sa clinique d'accouchemens. Ce praticien se décida, dans le premier, à pratiquer la détroncation, après avoir préalablement extirpé le bras qui l'embarrassait, tandis que, dans le second, après avoir divisé le tronc jusqu'à la colonne vertébrale, avec de forts ciseaux, il plia le corps en deux, à l'aide d'un crochet appliqué sur cette colonne osseuse, et le retira ainsi doublé.

Or, en comparant la division totale du corps du fœtus, y compris la colonne vertébrale, avec celle qu'a faite M. Dubois, qui, au lieu de diviser aussi la colonne spinale, s'est contenté d'appliquer sur elle un crochet mousse, pour plier le corps en deux et le faire sortir en cet état, et en pensant surtout au peu de difficulté que j'ai éprouvé pour compléter cette section, il me semble qu'on devra préférer la manière dont j'ai procédé, en permettant aux deux moitiés du corps de sortir isolément, ce qui a préservé les parties de la femme des inconvéniens d'une compression qui, dans ces cas, est toujours fort douloureuse.

GREFFE ANIMALE; par L. TAILLEFER, D. M. P., à Honfleur.

M. Bégin s'exprime, sur la question qui nous occupe, de la manière suivante: « On a prétendu, dit-il, que des portions du corps, tels que le nez, les oreilles, les extrémités des doigts entièrement abattues, sont susceptibles de se renouer, mais il est permis d'élever de justes doutes sur la véracité de la plupart des faits de cette opinion. »

MM. Roche et Sanson professent une opinion peu différente: « Quand une partie est séparée du corps, disent-ils, doit-on en essayer la réunion? Nous ne pouvons dissimuler que des hommes recommandables ont rapporté des exemples de réussite de semblables tentatives; mais ces exemples ont été regardés comme apocryphes par le plus grand nombre. »

Sujet d'un doute philosophique pour quelques-uns, cette question a été résolue négativement par d'autres: à leurs yeux la chose est tout à fait impossible. Mais, empressons-nous de le dire, on revient de nos jours à des idées plus saines, et la prévention commence à disparaître devant l'évidence des faits. Effectivement, des exemples nombreux et authentiques de succès de pareilles tentatives, dont l'histoire du nez de Garengeot et de son confrère Galin est encore la plus curieuse, démontrent la possibilité de réunir ensemble des parties séparées par un véritable greffement de ces parties les unes sur les autres.

Ainsi, nous lisons dans le bulletin de l'Académie royale de médecine, séance du 10 janvier 1837, ce qui suit: « Un de mes honorables collègues (c'est M. Velpeau qui parle) s'est emporté la pulpe du doigt indicateur avec son rasoir. La partie détachée est tombée à terre; il l'a ramassée, l'a enveloppée dans son mouchoir, et est venu me trouver. Le lambeau est tombé de nouveau dans mon cabinet, je l'ai relevé, et l'ai remis en place. Cette application a été faite une heure et demie après l'accident. Néanmoins, la réunion s'est opérée promptement et de la manière la plus intime, ainsi qu'on peut le voir. »

M. le professeur Cloquet et le docteur Hurtado ont prouvé le même accident que M. Gursse, et ont obtenu le même résultat. (Même séance, cas cités par MM. Piorry et Velpeau.)

M. le professeur Roux dit avoir été plusieurs fois témoin de plaies dans lesquelles des portions entièrement détachées de doigts, de l'éminence Thénar, par l'action d'instrumens très acérés, se sont recollées et cicatrisées, après avoir été exactement réappliquées. (DICT. DE MÉD., vol. XVII, Paris, 1827.)

D'autres faits analogues bien observés se trouvent consignés dans les ouvrages et recueils scientifiques, et, sans remonter bien loin, la GAZETTE MÉDICALE des 27 septembre et 26 octobre derniers rapporte deux faits fort curieux, l'un, observé sur M. Dubroca, de réunion d'une portion de doigt complètement séparée, et l'autre, par M. le docteur Brochin, de réunion d'une portion de la troisième phalange du doigt médius entièrement séparée de sa base.

Sir Astley Cooper (LECTURES ON THE PRINCIPES AND PRATIC OF SURGERY) cite un exemple semblable, publié en 1814 par le docteur Bafour, d'Edimbourg, dans la bibliothèque de médecine britannique, et reproduit textuellement dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES, art. *Ente animale*, vol. XII, 1815.

Le passage suivant, que j'extrais de l'excellent manuel de chirurgie que vient de publier M. Denitt, fera mieux connaître encore l'opinion des chirurgiens anglais à cet égard: « If any smals portion of the body (a finger or part of the nose for instance) has been completely cut off, if it be reapplied as soon as possible, and estained by plasters or sutures, and wrapped up soas to preserve its temperature, it evill very prohably unite again. And even if such a part have been separated for a considerable time, the attempt should not be given up; but it should bewel washed ni warm water to free it from dirt, and the stump should also be bathed, so as to remove any dry coagulated blood, before they are reapplied to each other. »

Le cas que je vais rapporter est peut-être plus remarquable encore, le retour de la sensibilité dont il est fait mention ne pouvant être dû, puisqu'il y avait séparation complète, qu'à la régénération du tissu nerveux. Or, cette opinion, soutenue par Tiedman et quelques autres physiologistes, est rejetée par le plus grand nombre (Heurteloup, MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LA NON RÉGÉNÉRATION DES NERFS DE LA VIE ANIMALE (JOURN. DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGIC., 1834 et 1835). Cette observation vient d'Angleterre et se trouve consignée dans un journal médi-

cal, où elle courrait grand risque de rester ensevelie. Tel est le motif qui m'a déterminé à la publier, et à donner occasionnellement un court aperçu historique des témoignages qui établissent la vérité d'un fait fort important pour l'autoplastie. Il est temps aussi, ce me semble, de mettre un terme au ridicule qui, depuis 1731, poursuit sans relâche Garengeot, ce chirurgien honnête et instruit qui devrait être l'admiration et non le jouet et la risée du public médical.

La connaissance de ces faits doit suffire pour indiquer les mesures que l'on doit prendre dans des cas de ce genre: c'est de tenter la réunion des parties entièrement séparées du corps; car, comme l'observe avec beaucoup de justesse Boyer, si ces parties ne s'agglutinent pas, il n'en résultera aucun inconvénient, et si elles se consolident, on aura la satisfaction d'avoir conservé l'intégrité de la partie et évité la difformité résultant de sa mutilation. D'ailleurs, à ceux qui douteraient encore, nous rappellerons ce sage conseil de Celse : *Il vaut mieux tenter un remède douteux que de n'en tenter aucun!* (MELIUS EST ANCEPS AUXILIUM EXPERIRI QUAM NULLUM, DE MEDICIN, lib. II, cap. 10.)

CAS DE RÉUNION D'UNE PARTIE DE L'INDEX; COMMUNIQUÉ PAR M. MILES MORLEY, M. D. C. S.

OBS. — Un enfant, âgé de 11 ans, étant à jouer, près de Chelsa, au milieu de décombres, eut la moitié de la phalange de l'indicateur de la main gauche séparée par cette sorte de pierre appelée dalle. Il me fut amené dix minutes environ après l'accident. J'envoyai aussitôt ses camarades chercher la partie amputée, et pendant leur absence je nettoyai la main, qui était meurtrie et lacérée. Au bout de dix minutes, la mère de ce garçon revint avec ce doigt: il était froid et livide. Après l'avoir bien lavé, je l'ajustai dans sa place naturelle et l'y maintins au moyen de bandelettes agglutinatives. Le pansement fini, je congédiai le blessé, en lui recommandant bien le repos du membre. Examiné le cinquième jour, l'adhésion était parfaite. Je levai l'appareil pour la deuxième fois, le dixième jour, et renouvelai les pansemens de jour en jour.

Voilà trois mois que cet accident est arrivé. L'ongle, qui était tombé dans les huit premiers jours, est repoussé presque entièrement, et le doigt a recouvré sa mobilité et sa sensibilité.

DES PONCTIONS MULTIPLES EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS; par M. J. AUBRY, interne provisoire à l'hôpital du Midi.

Cette méthode curative des bubons, depuis longtemps mise en usage par M. Cullerier, tant à l'hôpital du Midi que dans sa pratique particulière, offre des résultats si avantageux, que nous croyons devoir attirer sur elle l'attention des praticiens.

Elle peut être employée dans deux buts différens, ou bien comme méthode *évacuative* pour vider un bubon du pus qu'il contient, ou bien pour amener à la résolution des tumeurs vénériennes inguinales, aiguës ou chroniques.

1° Dans les bubons suppurés :

Dans le premier cas, les ponctions multiples ont un avantage évident sur l'incision simple; par leur emploi, on obtient une guérison plus prompte, et elles laissent beaucoup moins de difformité que la cicatrice qui résulterait d'une large incision pratiquée avec le bistouri comme on le faisait autrefois et comme quelques praticiens le conseillent encore.

Voici, du reste, ce qui se passe à la suite des ponctions, lorsqu'on a affaire à un bubon à marche aiguë, d'un volume médiocre, où la suppuration est évidente et dont la base présente peu de dureté; le pus trouvant une issue facile par les piqûres sort mêlé à une petite quantité de sang; la peau qui constitue la paroi antérieure du foyer purulent s'affaisse et vient se mettre en contact avec le fond; bientôt une inflammation adhésive survenant, les deux parois opposées s'unissent, adhèrent l'une à l'autre en même temps que les petites plaies de la peau se guérissent en laissant une cicatrice presque imperceptible. Dans les bubons médiocres, offrant, par exemple, le volume d'un œuf de pigeon et présentant les caractères franchement phlegmoneux, nous avons souvent observé la guérison complète le dixième jour, et rarement plus tard que le dix-huitième. Dans plusieurs cas, où la tumeur était plus petite, il a fallu moins de temps encore pour amener la cicatrisation.

Quant à la manière de pratiquer les ponctions, bien que ce soit, en apparence, une chose fort simple, nous dirons qu'il n'est pas tout à fait indifférent de leur donner une direction ou une autre, et qu'il vaut mieux, comme le conseille M. Cullerier, les faire perpendiculairement ou obliquement au pli de l'aine que de leur donner une direction parallèle au ligament de Fallope; en suivant ce précepte, on obtiendra de petites plaies dont les lèvres s'écarteront par l'effet de l'élasticité de la peau et laisseront ainsi à l'écoulement du pus une issue facile, tandis qu'en l'omettant on verra les bords des piqûres se rapprocher et s'unir avant que l'abcès soit entièrement vide.

Il va sans dire que la quantité des ponctions doit varier suivant le volume du bubon; tout ce qu'on peut dire à cet égard, c'est qu'il ne faut pas dépasser le nombre strictement nécessaire pour le libre écoulement du pus, afin d'épargner un peu de douleur au malade et de rendre les traces de la maladie le moins apparentes qu'il sera possible.

La lancette est l'instrument le plus convenable pour pratiquer les piqûres, parce qu'étant tranchante de deux côtés, elle fait une section plus nette des tégumens.

Du reste, on serait dans l'erreur si l'on croyait que tout bubon suppuré et sans induration peut avantageusement être traité par les ponctions multiples; il est une circonstance qui doit les faire rejeter; c'est l'amincissement considérable de la peau qui forme la paroi antérieure de la collection.

Si cette peau ne jouissait pas d'assez de vitalité pour adhérer au fond du foyer après l'évacuation du pus, la cicatrisation serait excessivement longue, abandonnée à elle-même, et on serait obligé d'exciser les lambeaux cutanés, qui sépareraient, comme des espèces de ponts, les petites plaies faites par la lancette, ou de les détruire par un caustique.

Aussi dans les cas où la peau offre une coloration bleuâtre, lorsqu'elle paraît amincie, n'avons-nous pas recours à la méthode que nous employons hors de ces cas exceptionnels.

2° Dans les bubons aigus qui ne sont pas encore en suppuration :

Comme nous l'avons déjà dit, M. Cullerier emploie aussi les ponctions multiples dans le but d'amener à la résolution des bubons non suppurés, soit qu'ils aient une marche aiguë, soit qu'ils consistent en des engorgemens chroniques des ganglions inguinaux. Dans les bubons aigus, mais où la suppuration n'est pas manifestement formée, les piqûres de lancette agissent comme de véritables saignées locales, en déterminant le dégorgement des parties; aussi ne doit-on pas craindre de les faire profondes; nous ajouterons même que l'expérience a démontré à M. Cullerier qu'il était important que la pointe de l'instrument pénétrât dans le ganglion enflammé et qu'elle en divisât l'enveloppe fibreuse, afin que le dégorgement fût plus complet; de cette manière, la distension inflammatoire du ganglion devenant plus facile les douleurs sont moindres, et si du pus vient à s'y former, il trouvera une issue facile qui préviendra les désordres de la suppuration.

3° Dans les bubons chroniques indurés :

Si les ponctions multiples ont de bons résultats dans les bubons suppurés, et dans ceux qui ayant une marche aiguë ne sont pas encore arrivés à la suppuration parfaite, elles rendent aussi de grands services lorsqu'on les emploie pour combattre des bubons indolens et indurés; mais alors il faut quelquefois y avoir recours à plusieurs reprises; on devra être guidé par les effets qui suivent les piqûres et par la marche de la maladie, si, par exemple, à la suite de six à sept coups de lancette donnés le même jour, la tumeur diminue; puisqu'au bout de quelque temps elle redevient stationnaire, on devra pratiquer de nouvelles ponctions; du reste, nous n'avons jamais eu besoin d'y avoir recours plus de deux fois, et cela dans des cas où la tumeur était très volumineuse, occupait presque toute l'étendue transversale de l'aine; dans trois cas de cette espèce la guérison était complète au bout d'un mois. Nous devrions peut-être ici donner des observations détaillées; mais cela nous entraînerait au-delà du but que nous nous sommes proposé, celui de rendre publique une méthode qu'emploie M. Cullerier, en indiquant seulement les espèces de bubons où elle est applicable.

C'est surtout dans les cas de bubons chroniques indurés que M. Cullerier conseille de percer profondément le ganglion; avis important dont l'omission peut compromettre le succès de la méthode, comme j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois.

Quant à la manière dont agissent les piqûres pour amener la guérison des bubons chroniques, tout en admettant que le dégorgement sanguin puisse être utile, nous pensons que c'est surtout à l'inflammation légère qui suit l'opération qu'on doit attribuer la diminution, l'affaissement, et enfin la résolution complète du bubon.

Nous ajouterons pour terminer que les ponctions multiples doivent être préférées à la méthode du vésicatoire, non seulement parce qu'elles ont plus d'efficacité, mais parce qu'elles font moins souffrir le malade, puisque la douleur qui les accompagne ne dure qu'un instant, tandis que dans la méthode de Malapert l'application du caustique étant répétée un assez grand nombre de fois, le patient supporte à plusieurs reprises des souffrances plus vives que celles qu'il endure un seul moment pen-

dant qu'on pratique les ponctions; d'ailleurs nous évitons encore la cicatrice très apparente qui résulte de la cautérisation.

OBSERVATION NOUVELLE SUR LA GUÉRISON DES FISSURES A L'ANUS PAR LE MONÉSIA; communiquée par le docteur J. F. PAYEN.

Je crois devoir ajouter une nouvelle observation à celles que j'ai antérieurement publiées dans la GAZETTE MÉDICALE sur la guérison des fissures à l'anus à l'aide du monésia. Ce résultat, si l'expérience le confirme, serait si remarquable, les fissures dont je parlais dans un premier article avaient été si rebelles, celles dont je veux parler aujourd'hui ont été si persévérantes, que j'espère que le succès que j'ai obtenu déterminera les praticiens à expérimenter le monésia contre ce genre de lésion, et je ne doute pas qu'ils n'eussent à se louer d'avoir eu recours à cette substance.

OBS. — Madame C. M., la même dame qui fait le sujet de l'une des observations de mon second article (GAZ. MÉD., 4 avril 1840) et qui avait eu, au commencement de cette année, deux fissures à la partie postérieure du pourtour de l'anus, me fit demander, au milieu du mois dernier, parce qu'elle souffrait de nouveau. J'examinai l'anus, je constatai la guérison complète des fissures dont les cicatrices linéaires étaient très reconnaissables à leur couleur blanche. Mais en avant, c'est-à-dire au point opposé, je découvris deux fissures nouvelles, longues l'une de 5 millim., l'autre de 7, dont une était exactement située sur la ligne médiane et au niveau du sphincter, l'autre un peu à gauche de celle-ci et plus extérieure qu'elle; elles avaient à peine de largeur, leur fond était d'un rouge vif, les bords étaient gris et sans callosité. A l'aspect de ces fissures, il était évident qu'elles étaient récentes, et d'ailleurs la malade ne souffrait que depuis quelques jours.

La muqueuse de l'anus présente chez madame C. M. une excessive délicatesse qui est la conséquence de la finesse extrême de sa peau. Cette disposition, jointe à une constipation habituelle que rien ne peut modérer, suffit, je pense, pour expliquer la formation de ces fissures.

Quoi qu'il en soit, j'espérais qu'un simple bourdonnet de charpie, enduit de pommade au monésia, et introduit un peu avant dans l'anus, suffirait pour arrêter ces fissures à leur début, mais il n'en fut rien. La pommade avait immédiatement calmé les douleurs, mais les fissures gagnèrent en longueur et en profondeur, de telle sorte qu'en cinq jours l'une d'elles avait au moins 14 millim. et était presqu'entièrement cachée dans la hauteur du sphincter de l'anus. J'eus recours aux mèches enduites de pommade au monésia et saupoudrées d'extrait du côté malade; mais la période aiguë des fissures n'était pas terminée, et pendant quelques jours elles continuèrent encore à s'étendre. Je résolus alors, tout en employant les mèches, d'essayer comparativement la monésine (principe âcre du monésia), et à l'aide de la tige du porte-mèche, je recouvris avec cette substance la surface de l'une des fissures sans en laisser arriver sur l'autre. Cette application détermina immédiatement une douleur assez vive. Le lendemain, la fissure était grisâtre comme après le passage du nitrate d'argent; cette couche pultacée tomba. Je fis une nouvelle application de monésine dont le résultat fut d'élargir la fissure; mais sa surface devint d'un rose clair et d'un bel aspect, et en moins de douze jours elle était guérie. L'autre fissure, au contraire, s'était un peu rétrécie, mais elle avait encore une assez grande étendue. J'appliquai alors sur celle-ci de la monésine à deux reprises différentes; les mêmes effets s'en suivirent; la vitalité de la plaie fut stimulée; le travail de la cicatrisation marcha plus activement, et, huit jours après la guérison de la première fissure, je jugeais complète la cicatrisation de la deuxième, lorsque la malade, qui avait l'habitude de retirer la mèche elle-même et par devant, sentit, en faisant cette extraction, une douleur très aiguë, qu'elle compara à un coup de canif; je ne doutai pas que quelque fil de la mèche ne se fût introduit dans le fond de la fissure et qu'il n'eût réellement coupé la cicatrice encore si fragile; je trouvai en effet la fissure prolongée supérieurement et saignante; je continuai donc encore l'usage des mèches pendant huit jours; et aujourd'hui, après cinq semaines, à partir du commencement du traitement, la guérison des deux fissures est parfaite, et la cicatrisation de l'une d'elles n'a pas moins de 18 millim. de longueur.

Cette observation m'a intéressé, parce que c'est la première fois que j'ai employé la monésine sur les fissures et qu'il m'a semblé que l'expérience a été en faveur de cette substance, et parce qu'il est de plus en plus évident que le monésia, soit qu'on l'emploie seul ou avec la monésine, on après les cautérisations du nitrate d'argent, doit guérir des fissures qui sans lui auraient exigé l'incision. D'un autre côté il était curieux de suivre le progrès de ces fissures à l'état naissant, et qui pendant trois jours continuèrent à croître malgré mes pansemens. Enfin si je ne craignais de m'être déjà trop étendu sur ce sujet, j'ajouterais un petit alinéa au chapitre si important pour le praticien, *de quibusdam magni momenti minutiis*, et après avoir rappelé le conseil que j'ai donné de faire pénétrer une portion de la mèche presque au fond de la fissure, lors de l'introduction, je recommanderais lors de l'extraction d'avoir bien soin d'appuyer sur le côté de l'anus opposé à la fissure. D'après ce qui est arrivé à madame C. M., je crois que cette précaution n'est pas superflue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 AOUT.

FIXATION DES IMAGES DAGUERRIENNES.

Nous avons, il y a quelques mois, appelé l'attention sur une image photographique sur métal, présentée par M. Fizeau, image qui, pour la finesse, l'éclat et la vigueur, était égale ou supérieure à ce qu'on avait vu jusque-là de plus parfait, et qui avait, de plus que les images ordinaires, le grand avantage de pouvoir supporter, sans détérioration sensible, des frottemens par lesquels celles-ci eussent été complètement détruites. M. Fizeau, aujourd'hui, présente de nouvelles images, lesquelles, au dire des personnes qui les ont pu voir, ne le cèdent en rien à la première, et il y joint une note dans laquelle il expose en détail le procédé au moyen duquel il obtient ces résultats. Son procédé consiste à traiter à chaud les épreuves par un sel d'or préparé de la manière suivante:

On dissout 1 gramme de chlorure d'or dans un demi-litre d'eau pure, et, dans une même quantité d'eau, 3 grammes d'hyposulfite de soude. On verse la première dissolution dans la seconde, peu à peu, et en agitant; le mélange, d'abord légèrement jaunâtre, ne tarde pas à devenir parfaitement limpide; il paraît consister alors, dit M. Fizeau, en un hyposulfite double de soude et d'or; plus, du sel marin, qui semble ne jouer aucun rôle dans l'opération.

Pour traiter une épreuve par ce sel d'or, il faut que la surface du plaqué soit parfaitement exempte de corps étrangers et surtout de corps gras, et, par conséquent, qu'elle ait été lavée avec quelques précautions qu'on peut négliger dans les procédés ordinaires. Voici comment on peut s'y prendre. L'épreuve étant encore tout iodée, mais exempte de poussière et de corps gras sur les deux surfaces et les épaisseurs, on verse quelques gouttes d'alcool sur la surface iodée; quand l'alcool a humecté toute la surface, on plonge la plaque dans l'eau pure, puis dans la solution d'hyposulfite; cette solution doit être renouvelée à chaque épreuve, et doit contenir environ une partie de sel pour quinze d'eau. Le reste du lavage s'effectue comme d'ordinaire.

Quand une épreuve a été lavée avec ces précautions, fût-elle fort ancienne, le traitement par le sel d'or est très simple. Il suffit de placer la plaque sur le châssis en fil de fer qui se trouve dans tous les appareils, de verser dessus une couche de sel d'or suffisante pour que la plaque en soit entièrement couverte, et de chauffer avec une forte lampe; on voit alors l'épreuve s'éclaircir et prendre en même temps une grande vigueur. Quand l'effet est produit, et cela n'exige ordinairement que deux ou trois minutes, il faut verser le liquide, laver la plaque et faire sécher. Dans cette opération, de l'argent s'est dissous et de l'or s'est précipité sur l'argent et sur le mercure, mais avec des résultats bien différens; en effet, l'argent qui, par son miroitage, forme les noirs du tableau, est en quelque sorte bruni par la mince couche d'or qui le couvre, d'où résulte un renforcement dans les noirs; le mercure au contraire qui, à l'état de globules infiniment petits, forme les blancs, augmente de solidité et d'éclat par son amalgame avec l'or, d'où résultent une fixité plus grande et un remarquable accroissement dans les lumières de l'image.

BRANCHIES DES CRUSTACÉS.

M. Duvernoy lit une note sur une nouvelle forme de branchies qu'il a observée dans une espèce de crustacé décapode macroure qui lui avait été envoyée de Nice par M. Risso, et annoncée comme vivant dans la mer à une grande profondeur. Comme l'*habitat* exerce, ainsi que M. Duvernoy l'a fait remarquer dans ses précédentes communications, sur les organes respiratoires des crustacés une influence marquée sur la disposition des branchies, il s'attendait en quelque sorte à rencontrer chez l'espèce qui était soumise à son examen des particularités en rapport avec son genre de vie; voici en effet celles qui lui ont présentées les branchies.

Au lieu d'être lamelleuses ou penniformes comme celles de la famille des salicoques à laquelle le genre peoné appartient, les branchies ont une forme qu'on peut désigner sous l'épithète de *rameuses*. Chaque branchie se compose d'une tige principale qui s'étend sur toute la longueur du double cône branchial. De cette tige partent de chaque côté, à angle droit, un certain nombre de branches qui se courbent en demi-cercle, et dont les extrémités libres se rencontrent ou se rapprochent beaucoup dans la plus grande partie de l'étendue de la face externe de la branchie. Il n'y a que celles des sommets des deux cônes qui restent droites ou étalées. Des faisceaux de rameaux et de ramuscules très courts et très rapprochés les uns des autres garnissent, surtout intérieurement, toute l'étendue de ces branches. Chaque branchie est ainsi un rameau très divisé dont les branches forment un cylindre creux, et dans lequel l'eau doit circuler et filtrer pour l'hématose, que cette extrême division favorise.

Cette disposition, ajoute l'auteur, semble propre à compenser en partie les effets que pourrait avoir sur la respiration une eau très peu aérée, comme l'est celle de la mer aux grandes profondeurs qu'habite l'animal.

NERVATION DES FEUILLES DANS LES PLANTES DICOTYLÉES.

M. de Mirbel fait, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Payer, relatif à cette question.

Ce travail, dit le rapporteur, manquait à la science; il était bon, il était même nécessaire qu'on l'exécutât. M. Payer y a consacré un temps considérable, et il a ce semble épuisé la matière. Toutefois, nous devons le dire, les résultats qu'il a obtenus ne sont point de ceux qui excitent le plus vivement l'attention. Dans les sciences d'observation, il n'est pas sans exemple que le bonheur ait plus de part que le savoir-faire à d'importantes découvertes. Le physiologiste qui a recours à l'anatomie, quelque pénétrant, quelque laborieux qu'il soit, ne saurait tirer d'un sujet que ce qu'il contient. Ce n'est point l'habileté qui a fait défaut, c'est l'occasion. Sa dissertation riche en détails, ses dessins exacts et nombreux, en sont la preuve. Qu'il poursuive donc avec l'ardeur et la persévérance qu'il a montrées dans ce premier essai de ses forces, et nous ne doutons pas qu'il ne prenne un jour un rang distingué parmi les phytologistes. L'encouragement le plus puissant pour lui serait assurément que l'Académie daignât approuver son travail. La commission est d'avis qu'il mérite cette distinction.

Ces conclusions du rapport sont adoptées.

QUANTITÉ D'AIR NÉCESSAIRE A LA RESPIRATION DU CHEVAL.

M. Chevreul fait au nom d'une commission un rapport en réponse à cette question sur laquelle M. le ministre de la guerre avait consulté l'Académie :

« Quelle est la quantité d'air nécessaire à un cheval pendant vingt-quatre heures, en tenant compte de celle qui peut être viciée dans le même temps par la ventilation de l'air de l'écurie où le cheval est enfermé, afin de pouvoir déduire de cette connaissance la capacité qu'il faut donner à une écurie pour un nombre déterminé de chevaux qui devront y rester vingt-quatre heures avec leur litière sans souffrir du manque d'air et de ce qu'on nomme miasme? »

Le peu de temps laissé à la commission pour répondre à cette question ne lui a pas permis d'entreprendre, comme elle l'eût désiré, une longue série d'expériences, qu'elle regarde cependant comme indispensable pour arriver à une solution rigoureuse; elle a donc dû se borner à combiner les expériences déjà faites, tant sur l'homme que sur les animaux, pour en tirer des déductions qui ne doivent d'ailleurs être considérées que comme provisoires.

Ces conclusions sont que, dans une écurie où l'air se renouvelle convenablement au moyen des portes et des fenêtres, et à plus forte raison au moyen d'une ventilation habilement établie, un cheval ne sera jamais exposé à souffrir du manque d'oxigène atmosphérique lorsqu'il y trouvera 25 ou 30 mètres cubes d'air.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

CORRESPONDANCE.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel fait le dépouillement de la correspondance, qui contient : 1° L'état des vaccinations dans le département de Lot-et-Garonne; 2° plusieurs lettres ministérielles sur des remèdes secrets; 3° un mémoire de M. Boutigny sur les phénomènes dits de caléfaction par l'auteur; 4° un mémoire de M. Maslieurat sur l'influence de l'os maxillaire supérieur dans la face des diverses races humaines.

GASTRITE ULCÉREUSE, SIMULANT UNE ENCÉPHALITE.

M. Bricheteau a la parole pour un rapport sur cette observation, envoyée à l'Académie par M. Sades, de Dijon, membre correspondant. (Dépôt aux archives et remercîmens à l'auteur.)

CONSIDÉRATIONS SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES; PAR M. SECHOT.

Le même rapporteur rend compte d'un travail de ce médecin, dans lequel, sur 750 cas de fièvres intermittentes, soumises à son observation, dans le département de la Haute-Vienne, il a confirmé la plupart des faits connus sur cette maladie. Ce mémoire, tout de statistique, vaut à l'auteur les remercîmens de l'Académie, qui l'engage à continuer ses observations.

OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE POUR UNE TUMEUR ÉRECTILE DE L'ORBITE, ET EXPÉRIENCES FAITES SUR LES ANIMAUX, POUR CONSTATER L'INFLUENCE EXERCÉE SUR EUX PAR LA LIGATURE DES CAROTIDES PRIMITIVES; PAR M. JOBERT (DE LAMBALLE).

M. De..., d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, sauf une bronchite chronique, dont il était affecté depuis longtemps, portait, depuis trois ans, dans l'orbite du côté droit, une tumeur, sur la nature de laquelle beaucoup de médecins avaient été en désaccord et beaucoup de remèdes inutilement tentés.

M. De... racontait qu'il y a trois, en 1836, tout d'un coup et sans cause appréciable, il sentit son œil gauche injecté et comme plus gros que le gauche. En août 1839, l'œil était chassé de l'orbite, ses mouvemens étaient presque complètement abolis; le moindre toucher excitait des douleurs; l'éclat de la lumière ne pouvait être soutenu. La conjonctive était rouge, injectée, les paupières distendues, amincies; la vision était perdue. La tumeur, qui était d'abord peu saillante au-dessus de l'œil, avait fini par prendre un assez grand développement, et, dans sa marche vers l'extérieur, elle a détruit une grande étendue de l'arcade orbitaire. Des pulsations isochrones aux battemens du pouls, des mouvemens d'expansion manifestes et un bruit de susurrus distinct, ne permettaient point de méconnaître une tumeur érectile. Une ponction exploratrice donna écoulement à du sang rouge et artériel. Toutes les célébrités chirurgicales de Paris visitèrent le malade et se prononcèrent pour la ligature de l'artère carotide primitive. Elle fut exécutée le 7 août 1839, en présence de MM. Velpeau, Cloquet et beaucoup d'autres. Au moment où la ligature étreignit la carotide primitive, les battemens cessèrent dans la tumeur et n'ont point paru depuis. La face, d'abord pâle, reprit bientôt ses couleurs. Ni les organes des sens situés à la face et à la tête, ni la voix, ni les fonctions intellectuelles, n'éprouvèrent de trouble de cette opération. Le 10 août, la tumeur avait diminué et l'œil recouvré une grande partie de sa motilité, sans douleur. La réunion de la plaie eut lieu presqu'en entier par première intention. Les fils tombaient un mois après l'opération. Aujourd'hui l'œil est rentré dans l'orbite. La perte de substance, creusée jadis par la tumeur sur le frontal, est facilement sentie sous la peau, qui ferme la cavité et qui est soulevée à ce niveau pendant la toux.

Les artères du côté droit de la face laissent à peine apercevoir des battemens; du côté gauche, au contraire, elles battent très fort et ont un calibre bien plus considérable que du côté droit.

M. Jobert, curieux d'éclairer l'influence exercée sur les animaux par les ligatures des carotides, s'est livré à d'intéressantes expériences sur plusieurs d'entre eux; il les fait précéder d'un historique des opinions émises à ce sujet par les auteurs à différentes époques. Ces expériences peuvent se partager en trois classes: 1° les unes ont été faites sur des chiens, des lapins, des moutons, des chèvres, habituellement sur les deux carotides à la fois, et n'ont été, en général, suivies d'aucun trouble fonctionnel des organes des sens, ni de l'intellect de ces animaux. Chez quelques chiens, il y a eu un peu de gêne dans la respiration, un peu de rougeur des conjonctives chez les lapins. Des injections ont été faites sur des chiens vingt-un jours après la ligature; la matière à injection pénètre dans toute l'artère, au dessus et au-dessous de la ligature; au-dessous l'artère est plus volumineuse, elle est oblitérée dans l'étendue de 2 centimètres à peu près; mais des vaisseaux, répandus dans la tunique celluleuse, et pleins d'injection, font communiquer le bout supérieur avec le bout inférieur. Les vertébrales sont plus développées que chez d'autres animaux de même taille. 2° La ligature de la carotide, faite à un cheval, conjointement avec celle du pneumo-gastrique, amène de grands troubles immédiats dans la respiration, un sifflement bruyant, et bientôt l'animal expire. 3° La ligature pratiquée aux mêmes animaux seulement sur les carotides, le pneumo-gastrique étant intact, produit également des troubles dans l'acte de la respiration, mais beaucoup moins considérables. L'animal meurt au bout de 6 ou 7 heures, avec des convulsions; quand avant ou après la ligature, des saignées ont été pratiquées, la mort est retardée de 5 ou 6 heures. L'autopsie a démontré chez tous ces animaux un engorgement sanguin très notable de tout le poumon et de véritables apoplexies pulmonaires; dans les cas où des saignées ont été faites, ces lésions étaient beaucoup moins prononcées. Chez le cheval, l'artère vertébrale est très petite, et une injection, poussée après la ligature montre que chez ces animaux elles n'ont point le volume de celles d'un chien de petite taille.

Il est certain que la ligature de la carotide primitive, d'un ou de deux côtés, n'interrompt pas le cours du sang dans les ramifications de cet artère, pas plus sur l'homme que sur les animaux dont nous venons de parler. Comment donc peut-elle agir pour guérir les tumeurs érectiles de la face et de la tête? C'est suivant M. Jobert par la soustraction subite d'une grande quantité de sang de la tumeur; 2° par l'obstacle qu'elle met à la transmission de l'impulsion du cœur, dans toute son énergie, jusque dans la tumeur. Il s'est assuré, par des expériences sur les animaux, qu'au-dessus d'une artère liée le sang artériel coule d'un jet continu, bavant, et sans saccade. Ses conclusions sont :

1° Les tumeurs érectiles de l'orbite détruisent les os, à la manière des anévrismes.

2° Elles ont les caractères des tumeurs anévrismales, et se guérissent par la ligature des artères carotides primitives du côté correspondant.

3° La guérison ne tient point à l'oblitération des artères au-dessus de la ligature, mais au défaut d'impulsion de la colonne sanguine arrivant dans la tumeur.

4° Les artères vertébrales suffisent à la circulation cérébrale après la ligature des carotides.

5° Les chiens, les moutons, les lapins, n'éprouvent point d'accidens à la suite de cette opération.

6° Les chevaux, au contraire, ne peuvent lui survivre, et ils succombent à des apoplexies pulmonaires.

7° Les saignées, avant ou après la ligature, diminuent l'intensité des lésions pulmonaires.

8° Peut-être chez l'homme la perte d'une certaine quantité de sang après l'opération aurait des effets salutaires.

MM. Bérard, Gimelle et Larrey sont chargés d'examiner ce travail.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'AMPUTATION DE LA JAMBE AU TIERS SUPÉRIEUR; PAR M. SÉDILLOT.

L'auteur de ce mémoire, après un exposé historique et critique des diverses méthodes et procédés adoptés ou vantés pour l'amputation de la jambe au tier

supérieur, propose un nouveau procédé, à un seul lambeau. À 18 millimètres en dehors de la crête tibiale, il enfonce la pointe de son couteau, qui, traversant les muscles de la région antérieure, contourne le péroné et vient sortir à la face postérieure de la jambe, puis taille de haut en bas un lambeau externe, avec le soin que les muscles soient coupés plus haut que la peau. Les deux extrémités de la plaie sont réunies par une incision circulaire des tégumens en arrière et en dedans. Les bords de cette incision étant relevés en manchette, tous les muscles sont coupés à 33 millimètres au-dessus du point où l'os doit être scié.

À ce procédé, l'auteur rattache les avantages suivans : 1° d'avoir des muscles pour recouvrir les os; 2° de ne point exposer à la gangrène de la peau qui recouvre le tibia.

MM. Baffos, Velpeau et Roux sont chargés de rendre compte du travail.

DES CAUSES ET DE L'ORGANISATION DE L'HOMME ET DE TOUS LES ÊTRES ANIMÉS.

M. Picard lit un travail sur ce sujet.

Ce mémoire entièrement métaphysique est renvoyé à l'examen de MM. Rochoux et Castel.

COMMUNICATION. — ABLATION D'UNE TUMEUR REMARQUABLE DE LA PARTIE LATÉRALE DROITE DU COL, PAR M. BEGIN.

M. Begin montre à l'Académie cette tumeur qui a le volume du poing et qu'il a enlevée vendredi dernier à un jeune homme au Val-de-Grâce, située profondément en la partie supérieure et latérale du col; elle était adhérente au larynx et au pharynx qu'elle suivait dans tous leurs mouvemens. Dans cette dernière cavité, le doigt la sentait si distinctement qu'on eût dit la muqueuse détruite et la tumeur à nu. L'opération a présenté cela de particulier, qu'après la séparation difficile des adhérences de la tumeur d'avec le larynx, celui-ci était tellement aminci que dans les mouvemens d'expiration les parois de l'organe se gonflaient comme une vessie qu'on insuffle. Sa tumeur a une coque très solide qui recouvre une substance aréolaire rouge. Le malade va bien.

M. le Président annonce à l'Académie que vendredi dernier également il a fait l'extirpation d'une tumeur squirrheuse, exactement semblable quant au siége à celle présentée par M. Begin. Le malade va également bien.

HÉMORRAGIE REMARQUABLE; CARIE DES MALLÉOLES; AMPUTATION DE LA JAMBE AU TIERS INFÉRIEUR, PAR M. JULES CLOQUET (COMMUNIQUÉE PAR M. MASLIEURAT).

Obs. — Une jeune fille reçut, il y a six mois, un coup de pied à peu près vers l'insertion du pédieux au calcanéum. Il s'en suivit un gonflement notable avec ecchymose; malgré les secours de l'art un abcès se forma en cette région, et à son ouverture on reconnut une carie du cuboïde. Le pus stagnant, M. Cloquet fit une contre-ouverture au bord externe du pied et posa un séton. Plus tard il réunit les deux ouvertures dans le but de favoriser l'écoulement du pus. Quelques jours après un abcès se forme et est ouvert sous la malléole interne. A quelques jours de distance un nouvel abcès se forme sous la malléole externe. Après l'incision de la peau qui recouvrait ce dernier, il y eut écoulement de pus, puis on vit au fond de la plaie un caillot de sang; avec les pinces il fut retiré, mais aussitôt hémorragie abondante que la compression ne put arrêter. Comme d'ailleurs la malléole externe était totalement dénudée dans l'étendue de plusieurs centimètres, l'amputation fut résolue et pratiquée au tiers inférieur de la jambe.

Examen du pied. — Presque toutes les articulations de la première rangée du tarse contiennent du pus; il en est de même de l'articulation du coude-pied. Carie du calcanéum et du péroné. L'artère tibiale antérieure finit dans les muscles antérieurs de la jambe. La tibiale postérieure est très petite, et réunie à l'antérieure n'égale point le volume de la péronière qui, arrivée au bas du ligament interrosseux, passe en avant et fournit la pédieuse située de cette façon sur le coté externe du dos du pied. La pédieuse au niveau de l'abcès du dos du pied est oblitérée dans l'étendue de 2 centim.

M. Roux annonce qu'il a fait il y a quinze jours la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle inguinal pour un anévrisme de la poplitée. Le malade va bien; la circulation est rétablie, et la tumeur anévrismale est sans battement et offre une notable diminution. Ce qu'il y a de curieux, c'est que la même malade a subi il y a trois ans une semblable ligature de la fémorale du côté opposé pour un anévrisme de la poplitée. L'opération réussit parfaitement, et aujourd'hui l'ancienne tumeur anévrismale dure, grosse comme une noix, est soulevée par les battemens de l'artère poplitée qui, malgré la ligature, a repris son volume normal.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ESSAI SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE; INJECTIONS INTRA-UTÉRINES ET INTRA-VAGINALES; par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de Lourcine (hôpital des femmes).

M. Vidal a voulu mettre à profit sa position de chirurgien d'un hôpital des femmes pour expérimenter les moyens qui peuvent hâter la guérison de certaines maladies confondues sous le nom de *fleurs blanches*. Partant de ce principe qu'il faut, autant que possible, aller à la source du mal pour l'arrêter, il ne s'est pas contenté d'agir sur le col de la matrice, il a étendu la médication topique jusqu'au corps même de l'utérus. Il a donc fait des injections qu'il appelle intra-vaginales, intra-utérines. On commence par les injections intra-vaginales. Elles sont faites avec une décoction concentrée de feuilles de noyer; les injections intra-utérines sont faites avec l'iodure de potassium et l'iode très étendus, comme nous l'avons indiqué dernièrement dans un compte-rendu de l'Académie de médecine. M. Vidal a de bonnes raisons pour croire à l'efficacité et à l'innocuité de ces injections. Mais, comme toujours, on a répété les expériences de M. Vidal avec des différences dans les procédés, et par conséquent avec des différences dans les résultats. En injectant la matrice avec un clyso-pompe ou avec une seringue à hydrocèle on devait compromettre ce moyen. C'est pour éviter de nouvelles erreurs que M. Vidal détache avec regret, dit-il, quelques pages d'un livre qui devait paraître très tard. Dans ces quelques pages, il décrit ses procédés, ses expériences; il expose les phénomènes instantanés, primitifs et consécutifs des injections intra-utérines. Avant cela, il a fait l'exposé d'une série d'expériences sur le cadavre, lesquelles ont fourni des résultats très intéressans et très curieux.

Les phénomènes instantanés et primitifs sont quelquefois très marqués; il se développe parfois de vives coliques, ce qui a alarmé quelques médecins qui ont cru à la péritonite, à la métro-péritonite, etc. L'auteur prouve que ce ne sont là que des phénomènes nerveux. S'il y avait danger à faire ces injections, M. Vidal serait le premier à les proscrire, car en fait de hardiesse chirurgicale il a pris depuis longtemps le rôle de modération comme on peut le voir à toutes les pages de sa chirurgie.

M. Vidal a parlé d'un grand nombre de faits, de trois cents. Comme on a paru en vouloir douter il suffit pour dissiper ce doute de dire que dans le service de M. Vidal il s'est fait jusqu'à dix injections intra-utérines par jour. M. Vidal pratique aussi cette opération en ville. Depuis trois mois M. Vidal multiplie ses essais qu'il a commencés à son hôpital en février (voir la Gaz. des Médec.-Pratic.). Quoi qu'il en soit la question est grave : M. Vidal ne se le dissimule pas. Porter un liquide dans le corps même de la matrice, quand les deux trompes s'ouvrent vers le péritoine, est une entreprise sérieuse. Il faut donc qu'une pareille opération soit faite avec des précautions minutieuses; toutes ces précautions sont indiquées dans la brochure de M. Vidal qui n'a que quarante pages. Quand, après avoir suivi en tous points les préceptes de M. Vidal, on aura *des accidens*, alors on pourra parler contre les injections intra-utérines; mais une observation où l'on trouverait, par exemple, que l'injection a été faite avec un clyso-pompe, n'aurait aucune valeur ni pour ni contre cette méthode de traitement, ou plutôt elle prouverait à la rigueur que la matrice peut supporter de grandes violences, car la malade soumise à cette expérience vit encore.

En présence de ce nouvel essai de thérapeutique, nous engageons les praticiens à appliquer la méthode de M. Vidal avec les précautions et sous les conditions indiquées par cet habile chirurgien; c'est là le seul moyen de mettre un terme aux incertitudes qui paraissent planer encore sur cette médication.

QUELQUES PROPOSITIONS SUR LES FONCTIONS DU FOIE ET LES PROPRIÉTÉS DE LA BILE; par le docteur Ripault, D.-M.-P. — 47 pages in-8°, Paris, 1839, chez J.-B. Baillière.

Malgré les vastes recherches faites par les physiologistes sur les fonctions du foie, et les nombreux cas pathologiques qui semblent devoir jeter quelque jour sur ce sujet important, et qui s'accumulent graduellement dans les archives de la science, il reste encore beaucoup de points importans en discussion, et qui appellent de nouvelles expériences, de plus nombreuses observations. Parmi les différentes hypothèses qui ont été avancées sur les fonctions du foie, l'une des plus ingénieuses et de celles qui paraissent le mieux fondées, est celle qui considère cet organe important comme un succédané du poumon, destiné à compléter l'hématose. C'est cette hypothèse que l'auteur de cette brochure présente sous un point de vue qui, sans être tout à fait nouveau, offre cependant de l'intérêt, en raison surtout de la manière dont l'auteur l'a présenté, et des faits qu'il a groupés tout autour. Pour lui, le foie n'est pas seulement et simplement un organe de sécrétion; le liquide biliaire ne lui offre aucun des caractères qui indiquent un fluide indispensable, et il

croit que la nature n'aurait pas créé un organe aussi considérable pour d'aussi minces et d'aussi faibles résultats.

Sans admettre avec M. Taupin que la bile n'est presque d'aucune utilité, que sa sécrétion n'a pour but que de débarrasser le sang de matières impures, et qu'elle constitue un liquide aussi étranger que l'urine, cependant nous pensons que la bile est d'une plus grande utilité que celle que lui acorde l'auteur. Si la sécrétion de ce liquide est continuelle dans l'état de santé, nous devons admettre que sa résorption l'est aussi, et que, dès-lors, elle joue un rôle important, soit dans la digestion, soit dans l'assimilation des parties alimentaires assimilables, et qu'on ne peut la comparer à l'urine dont la résorption, dans l'économie, est promptement suivie de si funestes accidens, bien qu'en général elle semble, par ses qualités physiques, devoir être moins malfaisante que la bile.

Quant au rôle que joue le foie dans l'hématose, c'est encore une question fort obscure, et qui, malgré les faits nombreux que M. Ripault a empruntés à l'anatomie, à la physiologie et à la chimie, nous paraît ne pouvoir être encore rangée que parmi les hypothèses.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES EAUX THERMALES DE BAGNOLES-LES-BAINS (près Mende, département de la Lozère); par M. CHEVALLIER, D.-M. — A Paris, chez J.-B. Baillière; 180 pages in-8°, 1840.

LES BAINS DE BADE (COMTÉ DE NASSAU) ET DES DISTRICTS VOISINS, CONSIDÉRÉS PAR RAPPORT A LEUR EFFICACITÉ DANS LES MALADIES CHRONIQUES; par EDWIN LÉE, M.-R.-C.-L. — Première partie (en anglais).

SOURCE THERMALE DE WISBADE, BADE, EMS, WILDBAD, SCHLANGUBAD, CHAUDE-FONTAINE. — Paris, 1840, 86 pages in-12, chez Galignon et Comp.

L'augmentation de la fortune publique, l'accroissement des fortunes particulières, l'amélioration des moyens de transport et une foule d'autres circonstances nous semblent promettre un avenir brillant aux localités qui possèdent des eaux minérales d'une valeur réelle, et qui sauront employer les moyens propres à appeler chez elle la foule et à l'y maintenir; à celles surtout qui sauront reconnaître et même provoquer le dévoûment des hommes de l'art qui se consacrent à l'étude de cette partie importante de l'art de guérir. M. Lée, dont les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent déjà les nombreuses et utiles publications, nous apprend que ses compatriotes, qui avaient peu de prédilection pour les eaux minérales du continent, ne sont plus en retard sous ce rapport, et out fait de grands progrès dans cette direction, depuis quelques années. « Il y a neuf ans, dit-il, que passant une saison à Wisbade, sur soixante personnes de toutes nations qui dînaient à table d'hôte à l'hôtel des Quatre-Saisons, je me trouvai seul d'Anglais à table, tandis que cette année, à la même époque, et dans la même salle, les quatre cinquièmes au moins des assistans étaient de mes compatriotes. » Et cependant, qui le croirait? M. Lée fut persécuté pour avoir donné des soins à ceux de ses compatriotes qui avaient confiance en lui, et peu s'en fallut qu'il ne fût chassé du pays par la police du comté de Nassau. Cependant, cette injustice maladroite des autorités de Wisbade n'a point empêché le médecin anglais de donner aux eaux de cette ville et des districts voisins les éloges qu'elles méritent. Son travail sur les eaux du duché de Nassau contient non seulement tout ce qui est nécessaire pour la connaissance complète des eaux et de leurs propriétés, mais encore une foule de documens qu'on n'apprend que par le séjour, et qui sont d'une si grande utilité à ceux qui veulent user de ces bains. Les jugemens qu'il porte sur les propriétés de ces eaux sont éclairés et n'offrent nullement ces traces d'exaltation qu'on voit trop souvent dans les ouvrages écrits par les médecins résidens des bains. Sous ce rapport, c'est le meilleur livre que nous puissions conseiller à ceux qui voudraient s'éclairer sur les propriétés de ces bains et sur les autres circonstances qui intéressent les baigneurs.

Le travail de M. Chevallier sur les eaux de Bagnoles-les-Bains contient quelques données sur les eaux elles-mêmes, sur leur antiquité, sur leurs propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, et sur les différentes manières de les employer. Mais la partie la plus importante à notre avis, de ce travail, c'est une série de près de 250 observations de malades, recueillies à Bagnoles-les-Bains, et où on trouve de nombreux exemples des heureux effets de ces eaux, qui sont à la fois sulfureuses et salines, et qui ont une température de 41 degrés centigrade à leur point de départ. L'auteur a placé à la fin de son ouvrage de nombreux tableaux synoptiques, dans lesquels il présente non seulement le résultat des observations faites à Bagnoles-les-Bains sur les nombreux malades qui y affluent, mais où même il compare ce résultat avec ceux obtenus dans d'autres établissemens thermaux.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA MEMBRANE HYMEN ET LES CARONCULES HYMÉNALES, ETC.; par C. DEVILLIERS fils, D. M. P. — Chez Béchet jeune et Labé, libraires.

Le mémoire de M. Devilliers fils est une monographie sur l'hymen et les caroncules hyménales. L'auteur a d'abord tracé un historique des connaissances des anciens et des modernes sur ces organes, afin de mieux faire comprendre la cause des dissidences qui ont existé et existent encore aujourd'hui. Ce sont ces divergences d'opinion et souvent l'inexactitude des descriptions qui ont éveillé l'attention de M. Devilliers et l'ont engagé à éclaircir s'il se pouvait quelques-uns des points en litige. Aussi non content de rassembler un nombre assez considérable d'observations et de rendre ses descriptions aussi complètes que possible, il a joint à son travail quarante figures, dont une grande partie est peinte par lui-même d'après nature, et l'autre copiée sur les dessins les plus remarquables des différentes iconographies.

Il examine l'hymen avant la naissance, à la naissance, puis dans les âges suivans, en cherchant à démontrer les diverses modifications qu'il éprouve dans sa direction, sa forme, sa structure, etc., modifications qui avaient été peu étudiées jusqu'alors, et dont il donne une explication physiologique; passant ensuite aux conséquences médico-légales, il voit si dans les cas de viol l'hymen sera toujours détruit; de quelle manière et à quel degré il pourra l'être. Quant aux caroncules tout le monde sait dans quel embarras se sont trouvés bien des médecins experts lorsqu'il s'agissait d'une décision en matière de viol; M. Devilliers s'attache à rechercher leurs causes et leur mode de formation, et à prouver que leur origine est la même que celle de l'hymen, et qu'il ne peut exister qu'une seule espèce de caroncules hyménales, dont le siége est bien déterminé et qui offrent un aspect, des formes, des directions, etc., auxquels on ne pourra pas se méprendre.

Le mémoire est suivi d'une bibliographie assez étendue, d'une explication très circonstanciée des planches, et de l'extrait du rapport fait à la Société de médecine par MM. Bérard jeune, Duparque et Alphonse Devergie.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

A propos d'une modification apportée par M. Smyly, de Dublin, à l'amputation de la verge, la personne chargée à votre journal de l'analyse des articles étrangers vient de citer mon procédé pour cette opération, et de faire en même temps quelques réflexions que je ne puis laisser sans réponse. Cette personne dit, dans le n. du 25 juillet, page 475 :

« Dans ces derniers temps, M. Barthélemy, chirurgien français, a proposé d'introduire dans le canal, avant l'amputation, une sonde en gomme élastique; il a pensé éviter ainsi la difficulté que l'on éprouve à introduire cette sonde après l'opération. Destinée à remédier à un inconvénient imaginaire, au dire des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération, de M. Velpeau, entre autres, cette modification n'a pas grande valeur.... celle de M. Smyly nous paraît plus importante.. »

M. votre collaborateur débute par une erreur en faisant remonter la publication de mon procédé à *ces derniers temps*, puisque c'est en 1829 qu'a eu lieu cette publication dans le JOURNAL UNIVERSEL DES SCIENCES MÉDICALES. Il est cependant vrai de dire que j'en ai parlé de nouveau dans *ces derniers temps*.

Destinée à remédier à un inconvénient imaginaire (la difficulté d'introduction de la sonde après l'opération), *cette modification, au dire des praticiens, de M. Velpeau, entre autres, est de peu de valeur.*

L'honorable M. Velpeau ayant peine à concevoir, non seulement la perte du canal après l'amputation, mais même la difficulté de le retrouver, a effectivement dit, dans son TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, que mon procédé, qui n'avait pour but que d'éviter ce double inconvénient, était une modification de peu de valeur. Mais il m'a été facile de repousser l'objection de l'honorable M. Velpeau, d'abord en exposant les raisons anatomiques et chirurgicales qui pouvaient

donner l'explication de cet accident, quelque singulier qu'il parût au premier abord; ensuite, en citant quatre faits qui le mettent hors de doute.

Et c'est précisément parce que ces faits, bien positifs, bien authentiques, ont été publiés à diverses reprises, que je ne comprends pas que M. votre collaborateur vienne dire, à propos de la difficulté de retrouver le canal, que c'est un inconvénient imaginaire. Rien n'est plus positif et plus commun que cette difficulté; rien n'est plus positif encore que la possibilité de perdre quelquefois complètement le canal.

Les accidens arrivés à M. Béclard, à Strasbourg; à M. Gimelle, à Paris, et à deux autres chirurgiens à Bordeaux et à Angers sont là qui en font foi.

Tant que ces faits ne seront pas détruits (et je défie qui que ce soit de le faire), mon procédé, sans avoir une importance que je n'ai aucunement l'intention de grossir, aura le mérite de mettre les gens qui subiront l'amputation du pénis à l'abri d'un accident qui peut leur coûter la vie (1).

M. votre collaborateur, qui, en renchérissant sur l'objection de l'honorable M. Velpeau, n'a pas fait preuve de beaucoup de bienveillance pour mon procédé, aurait bien dû conserver un peu de sévérité pour mieux juger la modification du praticien de Dublin.

Comment! il trouve des éloges pour un mode opératoire qui consiste à aller saisir la muqueuse urétrale et à l'affronter avec la peau par des points de suture, et cela dans le but d'empêcher le rétrécissement ultérieur du canal!

Mais qui ne voit au premier coup-d'œil que cette opération, qui sera souvent impossible, toujours difficile et douloureuse, très incertaine dans son résultat, a un défaut bien plus grand encore, c'est d'être à peu près inutile, puisqu'une sonde laissée dans l'urètre jusqu'à parfaite cicatrisation en empêche toujours le trop grand rétrécissement?

J'ai bien l'honneur, etc.

BARTHÉLEMY, de Saumur.

Ce 12 août 1840.

AU MÊME.

Monsieur,

On lit dans la REVUE MÉDICALE de février (p. 400, note 1), l'observation suivante, sur l'ouvrage publié par M. Herman Nasse, et qui a pour titre : LE SANG EXAMINÉ SOUS SES DIVERS RAPPORTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES. Bonn, 1836. « Ce travail ne nous a paru être qu'un exposé assez détaillé des nombreuses expériences faites sur le sang, envisagé surtout sous les rapports physique et chimique. La partie pathologique ne traite guère que de l'inflammation. Ce livre, précieux sans doute, comme source d'indication bibliographique, ne nous a pas semblé contenir des recherches originales, autant du moins qu'un examen rapide à pu nous permettre d'en juger. Nous n'avons pas cru nous-mêmes devoir faire suivre notre travail d'une liste bibliographique. Nous avons pensé que les nombreuses citations contenues dans le texte y suppléraient suffisamment. »

Notre intention n'est point d'adresser une remontrance à l'auteur de cette note, mais seulement de lui donner le conseil, sinon de lire, au moins de feuilleter l'ouvrage ci-dessus, avant que d'en porter un jugement. Nous sommes dans la nécessité de douter qu'il l'ait fait; car il aurait suffi même d'un *examen rapide* pour le convaincre que ce livre renferme suffisamment de recherches et d'observations propres à l'auteur, et qui le font connaître comme un physiologue distingué. Il atteste, à la seconde page de sa préface, que le sang de près de 400 saignées a été exploré, pour fournir des expériences à ce travail, en même temps que la partie des citations témoigne et de l'application et de l'exactitude de l'auteur. Le sang a été examiné soigneusement, dans l'état de santé et dans l'état de maladie, et particulièrement à l'état d'inflammation, sous le rapport de la quantité aussi bien que sous celui de la qualité.

L'influence des soustractions de sang sur la partie restante chez l'individu a été appréciée d'après des expériences faites sur des hommes et sur des animaux, et l'auteur a comparé avec soin le résultat de ses propres observations avec tout ce que d'autres avaient déjà découvert. Plus tard, l'auteur a complété son travail dans les RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES, qu'il a publiées avec son père (tom. II) par de nombreuses observations faites avec le microscope sur le sang, dans l'état maladif, comme il l'avait promis dans la préface et à la fin de son ouvrage, en sorte que ce livre peut, sous tous les rapports, occuper, comme travail préparatoire, une place honorable à côté des excellentes ÉTUDES CHIMIQUES SUR LE SANG HUMAIN, du docteur Lecanu.

Agréez, etc.

Docteur E. DE BYLANDT.

La Haye, juillet 1840.

AU MÊME.

Monsieur,

Permettez à un médecin français de venir réclamer, dans votre estimable journal, la priorité de constatation d'un fait pathologique, que des médecins honorables de la Grande-Bretagne semblent vouloir s'attribuer.

Dans le numéro du 25 juillet 1840 de la GAZETTE MÉDICALE a paru la traduction d'un mémoire inséré dans la LANCETTE anglaise et intitulé : EFFET REMARQUABLE PRODUIT SUR LES GENCIVES PAR L'USAGE PROLONGÉ DE L'OXIDE DE PLOMB; par Henri Burton, médecin de l'hôpital Saint-Thomas.

Dans ce travail, M. Burton dit qu'il a découvert un signe précieux de la présence du plomb dans l'économie, c'est le cercle bleuâtre des gencives, que l'on rencontre chez les individus en contact avec les préparations de plomb, avant le développement des maladies saturnines.

Dès le commencement de l'année 1834, six ans avant la publication de M. Burton, j'avais décrit, dans ma thèse sur la paralysie de plomb (p. 32 à 33), l'un des phénomènes de l'intoxication saturnine primitive, la coloration bleuâtre des gencives. (THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Février 1834.)

Enfin, dans mon ouvrage sur les maladies de plomb, imprimé au commencement de l'année 1839, c'est-à-dire un an avant la publication de M. Burton, j'ai consacré un chapitre tout entier à l'histoire de la coloration bleuâtre des gencives qui s'observe chez les individus en contact avec les préparations saturnines. (T. I, pag. 3 à 9.)

Agréez, etc.

L. TANQUEREL DES PLANCHES.

Paris, 7 août 1840.

— DES MALADIES DE LA FRANCE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES SAISONS; OU HISTOIRE MÉDICALE ET MÉTÉOROLOGIQUE DE LA FRANCE; par le docteur FUSTER, professeur, agrégé.

Ouvrage qui a reçu de l'Académie des sciences de Paris un prix de 3,000 fr. In-8°. — Prix : 8 fr.

A Paris, chez Dufart, libraire-éditeur, rue des St-Pères, 1.

— NOUVELLES DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENS, par M. MAYGRIER, membre de l'Académie royale de médecine, professeur d'accouchemens, 2e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée de 1° la description anatomique et obstétricale du bassin, des parties sexuelles et de leurs anomalies; 2° l'histoire de la menstruation, de la reproduction et du développement du fœtus; 3° l'histoire de la grossesse; 4° le mécanisme de l'accouchement naturel; 5° la description des différens modes opératoires pour la terminaison des accouchemens difficiles; 6° l'indication des soins à donner à la mère et à l'enfant, par HALMAGRAND, docteur en médecine, professeur d'accouchemens, de maladies des femmes et des enfans.

Cet ouvrage se compose de 20 livraisons, ou 81 planches in-folio, gravées en taille douce, représentant dans leur ensemble plus de deux cents sujets, et d'un fort volume in-8 de texte.

L'ouvrage est complet. Prix : fig. noires, 40 fr., et les figures coloriées avec le plus grand soin, 70 fr.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

— ESSAI SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE, INJECTIONS INTRA-VAGINALES ET INTRA-UTÉRINES; par AUG. VIDAL (de Cassis), chirurgien de Lourcine (hôpital des femmes), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, in-8. Prix : 1 fr. 25 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, Regent-Street, 219.

— NOUVEAU TRAITÉ DES SCIENCES GÉOLOGIQUES, considérées dans leurs rapports avec la religion, et dans leur application générale à l'industrie, aux arts, à l'agriculture, ou élémens de geognosie, de botanique et de zoologie fossiles, de minéralogie appliquée, de geogenie, etc., avec un tableau figuratif des terrains, et la représentation des fossiles les plus caractéristiques et les plus curieux, figures gravées; par L.-F. JEHAN, in-12. Prix : 3 fr.

A Paris, librairie classique de Perisse frères, rue du Pot-de-Fer, 8.

A Lyon, grande rue Mercière, 12.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Les malades opérés par MM. Béclard et Gimelle succombèrent, parce qu'on ne put parvenir à placer une sonde dans le canal après l'opération.

Maintenant, un mot sur la modification de M. Smyly.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 34. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 22 AOUT 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Rapport lu à l'Académie royale de médecine, par M. Chervin, sur un mémoire de M. le docteur Catel, relatif à l'épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Martinique, en 1838 et 1839. — II. Revue des Journaux de médecine italiens. Mémoire sur l'utilité de la compression graduée dans l'ascite. — Histoire d'un cas de sympho-adénite idiopathique. — Insuffisance des nouvelles méthodes de cures radicales des hernies, démontrée par l'expérience. — Cas singulier de lait rendu par les crachats. — De la scléroticotomie ou ulcération du cristallin par la sclérotique. — Histoire d'une cystocèle vaginale, guérie par une opération nouvelle. — Observations cliniques sur la lithotritie et sur l'issue spontanée d'une pierre de la vessie. — Exposé de quelques résections. — Des effets de l'extrait de jusquiame. — Calcul urinaire du poids de 720 grammes. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 18 août. — IV. Bibliographie. Des maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou histoire médicale et météorologique de la France. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Esquisses, n° 5 et dernier.

ÉPIDÉMIES.

RAPPORT LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, PAR M. CHERVIN, SUR UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR CATEL, RELATIF A L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE, EN 1838 ET 1839.

Messieurs,

Dans sa séance du 24 janvier dernier, l'Académie m'a chargé de lui rendre compte d'un travail de M. le docteur Catel sur la fièvre jaune qui a régné à St-Pierre, de Martinique, en 1838 et en 1839. Je viens m'acquitter de ce devoir. L'étendue du mémoire de son honorable correspondant m'obligera de passer rapidement sur plusieurs points d'un intérêt secondaire; mais ce que je dirai suffira pour faire connaître une épidémie très remarquable sous plusieurs rapports.

D'ailleurs, j'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ce sujet, en vous rendant compte, Messieurs, au nom de M. Londe et au mien, d'un mémoire de M. le docteur Rufz, qui a également pour objet la fièvre jaune qui a régné à la Martinique, en 1838 et en 1839. Je renverrai même plusieurs points de discussion à ce second rapport, pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles.

M. Catel expose d'abord le plan qu'il a suivi dans la rédaction de son travail. « Dans le compte, dit-il, que nous allons rendre de cette longue épidémie, nous laisserons parler les faits; nous raconterons ce que nous avons vu et observé à toutes les heures du jour et de la nuit pendant l'espace d'un an, sur 1202 individus atteints de la fièvre jaune. Nous signalerons d'abord les causes auxquelles nous croyons devoir plus particulièrement attribuer cette grave maladie; nous ferons ensuite connaître successivement les symptômes, les lésions organiques et le traitement que nous avons mis en usage; nous aurons soin de ne pas nous écarter de l'observation la plus rigoureuse, et nos remarques ne seront que le résumé des faits. Tel est le plan que nous nous sommes imposé l'obligation de suivre dans le récit de la maladie qui nous occupe.

« Le penchant, ajoute-t-il, que l'on a de multiplier les maladies d'après les nuances qu'elles présentent, a, en général, beaucoup nui au progrès de la science, et en particulier à la connaissance de la fièvre jaune. Des médecins ont signalé, dans ces derniers temps, une fièvre typhoïde qui aurait régné concurremment avec le typhus ictérodes; mais, comme nous n'avons rien observé de semblable, nous nous abstiendrons d'en parler. Toutefois, nous dirons qu'il n'est pas sans danger d'adopter légèrement des dénominations susceptibles de faire modifier le traitement dans une maladie qui, depuis son début jusqu'à sa terminaison, conserve toujours le même caractère. Nous avons vu des individus qui, à l'invasion de la maladie, étaient dans un état algide, chez lesquels la saignée a rappelé la

Feuilleton.

ESQUISSES.

N° V et dernier.

Hæ nugæ seria ducunt. (Horat.)

Qu'est-ce que la médecine ?... Comme l'arbre symbolique de la Genèse, c'est la science du bien et du mal. Elle porte aussi des fruits de vie et de mort, selon l'esprit et le savoir, selon l'âme et le cœur de celui qui la cultive et l'exerce.

Le progrès est nul, s'il ne s'opère lentement, sûrement, par un développement successif et parallèle des faits et des idées, de la théorie et de la raison pratique. Malheur à celui qui néglige les détails, malheur à celui qui s'y arrête; la juste appréciation des faits dépend toujours de la hauteur où l'on se place.

Une utopie... Si les médecins du monde civilisé formaient entre eux une vaste corporation; s'ils étaient unis par une fraternité réelle et active; si, comme une société fameuse, ils avaient des statuts, et même des *monita secreta;* s'ils possédaient un centre commun pour imprimer aux individus une même direction et pour un seul but, quel changement dans leur position sociale! La médecine, cette mère aux sèches mamelles pour la plupart de ses enfans, deviendrait alors une puissance formidable, immense, irrésistible. Les médecins ont la confiance des rois et des grands, du riche et du peuple; ils connaissent physiologiquement et moralement les individus; par la douleur, la crainte et l'espérance, ils pénètrent le fond des cœurs; peu de secrets leur échappent dans les familles; voyez où cela conduit quand il y a une intention finale. Je le déclare et je l'espère, le vœu de Descartes s'accomplira : dès-lors, la médecine sera la profession suprême, l'avenir est à elle pour le bien de l'humanité. Un jour viendra où les lois se feront d'après la connaissance de notre organisation, des ressorts qui la composent, des agens qui la modifient; on ne choisira les chefs des nations que parmi ceux qui auront profondément étudié la nature de l'homme, ses besoins, ses maux, ses tendances physiques et morales, la concordance de ses facultés avec son bonheur, les influences des climats, les variations du type humain, etc. Comme chez les Egyptiens, où chaque roi était prêtre et médecin, la consécration royale ne sera accordée qu'à celui qui aura fait preuve de son savoir dans notre art; car on n'est digne de commander aux hommes que quand on les connaît. Cette époque est sans doute éloignée, mais qui sait? le temps ne s'arrête pas, les siècles sont les jours des nations... J'en étais là, quand l'ami de cœur devant lequel je parlais avec feu me tira par la manche, et me dit comme cet ancien : *Et puis vous vous réveillâtes.*

chaleur et démasqué la maladie, qui a ensuite parcouru toutes les phases de la fièvre jaune. »

Passant ensuite aux effets de l'acclimatement dans les régions équinoxales, M. Catel s'exprime ainsi : « Ce n'est pas nous qui nierons la dangereuse influence qu'un trop court séjour sous le ciel des tropiques exerce sur le développement du typhus ictérodes; mais nous dirons que ce serait une grande erreur de croire que les Européens qui habitent les colonies depuis longues années, et même les créoles, sont à l'abri de la fièvre jaune en temps d'épidémie; car les faits seraient là pour prouver le contraire. Nous avons vu, en effet, dans le cours de la maladie dont nous traçons l'histoire, non seulement les Européens nouvellement arrivés, mais encore ceux qui ont passé une grande partie de leur existence dans les pays chauds, et même des indigènes, être frappés par le fléau et y succomber, après avoir éprouvé les symptômes les moins équivoques. »

Suivant M. Catel, on n'avait signalé aucun cas de fièvre jaune à la Martinique depuis 1828 (1). « Cette maladie, dit-il, qui fut longtemps le fléau des Antilles, semblait avoir abandonné ces contrées, et beaucoup de personnes croyaient son retour impossible. En réalité, la fièvre jaune, maladie inhérente au sol et au climat de ces îles, avait cessé de se montrer pendant une série d'années, probablement par suite des modifications survenues dans l'atmosphère, modifications qui avaient empêché les maladies d'atteindre le degré d'intensité qui caractérise le typhus ictérodes. Cette maladie n'est au fond, ajoute M. Catel, que le plus haut degré de la gastro-entérite ou de la gastro-entéro-céphalite, ainsi qu'il nous sera facile de le démontrer par des preuves irrécusables. »

Dès le mois de mai 1838, la fièvre jaune exerçait ses ravages à la Dominique, ainsi qu'il résulte des renseignemens que M. Catel doit à l'obligeance du docteur Shériff, médecin au Roseau. La Trinité et Demerary furent ensuite envahies par le fléau, qui, au mois de juillet, décimait déjà les garnisons de la Pointe-à-Pitre et de la Basse-Terre, à l'île Gadeloupe.

La présence de la fièvre jaune dans plusieurs îles voisines de la Martinique éveilla la sollicitude des autorités de cette colonie, qui s'imaginèrent que des quarantaines pouvaient la mettre à l'abri de ce redoutable fléau. Des mesures préventives furent aussitôt mises en vigueur à la Martinique. Toutes les provenances des colonies désignées ci-dessus furent soumises à la quarantaine, ce qui n'a point empêché que cette île n'ait été ravagée par la fièvre jaune. « Ce n'est donc point à l'importation, dit M. Catel, qu'on doit attribuer l'épidémie qui a régné dans les casernes et dans la ville de St-Pierre, mais bien aux causes dont nous allons nous occuper. »

ÉTIOLOGIE. — Cette partie du mémoire que j'analyse est si importante, que je crois devoir l'exposer dans les propres paroles de l'auteur.

« Deux sortes de causes, dit M. Catel, nous paraissent concourir au développement de la fièvre jaune : les unes sont générales et les autres locales. Les premières sont dans l'atmosphère et les autres appartiennent au sol; c'est ce qu'on désigne sous la dénomination de miasme.

» En remontant jusqu'au mois de juillet 1833, nous trouvons que l'hivernage de 1838 diffère : 1° par une plus grande intensité de la chaleur et de l'humidité; 2° par des vents de S. S. O. d'une plus longue durée, vents faibles, chauds et humides, et qui viennent du continent de l'Amérique; 3° par des orages plus fréquens, remarquables par la violence des détonations électriques; 4° qu'il n'y a eu ni rafale, ni bourrasque, ni coup de vent pendant cet hivernage; que dès-lors l'atmosphère n'ayant pas été agitée dans certaines localités, a dû exercer une action plus forte sur l'organisme, et imprimer aux maladies régnantes le plus haut degré d'intensité; nous ne sommes même pas éloigné de croire que les vents de S. S. O. et O. sont la principale cause des épidémies de fièvre jaune qui ont éclaté, à diverses époques, à la Martinique. Ce n'est pas seulement dans cette colonie, ajoute M. Catel, que l'on a remarqué que ces vents sont nuisibles; partout, entre les tropiques, ils aggravent les maladies; il serait sans doute difficile de dire pourquoi ces vents sont si défavorables à la santé; mais, peu importe, puisque les effets en sont connus.

» Les causes générales comprennent plus particulièrement le calorique, l'électricité, la direction des vents, l'état hygrométrique de l'air, et, enfin, les variations atmosphériques.

» Quand la température est humide, que le ciel est chargé de nuages, et que les vents règnent du nord à l'est, la gastro-entérite prend quelquefois la forme du choléra; si, au contraire, les vents passent au sud, sud-ouest, qu'ils soufflent de cette partie pendant une certaine durée, et que la chaleur acquière de l'intensité, la gastro-entérite revêtira les caractères de la gastro-entéro-céphalite exagérée, ou fièvre jaune; mais, dans les temps ordinaires, lorsque le thermomètre centigrade ne dépasse pas le 32° degré, et que les vents sont variables de l'est à l'ouest, en passant par le nord, on observe la gastro-entérite bénigne, les affections dysentériques, l'hépatite, etc., etc., etc. »

Le degré de sécheresse ou d'humidité de l'atmosphère ne paraît pas à M. Catel avoir agi d'une manière marquée sur la marche de la fièvre jaune dans l'épidémie de la Martinique; mais il en a été autrement de l'électricité; ce fluide, et surtout les détonations de la foudre, ont eu un effet pernicieux sur les malades : « Nous avons remarqué, dit-il, que chaque fois qu'il y a eu de l'orage et que le tonnerre a grondé avec force, des hommes qui touchaient à la convalescence ont été enlevés en quelques heures. »

Suivant notre honorable confrère, le calorique abondamment répandu dans l'atmosphère doit aussi être mis au rang des principales causes de la fièvre jaune, à raison de la vive stimulation qu'il exerce sur les organes.

« Il est des contrées, poursuit M. Catel, où il n'est pas permis de mettre en doute l'action des miasmes sur la production des maladies en général, et de la fièvre jaune en particulier. » Et après avoir donné un aperçu de la topographie de la ville de St-Pierre (Martinique), il ajoute : « On voit, par ce court exposé, que cette ville ne fournit aucune exhalaison nuisible à la santé de ses habitans. Une nouvelle preuve, dit-il, que les miasmes sont étrangers à la fièvre jaune, à St-Pierre, c'est qu'on n'observe jamais de fièvres intermittentes dans cette localité. »

Je me réserve de traiter cette question dans mon rapport sur le mémoire de M. Rufz, et de prouver alors que l'atmosphère de la ville de St-Pierre ne possède point toute la salubrité qu'on lui attribue.

Suivant M. Catel, en consultant les tableaux météorologiques qui se

(1) D'après M. le docteur Rufz, la dernière épidémie de cette maladie avait eu lieu en 1826; mais on avait observé depuis lors des cas sporadiques de fièvre jaune.

Démophon a dépassé la foule; son nom, ses talens, son mérite résonnent au loin; il a su s'élever, imposer ses opinions, se faire une grande clientèle, obtenir de la célébrité, du poids, de l'influence, et cependant il est toujours bon, toujours affable, toujours bienveillant; ne cherchez pas d'autre preuve de la supériorité de son esprit, celle-là est décisive et sans réplique.

En faisant une variante à ce qu'a dit autrefois un homme de sens, il est certain que le savant, même ayant de l'habileté, ne pourra lutter avec un intrigant assez ignare et qui sait son métier; il aura constamment du désavantage, 1° parce que l'intrigant est sans scrupule; 2° parce qu'on croit trop facilement qu'il est connu et apprécié pour tel; 3° parce que l'homme de mérite ne pourra jamais deviner les moyens de l'intrigant; 4° parce que là où il met de la franchise, l'intrigant met de la finesse; où il met de la finesse, l'intrigant met de la ruse; où il met de la ruse, l'intrigant met de l'astuce; où il met de l'astuce, et s'il en met, l'intrigant ne se gêne pas, met de la fourberie, de la calomnie, etc., et il se tire d'affaire.

Le cœur est placé entre la fin du système veineux et le commencement du système artériel; c'est-à-dire, d'une part, au dernier terme d'une série d'actions vitales decroissantes; de l'autre, au point initial d'une série d'actions vitales ascendantes. Ainsi, le cœur se trouve entre deux sphères opposées, l'une d'activité, l'autre de déchéance vitale, sur les confins de la vie et de la mort, dont ce noble organe est à la fois le principe, le foyer et le symbole.

Il y a des expériences qui promettent beaucoup et tiennent peu, très peu;
Il y a des livres vantés, et qui n'offrent ni intérêt ni instruction;
Il y a de petites hypothèses par lesquelles on veut ordonner l'art sur la pointe d'un aperçu;
Il y a des doctrines données comme nouvelles, et qui sont des vulgarités décrépites dans la science;
Il y a des calculs algebrico-cliniques dont le résultat est zéro. D'où viennent ces affligeans mécomptes? De ce qu'on voit toujours ce que l'on veut voir; de ce qu'on est toujours sous le despotisme de ses propres idées; enfin, de ce que le préjugé, la prévention, l'orgueil et l'amour-propre sont quatre verres enfumés, au travers desquels il n'est pas possible de discerner la vérité.

Feu le docteur *Tædiosus* connaissait non seulement l'olympiade, mais le jour, l'heure où naquit et mourut Hippocrate; il savait au juste ce qu'était son gendre Polybe. Pour peu qu'on le pressât, il vous expliquait de point en point la généalogie de l'illustre famille des Asclepiades. Bien plus, il a redressé Galien sur un mot, sur un *aoriste* que le médecin de Pergame a mal compris dans son commentaire sur Hippocrate. Ce savant docteur a découvert ce qu'était réelle-

trouvent à la fin de son mémoire, on se convaincra de la part que les causes générales ont eue dans la production de la fièvre jaune à St-Pierre. L'intensité de cette maladie, ajoute-t-il, a toujours été subordonnée à la violence de ces causes. Ainsi, dès le mois d'août 1838, la chaleur était de 33°, les vents régnaient du sud à l'ouest et continuèrent avec force; aussi la fièvre jaune éclata-t-elle dans les casernes, dès les premiers jours du mois d'octobre, d'abord dans le local occupé par la 4e compagnie, et elle s'étendit successivement à toutes les autres. L'épidémie régna avec la même intensité jusqu'à la fin de décembre, époque à laquelle la fraîcheur des nuits, surtout le matin, vint ralentir la marche et diminuer la violence de la maladie; la garnison ne perdit que cinq hommes dans le premier trimestre de 1839.

Les deux tremblemens de terre qui eurent lieu à la Martinique, le premier, le 11 janvier 1839, à six heures deux minutes du matin; et le second, le 2 du mois d'août suivant, à deux heures vingt-cinq minutes également du matin, n'exercèrent absolument aucune influence sur la marche de l'épidémie.

La presque totalité des troupes composant la garnison de St-Pierre ayant été atteinte de la fièvre jaune pendant le quatrième trimestre de l'année 1838, peu de militaires eurent à souffrir de cette maladie pendant le premier trimestre de 1839. La majeure partie des cas qui se présentèrent à l'hôpital, depuis le 1er janvier, furent fournis par la marine de l'état et par celle du commerce. Vers le commencement de février, la température s'étant de nouveau abaissée et les vents, devenus plus variables, la fièvre jaune perdit de son intensité, et alors on observa 15 cas de gastro-entérite qui prirent la forme du choléra; mais cette transformation d'une maladie en une autre ne devait pas être de longue durée, puisque vers la fin du même mois, le fléau avait repris le caractère épidémique.

La température fraîche, humide, et les vents variables du premier trimestre ayant été remplacés, dès les premiers jours de mars, par de fortes chaleurs, des vents du sud-sud-ouest, et une sécheresse qui se prolongea jusqu'au 9 juin, on vit la fièvre jaune s'exaspérer au plus haut degré, et faire de grands ravages, surtout parmi les marins du commerce, ceux de l'état et les militaires récemment arrivés de France, ou provenant des autres garnisons de l'île. L'épidémie continua à régner avec violence jusqu'au 15 juillet, époque à laquelle les bâtimens marchands quittèrent la rade de St-Pierre pour aller hiverner dans les bassins du Fort-Royal, et les vents étant passés au nord nord-est vers le commencement du mois d'août, la maladie perdit de nouveau de sa violence; « car il est à remarquer, ajoute M. Catel, que toutes les fois que les vents reprennent, pendant quelques jours seulement, la direction du sud sud-ouest, le typhus ictérodes sévit toujours avec une nouvelle énergie.

» C'est, en effet, poursuit ce médecin, sous l'influence des causes réunies dont nous venons de parler, que nous avons vu, dès le 23 septembre (1838), les gastro-entéro-céphalites s'aggraver. A mesure que nous avancions vers la fin de ce mois, déjà elles se montraient plus rebelles à la médication ordinaire, et nous étions obligé d'insister davantage sur les émissions sanguines locales et générales. C'est ainsi que nous parvînmes jusqu'au mois d'octobre sans rencontrer un seul symptôme de fièvre jaune, quoique nous fussions bien convaincu que nous combattions cette maladie; mais elle n'était pas encore arrivée au degré qui constitue le typhus ictérodes, puisque les signes caractéristiques de cette maladie, l'ictère, les hémorragies, la suppression des urines et le vomissement noir ne s'étaient point offerts à l'observation. En effet, nous avions déjà annoncé dans notre situation de septembre que : *sous la double influence de la haute température et des phénomènes météorologiques observés pendant ce mois, les maladies fébriles avaient pris un caractère d'intensité peu ordinaire*, etc.

» On voit, par cet exposé, ajoute M. Catel, que la gastro-céphalite, qui devait plus tard se transformer en véritable fièvre jaune, n'était que le prélude de l'épidémie qui désole la Martinique depuis un an. »

Suivant ce médecin, la fièvre jaune ne montra aucune différence notable dans sa marche et ses symptômes, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 16 octobre 1839, époque à laquelle il terminait le mémoire qui nous occupe; mais elle se présenta sous deux formes, et attaqua les hommes, les femmes et les enfans, sans avoir égard à l'âge, ni aux sexes, ni aux tempéramens, ce qui est un fait extraordinaire qu'on n'observe que dans très peu d'épidémies.

Tel est l'exposé que donne M. Catel des causes de la maladie. Je regrette infiniment que ce médecin ne nous fasse pas connaître sous quel type se présentèrent les *gastro-entérites* qui précédèrent la fièvre jaune et finirent par en revêtir peu à peu tous les caractères; mais, malgré le silence qu'il garde sur ce sujet, j'ai tout lieu de croire que le type de ces fièvres était rémittent. Du reste, le travail que M. le docteur Rufz a adressé à l'Académie sur l'épidémie dont il s'agit viendra éclairer ce point capital. Enfin, je ferai remarquer, avant d'aller plus loin, que les opinions de M. le docteur Catel sur les causes et sur la nature de la fièvre jaune coïncident avec celles que je professe depuis plus de vingt ans.

Je vais résumer maintenant le tableau que ce médecin a tracé des symptômes de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes décrits par M. Catel comme appartenant à l'épidémie qui a régné à la Martinique en 1838 et 1839 sont ceux qu'on observe dans la fièvre jaune bien caractérisée. « Parmi les symptômes qui se sont prêtés à l'invasion, dit ce médecin, le frisson, la dilatation des pupilles, l'injection des conjonctives, la coloration spéciale de la face, qu'on pourrait appeler le masque de la maladie, la céphalalgie frontale, la douleur lombaire et le brisement des extrémités inférieures ont été constans, et peuvent être considérés comme pathognomoniques. »

Dans la deuxième et troisième période de la maladie, survenaient l'ictère, les hémorragies par les diverses ouvertures naturelles, et à l'intérieur, la suppression d'urine, le vomissement noir et les autres symptômes, qui sont les précurseurs ordinaires de la mort. Dans le cours de cette épidémie, la langue était fréquemment le siége d'une exhalation sanguine, et M. Catel observa sur trois malades une légère hémorragie des yeux.

« De nombreuses observations, dit ce médecin, nous ont convaincu qu'il n'existe pas d'hémorragie passive dans la fièvre jaune. C'est en vertu de l'irritation ou de l'inflammation dont les membranes pituitaire, buccale, etc., sont atteintes, que les hémorragies ont lieu... L'irritation et l'inflammation sont donc les causes prochaines de l'hémorragie dans la fièvre jaune, n'importe à quelle époque elle se manifeste. »

Oui, l'irritation ou l'inflammation donne lieu, dans la fièvre jaune, à une congestion sanguine plus ou moins considérable des membranes muqueuses, qui, à une certaine époque de la maladie, laissent échapper le

---

ment Celse; il a prouvé que Sextus Empiricus, le célèbre auteur des HYPOTYPOSES, était un des bons praticiens de Rome; souvent même il répétait la formule sceptique de ce médecin, οὐδὲν μᾶλλον : « Nulle chose n'est préférable à nulle autre. » Enfin, que ne savait pas le docteur *Tœdiosus*, pour avoir passé sa vie dans la poussière des bouquins et publié tant d'*inglorieuses* compilations? Mais quand on lui présentait à traiter la maladie la plus simple, il hésitait, tâtonnait, faisait tout le contraire des indications. Aussi, lorsqu'il mourut, son oraison funèbre s'est-elle faite dans un style où les fleurs de Trissotin se mariaient aux guirlandes de Vadius.

On trouve parfois dans notre art des hommes sans érudition et qui s'en vantent. La science d'autrefois! science de mots, pur verbiage, vraie friperie scolastique! Ils n'étudient, ils ne lisent point, à quoi bon? Tout faiseur de livres est à leurs yeux synonyme de théoricien, c'est-à-dire moins que rien. Ils disent d'un auteur, il peut être bon sur le papier, mais il ne vaut rien sur le cuir, plaisanterie qu'ils répètent à satiété et qui les rassure. Selon eux, il faut voir, toucher, palper, agir, le véritable livre est le malade; et là dessus ils se rengorgent, un sourire de satisfaction vient effleurer leurs lèvres. Aussi, à chaque instant, on les surprend s'émerveiller de ce qu'ils voient, de ce qu'ils touchent, de ce qu'ils font. Et dans le fait ils ont raison; quand le savoir est borné, on fait toujours des découvertes: le plus sûr moyen d'inventer sans cesse est de n'avoir rien appris. Il en résulte que leur expérience est sans portée, que ce qui leur semble moderne est une répétition de ce qui a déjà été dit et redit, que leur méthode si neuve en apparence est depuis longtemps connue et jugée, que leurs idées si hardies et même un peu paradoxales à leurs yeux sont des vieilleries abandonnées, qu'ils sont souvent redressés, critiqués, moqués, par les hommes instruits, par ceux qui, reliant le passé au présent, considèrent l'histoire de la science comme sa plus belle partie expérimentale. Ces contempteurs de l'érudition s'aperçoivent enfin, à moins d'une triple taie sur les cornées, que l'expérience de tous surpasse infiniment l'expérience d'un seul, et que plus il y a d'abeilles travailleuses, plus il y a de miel dans la ruche.

Les vertus que saint François de Sales exige pour le pasteur des âmes sont de tout point indispensables au médecin, ce pasteur des corps et des esprits: *la plénitude de science et de prudence*, et par conséquent *la plénitude de charité*. C'est en effet dans ce *sacré ternaire*, selon l'expression de ce grand homme, que se trouve la perfection médicale.

Il est des philosophes qui dissertent on ne peut mieux sur l'homme qu'ils ont inventé, arrangé, façonné. Quant à l'homme organique, physiologique, animal, l'homme de chair et de sang, tel que Dieu l'a fait, ils n'en tiennent aucun compte. Aussi leur langage est tantôt abstrait, tantôt poétique et éthéré. Leur système est un vaporeux idéalisme où il est toujours question de l'immatériel, de l'hyperorganique et surtout de l'absolu. C'est un symbolisme tournant au panthéisme pour tomber dans le scepticisme. Mais pressez ce nuage formé d'illusions

sang dont elles sont remplies, bien qu'il n'y ait souvent alors rien qui annonce l'existence d'une inflammation. Le pouls est ordinairement lent, faible, filiforme, à peine perceptible, les extrémités sont froides, et tout le corps est couvert d'une sueur visqueuse, parfois glaciale. Or, peut-on regarder l'exhalation d'un sang très fluide qui a lieu dans de telles circonstances comme une hémorragie active?

La seconde forme de la fièvre jaune se manifestait par des symptômes vagues. Le malade ne se plaignait que d'une faiblesse générale; il avait le pouls petit et fréquent, mais n'éprouvait aucune douleur; il ne se croyait qu'indisposé. Cette forme de la maladie était d'autant plus redoutable, qu'elle se présentait sous un aspect insidieux jusqu'au moment où les phénomènes les plus graves venaient révéler le danger. Ces cas ne furent pas rares, et ce ne fut pas toujours sans peine que M. Catel parvint à traiter certains individus qui, quoique gravement atteints, n'avaient pas la conscience de leur position. Il semblait que la sensibilité était éteinte chez ces malades.

Comme, dans le plus grand nombre de cas, c'est ordinairement du quatrième au cinquième jour que l'ictère se prononce, M. Catel pense que ce phénomène est l'effet de la résorption de la bile. Cette explication est, dit-il, conforme à l'observation et à la nature des altérations du foie, dont il a souvent trouvé la vésicule vide. Je ferai remarquer qu'on ne peut rien inférer de cet état de vacuité, puisqu'on rencontre assez souvent cette même vésicule remplie de bile lorsque l'ictère existe à un haut degré.

La suppression d'urine lui paraît devoir être attribuée à l'irritation, qui, à une époque déjà avancée de la maladie, s'étend à plusieurs viscères abdominaux, notamment aux reins. Votre rapporteur partage cette manière de voir, dont la justesse lui a été démontrée par de nombreuses ouvertures de cadavres.

Après avoir exposé les symptômes de la maladie, M. Catel fait connaître les altérations pathologiques.

Lésions organiques. — Les lésions organiques trouvées à l'autopsie de tous les individus qui avaient succombé à la fièvre jaune depuis le commencement de l'épidémie qu'il décrit sont les suivantes : engorgement des vaisseaux du cerveau, inflammation et épaississement de l'arachnoïde, épanchement sanguin à la base du crâne. Cavités du cœur présentant souvent des concrétions jaunâtres. Dans un cas, péricarde très enflammé, rempli d'un sang rouge et coagulé.

La muqueuse de l'estomac a offert constamment des traces d'inflammation plus ou moins prononcée; cette membrane était quelquefois couleur lie de vin. On a trouvé chez tous les sujets qui ont succombé une matière, tantôt couleur de chocolat, tantôt marc de café et quelquefois couleur de suie et poisseuse. L'intestin grêle a présenté les mêmes lésions. Le gros intestin a été moins souvent le siége de la phlegmasie.

Le foie s'est toujours montré décoloré et jaune; la vésicule biliaire a été le plus souvent trouvée vide; dans certains cas, elle était plus ou moins enflammée.

La substance tubuleuse des reins a quelquefois offert des traces d'inflammation. Il en a été de même de la vessie; il y a toujours eu suppression ou rétention d'urine.

Dans cinq ou six cas, des incisions pratiquées sur des ecchymoses qui existaient aux jambes durant la maladie ont mis à découvert une grande quantité de sang noir coagulé et épanché dans le tissu cellulaire souscutané.

Telles sont, en général, les lésions pathologiques trouvées à l'ouverture de cent-cinquante individus morts de la fièvre jaune à l'hôpital de Saint-Pierre, depuis le commencement de l'épidémie, en octobre 1838, jusqu'au 30 septembre 1839.

Siége et nature de la maladie. — D'après les lésions que je viens d'exposer, la fièvre jaune n'est pour M. Catel qu'une phlegmasie qui a son siége dans la tête et dans l'abdomen et « n'est autre chose qu'une gastro entéro-céphalite ou arachnoïdite, portée au plus haut degré. » Je regrette que cet honorable médecin n'ait tenu aucun compte des lésions de l'inervation, qui sont si manifestes et jouent un si grand rôle dans beaucoup de cas de fièvre jaune, tels que ceux, par exemple, qui appartiennent à sa deuxième forme de cette maladie, et qu'on nomme en anglais *walking cases* (cas marchant), parce que les malades atteints de cette manière vaquent quelquefois à leurs affaires jusqu'aux approches de la mort se croyant à peine indisposés.

Durée de la maladie. — Suivant M. Catel « la durée de la fièvre jaune est, en général, celle des phlegmasies continues de l'encéphale et des voies digestives; elle se termine ordinairement dans le cours du premier septenaire. Mais, ajoute-t-il, il est rare que les choses se passent ainsi; la fièvre jaune, abandonnée à elle-même, est presque toujours mortelle, excepté chez les sujets d'une faible complexion. Elle s'est rarement prolongée jusqu'au quatorzième jour. Les sixième, septième et huitième jours sont ceux qui ont offert le plus grand nombre de décès. »

Je suis loin de penser avec M. Catel que la fièvre jaune abandonnée à elle-même soit presque toujours mortelle, excepté chez les sujets d'une faible complexion. Nombre de malades d'une constitution moyenne, et quelquefois même d'une constitution forte et robuste, se rétablissent sans les secours de l'art, en prenant une boisson délayante quelconque, ou tout simplement de l'eau fraîche pour laquelle ils ont ordinairement beaucoup d'appétence. On observe ces guérisons spontanées, dont la nature fait elle-même tous les frais, dans les régions équatoriales, dans l'Amérique du Nord et le Midi de l'Espagne; mais elles sont bien plus fréquentes dans certaines épidémies que dans d'autres, parce que la maladie varie beaucoup d'intensité suivant les années.

Ainsi, d'après l'intéressant rapport que la société médicale de la Nouvelle-Orléans a publié sur l'épidémie de fièvre jaune qui régna dans cette ville, en 1839, les trois cinquièmes environ des individus atteints le furent très légèrement. « Du deuxième au quatrième jour, tous les phénomènes morbides disparaissaient, et les malades recouvraient la santé après une courte convalescence (1). » Il est à présumer qu'abandonnés à eux-mêmes ces malades se seraient également rétablis, bien qu'ils ne fussent certainement pas tous d'une *faible complexion*.

Traitement. — « Le siége et la nature de la maladie une fois reconnus, dit M. Catel, le traitement n'était pas difficile à établir : modérer l'action du cœur et détruire l'irritation ou la phlegmasie, telles étaient d'abord les indications qui se présentaient; la saignée générale remplissait la première; les ventouses sèches et scarifiées, les sangsues à l'épigastre, sur le trajet des jugulaires, derrière les oreilles et sur l'abdomen; les adoucissans à l'intérieur; eau fraîche, sucrée, gommée; eau de poulet, etc.;

(1) Ce rapport a été rédigé par une commission spéciale, composée de nos honorables confrères, MM. Bahier, Fortin, Daret et Sabin-Martin, docteurs en médecine de la Faculté de Paris.

---

et de sophismes, il n'en sortira que des mots, des chimères et des erreurs. S'il s'y trouve une parcelle de vérité, elle y est obscure, impalpable, insaisissable. Alors qui ne serait forcé de revenir à cette définition : quand celui qui écoute ne comprend rien, et que celui qui parle ne s'entend plus, c'est métaphysique.

Vous n'irez pas loin pour trouver des médecins qui, par habitude, quelquefois par principe, ne voient dans le corps humain qu'une machine, pas autre chose qu'une machine qui joue plus ou moins bien, plus ou moins longtemps. Jadis, c'était une machine à cordes et à poulies; plus tard, ce fut une machine hydraulique; aujourd'hui c'est une machine qui va par des ressorts qu'on appelle *forces*. Ces médecins sont anatomistes zélés; très amoureux du cadavre, ils coupent, ils dissèquent, ils séparent, ils brisent, ou bien ils injectent, ils se servent de loupes, de microscopes, d'agens chimiques; puis parvenus à certaines limites, ils disent : *j'ai compris*. Eh non! vous n'avez pas compris si vous restez dans l'animalisme, si vous ne vous dégagez des puérilités laborieuses de l'autopsie cadavérique, si vous ne savez que ces organes ne sont que des instrumens, que le corps, le principe vital et l'ame intelligente, forment l'unité qui est l'homme même. — Tout cela n'est pas prouvé. — Anatomiquement, non; mathématiquement, pas davantage; mais chaque chose n'a-t-elle pas son ordre de preuves? Vous dites d'une idée, elle est grande, forte, profonde, exacte, lumineuse, etc.; vous tâchez de la peindre, sans espérer jamais de savoir ce qu'est une *idée* en essence. Vous ne pouvez ni la mesurer, ni la peser, ni la voir, ni la palper, et néanmoins qui oserait la nier? N'a-t-elle pas son action, sa force, son influence? N'est-ce pas le puissant levier de notre monde social? Donc s'il existe une certitude physique, il existe une certitude morale; il y a des vérités intuitives, comme il y a des vérités déduites. Oh non! le cadavre n'explique pas l'homme en entier, et la mort est loin de révéler tous les secrets de la vie.

Eloigne-toi, ô science! ô pauvre folle! pourquoi nous leurrer encore de tes promesses, pourquoi nous enivrer de tes seductions? Laisse-nous tranquillement suivre le sentier battu, accomplir notre destinée sans trop de soucis, sans trop de deception. Après tout, que faut-il avoir? une petite dose d'intelligence et beaucoup de souplesse dans les vertèbres? Que faut-il savoir? un peu d'arithmétique, un peu d'orthographe pour devenir patenté, puis électeur, et arriver à tout.

Il y avait autrefois un docteur qui disait : j'ai tout essayé sans succès afin de réussir et d'avancer; pour peu qu'on fît du bruit dans la science, je passais de la louange à l'hommage, de l'hommage à la flatterie, de la flatterie à l'enthousiasme. Je ne prononçais un nom célèbre que flanqué de deux adjectifs équisonnans. J'ai toujours eu grand soin de me courber jusqu'aux genoux, jusqu'à la cheville de l'homme ayant le pouvoir et la force. Eh bien! tout a été inutile, j'ai attendu en vain l'escompte et le profit de mes génuflexions admiratives, je ne suis parvenu à rien, et je reste encore parmi les individualités numériques. En effet, le malheureux mourut comme il avait vécu, dans la misère et l'abjection.

cataplasmes, fomentations, lavemens émolliens, pédiluves, bains, applications froides sur la tête; plus tard, des cataplasmes sinapisés et même un vésicatoire sur l'épigastre, dans le but d'arrêter les vomissemens; enfin, les vésicatoires aux jambes, aux cuisses, et des sinapismes aux pieds, suivant les circonstances, remplissaient la deuxième indication.

» Les saignées générales, continue M. Catel, ont été poussées jusqu'à la syncope, et lorsque celle-ci n'avait pas lieu, on n'arrêtait le sang, chez les sujets forts, qu'après en avoir tiré 2 kilogr. (64 onces). Nous avons remarqué, ajoute-t-il, que les individus qui supportaient bien ces grandes déplétions se rétablissaient promptement. Mais pour que ce moyen puissant obtienne un succès complet, il faut qu'il soit mis en usage le plus près possible de l'invasion de la maladie, lorsqu'il n'y a encore qu'une simple irritation des organes.... Immédiatement après la saignée du bras, continue M. Catel, nous faisons appliquer de 40 à 50 sangsues à l'épigastre et autant sur le trajet des jugulaires. Ces annélides produisent des effets merveilleux. »

Telle est la base du traitement que M. Catel a mis en usage à l'hôpital de Saint-Pierre sur 1,202 individus atteints de la fièvre jaune, dont 150 ont succombé, ou environ $\frac{1}{8}$. Ce médecin pense que ses pertes eussent été moindres si, dans le principe de l'épidémie, les militaires n'avaient pas eu une très grande prévention contre la saignée, parce qu'un sergent avait répandu le bruit dans les casernes que ceux qui mouraient étaient victimes de cette opération et non de la maladie.

« Sur 19 officiers traités de la fièvre jaune dans le même hôpital aucun n'est mort. On doit attribuer ce grand succès, dit M. Catel, 1° à ce que chaque officier occupe une chambre séparée, et qu'il est par conséquent isolé des autres malades; 2° aux soins domestiques plus multipliés dont un officier est entouré; 3° à ce qu'il se soumet, sans restriction, au traitement prescrit, et qu'il observe mieux le régime; 4° enfin, à ce qu'il se présente de bonne heure à l'hôpital.

» Nous avons donné nos soins en ville, continue ce médecin, à dix Européens atteints de la fièvre jaune; tous ont été guéris par les mêmes moyens. Quatre créoles présentant les symptômes de cette maladie ont été traités par nous de la même manière que ces premiers, et ont comme eux recouvré la santé. Il en a été de même de sept enfans de 2 à 9 ans, auxquels nous avons fait subir le même traitement modifié selon leur âge et leurs forces. Le nommé Lucain, nègre de l'habitation de M. Dufourneau, a offert tous les symptômes de la fièvre jaune; il a été guéri à la suite de deux saignées du bras et de plusieurs ventouses scarifiées à l'épigastre. Ainsi toutes les classes de la société de la Martinique ont donc eu à souffrir de l'épidémie qui ravage cette colonie depuis un an. »

Le succès si remarquable qu'a obtenu M. Catel a-t-il été entièrement l'effet des moyens mis en usage, ou bien a-t-il, comme je le pense, dépendu en partie de ce que la fièvre jaune aurait présenté, en 1838 et en 1839, moins de gravité que dans les épidémies précédentes? c'est là une question d'un haut intérêt que nous examinerons avec soin dans notre rapport sur le mémoire de M. Rufz.

Etat du sang. — Suivant M. Catel, la saignée pratiquée dans les premières vingt-quatre heures de la maladie a toujours présenté les caractères suivans : belle couleur rouge du sang, ne fournissant presque pas de sérum après le refroidissement.

Le second jour, la couleur du sang était en général d'un brun foncé; le caillot était moins considérable et la sérosité plus abondante. On remarquait quelquefois à la surface du sang une couche albumineuse plus ou moins épaisse tirant sur le vert, le gris ou le jaune; c'était la couenne.

A partir du deuxième jour et à mesure que la maladie s'éloignait de son début, le sang devenait de plus en plus foncé en couleur, perdait de sa consistance, le sérum se mêlait au cruor, et c'est à cette époque que le sang transsudait des vaisseaux et donnait lieu à des hémorragies tant internes qu'externes. Je reviendrai sur ce sujet en rendant compte du mémoire de M. Rufz.

M. Catel parle ensuite du diagnostic et du pronostic de la fièvre jaune, et il rapporte 27 observations particulières de cette maladie; mais les limites dans lesquelles je suis obligé de me renfermer ne me permettent pas de m'arrêter sur les différens points de son mémoire; je ferai seulement remarquer qu'en général la fièvre jaune a offert les mêmes symptômes et les mêmes lésions, et que sur 1,202 individus atteints de cette maladie, traités dans l'hôpital de St-Pierre, 12 seulement ont présenté des complications; 2 ont eu des parotides; 1 a offert des symptômes d'hydrophobie; 1 autre a été dans un état cataleptique; 5 ont eu des hémorragies dans les membres et 3 ont eu des hémorragies des yeux. « Que conclure de ces cas isolés, demande M. Catel? C'est que par le traitement énergique que nous avons mis en usage, nous sommes parvenu à empêcher le développement de ces accidens sur la presque totalité des malades. Il est probable que ces épiphénomènes eussent été beaucoup plus multipliés, sans notre active médication, et si ces accidens graves ne se sont pas présentés plus souvent dans d'autres circonstances où la thérapeutique différait entièrement de la nôtre, c'est évidemment parce que la phlegmasie non combattue foudroyait les malades et les faisait périr avant l'apparition de ces épiphénomènes. »

Notre honorable confrère s'exagère certainement ici les effets de son traitement; car j'ai vu beaucoup de malades à qui on n'avait tiré que très peu de sang, ou même pas du tout, et qui, malgré cela, n'ont pas présenté les complications dont il croit avoir préservé les siens par d'abondantes saignées.

Convalescence. — Suivant M. Catel, « elle a été franche, courte et exempte de rechutes; c'est, dit-il, un des avantages de la méthode antiphlogistique et adoucissante, méthode si en harmonie avec l'état des organes, et qui seule a le privilége de faire disparaître jusqu'aux dernières traces de l'inflammation. Le séjour des malades atteints de la fièvre jaune dans l'hôpital de Saint-Pierre n'a pas été, terme moyen, de plus de dix-huit jours; et, chose bien remarquable, ajoute ce médecin, c'est que sur plus de mille individus guéris, pas un seul n'a présenté à sa sortie les signes d'une affection susceptible de passer à l'état chronique. »

Je ferai observer que la rapidité de la convalescence dans bien des cas de fièvre jaune et la rareté des affections chroniques, comme conséquences de cette maladie, sont des faits connus depuis longtemps (1), et sur lesquels quelques auteurs se sont même appuyés pour attribuer à cette

(1) Les observations que j'ai faites, dans les diverses épidémies de fièvre jaune dont j'ai été témoin, m'ont confirmé ce double fait pour la généralité des cas. Suivant la commission médicale envoyée à Barcelonne, en 1821, dans la fièvre jaune, « la convalescence arrive brusquement et sans crise manifeste; elle est franche chez les malades qui n'ont pas éprouvé le plus haut degré de l'affection...; les forces reviennent vite et se conservent assez bien. » (Hist. méd., p. 437 et 438.)

Comment cet homme n'a-t-il pas vu que la bassesse ne mène pas loin, que le ver qui rampe à nos pieds provoque à l'écraser, que l'homme de bien ne s'incline profondément que devant Dieu, devant la loi, devant la vertu et le génie, que la plus noble des professions est la nôtre, qu'on ne doit jamais en souiller la dignité, qu'il y a dans ces trois mots, largement compris, JE SUIS MÉDECIN, une vertu secrète qui donne au caractère, de la force, de l'élévation et de l'indépendance.... L'art seul est grand, mes frères!

En médecine, il faut s'attacher à la probabilité; elle est plus ou moins élevée, elle s'approche plus ou moins de la certitude, mais ne se confond jamais avec celle-ci. Il y a toujours une lumière qui n'est jamais nette, un jour douteux qui montre et qui cache. Quant aux principes incontestés, aux axiômes admis, aux vérités généralement acceptées, le compte en est bientôt fait. La déesse Iris ne lève, dit-on, un de ses voiles, qu'à chaque siècle; encore ne sais-je?

Une idée vaste, profonde, synthétique à la dixième puissance, sert peu dans les applications. On doit l'analyser, la décomposer, la détailler; il faut passer ce lingot à l'état de monnaie courante. Alors, le vulgaire commence à comprendre qu'il y a du mérite dans cette idée, qu'elle peut être utile; souvent même il passe du mépris à l'enthousiasme. *Homo homini, aut lupus, aut Deus.*

Je vous entends, votre lot médical ne vous satisfait point; vous dites : M. ... a de la réputation, une grande clientèle, de la fortune, une belle position; moi, je suis perdu dans la foule et je vais à pied. — Eh! mon pauvre Rufus, imitez cet homme dont la célébrité excite en vous ce misérable esprit d'envieuse égalité. — Mais, que faut-il donc faire? — Ayez d'abord son mérite, son aptitude et son savoir; ajoutez-y ses longs travaux, son zèle, sa persévérance. Faites en sorte de défricher quelque lande ignorée du domaine de l'art; cherchez, inventez; trouvez une idée neuve et féconde, ou faites d'une vérité pressentie, une vérité rayonnante. Vous pouvez encore instruire la jeunesse, lui montrer le vrai chemin, lui enseigner les bons principes, etc. Alors s'écarteront les ronces et les épines du sentier de la fortune. — Mais les circonstances sont contre moi. — Vous vous trompez, Rufus, les circonstances sont peu, le génie est tout; le bonheur vient aux habiles et aux laborieux. Vous vous plaignez de n'être parvenu à rien; est-ce par défaut d'esprit? Alors prenez-vous-en à la nature. Est-ce par maladresse, par inertie, par paresse? En ce cas, taisez-vous, il est juste que les frelons jeûnent ou qu'ils apprennent à faire du miel.

Quand on étudie les mouvemens, les révolutions, les hésitations de la science, il faut toujours en revenir à ce point, que, dans la médecine, la *vraisemblance* est presque toujours le principe destructeur de toute *certitude*.

Ce qui effraie, ce qui décourage, c'est que l'origine des phénomènes dans les

fièvre un caractère spécifique et la distinguer des fièvres rémittentes bilieuses ordinaires des pays chauds (1).

M. Catel entre ensuite dans des détails assez étendus pour prouver que « le traitement anti-phlogistique, tel qu'il l'a combiné et prescrit à l'hôpital de St-Pierre, est le seul qui ait obtenu des succès en ville. » C'est encore là un point que nous aurons occasion d'examiner dans notre rapport sur le mémoire de M. Rufz. En attendant, disons que l'honorable médecin en chef de l'hôpital de St-Pierre a fait une part beaucoup trop large à la puissance de la médecine.

Récidive. — M. Catel fait remarquer que « il n'est pas nécessaire de quitter les lieux où l'on a contracté la fièvre jaune pour avoir de nouveau cette maladie, comme la gastro-entérite, la dysenterie, etc. Le typhus ictérodes peut, dit-il, attaquer plusieurs fois le même individu, pourvu qu'il soit dans les conditions de santé propres au développement de cette phlegmasie; ainsi, par exemple :

« Plane, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, fusilier au 2e régiment d'infanterie de marine, après avoir présenté tous les symptômes de la fièvre jaune, en mars 1839, et être sorti parfaitement guéri, est rentré à l'hôpital dans les premiers jours de septembre plus violemment atteint encore, et a succombé le septième jour après avoir parcouru tous les degrés de la maladie, et avoir offert les hémorragies et le vomissement noir.

» Chapon, âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, fusilier dans le même régiment, entre à l'hôpital le 1er septembre et meurt le sixième jour, après avoir parcouru toutes les phases de la fièvre jaune. Ce militaire, comme le précédent, avait déjà eu cette maladie en janvier.

» M. le docteur Fâzeuille, qui avait traversé une grande partie de l'épidémie de la Guadeloupe, où il avait déjà éprouvé le typhus ictérodes, a contracté de nouveau cette maladie à la Martinique, et le mal a suivi chez lui sa marche ordinaire. »

Effets de la peur. — Comme dans toutes les épidémies, on a vu à la Martinique des hommes frappés de terreur : 6 ont succombé à l'hôpital de St-Pierre sous l'influence de la peur, malgré tous les efforts de M. Catel pour les rassurer. L'effroi était peint sur la figure de ces infortunés. Chez beaucoup d'individus la crainte de la maladie a été en quelque sorte plus redoutable que la maladie elle-même. On a vu plusieurs malades dans le voisinage d'un mourant se couvrir le visage de leur drap de lit, perdre la parole et expirer peu de temps après. Il est arrivé que des hommes chez qui la maladie marchait avec régularité vers une heureuse terminaison sont tombés dans un état désespéré, à l'aspect d'un cadavre qu'on transportait hors de la salle.

Contagion. — « Si l'on entend par le mot contagion, dit M. Catel, la faculté qu'a une maladie de se transmettre à une plus ou moins grande distance, soit par une personne qui en est atteinte, soit par des effets qui ont appartenu à des malades, nous pensons que la fièvre jaune n'a pas été contagieuse à la Martinique, depuis le commencement de l'épidémie actuelle. » Voici quelques-uns des faits que ce médecin cite à l'appui de son opinion :

Des musiciens militaires qui se trouvaient momentanément à Saint-Pierre, en octobre 1838, furent logés dans la chambre où la quatrième compagnie avait été frappée par la maladie; mais on avait eu la précaution de passer un lait de chaux sur les murs de cette chambre dont on avait assaini toutes les parties. Ces musiciens, après avoir passé trois jours dans ce local, retournèrent au Fort-Royal, où, à leur arrivée, plusieurs furent atteints de la fièvre jaune et 6 succombèrent. Quoique traités dans l'hôpital parmi les fiévreux aucun de ces derniers ne contracta la maladie qui n'atteignit épidémiquement le Fort-Royal que le 2 février suivant (1).

Les communications entre les villes de Saint-Pierre et du Fort-Royal sont extrêmement fréquentes; elles ne furent point interrompues durant l'épidémie, et néanmoins la fièvre jaune ne se montra dans celle-ci qu'après avoir existé plus de quatre mois dans la première.

« On est donc forcé de reconnaître, dit M. Catel, d'après l'observation des faits, que certaines localités favorisent plus que d'autres le développement de la fièvre jaune. Ce point une fois admis, on se rend parfaitement raison de la marche de la maladie. On voit l'épidémie éclater à St-Pierre, dès les premiers jours d'octobre; passer, pour ainsi dire, par dessus le Fort-Royal, après plus de trois mois d'existence, pour aller attaquer, en janvier, la garnison du marin; revenir ensuite sur ses pas et faire explosion au Fort-Royal, le 2 février, dans les casernes de l'artillerie; n'arriver à la Trinité qu'en avril, et se montrer dans plusieurs paroisses de la colonie. Comment expliquer, dans l'hypothèse de la contagion, ajoute M. Catel, l'itinéraire que le typhus icterodes a suivi pour se rendre d'une île à une autre, et de St-Pierre dans les autres localités de la Martinique? Il faut conclure de tout ce qui vient d'être dit que la fièvre jaune éclate dans un endroit toutes les fois que les causes de cette maladie ont acquis l'énergie nécessaire pour porter la phlegmasie au degré qui constitue le typhus ictérodes. »

En résumé, il résulte des faits exposés par notre honorable confrère, M. Catel, que ce qui s'est passé à la Martinique dans la dernière épidémie est absolument le contraire de ce qui aurait dû avoir lieu si la fièvre jaune possédait le caractère contagieux que lui attribuent encore quelques médecins. Nous reviendrons sur cet important sujet dans notre rapport sur le mémoire de M. le docteur Rufz.

Infection. — « Comme on l'a déjà vu, dit M. Catel, le typhus ictérodes éclate dans les premiers jours d'octobre 1838, d'abord dans le local occupé par la quatrième compagnie, et successivement dans toutes les chambres des casernes. Les militaires affluent à l'hôpital, où il s'établit promptement un foyer d'infection. Les sœurs hospitalières, tous les officiers de santé, les convalescens d'autres maladies et les blessés, sont atteints au milieu des salles; plusieurs sœurs sont, pour ainsi dire, frappées de mort; l'une d'elles perd la vue en donnant à boire à un malade (2). La maladie continue à sévir avec force dans les casernes et à l'hôpital, tandis que la ville n'éprouve rien : c'est que les causes générales n'ont pas

(1) D'après M. le professeur Chapman (de Philadelphie), « dans la fièvre jaune la convalescence est rapide et complète; *is rapid and complete.* » (The Philadelphia journal of the medical and physical sciences.)

Le docteur Mongez, de la même ville, tient sur ce point le même langage que le docteur Chapman. (The North American medical and surgical journal, n° 3, p. 57.)

(1) D'après M. Rufz, ce ne fut qu'en mars que la fièvre jaune envahit la garnison et la ville du Fort-Royal.

(2) Cette perte de la vue ne fut que momentanée et se dissipa à la suite d'une saignée.

---

corps vivans se trouve dans les modes divers des affinités moléculaires; c'est-à-dire à une profondeur où nous ne pouvons atteindre. Nous voyons la surface et les résultats; d'un effet nous passons à un autre effet un peu moins secondaire; c'est là ce qu'on appelle découverte, progrès, grande époque scientifique. Quant aux causes, nous ne savons où elles sont, ni ce qu'elles sont; *elles fuient d'une fuite éternelle* le regard de l'homme. Plus le connu s'agrandit, plus les frontières de l'inconnu s'accroissent aussi et nous pressent de toutes parts. Au lieu de cinq sens, nous en aurions reçu dix, vingt et plus, qu'après les *detecta invisibilia* d'un certain ordre, il y aurait encore de nouvelles obscurités; après celles-ci d'autres, et cela dans une progression à jamais incalculable. Reconnaissons donc que l'auteur de la nature a mis à toutes ses œuvres l'empreinte de son infinité; car il n'en est aucune dont nous puissions connaître l'essence et toucher le fond. A peine, sans doute, cette prérogative est-elle réservée aux intelligences habitant les sphères supérieures de l'univers.

Ontologie! ontologie! qui n'a pas entendu ce cri de réprobation lancé contre cette partie de la philosophie appliquée à la médecine? et pourtant, l'ontologie, c'est la connaissance exacte et profonde d'un objet; c'est la science de l'être en général, comme son nom l'indique; ce sont les principes déduits des phénomènes, les axiomes tirés des faits, qui en sont les racines; c'est la fin, le couronnement de toute intelligence des choses. Plût à Dieu que les médecins soient de véritables ontologistes; mais la plupart tombent et se perdent dans l'analyse, le détail, le matériel. Si vous comprenez l'ontologie, à quoi bon votre ardeur de vitupération? Si vous ne savez ce que c'est, gardez un silence prudent : *apage, sophista!*

Toute vérité scientifique se conçoit, s'augmente, se développe, acquiert son point de maturité; mais, comme les enfans, on ne la met point au monde sans effort, sans douleur et sans déchirement.

La prudence médicale doit, plus que toute autre, être figurée par un serpent.

« Les hommes forts se sont levés et ils ont ceint leurs reins. » Ils ont dit : la science n'est pas ce qu'elle doit être, il faut la refaire de la base au sommet. Puis ils se sont mis à l'œuvre. Alors beaucoup ont espéré, beaucoup ont cru que la moisson serait abondante; quelques-uns même ont entrevu la terre promise de la médecine. Que de problèmes résolus, de questions éclaircies, de vérités acquises, de découvertes importantes, de principes posés à jamais! Les signes prédits étaient arrivés et l'on attendait avec impatience. Enfin le précieux et sacro-saint ouvrage est imprimé, la doctrine a fait son apparition, soit dans un livre, soit au grand jour de la rampe académique ou professorale. Tout aussitôt l'illusion s'est dissipée, le mirage n'existe plus, le désappointement est complet. Qu'a-t-on vu? Une théorie fausse ou bizarre, un réchauffé, un *crambe bis cocta*, des principes vieillis et délaissés. Cette doctrine ne se recommande ni par la hauteur

acquis assez de force pour frapper les individus isolés... Enfin, tous les infirmiers, blancs, de couleur et noirs, ont été atteints, et il est exact de dire qu'aucun individu qui a soigné les malades n'a échappé aux dangereux effets de l'infection. »

Le danger qu'il y avait à séjourner dans l'hôpital St-Pierre est un fait fort extraordinaire, que j'examinerai prochainement avec toute l'attention qu'il mérite. Je rechercherai alors si l'infection dont il s'agit provenait des malades eux-mêmes, comme le pense M. Catel, ou si elle dépendait simplement des localités. Ce qui s'est passé depuis un demi-siècle dans les divers hôpitaux où les malades de la fièvre jaune ont été reçus, soit en Amérique, soit en Europe, ne pourra manquer d'éclairer cette question.

M. le docteur Catel a joint à son mémoire sept tableaux, qui résument, en quelque sorte, les points les plus importans de ce travail.

Le premier de ces tableaux *présente les principaux phénomènes météorologiques observés à St-Pierre, pendant les années* 1835, 1836, 1837, 1838 *et les neuf premiers mois de* 1839. Ce médecin, regardant une haute température et les vents du sud comme les principales causes de la fièvre jaune, il a voulu prouver, par des chiffres, que ces deux causes ont existé durant l'épidémie qu'il décrit. On voit, en effet, par ce tableau, que la chaleur atmosphérique a été plus élevée que de coutume et que les vents du sud ont régné pendant deux cent trois jours, dans l'espace des douze mois pendant lesquels la fièvre jaune a sévi dans cette localité, c'est-à-dire depuis le 1er octobre 1838 jusqu'à la fin de septembre 1839. On voit que les calmes et les orages ont aussi été plus fréquens durant l'épidémie que pendant les années antérieures, et que, d'un autre côté, il n'y a eu, pendant l'hivernage, ni bourrasque, ni coup de vent.

Le deuxième tableau présente la mortalité par corps, depuis le 1er *octobre* 1838, *époque de l'invasion de la fièvre jaune à St-Pierre, jusqu'au* 30 *septembre* 1839. Ainsi, l'infanterie de marine a eu 817 malades et 87 morts; 1 sur 9 et $\frac{1}{3}$.

Les canonniers ont eu 62 malades et 13 morts; 1 sur 5 environ.

La marine de l'état a eu 92 malades et 9 morts; 1 sur 10.

La marine du commerce a eu 226 malades et 38 morts; 1 sur 6.

La gendarmerie a eu 4 malades et 2 morts; 1 sur 2. Mais deux de ces malades vomissaient noir lors de leur entrée à l'hôpital.

On voit que l'avantage a été en faveur des marins de l'état et des soldats d'infanterie.

Dans un troisième tableau, M. Catel fait connaître les proportions de la mortalité, d'après le temps qui s'est écoulé entre l'invasion de la maladie et l'admission du malade à l'hôpital. On voit par ce tableau qu'il n'est mort pendant l'épidémie qu'un homme sur 30 $\frac{1}{2}$ de ceux qui sont entrés le premier jour, 1 sur 8 de ceux qui ont été admis le deuxième, tandis qu'il en est mort 1 sur 3 $\frac{1}{2}$ de ceux qui ne sont entrés que le troisième jour et au-delà. M. Catel ajoute « que 42 matelots de la corvette *la Thisbé*, atteints de la fièvre jaune, furent envoyés à l'hôpital dans les 24 premières heures de l'invasion, et qu'aucun de ces hommes n'a succombé. » Le rétablissement de ces 42 marins semble annoncer que leur maladie n'avait que très peu de gravité.

Le quatrième tableau comprend les hommes décédés de la fièvre jaune dans l'hôpital de St-Pierre durant la période indiquée ci-dessus. Il résulte de ce tableau que la plus grande mortalité a eu lieu les sixième, septième et huitième jours de l'invasion; que 91 individus avaient trois jours et plus d'invasion lors de leur entrée; 40, deux jours, et 19 un jour; sur ce nombre, 10 ont succombé dans les 24 premières heures de leur admission.

M. Catel fait remarquer que, si la maladie s'est prolongée au-delà du terme ordinaire, dans les cas funestes, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut l'attribuer; et, après avoir rappelé que la saignée générale est rarement utile passé le second jour, il ajoute: « Or, comme la plupart des hommes qui figurent au tableau de la mortalité ne sont venus à l'hôpital qu'après les 48 premières heures, nous avons dû nous borner à des applications de sangsues derrière les oreilles, sur le trajet des jugulaires, à l'épigastre, et aux boissons fraîches et rafraîchissantes. C'est, ajoute-t-il, avec ces moyens que nous avons obtenu la guérison de plus des deux tiers des hommes entrés à l'hôpital le troisième jour, et d'avoir retardé le dernier moment chez ceux qui ont succombé. »

Je le répète, M. Catel a beaucoup trop de foi dans nos moyens thérapeutiques et pas assez dans le pouvoir de la nature.

Le cinquième tableau présente le nombre des malades traités au Fort-Royal, de 1820 à 1827 inclusivement, ainsi que la mortalité qui a eu lieu. La proportion des morts a été, suivant les années, d'un sur 2 $\frac{1}{2}$, d'un sur 3, sur 3 $\frac{1}{2}$, sur 4 et sur 5.

« Depuis le commencement de l'épidémie actuelle, ajoute M. Catel, 1344 individus ont été traités à l'hôpital du Fort-Royal; sur ce nombre, 223 ont succombé; 1 sur 6. 92 individus ont été traités pour la fièvre jaune, pendant le deuxième trimestre de 1839, à l'hôpital de la Trinité; il en est mort 19; 1 sur 4 $\frac{1}{2}$. Il a été traité, pendant le premier trimestre de la même année, à l'hôpital du Marin, 40 hommes atteints de la fièvre jaune; il en est mort 19, 1 sur 2. Faisons remarquer ici que les soldats de la garnison du Marin occupent des postes éloignés, et qu'il est probable que la plupart de ces hommes ne seront arrivés à l'hôpital qu'après deux et trois jours d'invasion. »

Le sixième tableau produit par M. Catel a été extrait du rapport médical annuel de l'officier de santé en chef de l'île de la Dominique, et il présente le nombre des officiers et soldats atteints de la fièvre jaune dans cette colonie, ainsi que la mortalité qui en a été le résultat. 101 soldats malades ont donné 35 morts, 1 sur 3, et 7 officiers ont en 3 morts, 1 sur 2 environ.

Suivant M. Catel, les pertes n'ont été aussi grandes à la Dominique que parce qu'on n'y a pas combattu la maladie par la saignée. Mais, suivant M. le docteur Keith-Imray, médecin distingué, qui pratique dans cette colonie depuis nombre d'années, « le traitement antiphlogistique, employé d'abord, dut être bientôt abandonné. Les stimulans les plus énergiques procurèrent seuls quelques guérisons: on était obligé de les continuer pendant plusieurs jours et à fortes doses; si on les discontinuait pendant quelques heures seulement, l'abaissement du pouls et le refroidissement des extrémités survenaient immédiatement. Une dame et un ministre méthodiste, qui en santé ne buvaient que de l'eau, prirent chacun, en peu de jours, sans compter les autres stimulans, douze bouteilles de vin de Champagne et furent sauvés (1). »

« Si l'on se rapporte aux temps qui nous ont précédés, ajoute M. Catel, on verra que la fièvre jaune faisait périr la presque totalité des individus

(1) Voyez dans la Gazette Médicale de Paris du 14 mars 1840 l'analyse du mémoire de M. Imray.

---

des considérations, ni par aucune de ces grandes vues qui la puissent enlever sur les ailes de la pensée philosophique, bien moins encore par des résultats positifs, pratiques; rien de solide, de prouvé, de complet, nulle séduction dans le fond et dans la forme. Hélas! combien de productions scientifiques en sont là! On les préconise, on les exalte à l'avance, mais, comme dit le fabuliste, après tant de fracas, qu'en sort-il souvent? — Du vent. Que Dieu et le sens commun leur soient en aide.

Souvent le détail, l'application des idées à la pratique, ne paraissent au créateur de ces idées qu'une chose frivole, une perte de temps; il trouve un principe générateur, et la lumière se fait.

Vivons-nous pour la terre seule? Vivons-nous pour revivre dans un nouvel ordre de choses et de rapports? La vie est-elle une force, est-elle principe ou conséquence de la matière combinée? Nous est-il donné de comprendre le passage du néant à l'être, ainsi que le passage de l'être au néant? Le *moi* individuel persiste-t-il après la mort, ou bien s'absorbe-t-il dans l'intelligence infinie, comme chaque particule organique va se perdre dans le torrent des métempsycoses physiques? Difficiles et inquiétans problèmes! grandes et redoutables questions que l'homme ne peut ni résoudre, ni éclaircir, ni perdre de vue, ni abandonner tout à fait. Serait-il condamné à chercher la vérité sans relâche comme sans espoir?... Il faut donc rester dans le doute, il faut rester suspendu sur l'abîme des secrets de Dieu. Une seule vérité reste pourtant éternellement constatée: le cœur de l'homme est plus grand que sa condition terrestre; il y a donc quelque chose au-delà du tombeau. Ainsi notre existence est une œuvre commencée et qui se continue dans les mondes. Une voix semble crier à l'homme des profondeurs de la conscience: tu n'as pas été créé pour périr à jamais, tu vis, donc tu vivras, tu seras parce que tu es.

R. P.

— Nous avons fait connaître dans le temps l'issue du procès intenté par M. Gendrin à M. Latour, rédacteur de la Gazette des médecins-praticiens. Les lois de septembre nous ont empêché de rendre compte de ce triste procès. Mais elles ne nous empêchent point d'apprendre à nos lecteurs que M. Gendrin a poussé la vindicte légale jusqu'à faire incarcérer son confrère pour le forcer au paiement de l'amende qu'il a obtenue contre lui. Nous croyons ce fait sans exemple dans notre profession. Nous annonçons avec plaisir qu'un grand nombre de médecins de la capitale, appartenant à tous les degrés de la hiérarchie médicale, se sont réunis pour offrir à leur honorable confrère les moyens de recouvrer sa liberté.

— M. Gasc nous écrit que l'Académie s'est empressée de le remercier par l'organe de son secrétaire perpétuel d'avoir eu l'heureuse idée de la représenter à la fête de Gutenberg. Il nous est doublement agréable de consigner ici cette rectification; nous en félicitons et l'Académie et celui qui nous l'a communiquée.

qui en étaient atteints. A St-Domingue, à la Guadeloupe, à la Martinique, elle enlevait les $\frac{2}{3}$; les $\frac{3}{4}$; ailleurs, 40, 50 pour 100, etc. Aujourd'hui, elle est moins meurtrière là où elle est traitée par les antiphlogistiques. »

Je ferai observer que l'emploi des antiphlogistiques dans le traitement de la fièvre jaune, et particulièrement des émissions sanguines, n'est point une chose nouvelle; on y a eu recours *dans les temps qui nous ont précédés*, et souvent avec bien plus d'extension que ne l'a fait M. Catel lui-même, et néanmoins on perdait des malades; ce qui prouve que les évacuations sanguines ne sont point un remède souverain contre la fièvre jaune. Je reviendrai sur ce point important de thérapeutique en rendant compte du mémoire de M. Rufz.

Enfin, le septième et dernier tableau que M. Catel a joint à son travail présente le nombre des malades traités à l'hôpital de St-Pierre depuis le 1er octobre 1838 jusqu'au 30 septembre 1839. Il y a en 1202 cas de fièvre jaune et 150 morts; 210 cas de dysenterie et 36 morts; 21 cas d'affections de poitrine et 5 morts; 364 cas de maladies diverses et 46 morts. Ainsi, le total des malades a été de 1797 et celui des morts de 230, ce qui donne pour l'ensemble des malades une mortalité proportionnelle d'un sur 8; pour la fièvre jaune, d'un sur 8 environ; pour les maladies de poitrine, d'un sur 4; pour la dysenterie, d'un sur 5 environ; enfin, pour les maladies diverses, d'un sur 9 $\frac{1}{2}$ environ.

On voit par ce tableau que la fièvre jaune compte pour les deux tiers des maladies traitées à l'hôpital de St-Pierre. Elle a, pour ainsi dire, régné seule pendant le quatrième trimestre de l'année 1838 et les deuxième et troisième trimestres de l'année 1839. Ayant perdu de son intensité, pendant le premier trimestre 1839, on observa alors, concurremment avec cette maladie, des gastro-entérites, des hépatites, des dysenteries, etc. Ajoutons que toutes les affections autres que la fièvre jaune se montrèrent beaucoup plus graves que dans les temps ordinaires et que la constitution épidémique régnante influa à un haut degré sur la terminaison funeste de ces maladies.

Mesures prophylactiques. — M. Catel expose sous ce titre divers moyens fort sages, mais qui sont parfaitement connus, tels que d'envoyer les malades le plus tôt possible à l'hôpital, d'éviter l'encombrement, d'entretenir la plus grande propreté, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, etc., etc.

Conclusions. — Elles sont au nombre de 25, et résument les faits et les opinions que M. Catel a consignés dans son mémoire, et sur lesquels il est inutile de revenir. Enfin, ce médecin termine son important travail par une courte péroraison en faveur du traitement qu'il a adopté, qui l'emporte, dit-il, en efficacité sur tous ceux qui ont été tour à tour mis en usage, depuis qu'on a signalé l'existence de la fièvre jaune.

Quant à moi, j'ai tout lieu de croire que, si notre honorable confrère avait eu occasion de voir d'autres épidémies de fièvre jaune que celle qu'il décrit, il ne se montrerait point aussi exclusif qu'il le fait ici; il n'attribuerait pas d'une manière aussi absolue au traitement énergique qu'il a mis en usage des succès qu'on obtient assez souvent des seules forces de la nature, ou par l'emploi de moyens extrêmement simples, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le faire remarquer dans le cours de ce rapport.

Enfin, messieurs, l'analyse succincte que je viens de donner du mémoire de M. le docteur Catel mettra, j'espère, l'Académie à même d'apprécier toute l'importance du travail de son honorable correspondant; c'est l'œuvre d'un médecin éclairé, consciencieux et plein de zèle, qui, sous un climat brûlant, au milieu d'une épidémie meurtrière (1) a consacré tous les instans que lui laissait un service extrêmement pénible à recueillir et à coordonner les faits intéressans qu'il s'est empressé de vous adresser, et dont vous avez bien voulu me confier l'examen. Puisque, d'après vos usages, je ne dois pas vous proposer de conclusions sur le mémoire de M. Catel, qu'il me soit permis, messieurs, d'exprimer hautement devant vous la vive satisfaction que la lecture de cet écrit m'a fait éprouver, et de faire des vœux pour que la conduite qu'a tenue ce médecin, pendant la dernière épidémie de la Martinique, trouve de nombreux imitateurs parmi vos correspondans.

Paris, le 18 août 1840.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de mars et avril contiennent les articles originaux suivans:

(1) Six officiers de santé de la marine sont morts de la fièvre jaune au Fort-Royal pendant l'épidémie dont il s'agit.

1° *Mémoire sur l'utilité de la compression graduée dans l'ascite*; par M. Morelli. 2° *Histoire d'un cas d'adénite idiopathique*; par M. Pogliaghi. 3° *Histoire d'une fièvre pernicieuse et maniaque, suivie de quelques considérations sur l'usage du sulfate de quinine et des remèdes en général dans l'organisme humain*; par M. Bonetti. 4° *Des propriétés hyposthéniques du quinquina et de ses préparations*; par M. Lelli. 5° *De l'insuffisance des méthodes nouvellement préconisées pour la cure radicale des hernies*; par M. Petrali. 6° *Expériences sur l'existence du cuivre et du plomb dans le corps humain, découverte par M. Devergie*; par M. Catsanee de Mœma. 7° *Ablation du maxillaire supérieur par un ostéosarcome*; par M. Canteni. 8° *Résection de la moitié du maxillaire inférieur pour une exostose de la face interne*; par le même. 9° *Cas singulier de lait rendu par les crachats*; par M. Démétrio Rasi. (Extrait du Bull. del scienze mediche di Bologna, avril 1839.)

Mémoire sur l'utilité de la compression graduée dans l'ascite; par M. L. Morelli.

Obs. — Ass. Corsini, âgée d'environ 52 ans, d'une bonne constitution, se maria et eut plusieurs enfans. Devenue veuve, elle tomba dans la misère, se livra à quelques travaux pénibles, et fut prise d'une fièvre continue, rémittente, gastrique. Au bout de quelque temps survinrent des accès de fièvre tierce. (Sulfate de quinine; onctions mercurielles sur la région hépatique.) La salivation s'étant déclarée, on cessa l'usage des frictions. Bientôt l'ascite se prononça, et la malade en accusa le traitement.

Ass. Corsini fut soumise à divers traitemens pendant deux années, et entra dans le courant du mois de novembre 1838 à l'institut clinique. Divers remèdes internes furent prescrits sans résultat; la paracentèse abdominale pratiquée plusieurs fois ne diminua que momentanément la quantité de la sérosité épanchée; l'épanchement se reformait avec une grande promptitude. Enfin, M. Morelli se décida à recourir à la compression, qui venait de lui réussir chez une petite fille, et lui avait donné déjà plusieurs succès chez d'autres malades.

Il fit fabriquer un bandage circulaire, qui du tiers inférieur du sternum s'étendait jusque vers le pubis, et qui pouvait être serré avec des courroies de cuir, munies de trous et de lacets; deux sous-cuisses l'empêchaient de remonter.

La malade fut soumise à ce nouveau moyen, et bientôt, à l'aide de la compression, on vit l'abdomen diminuer considérablement de volume, et enfin reprendre son état normal. L'urine reprit son cours; les selles étaient régulières. L'appétit revint, ainsi que le sommeil.

Dans une seconde observation il s'agit d'un engorgement mal défini des viscères abdominaux; dans une troisième, d'une femme atteinte d'ascite et regardée depuis longtemps comme incurable; toutefois, on n'eut pas recours à la compression, car il survint une toux fatigante, suivie d'une abondante expectoration, et d'évacuations alvines qui ne furent provoquées par aucun médicament. Ce dernier fait prouve avec quelques autres que l'ascite, comme beaucoup d'autres maladies chroniques, peut guérir spontanément après avoir résisté à un grand nombre de moyens.

Quant à la compression, déjà employée par B. Rush, et plus tard par le docteur C. Speranza (Annali di medi. d'Omodei fascicol., 120, p. 433), elle a procuré évidemment la guérison dans la première observation; mais il est juste de noter, ainsi que le docteur Morelli en convient lui-même, que la maladie reparut au bout de quelque temps, sans doute parce que le traitement n'avait pas été suivi avec assez de persévérance, et que la malade avait fait de nombreux écarts de régime. On revint à la compression après quelques purgatifs, et cette fois la guérison parut plus solide. Ce moyen, qui ne compte pas encore un assez grand nombre de cas d'emploi, mérite d'être soumis de nouveau à l'expérimentation; quelle que soit la théorie de son mode d'action, elle est en dernière analyse résolutive, et c'est le principal résultat qu'il faut chercher à obtenir. Toutefois il sera bon de recourir concurremment et suivant les indications aux purgatifs, aux diurétiques, à la paracentèse, etc.

Histoire d'un cas d'adénite idiopathique; par le docteur Salvatore Pogliaghi (de Milan).

Obs. — Un homme âgé de 48 ans, d'une forte constitution, et qui s'était toujours bien porté, fut pris au milieu du mois d'octobre dernier, après quelques jours d'un malaise inaccoutumé, d'une inflammation assez vive sur les deux côtés de la face, au-devant de l'oreille, suivant le bord de la mâchoire inférieure et s'étendant jusqu'au menton.

Quelques jours après, malgré deux saignées, quelques purgatifs et des applications émollientes, de petites tumeurs presque indolentes s'étaient formées à la base du col; d'autres se développèrent dans le creux de l'aisselle et dans les aînes, puis il en vint dans le creux poplité et au pli du coude. Au bout de peu de jours le gonflement augmenta tellement dans ces divers points que les mouvemens des articulations devinrent incommodes et fort difficiles. A un examen attentif, toutes ces tumeurs ne s'accompagnaient pas d'un accroissement de chaleur à la peau dont la couleur ne semblait pas non plus changée. En même temps le pouls était fort légèrement accéléré. La face était d'un rouge livide; les yeux saillans,

hors des orbites; la tête pesante; la langue sale; cependant l'appétit était conservé; la respiration fréquente, mais nullement gênée. Le ventre n'offrait rien d'anormal.

On réitéra la saignée; des sangsues furent appliquées deux fois au cou; quelques purgatifs; pilules avec l'extrait d'aconit et le calomélas.

Amélioration d'abord du côté des glandes salivaires, et plus tard vers les autres tumeurs; mais la fièvre devint plus forte; il s'y joignit des exacerbations le soir; puis survinrent des accès de dyspnée qui, d'abord passagers et plus fréquens la nuit, devinrent continus et finirent par enlever le malade d'une manière imprévue le 6 décembre, neuf jours après son entrée à l'hôpital, et deux mois environ à dater du commencement de la maladie.

Autopsie. — Les glandes situées à l'extérieur offrent déjà au centre un commencement de suppuration; quelques-unes semblent transformées en kystes, renfermant une substance de consistance crémeuse, et d'une couleur lie de vin. Trois de ces dernières présentent une cavité capable de renfermer un œuf de pigeon; deux des glandes axillaires pourraient presque contenir un œuf de poule. En général, l'altération est plus marquée dans les glandes de l'aisselle gauche que partout ailleurs.

Les viscères thoraciques paraissent sains et ne présentent d'autre altération qu'un léger épanchement de sérosité dans la cavité de la plèvre droite. Les glandes bronchiques au niveau de la division de la trachée ont acquis un volume énorme, au point d'égaler celui du poing. Incisées en plusieurs sens, elles offrent les divers degrés d'inflammation observés dans les glandes extérieures, moins avancés cependant. Quelques-unes pourtant présentent déjà quelques points de suppuration. Les glandes mésentériques sont dans le même état, moins avancées.

La cause immédiate ou spéciale de la mort semble résider dans le gonflement des glandes bronchiques, dont le volume énorme devait nécessairement mettre un obstacle à la respiration, et la cause éloignée ou générale dans cette phlegmasie de presque tonte l'étendue des glandes salivaires et lymphatiques.

Cette phlegmasie ganglionnaire s'était donc développée primitivement, sans que les vaisseaux lymphatiques y prissent part, comme le voulait Broussais, dans tous les cas; elle existait donc sans érysipèle à la peau, en dépit d'une théorie récente qui a placé le point de départ de l'érysipèle dans les ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux provenant des portions de peau rouge et enflammée.

Voilà donc un exemple bien caractérisé d'adénite, dont l'existence d'une manière aussi générale et sans cause mécanique ou locale est difficilement admise par beaucoup d'auteurs. Ce fait peut être rapproché de l'observation citée par Morgagni dans sa XXIX[e] lettre (n. 12). Il y est question d'une femme chez laquelle cependant les désordres ne furent ni aussi étendus, ni aussi prononcés que chez la malade du docteur Pogliaghi.

INSUFFISANCE DES NOUVELLES MÉTHODES DE CURES RADICALES DES HERNIES, DÉMONTRÉE PAR L'EXPÉRIENCE; par A. PETRALI, médecin à Vicence.

Dans le mois d'avril 1838, l'auteur de ce mémoire a publié le résultat de quelques expériences, pour démontrer la possibilité de la cure radicale des hernies; il vient aujourd'hui, non seulement détruire ce qu'il a dit, mais combattre les méthodes les plus récemment préconisées dans le même but. Il commence par établir, ce qui n'est guère contesté, que toute hernie inguinale ne peut être considérée comme radicalement guérie, que lorsque le sac herniaire en portion engagée dans le canal inguinal, vient à s'oblitérer entièrement, de façon à rendre au canal ses dimensions primitives. Les résultats de la compression prolongée et de l'opération pratiquée pour l'étranglement sont analysés dans leurs détails, afin de s'assurer si l'une ou l'autre peuvent remplir les conditions indispensables à la cure radicale. Il est certain que beaucoup de guérisons définitives ont été obtenues à l'aide de l'une ou de l'autre; mais comme le plus souvent la compression reste inefficace, et que l'opération d'étranglement est suivie de récidive de la hernie, quelle peut être la cause de ces différences?

La compression ne peut agir que de deux manières quand elle guérit, un bien elle oblitère complètement le col du sac herniaire, ou bien le sac ayant été réduit avec la hernie, elle maintient assez longtemps accolées les parois du canal inguinal, pour qu'il reprenne une dimension capable de s'opposer désormais à l'issue de l'intestin.

La compression, suivant M. Petrali ne peut agir de la première manière: 1° parce que l'absence de point fixée en arrière empêche l'accollement exact des parois du canal et du sac; 2° parce que la forme cylindrique du sac herniaire et de son col ne sont point favorables à l'accollement; 3° enfin, parce que le sac contient le plus souvent de la sérosité, qui est un obstacle puissant à l'adhérence des parois du sac.

La partie située à l'extérieur peut être facilement et efficacement comprimée, mais son oblitération ne guérit point la hernie qui subsiste toujours dans le canal inguinal.

Au contraire, la réduction complète du sac, si elle peut être longtemps et exactement maintenue, promet une guérison presque certaine. Le difficile est d'obtenir cette espèce de compression. D'ailleurs, quand on y est parvenu, la nature aide singulièrement à rendre au canal sa petite dimension, parce que le bord inférieur du transverse et du petit oblique, débarrassé du tiraillement exercé sur eux par le sac, se redresse, maintient le canal aplati, et lui rend même un peu de son obliquité.

La guérison radicale à la suite de l'opération de l'étranglement n'est point aussi commune qu'on le croit généralement, parce qu'il faut pour ce résultat des conditions qu'on est loin de toujours rencontrer. Il faut que le collet du sac soit, dans toute son étendue, le siége d'un long travail inflammatoire, qui emmène des adhérences solides entre ses deux surfaces, et aussi l'adhérence de sa face externe avec les parois du canal inguinal. Toutes les fois qu'on a pu examiner les cadavres d'individus guéris radicalement d'une hernie, à la suite d'une opération pour la levée d'un étranglement, on a trouvé l'anneau interne fermé, oblitéré. Scarpa a fait cette observation. Comme il est impossible de calculer les suites de l'opération nécessaire à la production de ces phénomènes, on ne serait point excusable de l'entreprendre, hors les cas de nécessité, et alors même quand l'étranglement est placé en dehors, à l'entrée du canal inguinal, il est presque certain que la maladie récidivra. La portion du sac située au-dessus de l'étranglement ne s'oblitérant pas sera, par la suite, chassée par les viscères, et formera une autre hernie.

Les procédés imaginés pour la cure radicale ne réunissent pas les conditions essentielles à cette cure. Ainsi, celui de Belmas laisse le canal et ses anneaux aponévrotiques étrangers aux phénomènes d'adhérence; on ne peut avoir quelque espoir de les y faire participer, qu'en usant d'une compression des plus exactes. D'ailleurs, ce procédé peut amener de graves accidens d'inflammation, comme le prouvent les observations de l'auteur. Ce dernier danger se retrouve dans le procédé de Jameson, qui met un houchon de peau dans le sac herniaire. M. Petrali n'admet point ce procédé pour la hernie inguinale, parce que la partie postérieure du lambeau ne pourrait être maintenue par aucun lien en arrière, où ne se trouvent que le pubis et le pilier inférieur. Jameson lui-même ne semble l'avoir appliqué qu'aux hernies crurales.

Le procédé du professeur Gerdy a l'inconvénient de laisser libre l'ouverture abdominale du sac et du canal, et, de plus, la portion invaginée de peau est libre en arrière, les fils ne la retenant qu'en avant et sur les côtés.

Par la modification qu'il a apportée à ce procédé, le professeur Signoroni n'a sans doute eu en vue que de remédier à ce dernier inconvénient, mais il a certainement augmenté ses dangers en allant aviver les bords de l'anneau externe.

On en peut dire autant des méthodes de MM. Bonnet et Mayor.

Voici maintenant une série de 13 faits qui viennent à l'appui de ces critiques; quelques-uns de ces faits ont été publiés par l'auteur lui-même, en avril 1838, dans le même journal, comme des cas de guérisons, à une époque voisine de l'opération.

Obs. I. — S. Passetto fut opéré par la méthode du professeur Signoroni, et a été cité comme guéri dans le travail que nous avons cité plus haut. Pendant quelque temps, en effet, la cicatrice a maintenu la hernie, d'autant mieux que la portion invaginée de peau s'était gangrénée sous la compression des sutures, et que cette cicatrice avait ainsi acquis la résistance du tissu médullaire. En janvier 1839, la hernie était complètement récidivée. La cicatrice adhérait encore au pilier supérieur de l'anneau, la hernie avait glissé sous elle et l'avait détachée du pilier inférieur.

Obs. II. — Hernie ombilicale traitée par invagination de la peau; le canal cutané est fermé par la suture entortillée, et son fond est cautérisé avec l'ammoniaque; en peu de jours, il y avait récidive.

Obs. III. — Hernie inguinale récidivée après quelque temps, quoiqu'on ait pris soin d'appliquer la suture entortillée sur les piliers eux-mêmes de l'anneau externe.

Obs. IV et V. — Ici le même sujet portait deux hernies très volumineuses. L'opération fut pratiquée par le même procédé de Signoroni. Le diamètre considérable des canaux engagea à y laisser un corps étranger pour mieux exciter l'inflammation. Une sonde de gomme élastique fut laissée à demeure entre le grand oblique et la paroi antérieure du collet du sac. Il y eut une longue suppuration, suivie d'une cicatrice très ferme. On espéra longtemps une guérison complète, et cette opinion fut partagée par beaucoup de médecins; en janvier 1839, la hernie avait reparu à droite; en mai 1840, à gauche, la hernie a déjà franchi la cicatrice; elle est encore fort petite, mais enfin il y a récidive.

Les observations 6, 7 et 8 ont également trait à des hernies inguinales traitées de la même façon et également récidives après quelque temps d'apparente guérison.

Obs. IX. — Hernie si volumineuse qu'elle descendait jusqu'au genou. C'était une oschéocèle que le malade, nommé Angelo Prando, portait depuis l'enfance;

elle était parfaitement réductible. Après avoir mis à nu l'anneau par une incision semi-lunaire, on enfonça dans le canal inguinal autant qu'on put du sac herniaire lui-même, et de plus un petit morceau d'éponge. Les piliers furent réunis à l'aide de la suture entortillée sur ces deux corps.

Le huitième jour, on enlève les épingles; abondante suppuration.

Le vingt-cinquième jour, la cicatrice était complète. Pendant quinze jours seulement la hernie parut guérie; mais quand elle reparut après cette époque, elle était beaucoup moins volumineuse et pouvait être maintenue, c'était là le seul avantage que le malade eût retiré de l'opération.

Obs. X, XI et XII.—Elles offrent aussi l'exemple de hernies inguinales volumineuses qui chez le malade ne pouvaient être contenues; elles furent opérées dans l'unique dessein de les rendre plus petites et susceptibles d'être maintenues réduites par le bandage; on obtint le résultat désiré. On mit en usage le procédé de M. Mayor; seulement avec une aiguille courbe, on passa un fil à travers les piliers qu'on maintint rapprochés en serrant les fils sur la peau.

Dans la douzième, le sac fut mis à nu par incision de la peau, et les sutures appliquées directement sur les piliers.

Dans la onzième, la récidive eut lieu deux mois après l'opération faite à un enfant de sept ans pour une hernie inguinale. Il n'avait point voulu porter de bandage.

Obs. XIII. — Giovanni Battista Albiero fut opéré, le 2 juillet 1838, pour une petite hernie inguinale réductible. La peau incisée avec l'anneau externe, le sac fut mis à nu, bien écarté des parties environnantes, et réduit en entier. La suture entortillée réunit les piliers. En un mois cette plaie se guérit. Le 16 mars 1839, la cicatrice était solide et adhérente à tout le pourtour de l'anneau; le malade ne portait point de bandage, et la hernie n'avait en aucune façon reparu.

Parmi les faits que nous venons de citer, il en est deux qui sont tout à fait nouveaux en France, et qui contredisent un des principes des auteurs des procédés de cure radicale. Ces derniers posent en règle générale qu'il ne faut essayer de guérir une hernie que lorsque l'anneau qui lui livre passage n'est déjà pas trop élargi par une hernie volumineuse. Ici, au contraire, les hernies étaient très volumineuses, assez pour ne pouvoir être suffisamment continues, et le but de l'opération est de diminuer leur volume, et de les assujétir ainsi à une contention régulière. Les procédés mis en usage ne diffèrent guère de celui de M. Gerdy, modifié par M. Signoroni, et dont nous avons déjà parlé. Seulement, aux dangers apportés par la modification de M. Signoroni, on ajoute, dans un de ces cas, le danger d'un corps étranger, une sonde de gomme élastique laissée à demeure dans le sac pour y amener une grande suppuration. Malgré le succès de ces opérations, il n'est point, nous pensons, d'une saine chirurgie de les pratiquer sans la volonté formelle des malades. Nous avons vu la seule présence des fils passés, comme dans le procédé de M. Gerdy, amener des suppurations terminées une fois par la mort, une autre fois étendues au loin. A quoi doit-on naturellement s'attendre en présence de pareils faits, quand, outre la présence des fils, la peau est divisée, le sac ouvert, et une sonde laissée à demeure dans le sac, à travers l'anneau inguinal?

CAS SINGULIER DE LAIT RENDU PAR LES CRACHATS; par M. Demetrio Basi, (Extrait du Bolletino del scienze mediche di Bologna; avril 1839.)

La science possède un certain nombre de faits curieux dont l'explication est encore plongée dans la plus complète obscurité. Celui que nous allons rapporter est de ce nombre. On sait que des observateurs dignes de foi ont trouvé du lait, tantôt des régions éloignées des mamelles simulant des collections purulentes, tantôt dans les urines. C'est l'analyse microscopique qui a pu constater ce dernier fait. Quant au premier, c'est la chimie qui a prouvé sa vérité. Nous ne savons si, dans ces cas, l'analyse chimique et microscopique du sang a été faite, mais, à coup sûr, ce serait une étude intéressante. Dans le cas particulier qui nous occupe, bien d'autres circonstances manquent pour rendre complète son histoire. Ainsi, l'auteur n'a point analysé le lait qu'il prétend avoir trouvé dans les crachats, et il n'a point vérifié par l'autopsie l'occlusion des ouvertures des canaux galactophores, qu'il croyait avoir vue pendant la vie. Voici le fait qui, quoique manquant de cet entourage de preuves qui porte avec soi la vérité, n'en est point pour cela dépourvu d'intérêt.

Obs.—La dame Giovanna Malagutti, née de parens qui atteignirent la plus extrême vieillesse, s'était mariée à 15 ans. Sa première grossesse fut traversée par une pneumonie qui l'empêcha de nourrir son enfant; elle n'éprouva cependant aucun accident du côté des mamelles; de grands accès d'asthme la forcèrent de recourir plusieurs fois à la saignée pendant la deuxième grossesse, à la fin de laquelle elle accoucha d'un enfant sain et très fort. Une fièvre ardente survint quelque temps après l'accouchement, et les mamelles se gonflèrent et durcirent beaucoup. Les vaisseaux galactophores s'engorgèrent, et un sentiment de pesanteur annonçait, avec ces phénomènes, une sécrétion abondante de lait. La succion faite par l'enfant et tous les autres moyens ne purent faire sortir une goutte de lait. On reconnut alors que les canaux du lait n'avaient point d'ouvertures, et on songea à l'usage des purgatifs, des sels neutres et des fomentations, pour s'opposer désormais à cette sécrétion, qui ne pouvait se faire jour au dehors. Le troisième jour de ce traitement, l'intensité de la fièvre diminua, et en même temps parut une petite toux sèche, fréquente, importune pour la malade, et suivie de l'expectoration de simples mucosités. La toux diminua elle-même, et l'expectoration augmenta et devint plus facile. Alors les crachats n'étaient plus muqueux, mais prirent tous les caractères physiques du vrai lait. Cela dura quinze jours. Dans les vingt-quatre heures, la malade rendait constamment et exactement 90 grammes à peu près de crachats laiteux. Les mamelles, au quinzième jour, étaient revenues dans leur état naturel. La dame Malagutti eut six couches, et dans toutes, excepté dans la dernière, elle éprouva les mêmes phénomènes, fièvre, toux, gonflement des mamelles, sans que jamais elles aient fourni une goutte de lait. A sa dernière couche, elle fut prise de fièvre et des signes habituels qui annonçaient la bronchite; mais cette fois il n'y eut point expectoration de crachats laiteux, ils furent remplacés par des sueurs copieuses bornées d'abord à la tête et à la poitrine. Elles s'étendirent bientôt à tout le corps. Dans l'espace de quinze jours, cette pauvre femme succomba aux accidens de la phthisie.

Combien n'est-il pas à regretter que les crachats n'aient point été analysés et examinés au microscope? Combien l'examen du sang, des sueurs qui, à la sixième couche, ont remplacé les crachats, de tous les liquides des canaux galactophores aurait offert d'intérêt? En l'absence de l'analyse chimique des crachats est-il permis de croire qu'ils fussent formés de lait?

II. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Dans les cahiers des mois d'avril, mai et juin se trouvent les articles originaux suivans: 1° *De l'action de la quinine;* par M. Mugna. 2° *De la sclérotécotomie ou extraction de la cataracte par la sclérotique;* par M. Pirondi. 3° *De la périodicité de la fièvre intermittente et du siége de ses conditions essentielles;* par M. Mandini. 4° *Des questions posées par le gouvernement français sur la contagion de la peste;* par M. Frari. 5° *De la maladie épidémique appelée suette anglaise.* (Extrait du supplément médical à l'Hist. du 15e et du 16 siècle, par le docteur Hecher, de Berlin.) 6° *Des doctrines pathologiques d'Hippocrate et de ses préceptes sur la saignée;* par M. Giacomini. 7° *Observation de cystocèle vaginale et d'une nouvelle opération pour sa guérison;* par M. Médoro. 8° *Du chrolo-hydrate de narcotine proposé comme fébrifuge par le docteur Hewart;* par M. Galvani. 9° *Expulsion spontanée d'un calcul vésical, suivie de quelques observations de lithotritie;* par M. Pagella. 10° *Des questions posées par le gouvernement anglais relativement à la peste;* par M. Frari.

DE LA SCLÉROTICOTOMIE OU ULCÉRATION DU CRISTALLIN PAR LA SCLÉROTIQUE; par M. Pirondi.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de faire prévaloir sur l'extraction du cristallin par la cornée, la scléroticotomie pour laquelle il a proposé un traitement nouveau. Il fait précéder la description de son instrument et du procédé opératoire d'un examen comparatif des dangers de la kératotomie et de la scléroticotomie; ce n'est point comme méthode générale qu'il préconise cette dernière; il pense, comme à peu près tous les chirurgiens d'aujourd'hui, que l'extraction et l'abaissement ont chacun leurs indications, que l'art doit chercher à démêler; mais si l'extraction a été une fois résolue, il se demande quelle méthode est préférable pour la pratiquer. Il n'est guère de chirurgien moderne qui ne répondît d'une manière péremptoire à cette question; l'extraction par la cornée est de beaucoup préférable, et n'appuyât sa préférence des grands dangers qu'on affronterait en parvenant au cristallin par la sclérotique. Cette opération n'est point inconnue dans la science. Bell paraît être le premier qui y ait songé au dire du professeur Velpeau. Earle et Lehel l'ont faite sur le vivant; mais de tous les chirurgiens, Guadri (de Naples) est celui qui l'a pratiquée le plus souvent. Voici comment M. Pirondi établit la supériorité de la scléroticotomie. Il réduit les dangers de la kératotomie aux suivans:

1° La mobilité de l'œil et quelquefois la dureté de la cornée, qui font courir à l'opérateur le plus habile le risque de blesser l'iris;

2° Souvent la pression du cristallin contre la face postérieure de l'iris non dilaté, malgré l'emploi de la belladone, détache cette membrane à sa circonférence dans une étendue plus ou moins grande;

3° La cicatrice de la cornée quoiqu'habituellement linéaire peut quelquefois s'étendre assez pour gêner l'entrée des rayons lumineux;

4° L'habileté la plus extrême ne peut éviter l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil; sans discuter la reproduction de l'humeur aqueuse, M. Pirondi établit comme chose certaine que dans les opérations suivies d'un heureux résultat l'œil a perdu une moindre quantité d'humeur que dans les cas malheureux;

5° Rarement on s'en tient à un seul instrument pour l'extraction faite par la cornée; quelquefois l'insuffisance de la plaie faite à celle-ci oblige de revenir à deux fois pour l'agrandir, chose qui n'est pas indifférente pour un organe aussi délicat; et si en voulant éviter cet inconvénient on pratique d'abord une grande incision, on court le risque de perdre beaucoup d'humeur, accident que tous craignent et Maunoir (de Genève) en particulier qui propose l'instrument de Caron du Villard pour agrandir la plaie de la cornée quand elle n'est pas suffisante;

6° Enfin, la capsule presque toujours reste en place, soit entière, soit en partie, et peut devenir par la suite un nouvel obstacle à la vision, ce qui ne peut arriver dans l'extraction par la sclérotique, puisque la capsule est enlevée avec le cristallin.

De ces six inconvéniens inhérens à l'extraction par la cornée, quatre, suivant M. Piroudi, sont étrangers à l'autre opération, qui n'a de commun avec la scléroticotomie que les quatrième et cinquième. On peut y ajouter le danger de blesser l'artère ciliaire longue d'autant plus que la plaie faite à la sclérotique doit être assez large; mais comme pour l'abaissement il est un moyen sûr d'éviter ce danger, c'est de n'ouvrir la membrane qu'au-dessous de l'axe transversal de l'organe. Si l'on reprochait aussi à l'opération dont il s'agit de ne pouvoir faire l'extraction du cristallin dans les cas de grande mollesse de la cataracte, le reproche s'adresserait tout aussi bien et plus à la kératotomie, car nous verrons en décrivant l'opération que pendant sa durée le chirurgien peut reconnaître cet état, s'il ne l'a point fait avant, et alors pratiquer une espèce d'abaissement sans largement ouvrir la sclérotique.

Avant d'entrer dans la description de l'instrument et du procédé opératoire, nous ferons remarquer que parmi les dangers reconnus par M. Perondi à la méthode ordinaire d'extraction, il omet le plus redoutable, celui qui épouvante à tel point les chirurgiens les plus habiles, qu'ils relèguent l'extraction dans le domaine des exceptions; nous voulons parler de l'inflammation, dont la suite presque inévitable est la perte de l'œil. Les conditions sont les mêmes dans les deux cas pour sa production: des deux côtés, large plaie qui fait communiquer l'intérieur de l'organe avec l'extérieur; des deux côtés, nécessité, pour l'oblitération de cette plaie, d'une inflammation adhésive dont la marche peut être entravée par une foule de causes dont quelques-unes connues peuvent être évitées, mais dont la majeure partie nous échappe. Ajoutons que la plaie faite par la sclérotique s'adresse à des membranes très délicates; relativement à l'issue des humeurs de l'œil, la théorie semble indiquer qu'elle est plus facile et plus directe quand la sclérotique est incisée, surtout dans ces cas difficiles, impossibles même à prévoir, où le corps vitré, ayant perdu sa consistance, s'élance d'un seul jet au-dehors, avec ou sans le cristallin. La présence de l'iris et de la capsule elle-même sont sans contredit des obstacles que l'humeur vitrée doit franchir avant de s'échapper, et qu'elle ne rencontrera point dans la scléroticotomie.

Nous n'oublions pas d'ailleurs que nos objections sont théoriques; mais elles sont bien excusables, ne s'adressant ainsi qu'à une méthode théorique.

Description de l'instrument. — Nous ne prétendons donner à nos lecteurs qu'une idée de l'instrument de M. Perondi, les descriptions les plus exactes n'équivalant pas en pareil cas au plus simple examen. Qu'on se figure un lithotome simple dont le volume soit approprié au volume de l'œil, et terminé à son extrémité libre par une petite lame transversale et mobile sur les plaques qui cachent le lithotome. Ce dernier peut s'écarter plus ou moins, suivant la volonté du chirurgien, des lames qui le cachent, à l'aide d'un levier placé à la réunion du manche et de la lame. Enfin, un autre mécanisme sert à faire mouvoir le petit tranchant transversalement placé à l'extrémité de l'instrument, et c'est à l'aide de ce mouvement que le cristallin et la capsule, traversés d'abord, sont accrochés et peuvent être ramenés au-dehors,

Premier temps de l'opération. — Le malade et l'œil, préparés comme pour l'abaissement, le chirurgien tenant l'instrument avec les trois premiers doigts de la main droite, en présente la pointe perpendiculairement au plan tangent à la sclérotique, pendant que le grand axe de l'instrument est parallèle à celui du corps. La pointe doit traverser la sclérotique, au lieu d'élection, pour l'abaissement.

Deuxième temps. — Le chirurgien fait manœuvrer à l'extérieur le manche de l'instrument, comme l'aiguille à cataracte. Dans ce temps, la pointe passe entre l'iris et la capsule cristalline.

Troisième temps. — La pointe est tournée vers le cristallin, qu'elle embroche en traversant la capsule; alors, à l'aide d'un ressort, la pointe, entraînant avec elle le cristallin et la capsule, est emprisonnée.

Quatrième temps. — Par de légères tractions, le cristallin est détaché des corps ciliaire et vitré, puis entraîné vers la plaie de la sclérotique, qu'alors seulement agrandit le lithotome ouvert au degré convenable, par la pression du pouce, sur le levier adapté à la base de sa lame.

Si, dans le troisième temps de l'opération, on reconnaît la mollesse du cristallin, on peut le broyer en place avec la pointe de l'instrument, que l'on retire alors sans l'ouvrir, ou le retirer d'abord et se servir de la voie qu'il a tracée pour conduire une aiguille ordinaire dans l'œil.

La scléroticotomie, telle qu'elle est décrite dans les livres d'opération, se pratique simplement avec un kératotome ordinaire et une petite pince. Cette dernière traverse la plaie de 5 ou 7 millimètres faits à la sclérotique par le kératotome pour aller chercher le cristallin. L'instrument de M. Peroudi sert à tous les temps de l'opération; mais, outre qu'il est compliqué, nous ne savons jusqu'à quel point on peut compter sur lui pour saisir et relever, sans les déchirer, le cristallin et sa capsule.

Histoire d'une cystocèle vaginale guérie par une opération nouvelle; par S. Medoro, chirurgien à Padoue.

Obs. — Le 14 mai 1826, M. Medoro fut mandé par un curé des environs de Padoue pour visiter sa servante Francesca Valentini, âgée de 64 ans, et en proie à une maladie singulière que déjà un confrère de Padoue n'avait pu reconnaître. Arrivé au domicile du curé, il trouva la vieille Valentini très souffrante d'une volumineuse tumeur qui de la vulve s'étendait presque jusqu'au milieu des cuisses. Remontant à l'origine de cette maladie, il apprit qu'elle n'avait acquis l'énorme volume qu'on lui voyait aujourd'hui que depuis la veille seulement, mais que son apparition datait de cinquante ans, et était due à un effort violent qu'elle fit à l'âge de quatorze ans en poussant un chariot. Depuis cette époque, la tumeur, petite d'abord, mais toujours placée hors de la vulve, avait pris peu à peu la moitié à peu près du volume actuel, et en était depuis longtemps restée là, quand la veille elle augmenta subitement. Ne souffrant point, elle n'avait point voulu par pudeur parler de cette infirmité, et la malade, sans les cruelles douleurs dont la tumeur était devenue le siége, l'aurait toujours tenue cachée. Cette dernière était lisse, piriforme, très douloureuse au moindre attouchement, élastique; son pédicule passant par le vagin remontait jusque derrière la symphyse des pubis. L'âge de la malade, la certitude de sa moralité éloignèrent l'idée d'un renversement de matrice; la forme de la tumeur, celle d'un renversement du vagin, et son extrême sensibilité, celle d'un polype. Il y avait de la constipation et des vomissemens fréquens qui pouvaient faire croire à une entérocèle vaginale.

Le chirurgien en était encore à des doutes sur la nature de la tumeur, quand il apprit que depuis la veille au matin il n'y avait point eu émission d'urine, qu'il existait en même temps une grande douleur lombaire, et que ce qui tourmentait le plus le malade était un besoin continuel d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire. L'hypogastre fut alors exploré, et au lieu de la tension qu'on y trouve d'ordinaire dans les rétentions d'urine, il était déprimée et comme vide. La réunion de tous ces signes suffit à M. Medoro pour diagnostiquer une cystocèle vaginale. Ce chirurgien pensa à une opération destinée à vider le contenu de cette tumeur et à en permettre la réduction. Le cathétérisme lui vint aussi à l'idée, mais outre qu'il n'avait point sur lui d'instrument, cette opération ne lui parut guère praticable dans un urètre aussi dévié de sa direction normale. Le lendemain matin, 15 mai, il convint avec un de ses confrères d'inciser la tumeur couche par couche et avec la plus grande prudence, de reconnaître ainsi son contenu, de réduire les intestins si on les y trouvait, de se comporter enfin suivant les circonstances. Une incision de 27 millim. à peu près d'étendue fut pratiquée sur le fond de la tumeur, à toute l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin qui la coiffait, un liquide limpide semblable à du petit lait s'écoula, comme il arrive à l'ouverture de quelque sac herniaire ou de la vessie distendue. Cependant un doigt porté au fond de la plaie pouvait manifestement reconnaître la fluctuation de la vessie. Sur ce doigt placé en avant de la tumeur et dirigé vers son col, le vagin fut encore incisé dans l'étendue de 108 millim. Les lèvres de cette longue plaie ne fournirent presque point de sang. Des efforts modérés de réduction ne pouvant remettre en place la vessie énormément tendue et pleine, on pratiqua un peu au-dessus de la partie moyenne de la plaie la ponction avec un bistouri à lame étroite, qui donna issue à un litre environ d'urine parfaitement normale. On dut choisir pour cette petite opération le lieu le plus éloigné possible de l'excavation vésico-vaginale du péritoine. La vessie se réduisit alors avec la plus grande facilité et avec elle la paroi antérieure du vagin qu'elle avait entraînée. Une sonde métallique fut laissée à demeure dans la vessie.

La plaie fut laissée sans pansement; une saignée dut être pratiquée aussitôt après l'opération, et dut être renouvelée le soir, et de plus de fréquens lavemens à l'huile de ricin, avec addition de quelques gouttes de laudanum, boissons mucilagineuses, fomentations sur l'hypogastre, et dans le cas où des symptômes de cystite viendraient à se montrer, des sangsues devaient être posées sur cette région, et suivies de fomentations froides à la manière de Smucker.

Le 17 mai seulement, M. Medoro eut des nouvelles de sa malade et apprit que son état était assez satisfaisant.

Le 18, l'ayant lui-même visitée, il la trouva avec une fièvre modérée, sans douleur, ne perdant par le vagin ni urine ni pus. Il n'y avait point eu menaces d'inflammation de la vessie, ni d'aucun autre organe; mais la face étant encore animée, une troisième saignée fut pratiquée.

Quelques jours après, la malade allait aussi bien que possible; la plaie faite à la paroi antérieure du vagin avait à peine suppuré et était déjà voisine de la cicatrisation qui fut complète vingt-huit jours l'opération, le 17 juin.

A cette époque, la tumeur n'avait point encore paru (il est vrai que la malade avait gardé le lit) et il ne restait qu'une paralysie de vessie produite sans doute par l'énorme distension à laquelle cet organe avait été soumise. Valentini se garantissait des inconvéniens de cette infirmité, en se sondant fréquemment elle-même. Pressé par la malade et par son maître, M. Medoro prescrivit contre cette nouvelle affection des frictions sur l'hypogastre avec un liniment volatile et can-

tharidé. En trois jours, l'usage de ce médicament fit disparaître entièrement la paralysie.

Un mois et demi après l'opération, Francesca Valentini était parfaitement guérie; elle marchait sans que la tumeur reparût, et elle abandonna même l'usage d'une petite éponge que dans les premiers momens on lui avait conseillé de porter. Elle a survécu treize ans à peu près à cette opération sans jamais se plaindre de la moindre incommodité aux parties génitales. La cicatrice de l'incision faite au vagin, parallèle à la colonne de la paroi antérieure de cet organe, s'était rapetissée au point de n'avoir plus que 27 millim. d'étendue.

M. Medoro fait suivre cette observation, importante et par sa rareté, et par son résultat, d'un historique sur les travaux publiés sur la cystocèle vaginale, emprunté aux mémoires de Verdier et de Pidilet, imprimés dans l'Académie de chirurgie, et dans lesquels on est loin de trouver l'histoire complète de cette hernie. C'est dans Chopart qu'on trouve une observation, empruntée à Chaussier, et qui, par sa symptomatologie, plus complète que celle du docteur Medoro, permet d'établir l'histoire des symptômes de la maladie et de ses accidens. Disons en passant que Chaussier trouva l'hypogastre vide et ne put, en aucune façon, constater de la fluctuation dans la tumeur, par la pression sur l'hypogastre. C'est à tort que l'auteur italien lui fait tenir ce langage. Par cette brève exposition de l'histoire de la cystocèle, M. Medoro a voulu prouver que, le premier, il a pratiqué l'opération que nous avons décrite, et qu'il regarde comme capable de guérir radicalement cette maladie. A l'époque où M. Medoro l'a pratiquée, le procédé de notre compatriote M. Jobert n'était point connu. Sans doute, il offre de meilleures garanties de succès que celui de l'auteur italien. Ce qui a frappé ce dernier, c'est la cicatrice, en égard à la longueur de l'incision. Nous ne croyons pas la guérison due à cette cause, mais seulement à la résistance du tissu de la cicatrice. On sait, en effet, que les plus grandes incisions faites sur des parties distendues, par une cause quelconque, sur un scrotum, par exemple, tuméfié par un érysipèle, se réduisent à de petites dimensions, après le retour des parties à leur état normal et avant toute cicatrisation. C'est, nous croyons, ce qui est arrivé dans le cas en question.

La cause qui a amené la cystocèle dont nous donnons l'histoire se rencontre à notre connaissance pour la première fois. C'est habituellement dans la grossesse, par le renversement de l'utérus ou du vagin, que cette hernie se produit, et non à propos d'un effort, surtout chez une jeune fille de 14 ans. Il est une circonstance sur laquelle nous regrettons que l'opérateur n'ait point cherché d'éclaircissement, nous voulons parler de l'écoulement du liquide limpide, quand l'épaisseur du vagin a été traversée. D'où pouvait venir ce liquide? quelle était sa quantité? Nous ne savons si en pareil cas la conduite du docteur Medoro peut être suivie, au moins avant des essais répétés de cathétérisme avec une sonde fort courbe, et dont on tourne la concavité en bas, suivant le précepte de Chopart. La chose importante quand existe cette variété de rétention d'urine est de procurer une issue à l'urine, et si la réduction et le cathétérisme sont impossibles, un de ces coups de trois-quarts que Jean-Louis Petit appelait des coups d'épée dans l'eau, amène la déplétion de la vessie, sans besoin d'incision de la paroi vaginale. Il est bien temps de pratiquer plus tard l'opération, capable de procurer une cure radicale.

Observations cliniques sur la lithotritie et sur l'issue spontanée d'une pierre de la vessie; par Pietro Pagello, chirurgien de l'hôpital de Bellune.

Calcul vésical spontanément expulsé de la vessie.

Obs. — Vers la fin du mois de septembre 1838, je fus prié par le docteur Ripossi de visiter à Fortogna, village situé à six milles de Bellune, Dominique Feltrin, enfant âgé de quatre ans et affecté de pierre dans la vessie. Je devais, sur les sollicitations du docteur Ripossi, pratiquer la lithotritie, que jamais encore il n'avait vu mettre en usage. Au premier examen de la vessie, faite avec une petite sonde métallique, je reconnus facilement un calcul. Mes instrumens se trouvèrent trop volumineux pour le calibre de l'urètre de l'enfant, et sa santé était si débile, sans que d'ailleurs il éprouvât grande souffrance, que je différai l'opération; le père resta chargé de m'avertir si quelque accident nouveau et grave survenait d'ici à quelque temps.

Dans les derniers jours de janvier 1839, le père du jeune Feltrin vint me visiter et m'apprit que peu de jours après mon depart une tumeur s'était développée au périnée de son fils. D'après les conseils du docteur Ripossi, il y avait fait des applications émollientes, et enfin cette tumeur s'était d'elle-même ouverte, fournissant une abondante quantité de pus, auquel avait bientôt succédé l'urine, qui aujourd'hui s'écoulait involontairement par le périnée.

Depuis cette époque, l'enfant allait bien et ne ressentait plus les incommodités de son calcul. J'allai visiter l'enfant, et malgré les plus minutieuses recherches faites de concert avec le docteur Ripossi, je ne pus trouver aucune trace de calcul vésical.

La fistule urinaire du périnée se ferma bientôt, et l'urine reprit son cours par l'urètre. Le père de Feltrin n'avait point vu de calcul le jour où la tumeur s'était ouverte.

Voilà un de ces faits où la sagesse de la nature déjoue toute la sagesse de l'art. Sans nul doute, l'auteur de l'observation trouvera des incrédules, qui, en l'absence de la preuve matérielle du calcul, nieront son existence. Il est certain que nous eussions mieux aimé avoir les dimensions de la pierre, mesurée après sa sortie de la vessie, qu'une conjecture de son existence, basée sur le cathétérisme. Qui ne sait que les plus habiles s'y sont trompés? Sans parler de l'observation rapportée dans le Journal de Desault, personne n'ignore le fait arrivé à Dupuytren lui-même : il éprouve avant l'opération le choc du cathéter contre le calcul, ouvre la vessie et ne trouve point de pierre. Le cathéter heurtait une tumeur tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, ces cas d'issue spontanée de pierre de la vessie arrivent plutôt aux calculs enchatonnés ou adhérens qu'à ceux qui sont libres dans la poche urinaire, normalement placée ou herniée. Cette issue est habituellement précédée d'un abcès urineux, comme dans le cas précédent. Nous avons vu un de ces corps étrangers se creuser une loge aux dépens de la prostate, de la partie voisine du bas-fond, et se rapprocher tellement du rectum que le toucher par cet organe laissait sentir la pierre comme sous le doigt. Une cystite chronique et un dévoiement opiniâtre avaient tellement miné la santé du malade, qui portait d'ailleurs une énorme tumeur encéphaloïde de la vessie, qu'il ne survécut que quelques jours à la taille qui lui fut pratiquée. Dans ce cas, il restait à la pierre pour arriver au rectum bien moins de chemin qu'elle n'en avait fait depuis la vessie, et en isolant par la pensée les accidens étrangers au calcul, on conçoit son élimination par les seules forces de la nature, si celui qui le portait eût vécu plus longtemps.

Lithotritie pratiquée avec succès sur un enfant de trois ans et demi.

Obs. — Le 17 du mois d'août 1839, Antonio, âgé de trois ans et demi, fut reçu à l'hôpital de Bellune. Le cathétérisme permit facilement de reconnaître une pierre dans la vessie. Enhardi par les succès obtenus chez les enfans par la lithotritie, je me décidai à mettre en pratique le procédé de M. Heurteloup. L'enfant dut être assujéti avec force ligatures, à cause de ses mouvemens. Le calcul avait 18 millimètres de diamètre et exigea six séances éloignées de huit jours les unes des autres. Un mois après la dernière séance, le 12 octobre 1839, il quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Nous ne pouvons rien ajouter à cette observation, sinon que son succès est un malheur, parce qu'il encourage à une opération qui peut être dite radicalement mauvaise dans le cas où elle a été pratiquée. L'expérience s'est, à cet égard, nettement prononcée. Voici, d'ailleurs, les réflexions que ce succès a inspirées au chirurgien même qui l'a obtenu. On peut dire qu'elles sont de nature à faire honneur à sa bonne foi. « Quoique, dit M. Pagello, aucun accident ne soit venu compliquer la longue durée de cette cure, je ne puis perdre le souvenir de la frayeur de cet enfant au moment de chaque opération, ni les souffrances excitées par le contact de l'instrument contre sa vessie. Désormais, dans une occasion semblable, je choisirai la taille comme un moyen plus prompt et moins cruel que la lithotritie, et peut-être plus avantageux dans ses résultats. »

L'observation précédente est suivie de deux autres cas de lithotritie, terminés l'un heureusement et l'autre par la mort du sujet. Cette dernière confirme les préceptes de beaucoup de chirurgiens actuels, qui bannissent cette opération dans les cas où il est besoin que le malade soit promptement débarrassé de son calcul. Il faut dire cependant que, même sans les accidens qui ont amené la mort, et qu'avait certainement provoquée la lithotritie, le malade n'avait pas longtemps à vivre, tant étaient grands les désordres de ses organes urinaires. Elle est encore intéressante sous ce point de vue que le calcul, placé d'abord dans les reins, a pu être suivi dans sa descente vers la vessie, et que cette marche a été pleinement confirmée par l'autopsie.

La première n'offre rien de remarquable : c'est celle d'un nommé Luigilotto, adulte, qui portait une pierre depuis deux ans, et dont la santé était d'ailleurs bonne. Il est à noter qu'il ne fallut pas moins de neuf séances pour détruire la pierre, dont le volume n'est point mentionné.

La deuxième mérite quelques développemens.

Obs. — Giovanni Denien était, depuis quatre années, en proie à de grandes souffrances, qui avaient délabré sa santé. Aux symptômes rationnels de la pierre se joignaient ceux d'une cystite chronique. Il ne pouvait satisfaire au besoin de la défécation qu'avec la plus grande peine et les plus vives douleurs. Ce besoin lui était, disait-il, annoncé par un frisson qui lui parcourait le dos. Alors il s'accroupissait ; ses efforts amenaient une chûte du rectum ; les fecès sortaient alors mêlés de sang et de pus. Pour uriner, ce malheureux était obligé de frapper avec le poing sur le bourrelet extérieur du rectum, et ce n'était qu'à l'aide de ces coups

que l'émission de l'urine pouvait avoir lieu. Tout cela était accompagné de douleurs qui arrachaient des cris au malade. Le cathétérisme, pratiqué plus de quarante fois, n'avait point découvert de calculs. Tous les remèdes avaient été épuisés en vain, et toutes les conjectures furent faites sur la nature de cette maladie, qui durait depuis quatre ans.

Au bout de cette époque, une intermittence singulière se manifesta dans les souffrances du malade; durant huit jours, l'urine et les matières fécales sortaient normalement, sans mélange de sang ni de pus, et durant les huit jours suivans, leur issue ne se faisait que comme nous l'avons dit plus haut. Le sulfate de quinine n'amena aucun bon effet. Les choses en étaient là quand, dans les derniers jours du mois d'août 1839, le malade accusa dans le flanc droit une vive douleur que rien ne calma qu'une forte compression. Au bout de plusieurs jours, la douleur disparaît tout d'un coup; on explora la vessie, et le bec de l'instrument vint se heurter pour la première fois contre un gros calcul. Sachant enfin quel mal combattre, le chirurgien, sans concevoir un grand espoir, résolut de pratiquer la lithotritie. A la troisième séance, la fièvre se déclara, les douleurs du rectum acquirent une intensité qu'elles n'avaient point encore eue, et le quinzième jour après cette séance, le malade succomba.

AUTOPSIE.—Rien dans la tête ni dans la poitrine; inflammation chronique du gros intestin, et au bas-fond de la vessie dont la muqueuse était fongueuse en cet endroit. Ailleurs les parois étaient épaissies; la paroi antérieure du rectum était indurée et ulcérée. Le rein gauche est volumineux; l'uretère, de ce côté, de volume normal. Le rein droit est converti en une poche pleine de pus; l'uretère est assez élargi dans tout son trajet pour loger le pouce.

Qui ne voit ici le calcul logé et développé dans le rein, dont il amène la fente purulente; puis, cheminant à travers l'uretère, alors que se développe la vive douleur au flanc droit, tombant enfin dans la vessie, et en même temps le malade délivré comme par enchantement de sa douleur? Mais le calcul eût-il été alors complètement enlevé, il restait l'entérite chronique, la suppuration du rein et les douleurs du rectum, qui ne s'expliquent que par l'ulcération de sa paroi antérieure, trois affections qui sans doute n'auraient point pardonné.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

EXPOSÉ DE QUELQUES RÉSECTIONS, faites par M. PIETRO MALAGO, de Ferrare (extrait DEL GIORNALE PER SERVICE AI PROGRESSI DELLA PATHOLOGIA E DELLA THERAPEUTICA, febbraio 1840.)

Nous regrettons sincèrement de ne pouvoir donner plus de détails sur les faits que nous allons citer. Les résections, comme les amputations, sont des opérations toujours graves, que le chirurgien n'admet que comme dernières ressources, dont les indications, comme les suites, sont toujours intéressantes à connaître. Mais nous n'avons trouvé que l'espèce de catalogue d'opérations que nous allons traduire.

1° Résection des deux tiers externes de la clavicule, pour une nécrose scrofuleuse, faite à un enfant de sept ans,

2° Résection de la tête de l'humérus droit, affectée de carie et de nécrose, sur un malade âgé de quarante-quatre ans.

3°. Extirpation des trois phalanges d'un doigt, nécrosées à la suite d'un panaris. Les parties molles détruites par l'inflammation furent respectées. Le malade était âgé de soixante ans. L'incision nécessaire à cette extirpation fut faite sur la face palmaire du doigt, et s'étendait depuis la tête du métacarpien, correspondant jusqu'à l'extrémité du doigt. (Tout esprit de critique à part, nous nous demandons de quelle utilité devait être le moignon informe et ratatiné que devait offrir le doigt privé de ses phalanges. Certes, l'opération pratiquée pour l'extraction des phalanges présente tout autant, sinon plus de gravité qu'une amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Après cette dernière amputation, le rapprochement des deux doigts voisins finit à la longue par ne laisser presque aucune difformité, surtout chez les jeunes sujets.)

4° Résection d'une portion du corps de l'humérus, non loin de son extrémité inférieure. La carie et la nécrose qui altéraient la portion réséquée s'étaient montrées à la suite d'une fracture compliquée, suivie de suppuration.

Dans aucun de ces cas, M. Malago n'a observé la moindre trace de reproduction osseuse. Dans tous ces cas, suivis d'un succès complet, le chirurgien italien s'en est tenu aux pansemens les plus simples; les plaies étaient recouvertes de bandes de toile imbibées dans l'eau.

DES EFFETS DE L'EXTRAIT DE JUSQUIAME; par M. MEDORO (extrait du même journal.)

Les auteurs de thérapeutique et de médecine légale ont depuis longtemps décrit les symptômes de l'empoisonnement par l'extrait de jusquiame. On sait qu'ils se rapprochent en quelques points, et en diffèrent sous d'autres, de ceux que produit la belladone. On a conseillé diverses substances contre les résultats funestes de ces médicamens donnés à haute dose, et, entre autres, les acides; mais nous ne savons si jamais le suc de citron a été employé pur, et c'est pour cela que nous donnons un extrait du mémoire du docteur Medoro.

Il contient quatre observations dans lesquelles l'extrait de jusquiame, pris à des doses fort diverses, a amené des désordres à peu près analogues, et que le jus de citron est toujours parvenu à arrêter presque subitement.

Le lendemain d'une opération de hernie étranglée, faite par M. Medora sur un homme de 74 ans. Ce médecin prescrivit trois grains d'extrait de jusquiame, pour procurer un peu de calme à ce malade, qui était un peu agité. Mais, bien loin de procurer l'effet désiré, le médicament produisit une espèce d'aliénation mentale.

Il avait été administré vers le soir, et, au milieu de la nuit, M. Medoro trouva son malade dans l'état suivant : la face très injectée, les yeux fixes et brillans, les muscles de la face et de la mâchoire inférieure sont agités de mouvemens spasmodiques; le malade ne reconnaissait personne, et on était obligé de le retenir par la force dans son lit; il crachait à la figure de ceux qui étaient auprès de lui, et cherchait à les frapper de ses pieds. M. Medoro fit avaler par force à son malade le jus d'un citron, et les symptômes décrits plus haut disparurent comme par enchantement.

Nous ne voulons pas entrer dans les autres détails de l'opération, qui d'ailleurs réussit très bien.

Ajoutons qu'on s'assura près du pharmacien s'il n'y avait point eu d'erreur commise dans la préparation du médicament; seulement il n'est point fait mention du mode de préparation de l'extrait, ni de l'époque à laquelle la jusquiame avait été cueillie. Ce sont deux circonstances importantes pour le degré d'activité du médicament.

La deuxième observation présente encore de plus singulières particularités. En voici les circonstances relatives au sujet qui nous occupe. Un homme de tempérament sanguin, de formes athlétiques, âgé de 55 ans, fut pris subitement d'une violente douleur dans les lombes, et il s'y joignit de la fièvre et des douleurs hémorroïdaires. Les deux premiers jours, une saignée copieuse fut pratiquée chaque jour; le troisième, purgatif huileux, et le quatrième une abondante application de sangsues au périné. A ces phénomènes succéda alors une névralgie ischiatique du côté gauche qui résista pendant un mois à plusieurs applications de sangsues, aux cataplasmes, aux fomentations, aux onctions stupéfiantes, aux purgatifs, à l'assa fœtida, aux extraits vireux, à l'eau distillée de laurier cerise, au sulfate de quinine, aux vésicatoires.

La maladie avait débuté dans le mois de novembre 1837; le 9 janvier 1838, le malade prit 868 milligrammes d'extrait de jusquiame en pilules, et continua la même dose les 10 et 11, sans en éprouver d'accident. Pendant ce temps il ne prit d'autres médicamens que la jusquiame et un laxatif. Le 12, les symptômes que nous avons rapportés dans l'observation précédente commencent, mais sans présenter une aussi grande intensité. Il y eut une espèce d'aliénation mentale, des contractions spasmodiques des muscles de la face et de la mâchoire inférieure, des soubresauts dans les tendons; le pouls était très rapide. Le jus de citron calma entièrement tous les accidens et reudit le malade à lui-même.

M. Medoro a emprunté à deux autres médecins italiens deux observations qui prouvent toujours l'efficacité du jus de citron contre les effets fâcheux de la jusquiame. Dans la première, empruntée au docteur de Luca, un homme très robuste, ayant une fracture comminutive de la jambe, fut affecté de rire sardonique, de délire loquace pour avoir pris 09,15 d'extrait de jusquiame en deux pilules. Dans la seconde observation, qui appartient au docteur Cervetto de Vérone, une jeune accouchée offrit de l'abattement général, de la stupidité, de la somnolence, une mydriase, des convulsions dans les muscles de la face, des trismus, etc., à la suite d'une dose de 0,6 d'extrait dissous dans une émulsion. Le jus de citron produisit dans ces deux cas le même effet bienfaisant et rapide.

Voici quatre cas bien authentiques dans lesquels l'administration du jus de citron pur a mis fins aux accidens produits par la jusquiame; on peut donc, ou doit même en pareil cas recourir à une substance aussi commune. Reste à savoir, et cela est très probable, si l'acide citrique et d'autres acides analogues ne jouissent point de la même propriété. Ils ont été conseillés jusqu'à présent, mais seulement dissous dans une grande quantité d'eau. L'expérience apprendra si en solution moins étendue leur efficacité est moins grande. Ces observations montrent en outre la diversité d'action des médicamens produite par des causes bien diverses, tantôt par des différences individuelles des malades, tantôt par les différences de préparations des médicamens et de bien d'autres encore. Ce

sont toutes ces difficultés qui rendent si contradictoires la plupart des travaux thérapeutiques.

IV. OBSERVATORE MEDICO.

CALCUL URINAIRE DU POIDS DE 720 GRAMMES.

Nous trouvons dans le numéro du 15 avril 1840 une note très remarquable sur le cas suivant (Extrait du GIORNALLE DELLE SCIENZE MED. DI LISBONA, febbrayjo 1839).

OBS. — Un homme de 30 ans entra à l'hôpital San-Giuseppe de Lisbonne; il portait un calcul qui remplissait les bourses, et qui fut extrait à l'aide d'une incision par le docteur da Luze. Le calcul, de petit diamètre, à une extrémité qui correspondait au col de la vessie, était très élargi à l'autre extrémité qui distendait les bourses. Sur chacun de ses côtés était une dépression correspondant à chaque testicule. Du sommet à la base, il y avait une espèce de rigole pour le passage de l'urine, et sur la base même une échancrure, au niveau de la cloison des bourses.

Ni l'époque à laquelle a commencé la maladie, ni la manière dont les urines étaient rendues, ni les signes fournis par le cathétérisme, par le toucher, ou le trou de l'incision, ni les difficultés d'extraction, ni la nature du calcul, ne sont mentionnées dans cet extrait; aussi nous n'avons indiqué ce fait que pour renvoyer le lecteur au journal où il a été d'abord publié, et qui, sans doute, en rapporte tous les détails importans.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. HUSSON.

M. Husson, dernier président, occupe le fauteuil, en l'absence de M. Bailly, président démissionnaire, et de M. Roux, vice-président, parti ces jours derniers.

Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance écrite contient l'état des vaccinations dans les départemens de la Creuse, de la Loire-Inférieure, de l'Aube. M. Virey adresse un mémoire sur l'origine du système nerveux dans la série animale. La société de médecine d'Indre-et-Loire envoie ses travaux. M. Paul Bernard fait hommage d'un travail sur la vaccine et les revaccinations.

M. Louis demande la parole pour prier les membres de l'Académie de vouloir bien adresser à la commission chargée de l'examen du remède Darboin les notes qu'ils pourraient avoir à ce sujet.

L'ordre du jour amène le scrutin pour la nomination d'un président, en remplacement de M. Bailly.

Le nombre des votans est de 77; la majorité absolue de 39 voix.

Les bulletins, recueillis au milieu de conversations animées, sont dépouillés par M. le président, et donnent :

MM.	Barthélemy (de la section des médecins vétérinaires).	50 voix.
	Husson	15
	Roux	3
	Lecanu	2
	Rochoux	1
	Cornac	1
	Ségalas	1
	Forestier	1
	Dubois	1
Voix perdues		2

M. Barthélemy, élu président, remplace M. Husson au fauteuil.

Après une courte allocution de M. le président, l'Académie reprend ses travaux.

RAPPORT SUR L'HYDROTHÉRAPIE.

M. ROCHE a la parole pour un rapport sur un mémoire de MM. Engel et Werther, intitulé : DE L'HYDROTHÉRAPIE, OU DE L'EAU FROIDE APPLIQUÉE A LA CURE DES MALADIES. Ces deux médecins, récemment arrivés d'Allemagne, sont venus pour introduire à Paris la méthode du paysan Priessnitz; mais privés, comme étrangers, du droit d'exercer la médecine, ils ont envoyé au ministre l'exposé de leurs doctrines et de leurs cures merveilleuses; l'Académie a été mise en demeure de se prononcer sur ces dernières, et c'est ce que M. Roche fait aujourd'hui.

Après avoir rappelé que l'usage de l'eau dans la thérapeutique remonte aux époques les plus reculées, l'honorable académicien cite les principes qui doivent présider à son emploi, les formes diverses de cet emploi, les cas où son utilité a été reconnue, et le nom des auteurs qui l'ont préconisée, soit dans des traités généraux de pathologie, soit dans des traités spéciaux; il se demande ce que le mémoire de MM. Engel et Werther est venu ajouter à toutes ces connaissances lentement accumulées par les siècles.

Il sera d'autant plus facile de mettre l'Académie au courant des nouveautés que viennent propager parmi nous les deux médecins allemands, que leur doctrine et leur pratique sont de la plus grande simplicité : pour eux, la médecine consiste à regler sagement la force médicatrice innée à l'organisme. Ils n'ont besoin, pour asservir cette force, que d'obéir à une des quatre indications suivantes : 1° diminuer l'activité vitale en excès; 2° l'exciter quand elle existe à un trop faible degré; 3° maintenir l'équilibre des fonctions; 4° débarrasser l'organisme des agens morbifiques. L'eau froide, la chaleur et la diète sont amplement suffisantes pour satisfaire aux exigences de ces indications médicales. Ici se trouve l'exposé des manières dont l'eau froide et la chaleur sont administrées et combinées de mille façons diverses, suivant les diversités des idiosyncrasies. Parmi les raisons qui mettent l'eau au rang des premiers médicamens, se trouvent sa grande abondance et la facilité avec laquelle on s'en procure, sa composition d'oxygène d'abord, et d'hydrogène, qui est le gaz de la combustion, elle-même l'image de la vie, et enfin d'acide carbonique, autre élément des combustions.

Après les doctrines vient la pratique de l'hydrothérapie. On sait que cette merveilleuse panacée est sortie, armée de miracles, de la tête du paysan Priessnitz, qui, au dire de ses disciples, est ignorant des mots mêmes de la langue médicale. Grâce à son heureuse sagacité, il combine, modifie, manie de mille façons diverses et toujours avec le plus extrême bonheur, le moyen à la fois si simple et si puissant dont il vient de doter la médecine ingrate. Que ferions-nous ici, Messieurs, si le don de guérir toutes les maladies naissait ainsi des rêves d'un paysan? Mais les louanges ne font pas les principes. Voici les faits qui ont servi aux médecins allemands pour poser les leurs. Des deux mémoires qui ont été soumis à notre examen, l'un, manuscrit, contient 40 observations de maladies toutes différentes, et que l'emploi de l'eau froide a toujours guéries. Parmi ces observations, il en est très peu de personnelles aux auteurs des mémoires, et toutes, sans exception, sont privées de détails, à ce point qu'il est impossible de soupçonner à leur lecture les maladies dont elles font l'histoire. M. le rapporteur cite une de ces observations. Certes, les malades qui en font le sujet ont guéri; mais ne serait-ce pas plutôt malgré la méthode que par son secours.

Nous venons de vous en dire assez pour vous montrer quels élémens de succès porte en elle l'hydrothérapie; elle vient d'Allemagne, elle a son chef, ses partisans, ses établissemens et ses succès; mais quelle que soit sa fortune, vous ne pouvez la juger plus favorablement que nous, et vous empêcher de dire que, dans sa nudité scientifique, elle est une erreur déplorable. Nous avons le droit d'être sévères, quand nous voyons la futilité de ses doctrines, et l'espèce d'appui qu'elle a trouvé jusque dans nos journaux de médecine.

Si nous avions à répondre à M. le ministre sur l'opportunité d'accorder à MM. Engel et Werther l'exercice de la médecine en France, nous lui répondrions que le titre sacré de médecin n'est confié parmi nous qu'à certaines conditions dont il n'est permis d'exempter personne, sans danger pour la société. Nous ne sommes point arrêtés par la crainte de priver notre patrie des lumières d'hommes distingués, parce que nous savons que les hommes de cette trempe ne s'exilent pas volontairement du sol natal où ils trouvent une récompense suffisante de leurs travaux. Les cadeaux que l'Allemagne a faits depuis soixante ans à la médecine française ne sont guère de nature à nous engager à l'extension des droits de médecins aux hommes de ce pays; car elle commence par Mesmer et finit par Hannemann.

Privés que nous sommes de répondre à M. le ministre à cet égard, nous lui dirons :

1° Que l'hydrothérapie est une méthode thérapeutique dangereuse qui ne repose sur aucun fait;

2° Que sa théorie est chimérique;

3° Qu'elle est en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques;

4° Que l'Académie ne peut en aucune façon l'approuver;

5° Que l'usage de l'eau froide est depuis longtemps du domaine de la médecine et soumis à des règles connues.

L'Académie vote l'insertion du rapport dans les bulletins.

MÉMOIRE SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE QUI A RÉGNÉ EN 1838 ET 1839 A ST.-PIERRE (MARTINIQUE); PAR M. CATEL (Rapport de M. Chervin. — Voir ci-contre.)

COMMUNICATIONS. — HYPERTROPHIE DU COEUR CHEZ UN CHEVAL.

M. BOULEY présente le cœur d'un cheval de 5 ans qui toute sa vie avait offert des signes d'une grande gêne de la respiration. Cet animal était d'une petite stature. Son cœur est d'un tiers plus volumineux qu'il ne devrait l'être. C'est la rareté de ces affections chez les animaux domestiques qui l'a engagé à montrer cette pièce.

REINS CONVERTIS EN KYSTES MULTIPLES CHEZ UN FOETUS DE CINQ MOIS ET DEMI.

M. MOREAU a fait à la Maternité hier lundi 17 août l'autopsie d'un fœtus venu à huit mois et demi et qui était mort vingt-quatre heures après sa naissance, sans

avoir offert d'autres symptômes qu'une grande somnolence. Son ventre pendant la vie était fort tuméfié. Ses deux reins ont été trouvés entièrement convertis en une multitude de kystes d'un volume variable; mais se rapprochant beaucoup de celui d'un cerise. Il ne reste plus vestige de la substance rénale. On dirait à voir ces organes que chacun des lobules dont ils sont composés dans les premiers temps de la vie est devenu un kyste; cependant le nombre de ces derniers est beaucoup trop considérable pour laisser admettre une pareille supposition. M. Moreau pense qu'ils sont le résultat de la distension des canaux tuberculeux de l'organe Celui du côté gauche est du double plus volumineux que celui du côté droit, et son urètre est oblitéré; du côté droit l'uretère a été enlevé.

LUXATIONS DES PHALANGES AVEC PLAIE.

M. Laugier présente à l'Académie deux malades qu'il a guéri de lésions fort graves, et qui bien souvent néccessitaient l'amputation. Le premier est un homme de 35 à 40 ans qui a fait dans une carrière une chute d'un lieu fort élevé. Amené à l'hôpital Beaujon, il offrait une luxation en dehors de la première phalange du gros orteil sur le métatarsien correspondant dont la tête avait traversé la peau du bord interne du pied. Au lieu de se résoudre à l'amputation, comme beaucoup d'autres l'eussent fait, M. Laugier a débridé la plaie faite par la tête du métatarsien, et a réduit la luxation. Sachant par expérience de cas analogues que le décollement des parties molles à la face dorsale du pied était suivi de vastes suppurations dont le produit s'échappe difficilement, ce chirurgien a fait au bord externe du métatarsien une incision profonde étendue jusqu'aux parties décollées. Le temps de l'inflammation est arrivé, toute la suppuration s'est établie dans la plaie du bord interne; celle de la face dorsale a peu suppuré. Le malade a parfaitement guéri; et aujourd'hui que ces plaies sont entièrement cicatrisées, il jouit, chose remarquable, des mouvemens de la phalange sur le métatarsien.

Chez le second malade, âgé de 50 ans à peu près, il y avait luxation en arrière de la dernière phalange du pouce sur la première; la tête de cette dernière passait à travers la peau de la face palmaire, et le tendon du fléchisseur propre était arraché de son insertion à la deuxième phalange; les ligamens latéraux étaient rompus. La réduction fut facilement opérée Dupuytren, dans des cas pareils, maintenait vigoureusement le pouce dans l'adduction, la deuxième phalange fléchie sur la première; la compresion nécessaire pour cette contention exacte était très douloureuse et pouvait être difficilement soutenue par les malades. M. Laugier a mis le doigt dans l'extension. Deux attelles de carton plus larges que le doigt ont été appliquées, l'une sur la face dorsale, et l'autre sur la face palmaire; le bandage de dextrine a pu être appliqué de manière à ne porter que sur les attelles, laissant libres les deux côtés du doigt où passent les vaisseaux. La plaie s'est fermée, et aujourd'hui la réduction est encore parfaite, sauf peut-être un léger déplacement consécutif depuis que l'appareil est enlevé. Ce dernier est dû peut-être à l'issue de quelques fragmens d'os nécrosés. L'articulation est ankylosée dans l'articulation phalangienne. On conçoit qu'une pareille ankylose n'ote au doigt rien de son utilité.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE L'ARTICULATION DU GENOU; PAR M. HYPPOLITE LARREY.

Le malade sur lequel cette opération a été heureusement pratiquée est présenté à l'Académie. C'est un homme de 30 et quelques années; il raconte que sans avoir jamais rien éprouvé dans le genou gauche, il y sentit tout à coup une violente douleur pendant qu'il était sur une échelle. Il porta la main à son genou, et sentit au côté interne un corps dur qu'il n'avait jamais remarqué jusque-là. A quelque temps de là le corps et la douleur disparurent pour se montrer bientôt et toujours avec la même brusquerie et à propos d'un mouvement. Voulant se débarrasser de ce mal, il alla à l'hôpital Saint-Louis, où le chirurgien constata la présence d'un corps étranger, et se décida à son extirpation. Un jour fut pris pour l'opération. Ce jour arrivé, le malade est mis en place, tout est préparé, le chirurgien cherche le lieu de son incision, et est tout étonné de ne plus rien retrouver. Malgré toutes les recherches, on ne put le découvrir, et le malade sortit. Longtemps après, dans le mois d'avril dernier, le malade entra à la Clinique, où M. Larrey faisait le service de M. Cloquet, et raconta que depuis quelques jours il avait été, comme la première fois, arrêté par une douleur vive et subite, à la suite de laquelle il avait senti de nouveau le corps étranger. On constata la présence de ce dernier, et M. Larrey remit à quelques jours son extirpation. Mais quand il voulut y procéder, il le trouva absent, comme le chirurgien de St-Louis, et fut obligé de renvoyer le malade, qui, comme la première fois, pouvait facilement marcher. Cette fois, il avertit le malade de saisir le corps la première fois qu'il le retrouverait, et de ne point le lâcher qu'il ne fût rendu à l'hôpital. Au commencement de juin, ce jeune homme entra à la Clinique, retenant avec ses doigts le corps étranger, qui avait reparu avec les mêmes circonstances. Il fut immédiatement opéré. Une incision atteignant la synoviale fut faite sur le corps étranger. Celui-ci, mis à nu, fut saisi et séparé de ses adhérences, qui étaient peu nombreuses. Pendant l'opération, M. Larrey avait eu soin de se précautionner contre sa disparition, ce qui est quelquefois arrivé, en le maintenant dans un cercle fait par une pince à pansement dont les branches étaient à dessein écartées en cercle. Un pansement simple a été fait.

Le deuxième jour est survenu une hémorragie difficile à arrêter et fournie par une des articulaires. Il a fallu tamponner la plaie. Bientôt s'est développée une abondante suppuration, et pour comble de malheur la plaie a été atteinte de pourriture d'hôpital. Le jus de citron, employé d'habitude par M. Cloquet, a arrêté ce dernier accident. Ce n'est qu'après avoir traversé cette série de dangers que le malade s'est rétabli. Aujourd'hui sa plaie est fermée, mais les mouvemens sont un peu douloureux. J'espère qu'ils se rétabliront.

Le corps étranger présenté à l'Académie a à peu près la forme d'un ovale allongé; il a 1 centim. 1/2 d'épaisseur. Il est remarquable qu'avec un volume aussi considérable, il lui ait été si facile de se dérober si souvent à toutes recherches.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DES MALADIES DE LA FRANCE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES SAISONS, OU HISTOIRE MÉDICALE ET MÉTÉOROLOGIQUE DE LA FRANCE; par le docteur FUSTER; ouvrage qui a reçu à l'Académie des sciences un prix de 3,000 fr. — Tom. Ier.

(Premier article.)

Si vous êtes fatigué des minuties, trop souvent stériles, de la séméiotique contemporaine; si vous êtes las d'entasser observations sur observations, Pélion sur Ossa; si l'interminable série des tableaux nécroscopiques n'a point révélé à votre regard la cause suffisante des états morbides qui exercent votre sagacité; si les résultats acquis à la science ne vous paraissent point en rapport avec tout ce bruit qui se fait autour du lit des malades, livrés à l'aventureuse exploitation des cliniques du jour, voici un livre qui reposera votre intelligence sur un ordre plus relevé de faits et dont la lecture vous transporte d'abord dans un horizon bien autrement étendu que celui des amphithéâtres; un livre conçu dans les vues d'une médecine libérale et philosophique, exécuté avec talent et laissant après lui, dans l'esprit de ses lecteurs, comme un parfum des antiques doctrines, auxquelles on revient encore comme les fondemens les plus vrais et les plus raisonnables de l'art. Dénigrer le présent, pour la plus grande gloire de nos devanciers nous semble aussi injuste que d'immoler le génie des temps antérieurs aux prétentions de la science moderne. Notre époque peut s'enorgueillir à bon droit des travaux positifs, des recherches directes et fécondes dont elle a été, dont elle est encore témoin. La médecine s'est efforcée d'introduire dans son domaine des méthodes rigoureuses, de démêler et de préciser tous les élémens des faits complexes dont elle s'occupe; elle a surtout porté son attention sur deux points, noués entre eux par des relations d'étiologie plus ou moins artificielles, nous voulons parler de l'étude des symptômes et de celle des lésions cadavériques. La patience de nos anatomistes s'est épuisée dans l'investigation de tous les changemens qui s'opèrent dans nos tissus sous l'influence de la maladie; il n'est sorte d'artifice ni d'épreuve qu'ils n'aient instituée pour affermir et compléter cette enquête *à posteriori*. Longtemps concentrée sur les solides, elle s'étend aujourd'hui à la vérification de l'état spécial des fluides; la chimie se joint à l'industrie du scalpel, pour mieux analyser les atteintes les plus fugitives, les plus délicates de l'agent morbifique. Quant aux formes phénoménales, elles sont l'objet d'une observation infatigable, décrites avec une complaisante prolixité de langage; les moyens par lesquels on parvient à les fixer dans leurs nuances et dans leurs détails se sont multipliés, au grand plaisir des praticiens qui veulent palper, flairer, sentir, compter, percuter, ausculter, quand ce ne serait que pour réduire l'agonie et la mort en une formule exacte. Nous sommes tentés de louer jusqu'aux exagérations de cette tendance sévère et ferme qui se manifeste aujourd'hui dans la besogne médicale; ce thermomètre qu'une main confiante promène de région en région, de pli en pli, pour établir d'exiguës différences de température, ces réactifs insuffisans appliqués à l'examen des produits excrétés ou des surfaces vivantes, cette mensuration infiniment métrique des gonflemens articulaires, peuvent ne point susciter une solide base aux opérations thérapeutiques; et pourtant qui blâmerait tous ces procédés d'une séméiotique nouvelle, qui s'excite autant des conquêtes qu'il lui reste à faire que de celles qu'elle a faites? Ce besoin de précision dans les recherches et de rigueur dans l'énunciation est d'un augure heureux pour l'avenir de notre science, qui, centre et terme de toutes les connaissances physiques et naturelles, n'a pas encore su se ployer tout-à-fait à la méthode qui a fait marcher d'un pas si rapide les sciences congénères; il est presque né avec le siècle et il s'est développé avec une intensité croissante; ce que Bichat a fait pour la décomposition de la trame organique en ses matériaux constitutifs et pour l'analyse des propriétés vitales, les pathologistes issus de son école l'ont tenté pour le classement des maladies, pour la détermination de leurs symptômes, mis en rapport avec les traces morbides qu'elles impriment comme un cachet distinct à la texture des organes. On peut dire que toute l'activité des générations médicales qui se sont succédées depuis quarante ans s'est portée dans cette direction, et quoiqu'elle ait multiplié les découvertes et promulgué d'importans résul-

tats, elle n'a point dépassé les limites d'une vérification secondaire des conditions de l'organisme malade.

Qu'arrive-t-il, en effet, aujourd'hui que cette fièvre d'investigation subjective, sans se ralentir, commence à décourager les plus candides espérances et n'apparaît plus comme la dernière et décisive crise du scepticisme médical? Il arrive que la somme des désidérats se trouve augmentée par l'extension même du terrain et la profondeur des fouilles qui y ont été pratiquées; que les matériaux se sont accumulés sans que l'édifice ait grandi; le zèle contradictoire des inventaires cadavériques et l'émulation des nouveautés séméiologiques n'ont fait que creuser nos doutes et l'éternel, l'impénétrable problème qui domine toute médecine, se représente comme auparavant: quelle est la raison intime d'un état morbide donné? A vrai dire, cette formidable question, chaque siècle, chaque école, chaque maître se l'est posée, et le caractère propre des diverses périodes historiques de notre art ne réside que dans la différence des idées suivant lesquelles on a cherché à la résoudre. De Pinel à Broussais qui n'a pas innové dans ce sens? Tout se fait dans la vue des localisations; on s'applique à réduire le champ de la maladie, comme pour en rendre la cause plus saisissable dans un espace mieux délimité; par un penchant de logique rapide, cette cause finit par être confondue avec l'altération cadavérique elle-même, bien qu'entre l'une et l'autre, entre l'agent et le produit, la théorie échelonne une suite de phénomènes purement vitaux, préface obligée du matérialisme anatomo-pathologique. Le labeur de localisation tend à se déplacer, à s'élargir: la chimie succède à la dissection, le réactif au scalpel; l'amphithéâtre est presque délaissé pour le laboratoire, et l'on compte le nombre relatif de globules que renferme le sang avec la même sollicitude que l'on mettait naguère à peindre les colorations inflammatoires des tissus et la disposition d'un réseau vasculaire plus prononcé qu'à l'état normal. Ainsi, même intention dogmatique; mais elle ne s'exerce plus sur la même scène; après le solidisme fondé sur le principe de l'irritabilité hallérienne, l'humorisme partant d'une notion plus exacte des conditions normales du sang et caractérisant les types pathologiques par les altérations que présente ce fluide universel. Humoriste ou solidiste, c'est dans l'homme, et dans l'homme envisagé presque isolément qu'est instituée l'étude clinique; en lui se concentrent toutes les perquisitions d'étiologie: la médecine est toute subjective; le monde extérieur disparaît avec son atmosphère, ses météores, ses tubercules et ses intempéries; il n'est avis ni question des airs, des eaux, ni des lieux; une surface muqueuse, empreinte de phlogose ou semée de follicules ulcérés, un verre de sérum qui tient en dissolution plus ou moins de sels et d'albumine, voilà ce qu'il faut tenir et méditer à coups de scalpel ou de réactif, car là, dans cette trame altérée, dans ce liquide peccant par la proportion de ses élémens, gît la raison du mal et les fins de l'art. Portez vos regards vers les classiques des trois ou quatre siècles qui ont précédé le nôtre, et le point de vue vous apparaît inverse; la médecine est objective, elle plonge avec une ardente curiosité dans l'étiologie extérieure à l'homme, elle ne se confine plus dans la considération étroite des unités morbides, elle ne se fait pas des signes fournis par chaque individu, du sang extrait de sa veine, de sa fibre émue, un sujet de recherches spéciales dont elle dilatera plus tard les résultats; elle groupe les maladies, les relie par des caractères communs, pénètre à travers l'enveloppe phénoménale jusqu'au cœur du génie épidémique, fait entrer le détail symptomatique dans un certain nombre de formes génériques, établit entre celles-ci et les phases de l'année ou les influences climatériques des connexions sanctionnées par l'expérience ultérieure; en un mot, les termes du problème se généralisent dans l'atmosphère, dans la succession des saisons, dans la constitution des climats; les maladies ne se succèdent plus, une à une, combattues isolément par l'art; mais elles déroulent les anneaux d'une même chaîne étiologique, elles sont attaquées de front et dans leurs élémens d'ensemble par une pratique qui fonde autant ses moyens d'action sur une observation profonde et permanente de toutes les perturbations météorologiques que sur l'interrogation minutieuse des sensations personnelles. Cette grande médecine, qui n'a rien à débattre avec les dynasties éphémères des systèmes antagonistes, découle glorieusement des sources antiques. La troisième section des aphorismes, le traité des airs, des eaux et des lieux, le premier et le troisième livre des éphémérides, attestent les recherches d'Hippocrate sur cette matière et contiennent le germe ou la substance des lois de la médecine météorologique. Les principes qui la sustentent ont trouvé des interprètes ou des applicateurs dans les princes de la pratique grecque et latine; transmis aux Arabes, ils ont reçu d'Avicenne une amélioration qui consiste dans une division plus médicale de l'année; celle-ci était calculée par les Grecs et les Latins suivant le lever et le coucher des astres, distribution purement astronomique qui ne pouvait s'accommoder à toutes les localités: Avicenne classa les saisons par les qualités de l'air qui se manifestent successivement dans l'année et a donné par-là une base réelle et caractéristique à la doctrine des constitutions médicales; elle s'est maintenue intacte sous les médecins de la renaissance et elle doit à leurs successeurs d'indestructibles monumens d'observation clinique. Fernel, Duret, Houiller, Mercado, Baillou, Fracastor, et bientôt après, Willis, Sydenham, Baglivi, Lancisi, Rivière, Ramazzini ont apporté leur contingent au trésor traditionnel; la liste des praticiens illustres, des classiques écrivains qui ont soutenu avec éclat les idées de la médecine météorologique, s'allongerait des noms des médecins de Copenhague, de Suède, d'Edimbourg, d'Italie et d'Allemagne; Morgagni, Sarcone, Mead, Huxham, Grant, Storck, Deltaen, Freind, Legers de la Clôture, Frédéric Hoffmann, Stoll, Fodéré, etc. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la doctrine des maladies épidémiques a trouvé un contradicteur dans Paracelse, le bizarre aïeul de tous les systématiques.

Comment méconnaître que les qualités sensibles de l'air n'aient pas une part quelconque dans le développement des maladies annuelles? Fernel, Ramazzini, Sydenham, et à leur suite l'immense majorité des médecins, admettent que la succession régulière de ces qualités fait renaître tous les ans, par sa vertu propre, une succession toujours la même des phénomènes pathologiques. Il est vrai que le rapport de causalité n'est pas accepté par tous ces auteurs dans la même étendue; ainsi Fernel attribue les maladies annuelles à un influx sidéral; Morgagni, et à son exemple, Van Swieten et Mertens à des émanations telluriques; Ramazzini, après Sylvius Leboë, à des sels acides ou alcalins dissous dans l'atmosphère et transportés par les vents. Mais un fait essentiel, et qui n'est attaqué par aucun dissentiment, c'est que les qualités de l'air modifient en divers sens les affections populaires; elles les provoquent ou les répriment, les modèrent ou les excitent, les abrègent ou les prolongent; les constitutions épidémiques que Sydenham a observées et recueillies durant vingt-cinq ans (de 1661 à 1685), ainsi que les observations de Ramazzini et de Mertens, sont une irréfragable confirmation de ce principe.

C'est surtout aux médecins des grands hôpitaux à proclamer ce qu'il y a de vrai et d'utile dans la doctrine des constitutions médicales ou des maladies épidémiques. Les immenses tableaux de maladies qui se déroulent sous leurs regards ne doivent point leur composition à un aveugle hasard; mobiles dans leurs élémens, ils subissent des transformations subites, ou se nuancent par degrés, suivant l'action de causes toujours générales, et dont le retour est marqué; sans doute, des perturbations inattendues dérangent parfois la succession et l'ensemble des formes morbides soumises à l'observation clinique; mais c'est qu'alors d'autres perturbations se sont accomplies préalablement au-dehors, et ne font que refléter leurs traits sur la physionomie collective de la constitution médicale; ces maladies ont été appelées *intempestives* par M. Fuster, ainsi que nous le verrons dans un prochain article. Le livre de cet écrivain mérite une analyse détaillée dont ces lignes ne sont que l'introduction; il n'était pas hors de propos de rafraîchir l'idée des constitutions médicales, avant de rendre compte à nos lecteurs d'un livre qui repose sur cette base; mais M. Fuster ne s'est point proposé de produire un commentaire érudit sur un sujet qui touche par tous les points à la médecine militante; quoique établi sur une somme considérable de recherches, et rédigé dans un langage philosophique et parfois abstrait, son livre est destiné à réagir sur la pratique; et nous anrons à l'examiner sous le double rapport des principes que l'auteur assigne à la médecine météorologique et des conséquences qu'il en déduit au profit de la thérapeutique générale.

M. L.

— TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, DÉPLACEMENS ET MALADIES DE LA MATRICE; suivi:

1° De l'exposé des causes, de la nature et du traitement de ces maladies;
2° De la cure des hernies par les douches obliques d'eau froide;
3° D'un essai sur la statistique des hernies et des déplacemens de la matrice;
4° De l'examen critique des bandages herniaires et pessaires anciens et modernes;
5° De 252 observations détaillées de faits rares et curieux sur ces maladies;

Par P. L. VERDIER, chirurgien herniaire de la marine royale, des hôpitaux militaires de France, etc.

Un volume in-8, de 750 pages; prix: 8 fr.

Paris, chez l'auteur, rue Neuve-des-Petits-Champs, 6, passage Colbert, escalier à droite;

Et Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine de Paris, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 35. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 29 AOUT 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. De l'amputation sus-malléolaire et de sa valeur thérapeutique.—II. Correspondance médicale. Application de la ténotomie au traitement des fractures.—Contusion de la face dorsale du pied; carie du cuboïde; abcès; dénudation du péroné; hémorragie; amputation de l'extrémité inférieure de la jambe. — Emploi de l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.—Corps étranger introduit dans les voies aériennes chez un enfant de six ans; opération de la laryngo-trachéotomie. — Tentative de suicide; vaste plaie du cou avec séparation complète de l'hyoïde et du larynx; suture entrecoupée. — Observation de fistule vésico-vaginale. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 17 août. — Académie de médecine: séance du 25 août. — IV. Revue bibliographique. Nouvelle pyrétographie ou traité sur les fièvres dites continue, considérées d'après la doctrine physiologique. — Description clinique des maladies et des vices de conformation de l'œil humain, des paupières et des organes lacrymaux.—Des eaux de source et des eaux de rivière, comparées sous le double rapport hygiénique et industriel. —V. Feuilleton. Lettre médicale.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DE L'AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE ET DE SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE; par M. F. L. Tavignot, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

En parcourant les écrits que nous ont légués les chirurgiens de diverses époques, il n'est pas sans intérêt de voir comment, inventées par les uns et prônées par eux jusqu'à l'extrême, des méthodes opératoires sont tombées tout à coup dans l'oubli, rejetées par leurs successeurs qui en faisaient à peine mention.

La source de ce mal vient souvent, sans doute, de l'importance exagérée que certains chirurgiens attachent à ce qu'ils appellent leurs méthodes, leurs procédés opératoires, et de l'antipathie invincible qu'ils montrent parfois pour les découvertes des autres.

S'il est pénible de voir des questions d'amour-propre et de vanité se mêler aux intérêts de l'humanité et à un art qui touche de si près à la vie des hommes, on se console pourtant en pensant que, repris plus tard par des hommes impartiaux et désintéressés, ces points en litige pourront trouver une solution satisfaisante.

C'est ainsi, qu'inventée vers la fin du dix-septième siècle, par un chirurgien hollandais, Van Solingen, de la Haye (1), l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles ne tarda pas à être abandonnée, pour être reprise quelques années après, par un chirurgien français, Ravaton (2), qui s'en crut l'inventeur (3), et la pratiqua le premier avec le plus grand succès. Son malade, entré aux Invalides, marchait avec la plus grande facilité à l'aide de la bottine de son invention; il en sortit quelque temps après pour aller faire les campagnes d'Allemagne, qui durèrent trois ans. Rien n'était comparable alors à un semblable succès, et cependant on sait combien était défectueuse la bottine inventée par Ravaton, puisque, d'une part, le poids du corps portait sans cesse sur la cicatrice qu'il tendait à déchirer, et que, d'une autre part, les moyens de fixité s'adaptaient au-dessus du mollet, lequel finissant par s'atrophier, rendait ainsi leur action presque nulle.

Depuis cette époque, l'amputation sus-malléolaire a été mise en usage

(1) Manuel d'opérations, p. 240.

(2) Pratique moderne de chirurgie, t. iii, p. 472.

(3) Déjà avant Ravaton, Dionis l'avait conseillée implicitement, en enseignant qu'il faut couper la jambe tout le plus bas qu'il est possible, pourvu que l'on puisse conserver libres les mouvemens du genou. (Traité des opérations, p. 742, 9e démon.)

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

L'année scolaire se meurt, l'année scolaire est morte! Mais ne pensez pas que cette clameur oratoire, renouvelée de Bossuet, soit une clameur de deuil et de consternation; la défunte gît là, toute chargée de thèses et d'examens, sans qu'un regret la salue. A l'heure qu'il est, il n'y a plus ni professeurs ni élèves; ceux-ci, suivant l'antique et commode usage, ont en grand nombre pris les devans, et, depuis deux mois, l'impatience du pavé parisien les pousse au loin, dans toutes les directions; depuis deux mois, tout auditoire s'éclaircit sous le regard du maître; une atmosphère plus lourde pèse sur l'école, le soleil est plus chaud, les banquettes plus dures, l'improvisation de la chaire plus lente et moins sonore; toute l'activité de la médecine universitaire se concentre dans les salles des actes: là, autour d'une table, recouverte d'un tapis vert, comparaissent les candidatures de tous les degrés, qui n'attendent que le verdict de leurs juges pour monter en voiture et porter à leurs familles, avec les impressions du séjour de la capitale, les prémices du diplôme et les espérances adolescentes d'une vocation factice. Le personnel enseignant suffit à peine à la besogne d'interrogations quotidiennes, qui s'accumule sur cette dernière période de l'année classique; une pluie de thèses s'épand sur l'école, et tout l'arrière-ban des agrégés est appelé à prêter main-forte aux professeurs, pour palper, au confessionnal public de la science, tous ces jeunes fronts qui sollicitent l'onction doctorale, pour dresser en commun l'inventaire de leur intelligence et de leur mémoire. Tous ne sont pas munis des grâces nécessaires pour recevoir, avec honneur et fruit, le dernier sacrement de la faculté; mais l'indulgence de cette bonne mère supplée parfois au mérite de ses fils.

Le concours qui marquera la rentrée de la Faculté commence à préoccuper les esprits, même en dehors du cercle des intérêts qu'il met directement en jeu; comme il advient toujours, des noms circulent déjà de bouche en bouche; on connaît, dans le monde médical, l'art de grouper les suffrages, comme on connaît ailleurs l'art de grouper les chiffres; les horoscopes sont tirés, les paris suivront; car vous verrez, mon cher confrère, que la mode des paris s'étendra des steapple-chasse aux luttes du concours; on tiendra pour tel ou tel combattant, suivant les rumeurs de la coulisse ou les augures du cœur. Comment ne pas s'éprendre de sympathique pitié pour les candidats dont les noms ne sont prononcés par personne et qu'un fatal arrêt de la voix du jour, *fama volans*, retranche d'avance de la liste dorée des *probables*? Et s'il était vrai que les chances d'une lutte non encore ouverte se polarisent déjà dans la personne de quelques prédestinés, quelle émulation puiseront désormais les hommes nouveaux dans le spectacle de ces débats publics, quelle valeur attribuer encore à ces dérisoires solennités qui ne seraient plus que le paravent des coteries et qu'une déception organisée? Nous sommes loin d'ajouter la moindre importance aux combinaisons qui se produisent prématurément; nous sommes même disposés à n'y voir qu'un

par White, chirurgien de Manchester, et Brumfield (en 1740), qui tous deux prétendent avoir inventé une machine avec laquelle leurs malades marchent avec la plus grande facilité; puis par Allanson et d'autres chirurgiens anglais (1); Petit-Radel la recommande dans l'ENCYCLOPÉDIE MÉTHODIQUE; Benjamen Bell émet l'opinion que l'amputation au-dessus des malléoles se pratique plus facilement et avec moins de danger qu'au lieu d'élection.

Parmi les défenseurs de l'amputation à la partie inférieure de la jambe, nous devons citer encore Platner fils, Vacca Berlinghieri, Rossi (2), Ch. Bell, Guthrie, Salemi, Soubra, Goyrand (d'Aix) (3), Riberi, professeur à Turin, qui l'a pratiquée cinq fois. Keate, à Londres (4), et, dans ces derniers temps, MM. Roux, Blandin, Breschet, Velpeau, Sanson, Jobert, Laugier, Michon, Monod, Lenoir, etc.

Ainsi, comme on a pu s'en convaincre par ce court aperçu historique, c'est après avoir été pour ainsi dire abandonnée pendant plus d'un siècle que cette méthode opératoire vient de prendre définitivement rang dans la science.

Grâce aux chirurgiens dont nous venons de citer les noms, et à l'invention de moyens prothétiques plus parfaits, on peut affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que l'amputation sus-malléolaire a pris définitivement rang dans la pratique, et qu'elle est appelée aujourd'hui à rendre à la thérapeutique chirurgicale d'immenses avantages. Si, pour soutenir l'opinion que nous avançons ici, nous devions nous baser sur des raisonnemens plus ou moins subtils, des théories plus ou moins ingénieuses, évidemment, ainsi posée, la question ne mériterait même pas un sérieux examen.

Mais en réunissant un assez grand nombre de faits observés pendant plusieurs années, en mettant ces faits en rapport les uns avec les autres, en tenant compte des cas de succès comme des cas malheureux, nous pourrons concourir à la solution de ce problème de chirurgie pratique. Si nous ne sommes pas assez heureux pour résoudre la question tout entière, nous aurons au moins fourni de nouveaux matériaux à ceux qui plus tard voudront faire l'inventaire des faits que la science possède, et décider en dernier ressort sur le lieu le plus convenable pour faire l'amputation de la jambe.

Examinons d'abord les différens procédés opératoires qui tour à tour ont été mis en usage pour pratiquer l'amputation sus-malléolaire. De cette manière, il nous sera plus facile de faire comprendre dans la suite l'influence de leurs modifications sur la cure plus ou moins prompte de la plaie du moignon, et aussi d'apprécier la forme et la configuration dernières du membre qui a subi l'amputation.

Parmi les diverses méthodes qu'on a successivement employées, parlons d'abord de celle à lambeaux.

1° Tout le monde sait que Ravaton, sur le malade qu'il opéra, mit en usage la méthode à deux lambeaux, un antérieur et interne, l'autre postérieur et externe. Quoique Ravaton n'ait pas indiqué d'une manière précise la hauteur du membre à laquelle il opérait, il est probable cependant que c'était à une distance assez grande des malléoles, de manière à avoir encore assez de substance musculaire pour tailler ses lambeaux.

2° Un chirurgien italien, Salemi (1), a proposé de tailler un seul lambeau postérieur assez large pour recouvrir la plaie tout entière. Il prétend que, de cette manière, la réunion est plus prompte et plus parfaite, la cicatrice n'ayant aucune tendance à se déchirer. Ce procédé a été employé sur le malade opéré par M. Bobert, et qui a été guéri le trentième jour (2). M. Breschet l'a mise lui-même en pratique sur un jeune homme qu'il a dernièrement amputé, comme ressource dernière, et qui n'a pas tardé à succomber, comme nous le dirons par la suite.

La méthode circulaire est la plus généralement employée; c'est celle que mettent en usage MM. Vacca, Roux, Velpeau, Goyrand, etc. 1° L'incision circulaire est pratiquée à un travers de doigt au-dessus des malléoles; la peau est relevée en manchette, dans une étendue qui varie de 2 à 3 centimètres; on procède ensuite à la section du tendon d'Achille, puis des tendons antérieurs et latéraux dans ce point correspondant à la base du pli cutané. Le couteau inter-osseux est ordinairement inutile, à cause du peu d'écartement des deux os dans ce point; c'est donc avec un bistouri que l'on termine la section des chairs.

2° M. Roux a quelque peu modifié ce procédé, en conseillant de scier le péroné dans un point plus élevé que le tibia. Pour cela, il incline obliquement la scie en haut et en dehors.

3° Si la disposition conique de la peau s'opposait par trop au retroussement de la manchette, il serait aisé de faciliter ce temps de l'opération, à l'aide d'une incision abaissée perpendiculairement sur la première.

4° J'ai vu pratiquer un certain nombre de fois l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, par M. Blandin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Constamment je lui ai vu mettre en usage le procédé suivant : une incision circulaire est d'abord pratiquée comme dans les cas ordinaires, puis deux incisions perpendiculaires à la première sont abaissées en avant et en arrière du moignon. On dissèque ensuite les deux lambeaux de peau qui en résultent, et on procède ultérieurement à la section des chairs, etc. Cette modification de la méthode circulaire nous paraît avantageuse en ce sens que son exécution est en général plus rapide, et que l'incision inférieure, dans laquelle se placent habituellement les fils à ligature, donne une libre issue à la suppuration qui se forme presque toujours en plus ou moins grande quantité.

5° M. le docteur Lenoir fait une incision circulaire des tégumens, à un pouce et demi environ au-dessous du lieu où il veut pratiquer la section des os. Puis il abaisse perpendiculairement à la première une deuxième incision, longue d'un pouce et demi et longeant la crête du tibia. Dissection des deux angles de peau et section des brides fibreuses, qui unissent en arrière la peau aux parties sous-jacentes. On fait agir largement le couteau du bord externe au bord interne du tibia, en suivant exactement la direction oblique de la manchette cutanée. Rétraction et de la peau et de la couche musculaire superficielle, puis section tout à fait transversale de la couche profonde des muscles (3).

(1) MANUEL DE L'AMPUTATION DES MEMBRES, traduct. de Lassus.
(2) MÉD. OPÉRAT., t. II, p. 205.
(3) J. HEBDOMADAIRE, n. 19, 1835. Quatre opérations suivies de succès (machine de Mille).
(4) Cité dans la thèse de Lenoir (1835, p. l'agrégation).

(1) JOURN. ANALYTIQUE DE MÉDECINE, 1829.
(2) DICT. DE MÉD., 2e édit., t. XVII, p. 260. Bérard.
(3) Nous avons cru devoir, en corrigeant les épreuves, remplacer l'ancien procédé de M. Lenoir, que nous avions emprunté à sa thèse, par celui plus récent

artifice innocent qui a pour objet de familiariser les oreilles du public avec les syllabes de certains noms et prénoms; c'est un premier succès, en effet, que de s'inscrire d'avance dans l'attente publique; se rendre *probable*, c'est aplanir plus d'une difficulté, c'est préparer plus d'un suffrage; et quand le nom, longtemps scandé tout haut par l'officieuse prosodie des familiers, est proclamé par la fortune du scrutin, il y a bien encore place pour l'attaque et l'envie; mais le moment de l'étonnement est passé.

En attendant que l'héritage de Richerand, qui n'est point celui d'Alexandre, soit disputé par les jeunes lieutenans de la chirurgie, la Faculté a commis un orateur à sa défunte gloire, et promis un discours à ses mânes : cela s'appellera le discours de rentrée; mercuriale au palais, éloge funèbre à la Faculté de médecine; hélas! il est triste qu'elle ait à faire presque annuellement sa rentrée sous les auspices de la mort : nous souhaitons à M. Cloquet, chargé de panégyriser M. Richerand, les visites familières de la muse qui a inspiré naguère son collègue, M. Bérard; les bons discours ne sont pas moins rares à la Faculté de médecine de Paris que partout ailleurs, et novembre, qui ramène les frimas et les élèves, n'est point une saison d'inévitable éloquence. Le ciel du Midi, sous lequel M. Cloquet voyage en ce moment, lui versera dans le style sa chaude influence, et le morceau littéraire qu'il nous prépare sera d'autant meilleur qu'il nous viendra de plus loin.

Si la science ne se mettait en frais de pérégrination que dans le but de corroborer les instrumens physiques de ses glorieuses manifestations, ou de méditer dans le silence les périodes pacifiques d'une oraison funèbre, ce serait à merveille; mais elle voyage, elle chemine, elle trotte à d'autres fins encore; il n'est pas que vous n'ayez entendu parler de jurys médicaux, des tournées de ces mêmes jurys dans les départemens; or donc, par cette température africaine, par toutes les routes royales de ce beau pays de France, les diligences et malles-postes transportent des examinateurs ambulans, qui font métier de distribuer, à travers villes et cités, diplômes de guérisseur et de pharmacopole, suivant le tarif de madame l'Université; ces colporteurs officiels de grades scientifiques ne sont autres que des professeurs des trois métropoles que la médecine possède en France; ils ont titre et mission *ad hoc*; ajoutez-y indemnités et pécune; ils partent à jour fixe, traversent à jour fixe les localités désignées à leurs largesses de parchemin; le préfet les attend, les festoie, et scelle de sa griffe tous les diplômes décernés aux Esculapes champêtres, improvisés en trois mois (pourquoi pas en trois jours?) d'apprentissage forcé; des examens ont lieu, qui, rendus publics par une fidèle sténographie, suspendraient les lecteurs entre le scandale et la facétie molièrienne; cela dure deux mois; puis, les présidens voyageurs reviennent au sein de leurs écoles nourricières, l'Université a encaissé une somme ronde, et notre pays a vu grossir de quelques centaines la plèbe ignare des guérisseurs, des rebouteurs et des industriels de bas étage, et quelque officier de santé, dûment titré et diplômé, pourra susciter à quelque docteur en médecine un nouveau procès, pour faire suite à celui qui a soulevé, il y a peu d'années, l'indignation de tout le corps médical de France : voilà le revers de la jolie médaille des vacances; voilà ce qui jette sur cette période de classique festivité une ombre triste et maussade; la multiplication des officiers de santé qui se fait en cette saison vous gâte la dernière verdure des champs, et si, du fond de votre retraite, vous voyez s'élever sur la grande route un nuage de poussière, vous pouvez vous dire

Il serait difficile d'établir *à priori* lequel de ces divers procédés opératoires mérite la préférence sur les autres. Chacun d'eux au contraire paraît trouver devoir son application dans des circonstances pathologiques données. Dans l'étude des faits particuliers à laquelle nous allons nous livrer, nous aurons soin de noter scrupuleusement cette circonstance de l'opération, c'est-à-dire le procédé mis en usage par le chirurgien, afin que nous puissions ultérieurement tirer de ces faits individuels des conclusions générales sur la valeur absolue de tel ou de tel procédé.

Obs. I. — Gignet, âgé de 30 ans, sacristain de l'Hôtel-Dieu, d'une constitution détériorée par la suppuration abondante qu'entraîne un vaste ulcère qu'il porte depuis plusieurs années à la jambe gauche. Cette solution de continuité ancienne a succédé à une fracture comminutive des deux os de la jambe à sa partie inférieure; plusieurs esquilles ont été extraites à différens intervalles, après s'être longtemps opposée à la cicatrisation de la plaie.

Entré dans le courant de l'année 1839, dans le service de M. Blandin, il fut soumis à l'action de l'appareil calorifère que l'on expérimentait alors; son état en fut singulièrement amendé, à tel point que l'ulcère fut réduit aux dimensions d'une pièce de cinq fr.; tandis que lors de son entrée, il était au moins aussi large que la paume de la main. Mais voyant son état rester stationnaire, le malade demanda et obtint sa sortie pour se livrer derechef à ses occupations journalières.

Quelque temps après, ulcération de la cicatrice, envahissement progressif de la plaie qui reprend bientôt ses dimensions premières, et qui finit enfin par s'étendre en faisant de continuels progrès. Dès lors, instances réitérées du malade auprès de M. Blandin pour se faire pratiquer l'amputation sus-malléolaire qu'il avait vu plusieurs fois réussir dans les salles pendant son séjour à l'hôpital. Après avoir résisté longtemps, ce chirurgien, se fondant sur le peu d'efficacité qu'avait eue un dernier traitement par les bandelettes (aidé du repos le plus complet), et sur l'extension progressive de l'abcès qui occupait alors le quart inférieur de la jambe et épuisait la constitution du malade, prit le parti violent, mais rationnel, de pratiquer l'amputation à la partie inférieure de la jambe (28 avril 1840).

La cicatrisation de la plaie du moignon ne présenta rien de particulier; cependant je dois dire que sa marche fut entravée par un érysipèle (alors endémique dans la salle) qui se développa le quatrième jour de l'opération. Mais heureusement combattu par des sangsues en certain nombre (50), appliquées sur les ganglions inguinaux enflammés et tuméfiés, il ne tarda pas à disparaître, et à laisser marcher le travail de cicatrisation un instant interrompu.

Le 26 avril, c'est-à-dire 28 jours après l'opération, la guérison de la plaie est complète, l'état général on ne peut plus satisfaisant. Il mange les trois quarts. Si ce n'était la bottine qu'il attend avec impatience, il pourrait sortir aujourd'hui (29 mai) et reprendre ses occupations habituelles, d'ailleurs assez peu fatigantes.

Obs. II. — Clément, blanchisseur, âgé de 48 ans, entré à l'hôpital le 21 février 1839, est couché au n. 37 de la salle Sainte-Agnès. On constate le lendemain à la visite une tumeur blanche du pied gauche avec trajets fistuleux, carie de plusieurs os du tarse, et notamment du scapoïde et de la tête de l'astragale, etc. Divers traitemens, la compression, entre autres, ayant échoué, on se décide à l'amputation après sept semaines de séjour du malade à l'hôpital. Le procédé mis en usage fut celui qu'a imaginé M. Blandin, et que je lui ai toujours vu mettre en usage depuis trois ans. La réunion eut lieu dans les trois quarts supérieurs de la plaie par première intention; le point le plus déclive et qui donnait issue aux ligatures fournit seul de la suppuration. Aucun accident n'étant survenu pendant le travail de cicatrisation, la guérison fut complète le trente-cinquième jour; et si le malade séjourna longtemps à l'hôpital, ce fut pour attendre sa jambe artificielle, avec laquelle il marcha ensuite de la manière la plus satisfaisante.

Cet homme a pu reprendre ses travaux; et quand nous l'avons revu plusieurs mois après, il nous a assuré que son infirmité inappréciable pour les personnes qu'il fréquentait le gênait à peine lui-même et qu'il avait pu reprendre toutes ses occupations comme par le passé.

Obs. III. — Le nommé Vignat (Pierre) est entré le 29 mai 1839 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, salle Sainte-Marthe, avec un gonflement des os du tarse, du côté gauche; nonobstant un traitement de cinq mois qui consista surtout en cautères appliqués autour de la tumeur, en frictions mercurielles, etc., l'affection osseuse n'en fit pas moins de rapides progrès et donna bientôt naissance à des abcès multiples qui furent successivement ouverts.

Voyant l'état stationnaire de la maladie locale, tandis que la constitution du sujet se détériorait de plus en plus, M. Roux se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire par la méthode circulaire le 8 décembre 1839. La plaie se cicatrisa on ne peut mieux, à tel point que le 15 janvier, ce malade est sorti avec la bottine de M. Martin dans un état on ne peut plus satisfaisant. Mais il paraît qu'une marche assez prolongée a ulcéré le moignon, car le malade fut forcé de rentrer à l'hôpital le premier mars, il en est sorti, le 7 mai, complètement guéri.

Obs. IV. — Julie, âgée de neuf ans, d'un tempérament lymphatique très prononcé, cheveux chatains, ayant eu des engorgemens glandulaires dont cependant il n'est pas resté de traces, est affectée depuis dix mois d'un gonflement douloureux du pied gauche, qui a toujours été en augmentant depuis cette époque. Sa mère, voyant inutiles les divers traitemens qu'on lui avait fait subir chez elle, se décida à l'amener à l'Hôtel-Dieu, le 2 mars 1839. Elle est couchée au n. 39 de la salle Saint-Jean.

A son entrée, on constate l'existence de plusieurs fistules situées à la partie antérieure de la région dorsale du pied, et qui donnent issue à une abondante suppuration sanieuse et de mauvais aspect; un stylet explorateur permet de constater l'altération des os cunéiformes et du scapoïde, mais on suppose que l'altération ne s'étend pas au-delà, et quoique la peau de la face plantaire du pied présente de nombreuses altérations, on ne s'en décide pas moins à pratiquer l'amputation partielle par la méthode de Chopart le 25 mars. Le lambeau plantaire, vu l'altération de cette région, ne put être taillé assez large pour recouvrir en totalité les surfaces osseuses mises à nu. La réunion fut incomplète, de nouveaux trajets fistuleux se formèrent; et six semaines après, c'est-à-dire le 10 mai, on reconnut à l'aide du stylet une ulcération de l'astragale et du calcanéum. On se décida dès lors à pratiquer l'amputation sus-malléolaire, seule ressource qui restât pour sauver les jours de cette malheureuse enfant.

Cette fois, par une sorte de compensation, la réunion fut immédiate, aucun accident n'entrava la marche de la cicatrisation, et le trente-sixième jour de son opération (16 juin) la malade était complètement guérie. Elle a encore attendu quelque temps sa jambe artificielle, puis elle est sortie marchant avec la plus grande facilité.

Nous l'avons revue depuis cette époque, et elle jouissait encore de tous les bienfaits de l'opération.

Obs. V. — Le 13 décembre 1838, Gay, jeune enfant de 8 ans, tomba près d'une voiture pesamment chargée, et dans sa chute eut le pied écrasé par une de ses roues. Transporté à l'Hôtel-Dieu il fut couché au n. 30 de la salle Sainte-Agnès.

On constate à la visite du 14 une attrition énorme des parties molles; les bords de la plaie étaient souillés par du sang coagulé répandu en nappe. L'appareil provisoire qu'on avait appliqué est taché par un suintement séro-sanguinolent. L'ecchymose ne s'étend pas au-delà de la plaie contuse; l'exploration avec un stylet ayant confirmé ce que la simple inspection avait fait présumer, un écrasement des os du tarse, M. Blandin se décide à une amputation immédiate.

qu'il vient de décrire dans les Archives, 1840, t. viii, p. 263. Il est aussi à regretter que notre travail, déposé depuis plusieurs mois dans les bureaux de la Gaz. Méd., n'ait pas pu profiter davantage des idées judicieuses que renferme le sien.

---

qu'un jury médical passe par là pour aller procréer dans la cité prochaine une génération bâtarde de demi-médecins.

O monsieur Cousin, vous qui êtes le grand-maître des choses universitaires et qui dispensez à notre profession l'air qu'elle respire et le jour qui l'éclaire; vous qui pouvez d'un trait de plume rayer des scandales et des misères, et vous attirer par le canal d'une ordonnance royale les bénédictions de plusieurs milliers et milliers de citoyens voués et damnés à la médecine, ayez pitié d'une situation dont les besoins vous sont connus; délivrez-nous des officiers de santé et du droit de patente, des jurys médicaux et des docteurs hâlés; agréez cette humble prière qu'un seul vous adresse pour tous; exaucez-la d'ici à la session prochaine, et ne renvoyez pas nos espérances *in sæcula sæculorum*. Vous avez dit, dans votre allocution du concours général, que chacun ici-bas se fait sa destinée; qu'il nous soit permis de douter, quant à la gent médicale, de l'absolue vérité de l'axiôme; c'est bien vous, Monsieur le grand-maître, qui nous faites notre destinée à nous médecins; ce sont vos prédécesseurs qui ont institué, sanctionné les fléaux énumérés ci-dessus; et s'ils subsistent après votre passage au ministère, vous serez compté avec eux au nombre de nos vexateurs, et ce sera dommage vraiment; car tout le corps médical de France espère en vous; car votre avénement au ministère a rafraichi l'attente de tous et soulagé tout d'abord nos souffrances par la certitude d'une réforme prochaine... prochaine? Hein?...

L'Académie vient de compléter son bureau par la nomination de M. Barthélemy aux fonctions de la présidence; ce choix a déjà valu à l'Académie beaucoup de suffrages au-dehors, nous y joignons volontiers les nôtres. Moins la médecine vétérinaire a de représentans dans son sein, plus il faut honorer l'Académie de l'avoir assise au fauteuil dans la personne de M. Barthélemy; ce témoignage de haute estime était dû au talent, au caractère de ce savant; M. Barthélemy appartient à cette élite d'esprits qui ne sont point classés par la nature spéciale de leurs travaux ordinaires, et que leur force propre élève au-dessus de toute carrière limitée; intelligence ample et nette, esprit ferme et logique, dignité sans pédantisme, gravité sans lourdeur, il apportera dans l'exercice de sa magistrature parlementaire des qualités que l'on ne tardera pas à apprécier. Le choix de M. Barthélemy a une portée extérieure qui nous est un nouveau sujet de félicitations, et dont tous les médecins éclairés se réjouiront avec nous : la médecine vétérinaire n'occupe pas plus que la nôtre le rang social qu'elle est en droit de revendiquer, de par les lumières de ses principaux représentans, et au nom des services qu'elle rend à l'état; elle est en butte à des préventions qui pourraient décourager des hommes médiocrement pénétrés de l'utilité de leur mission et de la grandeur de leur science; c'est ainsi que, dans l'armée, les vétérinaires du grade le plus élevé ne sont point assimilés au simple sous-lieutenant; les vétérinaires de première classe marchent de pair avec les adjudans sous-officiers, et pourtant c'est parmi eux que les écoles recrutent leurs prosecteurs et leurs professeurs; nous avons connu dans leurs rangs des hommes d'un rare mérite, parvenus depuis à des postes élevés, et qui, malgré leur abnégation, ont dû souffrir des caprices injustes d'une hiérarchie ennemie de la science. Le président de l'Académie de médecine projette, de son siége élevé, sur tous les membres de la milice vétérinaire un reflet d'honorable solidarité, et étend à sa carrière la protection fraternelle de la nôtre : nous désirons, mais nous n'espérons pas qu'elle lui soit efficace.

Celle-ci fut pratiquée sur des tissus entièrement sains, et le moignon placé dans l'appareil calorifère du docteur Jules Guyot.

L'état du jeune malade fut on ne peut plus satisfaisant jusqu'au 18. On constata alors un endolorissement général du moignon, remontant jusqu'au mollet; un aspect blafard des bords de la plaie, avec légère odeur gangreneuse; on supprima l'appareil calorifère que l'on remplaça par un pansement simple.

Le 26 décembre, le malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant; la plaie du moignon est en voie de cicatrisation et présente un bon aspect.

29 décembre. On continue le pansement simple; un peu de diarrhée. La plaie tend à se réunir par seconde intention; au fond de celle-ci et dans le point correspondant aux surfaces osseuses du tibia et du péroné, on rencontre des fongosités blafardes et saignantes, qui paraissent naître de la membrane médullaire. Cette circonstance conduit à mettre en usage les lotions chlorurées.

7 janvier. Etat de plus en plus satisfaisant; la plaie est presque complètement cicatrisée; on s'occupa dès lors de procurer au malade la bottine de M. Martin.

Il est sorti de l'hôpital un mois environ après sa guérison, après s'être exercé tous les jours à marcher et à courir dans les salles avec sa jambe artificielle. Il avait fini par marcher si bien qu'à le voir on n'aurait jamais supposé que cet enfant avait perdu une partie de son membre inférieur. Ce beau résultat de l'amputation sus-malléolaire a d'ailleurs été confirmé par plusieurs chirurgiens visitant les salles de l'Hôtel-Dieu et auxquels M. Blandin a pris plaisir à le montrer.

Obs. VI. — Jules G., âgé de 37 ans, ex-artilleur, a fait il y a deux ans une chute de cheval, dans laquelle son pied droit a porté et a subi un mouvement de torsion assez violent. Depuis cette époque il a constamment éprouvé de la douleur dans cette partie. Depuis un an il s'y est joint du gonflement, et des trajets fistuleux se sont établis depuis six à sept mois. Cette affection assez grave, comme on le voit, a avancé sa sortie de la carrière militaire et l'a fait entrer à l'Hôtel-Dieu le 20 février 1839. Il fut couché au n. 37 de la salle Sainte-Agnès.

Divers traitements ayant été mis en usage sans succès appréciables, le mal faisant au contraire d'incessants progrès, M. Blandin se décida dès lors à l'amputation sus-malléolaire qui fut pratiquée le 7 mars.

La réunion par première intention fut tentée avec quelques chances de succès, lorsque le troisième jour, c'est-à-dire le 10 mars, on s'aperçut que les lambeaux du moignon offraient une coloration grise, noirâtre, avec odeur gangreneuse. Des lotions chlorurées furent mises en usage, et, comme on le comprend, il fallut perdre l'espoir d'une réunion immédiate; quoi qu'il en soit la plaie se couvrit de bourgeons charnus après la chute des escarres; peu à peu elle finit par se rétrécir, et deux mois après elle était complètement cicatrisée.

Le malade complètement guéri reste encore longtemps à l'hôpital en attendant la jambe artificielle. Depuis il est revenu plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu revoir M. Blandin, et tout le monde a pu constater avec quelle facilité il exerçait divers mouvements, soit pour marcher sur un plan horizontal, soit pour monter ou descendre un escalier.

Obs. VII. — La nommée Sierry, âgée de 17 ans, journalière, d'une assez faible constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 21 octobre 1839, et fut couchée dans le service de M. Blandin, salle St-Jean, n. 23.

Cette jeune fille était affectée d'un gonflement assez considérable de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche; gonflement dont le début remontait à une année. Cette tumeur blanche fut attaquée inutilement par divers traitements différens les uns des autres, et qui, dans d'autres circonstances, nous avaient fourni d'heureux résultats. C'est ainsi que des sangsues en grand nombre, des vésicatoires, ne produisirent aucune amélioration notable. On mit aussi en usage la compression longtemps continué à l'aide de l'appareil dextriné, compression si efficace dans certaines variétés de tumeurs blanches (celles qui débutent par les parties molles ou extra-articulaires, par exemple). Mais le mal alla toujours en augmentant; des trajets fistuleux de formation récente fournissaient une abondante suppuration, et permirent de constater l'altération d'un ou plusieurs os du tarse.

Le 15 mars, on se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire, qui ne présenta rien de particulier. Pansement simple, réunion immédiate, etc.

Le 19, elle fut prise d'un érysipèle du membre inférieur, qui nécessita des applications de sangsues sur les ganglions inguinaux tuméfiés. La cicatrisation de la plaie, quoique peu retardée par cet accident, malheureusement trop fréquent à la suite des opérations, n'en fit pas moins de rapides progrès vers la guérison, qui fut complète le 29 mai 1840. Depuis cette époque jusqu'à celle de sa sortie, qui eut lieu vingt jours après, la malade s'est exercée à marcher dans les salles avec la bottine de M. Martin. Difficile et peu assurée d'abord, la marche est devenue peu à peu facile et sûre, à tel point, qu'aujourd'hui que son éducation est terminée, tout en constatant une légère claudication, on ne soupçonnerait jamais chez elle la nature de l'opération qu'elle a subie.

Obs. IX. — J., de Courtan, cultivateur, âgé de 48 ans, d'un tempérament sanguin, mais d'une constitution déjà affaiblie par les progrès de sa maladie.

Cet homme est affecté d'une carie des os du tarse, avec plusieurs trajets fistuleux, et il demande l'opération pour le débarrasser des vives douleurs qu'il éprouve.

Le 8 juin 1837, il fut couché au n. 35 de la salle St-Jean (Hôtel-Dieu), dans le service de M. Blandin, et opéré par lui, d'après la méthode circulaire qu'il a modifiée.

Le 9, le malade se plaint d'avoir souffert beaucoup de son moignon; dès-lors, on retire une bande roulée que l'on avait appliquée immédiatement sur la peau.

Le 12 juin, ce malheureux fut pris d'un érysipèle avec lignes rouges indiquant le trajet des lymphatiques enflammées.

Le 13, la douleur du moignon persiste; l'érysipèle a fait peu de progrès, grâce sans doute aux émissions sanguines, sur les ganglions engorgés. La réunion immédiate a eu un plein succès.

19 juin. Ballonnement du ventre; sécheresse de la langue; la douleur du moignon est très vive au plus léger contact. La réunion, qui avait paru immédiate les jours précédens, n'existe plus aujourd'hui.

Les symptômes adynamiques ont été en augmentant jusqu'au 23 juin, où survint la mort du malade.

L'autopsie a démontré d'une manière plus positive encore que l'examen des symptômes, que cet opéré avait succombé à une infection purulente.

Du pus fut trouvé en effet dans différentes veines, et entre autres, dans celles de la partie centrale des os, du canal médullaire; des abcès métastiques existaient également dans l'intérieur des différens viscères thoraciques et abdominaux, et en particulier dans le foie, où ils se trouvaient en assez grand nombre.

Obs. X. — La nommée Ollier (Rose-Marguerite), âgée de 50 ans, fut renversée par une voiture de maraîcher, dont la roue lui passa sur la partie interne du tarse droit, au-dessous de la malléole, et atteignit la face dorsale du pied, où elle produisit un écrasement du tarse, du métatarse, ainsi que de plusieurs orteils.

Elle entra immédiatement à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n. 36, service de M. Blandin (20 juin 1837).

Le 23 juin, l'état du pied s'est aggravé de beaucoup; des escarres gangréneuses existent sur différens points, de telle sorte qu'une incision de 2 centimètres a pu être pratiquée pour donner issue à la suppuration sans que la malade en ait eu conscience. Dès-lors, on procéda immédiatement à l'amputation sus-malléolaire, d'après le procédé de M. Blandin. Pansement simple; réunion par première intention; l'examen du pied n'a pas tardé à démontrer une fracture comminutive des os du tarse et de la tête des métatarsiens, etc. Les jours suivans, pas de fièvre; langue un peu rouge sur ses bords et à sa pointe, toutefois encore un peu humide. Douleurs abdominales assez vives, coliques; les bords de la plaie, qui d'abord avaient paru réunis par première intention, sont aujourd'hui séparés; la malade a un peu de diarrhée. (Bouillon coupé; lavement émollient.)

1er juillet. L'état général est loin d'être satisfaisant; le pouls, qui n'est pas très fréquent, est irrégulier. Le ventre est ballonné; insomnies, frissons, suivis de chaleur et de sueur. Le moignon paraît tuméfié et vivement enflammé. On ap-

---

Le bureau central vient de recevoir, dans son cadre assez mobile, trois nouveaux collaborateurs, MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Chassaignac.

La commission chargée de dresser la liste des candidats pour l'élection d'un membre dans la section de chirurgie s'est enfin entendue sur le choix d'un rapporteur; c'est M. Bégin qui formulera l'appréciation des titres des compétiteurs; c'est une rude tâche et dont on ne peut s'acquitter qu'à force d'équité. On peut attendre, de la part de l'honorable rapporteur, une justice rigoureuse; revenu depuis peu de temps à Paris, M. Bégin est exempt de tout engagement, de toute influence; tous les concurrens doivent également s'applaudir de voir remis en ses mains le ministère d'un premier jugement, et pour ainsi dire le premier scrutin du rapport.

Plusieurs notabilités de la médecine étrangère se trouvent en ce moment à Paris, notamment le docteur Arendt, premier chirurgien de l'empereur de Russie. On ne saurait trop louer le zèle modeste que montrent ces hommes distingués pour s'enquérir de tous les progrès de l'art français : ils constatent avec une satisfaction sincère les découvertes récentes, les acquisitions nouvelles de la science; ils apportent dans cette information une curiosité pleine d'attention, un esprit de justice exubérante, qui contraste, hélas! avec l'esprit de dénigrement et de mesquine rivalité qui émane de notre entourage national. Il faut bien le reconnaître, la probité scientifique est une qualité qui distingue la plupart de nos confrères étrangers; en présence des résultats importans que réalise chez nous une science ingénieusement novatrice, il ne leur coûte point de rendre à César ce qui appartient à César, ils savent même oublier leur érudition, si précise et si réelle pourtant! pour ne point disputer à l'auteur d'une branche nouvelle de l'art la propriété absolue de quelque idée dont le microscope envieux d'un compatriote aura découvert le rudiment informe dans je ne sais quelle source antique et vénérable. Aussi les faits d'une pratique heureuse autant que neuve, les principes d'une doctrine vérifiée jusqu'à satiété par l'expérience et les données fortuites de la nature, sont-ils importés avec faveur dans les principaux états étrangers, bien avant qu'ils soient reconnus au milieu de nous, et quand une lueur de justice vient entourer en France le nom des hommes puissans qui servent avec dévouement une science ingrate, ils sont déjà portés chez l'étranger sur l'aile d'une durable et forte popularité.

Y.

— Deux concours vont s'ouvrir au Val-de-Grâce pour le grade de chirurgien et de pharmacien aide-major; les jurys nommés par le ministre sont composés ainsi :

Concours de pharmacie : M. Brault, inspecteur-président; MM. Périnet, Daentzer et Roussel, pharmaciens principaux; MM. Michel Levy et Vaillant, médecins-professeurs; M. André, pharmacien-major, professeur; MM. Judas et Gimelle, suppléans.

Concours de chirurgie : M. Pasquier père, inspecteur-président; MM. de Chamberet, Bégin, Pasquier fils, Baudens, Cloquet, principaux; André, pharmacien-major; MM. Dabadie et Piron, suppléans.

plique dessus un large cataplasme, et on sonde la malade, qui n'a pu uriner d'elle-même.

3 juillet. Même état général, les lambeaux de peau qui avaient été conservés pour la réunion immédiate se sont gangrénés. (Bouillon de poulet.)

4. Développement d'un érysipèle traumatique, qu'on a pu cependant arrêter par des applications de sangsues. La membrane médullaire est gonflée et fait une saillie avec boursoufflement; les frissons persistent et plus forts et plus longs que les premiers. L'examen de la poitrine démontre de la matité dans le côté droit, qui est le siége d'une assez vive douleur (cataplasme sur le moignon); diarrhée, météorisme; peu de fièvre; peau à l'état normal pour sa température.

15 juillet. On ouvre quelques phlyctènes qui s'étaient développées à la partie interne du genou (1).

La mort arriva au 7 juillet, avec l'appareil de symptômes appartenant à l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans les poumons, dans le foie; du sang coagulé existait dans les veines du moignon, et même dans celles des os. La membrane medullaire est le siége d'une vive inflammation, et cela dans une certaine étendue. L'examen le plus attentif ne put nous faire *constater* la présence du pus dans les veines.

Obs. XI. — La nommée Bla.., âgée de 64 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Jean, n. 39, le 15 janvier 1840. Jouissant habituellement d'une bonne santé, elle éprouve en marchant, depuis un an environ, des picotemens très incommode; au niveau de la malléole, du côté gauche. Bientôt ils sont devenus continus et assez violens pour empêcher parfois la malade de dormir; puis, à ces picotemens, succédèrent des élancemens presque continus, une sensation très douloureuse dans toute la plante du pied qui la mettait dans l'impossibilité de l'appuyer par terre. Dans ces accès de douleurs, le mouvement et la sensibilité des orteils étaient complètement abolis.

Après un certain temps, elle s'aperçut un soir, en se couchant, qu'il existait au-dessous de la malléole interne du côté gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, mais qui fixa peu son attention. Depuis lors, elle a toujours été en augmentant.

A son entrée, on trouve une tumeur irrégulière, bosselée, du volume du poing ou à peu près, située à la jambe gauche, au-dessous de la malléole interne. La peau y est adhérente dans presque toute son étendue, on croit qu'il n'existe pas d'adhérence avec les os, vu sa mobilité. C'est cette circonstance qui a surtout contribué à en faire tenter l'extirpation.

Le 20 janvier, en effet, M. Blandin pratique une incision circulaire, en dissèque les lambeaux, et se met en devoir de l'isoler des parties environnantes. Mais s'apercevant bientôt des nombreux prolongemens qu'elle envoie sous la voûte du calcanéum et dans les gaînes des tendons fléchisseurs, la voyant de plus traversée par le nerf tibial postérieur et par l'artère, l'opérateur se décide à pratiquer immédiatement l'amputation sus-malléolaire; réunion immédiate; pansement simple, etc.

Du 21 au 24. Céphalalgie; délire; gêne extrême de la respiration.

25. Gangrène de la portion de peau formant les bords de la plaie du moignon.

26. Même état de la plaie; rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme.

27. Etat de faiblesse et de profonde adynamie. Mort dans la journée.

L'autopsie n'a pu être faite. On avait affaire là à un névrôme assez volumineux développé sur le trajet du nerf plantaire interne.

Après l'exposé aussi succinct qu'il nous a été possible de ces onze observations, que nous avons crues nécessaires et indispensables pour tracer un plan général de la marche et des accidens qui peuvent compliquer l'amputation sus-malléolaire, nous pensons qu'il convient maintenant de ne donner de celles que nous possédons encore que ce qui sera strictement nécessaire pour traiter la question qui nous occupe, et il est d'autant plus convenable d'en agir ainsi, que nous avons gardé à cet effet les cas les plus simples; c'est-à-dire ceux où les circonstances qui ont suivi l'amputation ont été aussi régulières et uniformes que possible.

Obs. XII. — Barreau, entré le 1er avril 1840, dans le même service, opéré le 23 pour une carie des os du tarse. La réunion fut presque immédiate et la guérison parfaite.

Obs. XIII. — Mark, entré le 24 mars, opéré le 29 avril pour une carie de la malléole interne, suivie d'altération de l'articulation tibio-astragalienne et de trajets fistuleux assez nombreux. Guérison.

Obs. XIV. Foret, entré le 24 avril, a subi, le 29, l'amputation sus-malléolaire pour un gonflement assez considérable de la partie postérieure du pied, avec fistules, qui ont permis de reconnaître, à l'aide du stylet, une nécrose centrale du calcanéum, que l'on aurait attaquée dès lors avec la gouge et le maillet, s'il n'avait existé en même temps une carie des autres os du tarse, qui ont bientôt décidé M. le professeur Roux à prendre un parti plus violent. La guérison a été parfaite et le malade serait depuis longtemps sorti de l'Hôtel-Dieu s'il n'avait été affecté d'une tumeur blanche du coude, dont la guérison ne saurait être prochaine.

Obs. XV. — M. Michon m'a rapporté l'observation d'un malade qu'il a opéré, il y a deux ans, dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, qu'il remplissait par intérim. Le sujet de cette observation, qui n'a rien offert de particulier, a parfaitement guéri.

Obs. XVI. — A peu près à la même époque, M. le docteur Robert, qui faisait également à l'Hôtel-Dieu un service par intérim, a pratiqué, sur un homme de 32 ans, l'amputation à la partie inférieure de la jambe, d'après le procédé de Salemi, c'est-à-dire avec un lambeau postérieur. Il y trouve cet avantage, d'abord d'avoir une cicatrice au pourtour du moignon, au lieu de l'avoir au centre, comme dans les autres procédés, ce qui expose moins, dit-il, à une ulcération consécutive; puis de rendre plus rapide la cicatrisation de la plaie, ou, en d'autres termes, la guérison. Le fait est est que le malade de M. Robert était guéri le trentième jour (1).

Obs. XVII. — Blondet, âgé de 31 ans, entré le 30 décembre 1839 dans le service de M. Roux, opéré le 3 janvier pour une altération déjà assez avancée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Guérison en cinq semaines.

Obs. XVIII. Moquet, entré le 21 janvier 1840, opéré par M. le professeur Roux, le 23 du même mois, pour une tumeur blanche du pied; pas d'accidens. Guérison.

Obs. XIX. — Dans les premiers jours du mois de juin 1839 est entrée à l'hôpital de la Charité la nommée Louise V..., âgée de 25 ans, d'une constitution scrofuleuse très prononcée, affectée depuis trois ans d'un gonflement assez considerable de la région tarsienne du pied droit. A dater de cette époque, le mal a toujours fait des progrès, et deux fistules n'ont pas tardé à se manifester à la partie externe du pied, au niveau du cuboïde. La malade a conservé toutefois une complète liberté de l'articulation tibio-tarsienne.

L'état de la malade étant loin de s'améliorer sous l'influence des divers traitemens appropriés que l'on mit en usage, M. Velpeau se décida à l'amputation sus-malléolaire, qu'il mit en usage, en pratiquant la méthode circulaire (20 juin). Les choses allaient on ne peut mieux, et la plaie était sur le point de se cicatriser, le 15 juillet, lorsque plusieurs abcès, s'étant développés sur le moignon, à différentes reprises, nécessitèrent des incisions multiples, qui ont retardé de six semaines la guérison de la malade. Elle est sortie dans le commencement de septembre, avec la jambe de M. Martin, dont elle se servait avec la plus grande dextérité; c'est à peine si on peut constater une légère claudication.

Je tiens de mon ami M. Grandhomme, qu'elle est revenue plusieurs fois depuis à l'hôpital de la Charité, marchant encore mieux que lors de sa sortie. On lui a même fait exécuter quelques pas de danse, ce dont elle s'est acquittée avec beaucoup de facilité, à tel point qu'il eût été impossible à une personne non prévenue de soupçonner même la mutilation que cette femme avait subie. Aussi est-il à regretter que, sous l'influence du mauvais état de sa constitution, il se soit développé au coude gauche un gonflement assez considérable, qui paraît n'être rien moins qu'un commencement de tumeur blanche de cette articulation.

Obs. XX. — Le docteur Monod, lorsqu'il était encore chirurgien de l'hôpital Cochin, a pratiqué, sur un malheureux ouvrier, affecté d'une altération assez profonde de la partie inférieure de la jambe et du pied, résultat d'une fracture comminutive, l'amputation sus-malléolaire. La guérison ne se fit pas attendre longtemps; mais, soit que la bottine n'ait pas été fabriquée avec tous les soins convenables, soit que la nature de ses occupations y ait été pour quelque chose, toujours est-il que chez cet homme le résultat n'a pas été aussi satisfaisant que dans tous nos autres cas, puisque la marche est moins facile et beaucoup plus fatigante que d'ordinaire.

Obs. XXI. — Sur un jeune homme, affecté d'une altération profonde des os du pied, M. Michon a pratiqué, en 1838, à l'Hôtel-Dieu, l'amputation de la partie inférieure de la jambe. Le résultat n'a pas été heureux, car le malade a succombé le cinquième jour avec des accidens convulsifs.

Obs. XXII. — Un ouvrier, âgé de 25 ans, est entré, au commencement du mois de mai dernier, dans le service de M. Breschet, pour une entorse assez violente du pied droit. Un gonflement assez considérable survint, avec frissons, chaleur, fièvre, etc. Au bout de quatre ou cinq jours se développèrent des symptômes graves, indiquant une infection purulente, en même temps que la lésion locale faisait d'incessans progrès.

Les accidens ayant paru diminuer un peu, quelque temps après, M. Breschet se décida à pratiquer l'opération sus-malléolaire, d'après le procédé de Salemi, mais les symptômes généraux n'en ont pas moins continué avec plus d'intensité jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu trois jours après. Dans ce cas, évidemment, l'amputation sus malléolaire n'a été pour rien dans la terminaison fatale; elle n'avait pas le pouvoir d'arrêter ces accidens, précurseurs si terribles, et auxquels le malade a succombé. J'ai dû pourtant tenir compte de ce fait et le compter parmi les cas de revers (2).

C'est maintenant surtout que nous sommes appuyés sur une observa-

(1) Cette reproduction de la gangrène après l'amputation, ainsi que cela a encore été constaté pour l'obs. V, ne tiendrait-elle pas à l'amputation pratiquée avant la limitation par un cercle inflammatoire, plutôt qu'à la nature de l'opération elle-même?

(1) Observation déjà rapportée par M. Bérard dans le dict. en 25 vol., t. XVII, p. 260. C'est le seul fait déjà publié dont je me sois servi dans ce travail. J'en ai agi ainsi d'abord parce que les autres cas imprimés jusqu'ici sont généralement connus de tous ceux qui font de la science, et que, d'ailleurs, je tenais surtout à établir mes conclusions sur des faits directement observés par moi.

(2) Depuis deux mois l'amputation sus-malléolaire a encore été pratiquée deux fois à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Velpeau; dans ces deux cas, la terminaison a été favorable.

(Jules Ferra.)

tion assez vaste, comme on a pu s'en convaincre par les faits rapportés plus haut; c'est maintenant, dis-je, qu'il convient plus que jamais d'examiner les objections plus ou moins sérieuses mises en avant par les antagonistes de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. En mettant leurs argumens en rapport avec nos faits, ces argumens plus sérieux et plus logiques sans doute, nous verrons jusqu'à quel point leurs craintes et leur antipathie se trouvent justifiées.

On a prétendu d'abord qu'en pratiquant l'amputation à la partie inférieure de la jambe, c'est-à-dire sur une portion du membre, pourvue d'une assez grande quantité de cordons tendineux, on s'exposait ainsi volontairement à l'exfoliation ultérieure de ces tendons, accident qui devait singulièrement retarder la guérison. Mais, comme on l'avait déjà pressenti, même avant la lecture de nos observations, cette crainte n'est pas fondée; les tendons suivent les fibres musculaires; ils se rétractent, et plus tard leur extrémité libre prend part au travail de cicatrisation. Des cordons fibreux de formation récente semblent les prolonger jusqu'aux nouvelles surfaces osseuses où ils viennent dès lors s'insérer. Ceux qui d'ailleurs ont formulé cette objection ont pris soin de la réfuter eux-mêmes; car en effet ils pratiquent tous les jours sans le moindre accident de ce genre l'amputation de l'avant-bras à la partie inférieure, c'est-à-dire dans un point où les tendons sont plus nombreux encore qu'à la portion du membre inférieur qui nous occupe maintenant.

Parmi les accidens que l'on voit parfois arriver à la suite de l'amputation sus-malléolaire, il faut noter les fusées purulentes, suivant les gaines tendineuses si nombreuses dans ce point. Cette complication qui s'est rencontrée dans notre 19e observation n'est pas toujours aussi simple qu'elle l'a été dans ce cas particulier. Pour prévenir des accidens qui pourraient devenir très graves comme cela arrive parfois à la suite de l'amputation partielle du pied, par la méthode de Chopart, il convient de mettre en usage un mode de pansement bien simple, et qui consiste à appliquer immédiatement après l'opération des compresses graduées sur les parties latérales et postérieures du moignon; et de les maintenir à l'aide d'une bande roulée médiocrement serrée jusqu'après la période de cicatrisation de la plaie. C'est sans doute à l'observance de ce précepte que M. Blandin doit l'immunité dont ont joui ses malades dans les dix observations que j'ai relatées plus haut.

Si on a encore présentes à l'esprit les observations qui ont servi de base à notre travail, on a pu voir que nous avons eu des gangrènes assez légères d'ailleurs des lambeaux du moignon chez quatre sujets, opérés tous les quatre dans le service de M. Blandin. Dans deux cas (obs. 5 et 6) cet accident n'eut qu'une importance bien secondaire, tandis que chez les deux autres malades il s'accompagna de symptômes très graves, et coïncida avec une terminaison fatale (obs. 10 et 11). A quoi est dû cet accident, aussi fréquent comme on vient de le voir à la suite de l'amputation sus-malléolaire? Evidemment à la structure de la peau dont l'épaisseur est moindre sans doute qu'à la partie supérieure et surtout à l'absence d'une couche assez épaisse de tissu cellulaire sous-cutané qui joue, comme on le sait, un si grand rôle dans la nutrition de l'enveloppe tégumentaire. C'est donc à conserver le plus possible de ce tissu que le chirurgien doit surtout s'appliquer dans la pratique de cette opération. La crainte seule de cette complication (la gangrène) tiendrait à nous faire admettre comme méthode générale l'amputation à un seul lambeau postérieur inventée par Salémi (1). On a, en effet, alors une portion de peau pourvue de tous les élémens nécessaires à sa vitalité, et qui ne paraît avoir aucune tendance à se gangrener. Ajoutez à cela l'existence de la cicatrice à la circonférence au lieu de l'avoir au centre comme dans les autres méthodes opératoires et vous comprendrez pourquoi on peut mettre utilement en usage la pratique du chirurgien italien dans tous les cas où elle est possible (2).

Pour faire accepter comme méthode générale, lorsque la nature de la lésion ne s'y oppose pas, l'amputation sus-malléolaire, il nous suffirait, à la rigueur, d'examiner et de résoudre la question de sa gravité.

Pour nous, en effet, et pour tout médecin consciencieux, la question gît tout entière dans la solution de ce problème; l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles est-elle moins grave que celle pratiquée à sa partie supérieure? Si déjà presque tous les chirurgiens des diverses époques ne s'étaient accordés pour dire que plus la partie que l'on retranche est éloignée du tronc, moins sont graves les conséquences de l'opération, il nous suffirait, pour établir cette vérité, de l'examen des faits analogues à ceux publiés aujourd'hui, pour (mis en parallèle avec ceux obtenus par la méthode ancienne), résoudre la question d'une manière complète.

Eh! qu'on ne vienne pas nous dire que la question de gravité n'est qu'une question secondaire et accidentelle; qu'il faut surtout examiner le résultat ultérieur et l'usage que les malades peuvent faire de leurs membres mutilés. Placée sur un semblable terrain, et avec les faits que nous possédons maintenant, alors que l'on voit des malades faire de longues courses tous les jours, comme la jeune fille opérée par M. Blandin, en 1836, à l'hôpital Beaujon, ou bien danser, comme celle de M. le professeur Velpeau, il ne serait pas difficile de faire pénétrer la conviction dans les esprits, et rendre plus générale encore l'amputation sus-malléolaire.

Ainsi, sous ce rapport, et avec les moyens prothétiques aussi perfectionnés que ceux que nous possédons, il n'y a pas à hésiter; autant pour faciliter la marche que pour masquer une cruelle difformité, il faut amputer le membre à la partie inférieure.

Mais ce qui surtout nous préoccupe, c'est l'espèce de négligence et de coupable indifférence avec lesquelles certains chirurgiens considèrent encore la question de gravité, comme si la mission de l'homme de l'art n'était pas de guérir avant tout, et avant tout de sauver la vie des malheureux qui se confient à ses soins.

Pour nous, nous sommes profondément convaincu qu'admise, sa gravité moindre, comme elle est aujourd'hui généralement établie, il conviendrait encore de pratiquer l'amputation sus-malléolaire, même en l'absence des moyens si parfaits de prothèse que nous possédons.

Si, en effet, les conséquences ultérieures d'une opération doivent être prises en sérieuse considération par le chirurgien, jamais celles-ci ne doivent prévaloir sur une question de vie ou de mort. Un des plus célèbres membres de l'ancienne Académie de chirurgie a dit, avec beaucoup de conscience et de philantropie: « Il n'est pas permis de négliger la moindre partie du danger que peut courir la vie des hommes. » Quel serait le chirurgien assez inhumain, j'allais presque dire assez barbare, pour refuser de pratiquer à un malheureux une opération qui seule donne l'espoir de le sauver, sous prétexte que celle-ci pourrait le réduire à la mendicité; autant vaudrait dire, avec Guthrie, que l'amputation sus-malléolaire convient aux riches, et ne doit pas être pratiquée aux gens pauvres. Ne vaudrait-il pas mieux, après tout, échapper à la mort en conservant un membre défectueux, plutôt que de périr avec un moignon convenable et taillé dans de justes proportions?

Si la profession du malade était devenue trop pénible pour sa nouvelle position, il serait préférable encore de viser à changer celle-ci, plutôt que de compromettre volontairement la vie de son semblable. On trouve, dans les faits publiés sur cette matière, l'observation d'un malheureux qui, à la suite de l'amputation susmalléolaire, n'ayant pu se procurer de jambe artificielle convenable, se fit cordonnier, et exerça sa nouvelle profession avec la plus grande facilité. Il paraît que dans ce cas son moignon lui rendait encore de grands services. Mais maintenant la question se trouve encore bien plus favorablement jugée, depuis l'invention de membres artificiels aussi parfaits que ceux que nous possédons.

Malgré ces avantages immenses, l'amputation de la jambe à la partie inférieure a eu et a encore aujourd'hui des détracteurs assez distingués et assez haut placés pour que leurs objections soient prises par nous en sérieuse considération. Préoccupés par la crainte de l'hémorragie contre laquelle ils ne possédaient que d'impuissans moyens, les anciens s'inquiétaient peu dans l'amputation de la jambe comme dans les autres du point sur lequel ils devaient agir. Ils ne se décidaient à cette opération qu'à la dernière extrémité, presque seulement dans le cas de gangrène, et ils faisaient toujours leur section dans la partie mortifiée ou au moins très près d'elle (1).

Ambroise Paré (2), le premier, rassuré par l'usage de la ligature dont il fut un des plus chauds partisans, comprit que rien ne devait empêcher avec ce moyen de choisir le lieu le plus convenable pour les amputations, et pour la jambe en particulier, sacrifiant, comme il le dit, aux considérations *d'action et d'ornement de la partie*, il propose de faire toujours la section à la jarretière, c'est-à-dire à cinq travers de doigt au-dessous du genou. Ce célèbre chirurgien blâme formellement l'amputation faite à la partie inférieure de la jambe, et cite l'exemple d'un officier, qui, ayant eu le pied emporté par un boulet, fut obligé après avoir été guéri de la blessure de se faire couper la jambe au lieu d'élection, pour se servir avec plus d'avantage du membre artificiel ordinaire.

D'ailleurs Ambroise Paré ne s'occupe pas le moins du monde de la gravité comparative de ces deux méthodes opératoires, et il semble n'avoir soulevé cette question (du lieu où l'amputation doit être faite) que par incident.

(1) Journal analyt. *Loco cit.*

(2) Dans son nouveau procédé, M. Lenoir a surtout pour but de prévenir la gangrène de la peau. Attendons que l'expérience ait prononcé!

(1) Rapport fait à l'Acad. de méd. sur une jambe artif. de M. Martin par J.-F. Blandin, dans la séance du 17 avril 1838.

(2) Œuv. compl. Livr. XII, ch. 29, p. 358.

Si l'on veut examiner avec soin et réfléchir un peu sur la valeur de l'observation qu'il nous oppose, on ne tarde pas à se convaincre de son peu de valeur pour résoudre le problème, j'allais presque dire de sa nullité absolue. Depuis quand, en effet, est-il permis de comparer ensemble une mutilation produite par une arme à feu, toujours accompagné de conséquences plus ou moins graves, à une plaie simple, résultat d'une amputation plus simple encore? Il est plus que probable que dans ce cas particulier la cicatrice n'aura eu une grande tendance à se déchirer qu'en raison même de sa vaste étendue, et que d'ailleurs sa formation complète aura dû être singulièrement retardée par les esquilles plus ou moins nombreuses, résultat si ordinaire des plaies d'armes de guerre, quand elles portent leur action sur le système osseux. Ajoutez à cela l'absence des moyens mécaniques aujourd'hui en notre pouvoir, et vous comprendrez facilement comment le fait rappelé par un chirurgien aussi illustre que Paré n'a pourtant pas la valeur qu'on lui a gratuitement accordée dans la solution du point en litige.

Un chirurgien plus moderne, Sabatier, adoptant l'opinion que Morand lui-même avait professée prétend (1) avoir vu des malades, ayant subi l'amputation de la jambe à la partie inférieure qui ne pouvaient se servir de leur membre artificiel, parce que son usage ulcérait le moignon en peu de temps, ce qui les réduisait à la nécessité de garder le lit, pendant plusieurs mois consécutifs. Aussi les malades qu'il a observés, ont-ils été bientôt forcés de se servir de la jambe artificielle ordinaire ou bien de recourir à une *nouvelle amputation*.

Comme on le voit, les raisons alléguées par Sabatier contre l'amputation sus-malléolaire portent seulement sur *l'imperfection* du membre artificiel mis en usage de son temps. Elles ne pouvaient faire oublier une opération qui permet de conserver une portion du corps plus considérable que celle qui se trouve sacrifiée dans l'amputation ordinaire; c'était tout simplement un appel fait aux mécaniciens dont l'utile secours a été plus d'une fois une source féconde de progrès pour l'art chirurgical.

Jusque dans les derniers temps de sa vie, le baron Richerand proscrivait, dans ses cours de médecine opératoire, l'amputation sus-malléolaire, se fondant uniquement, en quelque sorte, sur la gêne extrême de la portion de jambe restante, qui allait sans cesse heurter les corps environnans et tendait sans cesse aussi à déchirer sa cicatrice. Ainsi, comme on le voit, la question de gravité lui paraissait si légère qu'il la passait, pour ainsi dire, sous silence, tandis qu'il paraissait tenir peu de compte de nos moyens prothétiques actuels. Parmi les chirurgiens de notre époque qui proscrivent encore l'amputation sus-malléolaire, nous devons prendre en grande considération l'opinion du doyen de la chirurgie militaire, du baron Larrey (2). Loin de pratiquer l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, il voudrait qu'on la fît toujours dans un point plus élevé que le lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau des tubérosités du tibia.

On comprend quelle scrupuleuse attention nous avons dû apporter à l'examen des raisons que fait valoir l'illustre chirurgien.

Il paraît d'abord craindre que la longue portion du membre mutilé ne s'ulcère vers la cicatrice, ou qu'elle ne s'engourdisse et ne se gangrène. Sur ce point, nous pouvons le rassurer d'une manière complète. Si l'on veut jeter les yeux sur les observations que nous venons de rapporter, si l'on veut encore interroger celles qui ont été publiées dans ces derniers temps, on ne tarde pas à s'apercevoir de ce qu'il y d'exagéré dans cette manière de voir.

Sans doute, ces accidens pouvaient se rencontrer parfois quand les chirurgiens n'avaient à leur disposition que les bottines imparfaites de Solingen, de Ravaton, etc.; sans doute, on comprend qu'ils aient pu valoir à l'amputation sus-malléolaire la proscription dont l'avait frappée Sabatier; mais aujourd'hui, que nous avons à notre disposition l'ingénieuse machine de Mille (d'Aix) (3), et celle plus parfaite et plus ingénieuse encore de M. Martin (4), pareils accidens ne sauraient se reproduire, puisque ces bottines n'exercent, en effet, aucune pression, ni sur le sommet, ni sur la base, ni sur la circonférence du moignon.

M. Larrey objecte, en second lieu, que les muscles fléchisseurs du moignon, suivant lui plus forts que les extenseurs, doivent finir par entraîner celui-ci dans la flexion, par mettre l'amputé dans l'impossibilité de se servir de son membre artificiel et lui faire regretter, mais trop tard, d'avoir souffert qu'on lui ait conservé un moignon aussi long. « Sur une vingtaine de vétérans, dit-il, qui ont subi l'amputation sus-malléolaire, et qui sont encore aux Invalides, un seul a pu se servir de la machine de M. Mille. »

Si l'on veut réfléchir un instant sur la valeur de cette objection, on s'étonne bientôt de la voir formuler par M. Larrey, qui semble oublier un instant que le résultat dont il parle est tout-à-fait indépendant de l'amputation, car, habitués depuis longtemps à marcher avec un pilon, dans lequel le moignon est fléchi sur la cuisse, tous ces militaires avaient nécessairement l'articulation du genou demi-ankylosée, raide et incapable de se plier à l'extension du moignon, nécessaire pour leur faire porter la jambe artificielle en question.

Admettrons-nous avec M. Larrey que les opérés succombent souvent après l'amputation sus-malléolaire, avec des accidens convulsifs (tétanos), de telle sorte que ce serait là une des complications, un des accidens les plus fréquens de ce procédé opératoire? Dans les cas de ce genre, qui ont été observés par lui, il est probable que l'affection nerveuse résultait de la nature même des plaies d'armes à feu, ou des circonstances de climat ou de localité dans lesquelles les malades se trouvaient placés. Toujours est-il que pareils accidens sont excessivement rares dans nos hôpitaux civils.

Enfin, le chirurgien distingué, dont à regret nous ne pouvons partager la manière de voir, termine ses objections, en assurant que l'amputation sus-malléolaire est plus grave que celle de la jambe au lieu d'élection, ou même pratiquée au-dessus. S'il en était ainsi, la question serait bientôt décidée, car, comme nous l'avons déjà dit, cette considération domine toutes les autres. L'amputation sus-malléolaire devrait être abandonnée (1), il n'en faudrait plus parler.

Mais aujourd'hui les faits sont assez nombreux dans la science pour répondre à cette question et pour établir les proportions de la gravité relative des deux méthodes opératoires. Pour ne parler que des faits que nous avons directement observés dans les hôpitaux de Paris, et qui, comme on le voit, s'élèvent à 22, dire qu'il n'y a eu que cinq cas d'insuccès, c'est-à-dire pas même un mort sur 4 (2), c'est proclamer, par des chiffres inattaquables, une vérité que la théorie déjà avait fait entrevoir.

Il est à regretter, sans doute, que nous ne puissions pas maintenant établir, par un chiffre semblable, la contre-partie de la question, car nous n'avons observé que cinq cas d'amputation à la partie supérieure de la jambe, pendant les trois années que nous avons passées à l'Hôtel-Dieu, et la mort est survenue chez quatre sujets.

Au commencement de cette année, nous avons en à l'hôpital Cochin un cas de carie des os du tarse où l'amputation sus-malléolaire paraissait offrir les plus grandes chances de succès. Après avoir hésité un instant, l'habile chirurgien dans le service duquel ce malheureux était placé se décida pour l'amputation pratiquée selon l'ancienne méthode, uniquement peut-être dans la crainte de ne pouvoir obtenir facilement de l'administration une jambe artificielle. Le résultat fâcheux de cette opération a peut-être fait regretter de n'avoir point pratiqué l'amputation sus-malléolaire.

Si nous voulions maintenant établir, d'après nos propres observations, la durée moyenne du travail de cicatrisation, après l'amputation sus-malléolaire, nous verrions qu'elle a varié de trente à quarante jours dans les cas les plus simples, c'est-à-dire dans ceux où aucun accident intercurrent n'est venu entraver la marche régulière de la maladie.

Il faut, en effet, tenir compte de la différence de climat, pour ne pas taxer d'exagérée la proposition de Salemi, lorsqu'il prétend qu'à Florence la cicatrisation met deux mois à s'accomplir au lieu d'élection, tandis que pour l'amputation au-dessus des malléoles il suffit de deux ou trois semaines.

Sous le rapport du degré de perfection de nos bottines modernes, mises en parallèle avec nos jambes de bois anciennes, on trouve, sans contredit, d'immenses avantages en faveur des premières.

Après l'amputation pratiquée à la partie supérieure, le membre artificiel est adapté, non plus à la continuité de la jambe, qui est fléchie sous la cuisse, mais bien au genou.

Il en résulte certainement un grand avantage de confier le poids du corps au genou, et non pas à la cicatrice, mais il en découle aussi des inconvéniens. Privé de son articulation tibio-fémorale, le malade est obligé de marcher en fauchant, en faisant exécuter à sa hanche un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement. Les efforts pénibles auxquels il est forcé de se livrer rendent la démarche disgracieuse, promptement

(1) Médecine opératoire.

(2) MÉMOIRES DE CHIRURGIE MILITAIRE, t. III, pag. 394.

(3) Voir JOURN. HEBDOMADAIRE, t. I, p. 161, et t. IV, p. 129. M. Goyrand y rapporte quatre cas d'amputation sus malléolaire, suivis de guérison.

(4) Voy. la description dans la thèse du docteur Gavarel. 1837, n° 331. Paris.

(1) Rapport de M. Blandin à l'Académie. *Loc. cit.*

(2) Il convient de prévenir le lecteur qui n'aurait pas fréquenté les hôpitaux de Paris, et l'Hôtel-Dieu en particulier, que la mortalité à la suite des amputations des membres y offre en thèse générale des proportions bien plus considérables.

fatigante ; dans la position assise, sa jambe est encore très gênante, parce qu'elle reste étendue (1).

Avec les bottines nouvelles, qu'on adapte à la continuité de la jambe, après l'amputation inférieure, le malade peut fléchir le genou avec la plus grande facilité, et reproduire si fidèlement le jeu de l'articulation tibio-tarsienne que dans la progression il serait difficile de dire quelle est la jambe amputée. Ajoutez à cela qu'on n'a pas davantage dans les bottines bien faites à redouter la compression du moignon, puisqu'il est suspendu dans l'appareil et ne fournit aucun point d'appui, le poids du corps reposant tout entier sur la tubérosité sciatique.

CONCLUSIONS.

1° Dans tous les cas où elle sera possible, l'amputation sous-malléolaire devra être préférée à celle pratiquée au lieu d'élection, parce qu'il est parfaitement démontré aujourd'hui que sa gravité est moins considérable, et cela dans de notables proportions.

2° Les malades qui ont subi l'amputation à la partie inférieure de la jambe peuvent se servir d'une bottine appropriée, à l'aide de laquelle leur marche est rendue presque aussi sûre et aussi peu fatigante que dans l'état normal.

3° On peut dire qu'en général la durée du travail de cicatrisation est d'un moins un tiers plus courte que dans l'opération ordinaire.

4° Dans la crainte des fusées purulentes qu'on a vues quelquefois suivre les gaînes tendineuses, il est bon d'exercer une continuelle pression sur leur trajet à l'aide de compresses graduées.

5° Pour prévenir le développement de la gangrène de la peau du moignon, dont l'épaisseur est si peu considérable dans la méthode circulaire, il convient, dans tous les cas où la nature de la lésion ne la contr'indique pas, d'employer la méthode à un lambeau postérieur.

6° Le procédé opératoire de M. Lenoir se fonde sur des données on ne peut plus rationnelles, conserver le plus possible à la peau son tissu cellulaire nourricier. Et, sous ce rapport, il mérite d'être signalé à l'attention des praticiens.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

APPLICATION DE LA TÉNOTOMIE AU TRAITEMENT DES FRACTURES; par M. le docteur PROSPER MEYNIER, médecin à Ornans (Doubs).

Monsieur,

Je m'empresse de vous communiquer une nouvelle et importante application de la ténotomie sous-cutanée, application que je ne crois pas avoir été jusqu'alors imaginée par personne.

OBS. — C'était hier, sur un jeune homme porteur d'une fracture grave à la jambe droite.

Après maints accidens dont le plus formidable a été un tétanos qui a presque entièrement cessé, il existe une vaste plaie un peu au-dessus du tiers inférieur de la jambe. La masse charnue des jambiers antérieur, extenseur commun et long extenseur du gros orteil, est interrompue dans sa continuité par cette lésion. Sans antagonistes désormais, les jumeaux et soléaire, les péroniers, etc., raccourcis sous l'influence des contractions tétaniques, ont entraîné le talon en arrière, en dehors et en haut, de telle façon que le fragment supérieur forme avec l'inférieur un angle saillant en dedans et en avant. De plus celui-ci est remonté de près de 81 millimètres au-dessus du niveau de l'extrémité inférieure du fragment supérieur. Séparés par un si long espace, les deux bouts de l'os, couverts de bourgeons de bonne apparence, sont exposés au contact de l'air, et ne semblent pas disposés le moins du monde à s'agglutiner prochainement.

Après de vains efforts, parfaitement dirigés, pour réduire de nouveau la fracture, deux avis furent ouverts : amputer ou pratiquer la résection de l'os. Tous deux entraînaient une mutilation et des dangers devant lesquels je reculai. Considérant que le seul empêchement au redressement du membre était le raccourcissement des muscles postérieurs et latéraux, mais surtout des premiers, l'idée me vint de le faire cesser en coupant le tendon d'Achille. Plus tard, s'il était nécessaire, je devais opérer d'autres sections.

Le défaut d'antécédens, et je ne sais quels autres motifs encore, suggérèrent des objections que je combattis victorieusement. Alors, avec un bistouri étroit et par une seule piqûre, je fis la section du tendon des gastrocnémiens, des parties profondes vers la peau. A peine le craquement caractéristique eut-il été entendu que l'on put obtenir ce que l'on avait tenté vainement auparavant. La jambe fut redressée, et les fragmens ne chevauchant plus que de 13 à 14 millimètres, on dut compter sur l'action d'un appareil à extension continue pour arriver à un affrontement exact sur lequel on peut compter.

Cette nouvelle application d'une méthode qui fera époque dans l'histoire de la chirurgie doit remplacer, dans la plupart des cas, la résection des extrémités osseuses.

Il paraîtra singulier peut-être que je n'aie pas attendu la guérison définitive pour publier cette opération de ténotomie ; plusieurs raisons m'ont déterminé à me hâter :

1° Le résultat que je poursuivais a été atteint, c'était l'allongement du membre;

2° Le désir d'éveiller l'attention sur ce point de chirurgie et d'être utile le plus tôt possible;

3° Enfin, la nécessité de prendre date, chose importante par le temps de *macairisme* qui court.

Ce n'est pas vous, Monsieur, qui me contesterez ce dernier point. Nul, plus que vous, n'a eu à se plaindre de cette perversion des mœurs médicales.

En attendant que je puisse tenir la promesse de vous envoyer de plus amples détails, veuillez donner une petite place à cette lettre dans un de vos plus prochains numéros.

Agréez, etc.

Ornans, 21 août 1840.

CONTUSION DE LA FACE DORSALE DU PIED; CARIE DU CUBOÏDE; ABCÈS; DÉNUDATION DU PÉRONÉ; HÉMORRAGIE; AMPUTATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA JAMBE; MORT; communiquée à l'Académie royale de médecine le 18 août 1840; par G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, docteur en médecine, ex-interne et lauréat des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

OBS.—La nommée Bourson, âgée de 38 ans, couturière, est entrée le 24 juin 1840, à l'hôpital des cliniques, pour un trajet fistuleux qu'elle porte sur la face dorsale et le côté externe du pied gauche. Cette femme, qui est bien constituée, n'a jamais eu aucune affection antérieure à celle contre laquelle elle vient réclamer des soins à l'hôpital; elle a eu trois enfans et une fausse couche sans aucun accident. Elle croit, à son arrivée, qu'elle est enceinte de trois mois environ; car il y a un pareil espace de temps qu'elle a cessé de voir ses règles, et que peu après elle a éprouvé des défaillances, des nausées, des vomissemens, tous les symptômes, en un mot, qui ont accompagné chacune de ses grossesses antérieures.

A la fin de janvier 1840, se trouvant dans la rue, la pointe de la botte d'un jeune homme qui courait porta sur le côté externe de son pied gauche, un peu en avant de l'insertion du muscle pédieux. Elle éprouva une douleur assez vive ; il survint de la tuméfaction et la peau prit une teinte bleuâtre. Au bout de quelques jours, et après avoir fait des fomentations avec de l'eau-de-vie camphrée, la tuméfaction diminua beaucoup, et se diffusa qu'elle était d'abord, elle devint circonscrite et bornée surtout dans le point que j'ai indiqué. Là, il restait, une vingtaine de jours après l'accident, une tumeur molle, fluctuante, incolore, noirâtre, et du volume d'une grosse noix. Le médecin qui donnait des soins à cette malade, ennuyé de la persistance de la tumeur, y fit une ponction, et il ne s'écoula qu'une cuillerée à café d'un sang pur, un peu noir, mais sans aucune trace de pus.

Depuis cette époque, qui date du milieu du mois de février, la plaie ne s'est pas cicatrisée, et il en est constamment sorti une petite quantité de sérosité puriforme.

A son arrivée, cette femme se porte parfaitement bien; elle ne se plaint que de la petite plaie dont j'ai parlé, mais qui ne la gêne en rien et lui permet de se livrer à ses occupations ordinaires. Il n'existe à son pourtour ni tuméfaction ni douleur. Un stylet introduit pénètre jusque sur la face dorsale et externe du cuboïde, dont il est facile de constater la dénudation et la carie; la peau est décollée dans l'étendue de 2 centimètres environ, et le point le plus déclive du foyer correspond au côté externe du pied, de sorte que le pus séjourne un peu sous ce décollement. On pratique dans ce point une petite contre-ouverture, et on y passe un fil double en forme de séton, afin de faciliter l'écoulement du pus.

Le 1er juillet, M. J. Cloquet, sur une sonde cannelée qui traverse les deux ouvertures, pratique une incision qui les réunit. Il en fait une seconde qui se dirige du côté du talon et se joint à la première en la transformant en une incision en T. Les bords sont écartés par de la charpie, et le pied recouvert d'un large cataplasme. Toutefois, la seconde incision n'est pas faite sur la sonde, et elle correspond à l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Le 3, la malade éprouva des frissons, de la fièvre, de la douleur; il se développa un gonflement œdémateux de tout le pied, qui devint beaucoup plus prononcé au niveau de la malléole interne.

(1) Thèse de M. Lenoir. Concours agrég., 1835.

Le 5, il existe dans ce point une vaste collection purulente qu'on incise, et de laquelle il s'écoule près d'un verre de pus liquide et un peu séreux.

Les jours suivans, la malade se trouve un peu soulagée; mais l'œdème, la tuméfaction du pied et la fièvre persistent. Quelques jours après, immédiatement au-dessus de la malléole externe, en dehors des tendons de la région antérieure de la jambe, il se produit un gonflement plus considérable.

Le 13, il est tellement prononcé que la peau amincie et violacée est sur le point de se perforer. Une incision donne issue à une grande quantité de pus de même nature que celui qui s'est écoulé par la première. Cette incision correspond à la partie supérieure et externe de la malléole externe. Le foyer était presque vidé, lorsqu'entre les lèvres de la plaie vint s'interposer un petit caillot de sang qui l'oblitérait presque en totalité. M. Cloquet le tira avec une pince à pansement, et à peine fut-il sorti qu'il s'échappa un jet de sang artériel extrêmement abondant. Si, avec l'extrémité du doigt, on ferme la plaie, le foyer se remplit très promptement, et il s'écoule par saccade, et en quantité, du sang vermeil, rutilant. On agrandit l'ouverture, et le doigt introduit dans la plaie arrive sur la face externe et inférieure du péroné, qui est dénudé dans une étendue de près de 5 centimètres. L'extrémité du doigt portée dans l'espace inter-osseux, et en haut, arrête l'écoulement de sang; dès qu'on le retire, celui-ci recommence à couler. On tamponne cet espace avec de petits cônes d'agaric, et l'hémorragie s'arrête.

Le 15, M. L. Larrey pratique l'amputation de l'extrémité inférieure de la jambe, immédiatement au-dessus de la partie altérée du péroné. Après avoir fait une incision circulaire, on pratique deux autres incisions verticales, une en avant, l'autre en arrière, en laissant dans les deux lambeaux latéraux le plus possible de tissu cellulaire et d'aponévrose; on réunit très mollement après avoir préalablement appliqué une bande circulaire sur le moignon.

Jusqu'au 22, jour où tombe la dernière ligature, cette malade va parfaitement bien et n'offre rien de particulier qui mérite d'être noté. Le pus qui s'écoule par la plaie est de bonne nature, et il n'existe aucune douleur.

Dans la journée du 23 elle eut du frisson, du malaise, quelques douleurs abdominales, et à droite un point de côté qui s'accompagna de toux et d'une expectoration un peu filante, sans cependant être colorée. Cette femme au reste n'avait jamais éprouvé le plus léger accident du côté des organes de la respiration. Il y a un peu de matité à droite, et on entend à la base du poumon correspondant du râle crépitant. Le pus de la plaie devient un peu plus séreux, et elle-même prend une teinte légèrement blafarde. Le pouls, qui est petit et facile à déprimer, bat 140 fois par minute.

Les jours suivans, ces phénomènes augmentent, les crachats deviennent rosés d'abord, puis rouillés; peu à peu le bruit respiratoire disparaît complètement de bas en haut jusqu'au niveau du mamelon droit où le râle crépitant peut être constaté de nouveau. On prescrit des boissons gommeuses et un large vésicatoire sur le côté correspondant de la poitrine.

Le 27 au soir, sans tenesme, sans coliques, sans aucune douleur abdominale, elle fait une fausse couche, je dirais presque sans s'en apercevoir. L'embryon qui a une couleur rosée est très frais et paraît avoir vécu jusqu'à ce jour; il a trois mois environ; du reste le même état de la malade persiste, et il n'est nullement changé par cette nouvelle complication.

Pendant deux jours, on avait retiré la bande circulaire du moignon; mais une infiltration purulente entre les muscles profonds de la jambe a nécessité sa réapplication.

La toux devint plus fréquente et la constitution générale s'altère de plus en plus jusqu'au 3 août. On ordonne alors une potion composée avec 30 centigr. de tartre stibié, 16 grammes de sirop de pavot et 62 grammes d'eau de tilleul.

Le premier jour, la potion détermine deux selles liquides, mais elle n'est pas vomie; elle l'est le second et le troisième.

Le 7, la malade meurt sans agonie, à deux heures du soir.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Il existe dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien une légère infiltration séreuse; aucune altération dans les centres nerveux.

Le poumon gauche, libre d'adhérence, a la consistance et la coloration ordinaires; il est crépitant dans toute son étendue et son bord libre n'offre aucune particularité. La base du poumon droit a lieu à la plèvre costale et à la plèvre diaphragmatique. Le lobe inférieur est hépatisé et d'autant plus qu'on l'examine plus près de sa base. Au-dessous de la plèvre pulmonaire existent deux vastes poches, l'une située en dehors et l'autre en bas. Elles ont assez de capacité pour loger un œuf. Elles contiennent du pus, d'apparence phlegmoneuse, et quelques lambeaux sphacelés du tissu pulmonaire. Quelques grosses bronches viennent s'y ouvrir, ce qu'il est facile de constater par les bulles d'air que la pression fait apparaître. Ces deux abcès existent dans la substance même du poumon qui est hépatisé. On ne rencontre aucune tache noirâtre, aucun de ces petits abcès isolés qu'on a décrits dans les infections purulentes.

Le cœur est un peu mou; il contient un peu de sang noir liquide. Le foie paraît un peu volumineux, mais sa substance a la consistance et la coloration ordinaires. L'utérus est revenu sur lui-même, et les reins ne contiennent pas de traces de pus.

La plaie était cicatrisée en haut et en bas. Entre les muscles jambier antérieur et extenseur commun des orteils, il existe du pus et un peu de tissu cellulaire sphacelé. On en trouve aussi une petite quantité entre les muscles jambier postérieur et fléchisseur commun des orteils.

Les veines tibiales, poplitée, fémorale, saphènes internes sont ouvertes, et leur membrane interne, qui est en contact avec un peu de sang noirâtre, est lisse, légèrement rosée et nullement épaissie. La veine fémorale contient un caillot jaunâtre à l'extérieur qui s'oblitère en partie et qui adhère à la paroi contre laquelle il se trouve. Ce caillot, qui a une largeur de 3 centimètre à peu près, existe au niveau du point où la veine fémorale profonde et la saphène s'abouchent dans la fémorale. Il existe un peu de pus tout à fait dans son centre. Ce pus ne s'aperçoit qu'après l'incision du caillot. Dans aucune autre veine on n'en rencontre la plus légère trace.

Mais il restait à examiner le pied, à constater les désordres qui avaient nécessité l'amputation, et surtout par quelle particularité cette hémorragie foudroyante avait pu se produire.

On trouve le cuboïde détruit dans une certaine partie de son étendue; les articulations de cet os sont ouvertes, et le pus qui a pénétré dans leur intérieur s'est répandu de là dans toutes les articulations tarsiennes de la jambe. Le pus contenu dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne s'était épanché dans le tissu cellulaire environnant et avait produit l'abcès qui siégeait près de la malléole interne; et celui qui occupait le côté externe et inférieur de la jambe dépendait d'une semblable extravasation du pus qui remplissait l'articulation tibio-tarsienne; le péroné était seulement dénudé de son périoste dans l'étendue que j'ai signalée.

Les artères de la jambe ont été disséquées avec beaucoup de soins. Sur la pièce, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, il est facile de constater la disposition suivante:

L'artère tibiale antérieure a son origine accoutumée, mais elle a un calibre beaucoup plus petit que d'habitude; elle se perdait en totalité dans les muscles de la région antérieure de la jambe, sans fournir l'artère pédieuse comme il arrive ordinairement.

L'artère tibiale postérieure a son origine et son trajet normal, mais comme l'antérieure, elle est beaucoup plus petite.

Toute la différence de volume porte sur l'artère péronière dont le diamètre dépasse peut-être celui des deux tibiales réunies; elle longe le bord postérieur du péroné jusqu'à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la jambe, et à ce niveau elle se divise en deux branches; l'une plus petite se porte transversalement derrière le ligament inter-osseux pour se jeter dans la tibiale postérieure dont elle augmente le volume dans ce point; l'autre traverse le ligament inter-osseux d'arrière en avant, se place sur la face antérieure d'abord, puis externe du péroné; descend sur la partie moyenne de la malléole externe pour se diriger ensuite en dedans et fournir l'artère pédieuse qui se termine comme d'habitude dans le premier espace inter-métatarsien.

Le pus qui baignait cette artère au niveau de la malléole externe l'a détruite comme il a altéré le péroné; elle avait subi une perte de substance d'une étendue de 3 centimètres au moins, et c'est en comprimant son bout supérieur dans l'espace inter-osseux qu'on parvenait à arrêter l'hémorragie.

Par l'intérêt qu'elle présente et les particularités qui l'ont accompagnée, cette observation soulèverait d'assez nombreuses questions que je ne veux nullement chercher à résoudre ici. Je ne puis cependant me dispenser de signaler l'incision qui fut pratiquée au léger épanchement sanguin que la malade portait sur le pied. Elle a été la cause de tous les accidens, et elle vient à l'appui des pathologistes qui pensent qu'il ne faut ouvrir les collections sanguines que lorsque le sang qu'elles contiennent a de la tendance à passer, ou est déjà passé à l'état purulent, nul doute que chez cette malade la résorption n'eût été facile et n'eût produit aucun accident à sa suite: nul doute aussi que l'incision pratiquée a été la cause déterminante de la formation du pus et de l'altération consécutive du cuboïde.

La carie de cet os, en gagnant son extrémité postérieure, aura favorisé la pénétration du pus dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Celle des métatarsiens, avec cet os, aura reconnu une cause analogue, et de là l'inflammation consécutive en même temps que la présence du pus dans toutes les cavités articulaires du pied. Ce dernier état, d'une extrême gravité, ne pouvait que très difficilement se terminer d'une manière heureuse: les abcès qui l'ont accompagné et l'amputation de la jambe en devenaient une conséquence presque nécessaire. Aussi est-ce à ces altérations profondes, bien plutôt qu'à l'hémorragie, qu'il a fallu sacrifier le membre.

Mais un autre phénomène qui n'est pas moins digne d'intérêt que les circonstances que je viens de signaler, c'est l'influence que le contact du pus a exercée sur les divers organes avec lesquels il se trouve en rapport. En 1837, j'ai publié, dans les Archives générales de médecine, un travail où j'avais pour but de démontrer que le tissu osseux, sain primitivement, peut être altéré, lorsqu'il se trouve en contact, pendant un temps qui varie, avec de la matière purulente. Cette opinion, qui n'a pas été toujours admise d'une manière générale, devint bien évidente pour ceux qui furent témoins du fait que je rapportais alors. Celui-ci vient encore corroborer le premier, et mettre, je crois, cette proposition hors de doute, savoir: que le pus, quel que soit son siége primitif ou sa cause, lorsqu'il est en contact avec le tissu osseux, ce dernier peut être plus ou moins profondément altéré.

Jamais cette malade n'a présenté la moindre affection de l'extrémité inférieure de la jambe; et cinq jours après l'apparition d'un abcès qui résulte de l'extravasation du pus contenu dans l'articulation tibio-tarsienne, non-seulement le périoste du péroné est détruit, mais l'os lui-même est affecté dans l'étendue de 4 à 5 centimètres.

Le pus qui provient de caries osseuses possède-t-il cette propriété destructive à un plus haut degré que celui qui est le résultat d'une inflammation phlegmoneuse? A la vue d'altérations si rapides, et qui ne surviennent que dans des cas exceptionnels, on aurait de la tendance à considérer les choses de la sorte; car ce n'est pas seulement sur le tissu osseux que le contact du pus a exercé ses ravages: il en est un autre qui a subi la même influence fâcheuse: je veux parler du tissu artériel. Lorsqu'un abcès avoisine une artère, celle-ci s'enveloppe d'une espèce de couche plastique, dure, comme fibreuse, extrêmement résistante, et qui s'oppose à sa destruction. Aussi, à moins que l'artère elle-même ne soit comprise dans des parties sphacelées, soit par étranglement, soit par toute autre cause, très rarement est-elle détruite de manière à donner lieu à une hémorragie consécutive. Si l'on réfléchit à la rapidité avec laquelle l'artère que j'ai décrite a remis une perte de substance aussi étendue que la dénudation du péroné, on sera dans l'étonnement d'un semblable résultat qui ne peut se comprendre que par une propriété plus délétère de la matière purulente qui baignait ces organes.

La variété artérielle qui existait chez cette femme donnait un nouvel intérêt à son observation. Cette anomalie est peu fréquente, et j'ai eu occasion de la voir seulement deux ou trois fois dans mes nombreuses dissections; Mais si l'amputation de la jambe n'avait pas été rendue nécessaire par les lésions que j'ai décrites, il aurait fallu se rendre maître de l'hémorragie, et la pression que le doigt exerçait dans l'espace inter-osseux, en faisant cesser l'écoulement de sang, semblait indiquer assez que celui-ci provenait de l'artère tibiale antérieure. Cependant, la ligature de cette artère devenait tout à fait inutile, il eût été préférable d'imiter la pratique que Delpech et Dupuytren avaient suivie, à la suite d'hémorragies profondes de l'extrémité supérieure de la jambe, et qui consiste à lier immédiatement l'artère poplitée ou la fémorale; car la branche qui traversait le ligament inter-osseux pour fournir la pédieuse pouvait tout aussi bien provenir de la tibiale postérieure que de la péronière; et les opérations successives qu'aurait rendues nécessaires l'oblitération de ces trois troncs, auraient offert assurément beaucoup plus de gravité que celle qui consiste à attaquer immédiatement le tronc principal.

Je ne terminerai pas sans ajouter que cet insuccès de l'amputation de l'extrémité inférieure de la jambe ne prouve nullement que cette opération soit plus dangereuse dans ce point que lorsqu'elle est pratiquée dans le lieu dit d'élection, car la pneumonie qui a causé la mort de cette femme pouvait tout aussi bien se développer à la suite de l'une, que d'être la conséquence de l'autre.

EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par le docteur E. Bouyer, de Varennes.

Dans la revue des journaux de médecine étrangers qu'a publiée la Gazette Médicale du 25 juillet dernier, et à l'article analytique du travail du docteur anglais Rees, sur les maladies rhumatismales, je lis (p. 468) la phrase suivante: « Aux différentes préparations que l'usage a consacrées au traitement du rhumatisme, telles que le colchique, la magnésie, la soude, la chaux, l'ammoniaque, etc., et que l'auteur regarde comme réellement utiles, il ajoute spécialement l'iodure de potassium, qui serait d'une aussi grande efficacité dans le traitement des affections rhumatismales, que le mercure dans celui de la syphilis. »

La lecture de ce passage, qui m'a frappé et qui peut être regardé comme un appel aux praticiens, me détermine à vous transmettre une observation qui constate en effet l'efficacité du médicament préconisé par le docteur anglais. Cette observation, la voici sans commentaire, et j'en garantis d'autant plus volontiers tous les détails, que le malade me touche de très près, et que je ne l'ai pas perdu de vue depuis l'époque où, pour la première fois, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu.

Obs. — M. N., âgé alors de 26 ans, fut pris de douleurs articulaires ayant leur siége aux genoux et aux poignets, dans les premiers jours du mois de janvier 1839. L'invasion de cette maladie fut attribuée à l'impression du froid qu'avait éprouvé M. N. pendant plusieurs nuits du mois de décembre précédent, auprès de sa mère très malade, et durant lesquelles il n'avait pris aucune précaution pour se garantir des rigueurs de la saison; il avait même parfois dormi assis et loin du foyer, dans un appartement que l'on ne chauffait que très peu.

L'arthrite aiguë de M. N., dont le tempérament est sanguin et la constitution vigoureuse, fut combattue avec énergie par d'abondantes saignées, et par le régime antiphlogistique. Un succès complet couronna cette médication, et, au mois de mars suivant, M. N., couvert de laine de la tête aux pieds, put reprendre son service d'officier de santé de la marine au port de Rochefort. Bien plus, il se débarrassa peu à peu de ses vêtemens de laine dans le courant de l'été. Pendant le rigoureux hiver de 1830, bien qu'il ait été forcé de faire un voyage de 120 lieues en diligence; pendant les années 1830 et 1831, qu'il passa à la mer, faisant partie des expéditions d'Alger et de Lisbonne; pendant l'année 1832, dont l'hiver fut passé à Brest, le printemps à la mer, l'été à Rochefort, et en voyage par terre dans le midi de la France, M. N. conserva toujours sa brillante santé.

Au printemps de 1833, une douleur pleurodynique se montra et ne tarda pas à disparaître après une abondante saignée locale. On prescrivit alors des gilets de flanelle dont le malade a depuis continué l'usage.

Dans les premiers mois de 1834, des rhumatismes apparurent alternativement aux deux poignets, au genou gauche, à la cuisse droite, à l'épaule droite, tantôt accompagnés de fièvre et à un état d'extrême acuité, tantôt sans fièvre et ne s'opposant point à une vie assez active, quoique plus sédentaire. Le traitement antiphlogistique général, les émissions sanguines locales employées à diverses reprises, modéraient les douleurs quand elles étaient trop vives; les moyens locaux de toutes sortes, les bains, les médications anti-rhumatismales usitées n'empêchèrent point les douleurs de se montrer, tantôt sur un point, tantôt sur l'autre, mais toujours dans les articulations, fort rarement dans les appareils musculaires.

Pendant l'été de 1835, M. N. se trouva tout à coup débarrassé de ses douleurs, et peu après il vit surgir sur le côté droit du front, au-dessus de l'arcade sourcilière, deux petites tumeurs de la nature de celles que l'on a désignées sous le nom de *gourmes*, dont l'une s'enflamma et abcéda, par suite de la pression exercée par le chapeau. Ces tumeurs ne tardèrent pas à se multiplier sur divers points de la surface crânienne, et furent accompagnées d'atroces douleurs à tout le cuir chevelu, se faisant sentir particulièrement la nuit, et forçant le malade à se lever, à rechercher l'air frais et à prendre des doses considérables d'opium ou de sel de morphine, au moyen desquelles il obtenait quelques instans de repos. Des applications d'acétate de morphine sur l'épiderme dénudé n'amenèrent elles-mêmes qu'un soulagement incomplet et de courte durée.

Un médecin consulté à cette époque, éloignant l'idée de la *diathèse rhumatismale*, et cherchant une origine syphilitique aux tumeurs qu'il voyait, crut trouver la preuve d'une infection ancienne, en apprenant du malade qu'il avait eu, en 1824, à la Martinique, une urétrite aiguë qui avait duré trois semaines, et que l'on avait guérie alors par l'application d'une quarantaine de sangsues au périnée. En conséquence, il prescrivit un traitement antisyphilitique par la pommade mercurielle de Cyrillo, en frictions sous la plante des pieds. Ce traitement, suivi avec persistance et regularité, n'amena aucun amendement. Les tumeurs persistèrent, augmentèrent en nombre et en volume; les douleurs péricraniennes ne laissaient que de rares intervalles de repos pendant lesquels encore il se manifestait de loin en loin des douleurs aux poignets, qui alors étaient momentanément tuméfiés.

D'autres consultans, adoptant les idées émises plus haut, prescrivirent, en 1836, 1837, 1838, plusieurs traitemens antisyphylitiques par le deuto-chlorure de mercure et par le chlorure d'or. Ces traitemens furent sans résultat. L'on tenta vainement ensuite un traitement empirique par les diurétiques, les sudorifiques, les purgatifs. L'état d'intégrité du tube digestif permit l'ingestion des drastiques les plus violens. Pendant ce temps-là, et dans le courant de 1839, la santé générale de M. N. s'altérait de plus en plus; l'appétit diminuait, bien que l'estomac ne souffrît pas; le corps entier s'amaigrissait; les forces se perdaient; la constitution s'appauvrissait; le moral lui-même, quoiqu'il soit doué d'une certaine énergie, semblait céder à la violence et à la durée des maux physiques, et s'affaiblir.

L'inutilité de ces diverses tentatives me fit renoncer aux idées qui avaient dicté les conseils de mes confrères, et je revins à l'opinion primitive que les accidens qui avaient leur siége à la tête n'étaient que la continuation de ceux qui s'étaient montrés aux membres dans les premières années, et étaient dus à l'influence de ce *fatal génie rhumatismal*, qu'on ne sait où saisir et qui se montre partout.

Dans cette pensée, je songeai aux eaux sulfureuses des Pyrénées, et je prescrivis à titre d'essai des bains de Barrèges artificiels. L'hiver de 1840 arriva, et M. N. était toujours dans le même état. Il était décidé à aller cette année à Barrèges.

Au mois de février dernier, sur l'indication des docteurs Triaud, Lefèvre, Constantin, Maher, tous médecins de la marine au port de Rochefort et qui avaient observé les bons effets de l'*iodure de potassium* et l'avaient administré eux-mêmes sur le vu d'une note insérée quelque part par le docteur Ricord, je crois, je me décidai à administrer à M. N., qui souffrait horriblement alors, ce médicament suivant la formule suivante:

Iodure de potassium............	25 centigrammes (5 grains).
Sirop de pavots blancs..........	15 grammes.
Eau distillée....................	90 grammes.

(Potion à prendre en trois doses, le matin, à midi et le soir.)

La quantité d'*iodure de potassium* a été augmentée de 25 centigr. tous les cinq jours et portée graduellement à la dose de 3 grammes (60 grains) sans augmenter la quantité liquide. Le malade n'a pris aucune espèce de tisane, et n'a été assujéti à aucun régime. Il devait seulement user d'une nourriture saine et s'abstenir de toutes liqueurs fortes et d'alimens excitans.

Ce traitement, suivi avec une scrupuleuse ponctualité depuis le 15 février jusqu'au 29 mars, a été alors interrompu, puis repris le 4 avril et terminé entièrement le 20. Il a eu un succès plein et entier. M. N. n'a jamais été mieux portant qu'aujourd'hui.

Les tumeurs péricraniennes, avant de diminuer de volume, devinrent tout à fait indolores; les tégumens du crâne perdirent la sensibilité pathologique dont ils étaient pourvus à un degré tel que le malade était obligé de rester tête nue et ne pouvait supporter qu'à grande peine le contact d'un chapeau pendant le jour

on d'un mouchoir de tête pendant la nuit. Dix jours suffirent pour amener cette heureuse modification. Peu à peu les tumeurs s'affaissèrent, l'appétit se réveilla; M. N. put se livrer avec plus d'activité à ses occupations habituelles; son ancien embonpoint reparut; son caractère redevint ce qu'il avait été avant sa longue maladie. Enfin, il a guéri; et depuis l'époque où il a cessé de prendre l'*iodure de potassium*, il n'a pas eu la moindre atteinte de ces atroces douleurs qui le tourmentaient depuis tant d'années. Pendant le cours du traitement qui, comme vous le voyez, a duré deux mois, le malade n'a éprouvé aucune de ces modifications (appréciables du moins) que les thérapeutistes appellent les *effets immédiats* des médicamens, à moins de regarder comme telle l'augmentation considérable de l'appétit. Je n'ai observé ni l'amaigrissement ni aucune des modifications spéciales attribuées aux préparations d'iode.

M. N., devenu bien portant et craignant de voir reparaître encore ses douleurs, a voulu essayer sa santé, si je puis m'exprimer ainsi, parce qu'il avait le projet, s'il éprouvait une rechute, d'aller aux Pyrénées pendant la saison des eaux. Il a donc été à Paris passer le mois de mai. Là il a passé les journées entières à faire de longues courses à pied ou en voiture; presque tous les soirs il allait au spectacle d'où il ne sortait que fort tard. Levé de bonne heure, il faisait avant déjeuner de longues courses. Pendant tout le temps de son absence et depuis son retour, qui a eu lieu dans les premiers jours de juin, il n'a pas souffert un instant.

Mon intention était de laisser subir à M. N. l'épreuve de l'automne et de l'hiver avant de vous communiquer cette observation, pour lui donner la sanction du temps; mais la note du docteur Rees m'a déterminé à vous écrire plus tôt. Vos recherches sur la matière vous mettront sans doute en position de faire connaître à vos lecteurs à qui appartient l'honneur d'avoir conseillé le premier l'usage de l'*iodure de potassium* dans le traitement du rhumatisme chronique; et cette observation engagera peut-être les praticiens qui la liront à essayer cette médication contre une maladie si commune et si fréquemment rebelle aux moyens que l'on emploie pour la combattre.

Agréez, etc.

Marennes (Charente-Inférieure), 4 août 1840.

CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LES VOIES AÉRIENNES CHEZ UN ENFANT DE 6 ANS; OPÉRATION DE LA LARYNGO-TRACHÉOTOMIE; par M. PESCHEUX, D. M. P., à Verneuil (Eure).

OBS.—Augustine Fresnel, âgée de 6 ans, du hameau de Filmin, près Verneuil, jouait le 6 mars 1840 avec des haricots. Après en avoir fendu un par le milieu, elle en mit la moitié dans sa bouche. Au bout de quelques instans, elle l'avala et fut prise d'un accès de suffocation tellement violent, que les parens la crurent morte pendant dix minutes, et ne pensaient plus à envoyer chercher le médecin, dont ils regardaient la présence comme inutile. La petite-fille, cependant, reprit connaissance, et put dire qu'elle avait avalé un haricot de travers et qu'elle le sentait dans sa gorge (elle indiquait le larynx). Aussitôt un commissionnaire vint chercher mon honorable confrère, M. Aury, qui se rendit dans la soirée près de la petite malade. A son arrivée, il la trouva tranquille dans son lit, respirant assez facilement; les parens lui racontèrent qu'à la suite de son accès de suffocation leur petite fille avait mâché quelque chose. M. Aury crut un instant que le haricot, dans un effort violent de toux, avait pu revenir à la bouche de l'enfant, et cette fois-ci passer dans l'œsophage; mais il n'en était pas ainsi; pendant la nuit, plusieurs accès de suffocation se déclarèrent.

Le tendemain matin, 19, à la nouvelle visite du médecin, le calme était encore rétabli, et la respiration se faisait bien. Dans la journée, plusieurs accès assez intenses; nuit assez tranquille; l'enfant a dormi un peu.

Le 20, Fresnel père vint me prier de vouloir bien aller, conjointement avec M. Aury, voir sa petite-fille. Nous nous y rendîmes dans l'après-midi, et, à notre arrivée, nous trouvâmes la petite malade faisant des efforts de toux extrêmement violens; elle s'agitait, se levait sur son séant; les yeux étaient fixes, la voix rauque, saccadée, et la respiration très difficile. On entendait en outre très bien le bruit de soupape qui avait été également observé chez l'enfant dont M. Maisonneuve a rapporté l'observation, dans le n. du 26 octobre 1839 de la GAZETTE MÉDICALE. Nous ne doutâmes pas un instant que tous les accidens ne fussent occasionnés par la présence du haricot dans les voies aériennes, et nous proposâmes aux parens l'opération, comme le seul moyen de pouvoir sauver leur enfant. Cette proposition leur avait déjà été faite la veille par M. Aury, mais ils s'y étaient refusés. Après les avoir prévenus de tout ce qui pouvait arriver à la suite de cette opération, et nous être décidés pour la laryngotomie, M. Aury s'arma du bistouri et se disposa à opérer. Je dois dire auparavant que la petite malade avait le cou excessivement gras, et qu'il était difficile de bien sentir le cartilage thyroïde. Lorsqu'on appliquait les doigts sur la gorge, pour tendre les tégumens, la respiration se trouvant très gênée, le larynx exécutait un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement, de sorte qu'il était très difficile de le fixer. La peau incisée, puis le tissu cellulaire, qui formait une couche de 16 à 18 millimètres d'épaisseur, deux ligatures furent faites, l'opérateur, qui croyait être arrivé sur le cartilage thyroïde, se trouva n'avoir découvert que le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée artère. Ne voulant point prolonger l'incision plus haut, nous nous décidâmes à inciser le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée artère.

Après nous être assurés qu'aucun vaisseau ne donnait de sang, le doigt indicateur placé convenablement pour éviter la lésion de la petite artère crico-thyroïdienne, la membrane crico-thyroïdienne, puis le cartilage thyroïdien et les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée artère furent incisés. Pendant ce temps de l'opération, la petite malade fit un mouvement très brusque, et la petite artère que l'opérateur cherchait à éviter fut certainement ouverte, car aussitôt l'enfant fut prise d'un accès de suffocation, produit par l'épanchement du sang dans la trachée; elle en rendait par la bouche et par les narines; en un instant, elle cessa de respirer et devint froide; nous la crûmes morte.

Je me précipitai, la bouche sur la plaie, et pendant trois ou quatre minutes j'aspirai le sang qui s'épanchait dans la poitrine. Fatigué, M. Aury prit ma place, et quelques instans après nous cautérisâmes la plaie avec un cautère que nous avions préalablement mis au feu; puis avec une sonde de femme passée dans la trachée, nous insufflâmes de l'air dans les poumons, et au bout de quelques minutes l'enfant revint à la vie, la respiration se régularisa petit à petit, et après lui avoir jeté un peu d'eau froide sur la figure, elle nous regarda comme si rien d'extraordinaire ne lui fût arrivé. La plaie fut pansée à plat, et la malade mise au lit.

Les 21, 22 et 23, le haricot ne sort point, les quintes de toux et les accès de suffocation sont les mêmes qu'avant l'opération. Nous pensons que le haricot peut être logé dans les ventricules du larynx, et nous convenons que le lendemain nous diviserons le cartilage thyroïde, afin d'explorer les ventricules du larynx.

Le 24, MM. Aury, Romey et moi nous nous rendîmes chez la petite malade, et ce que nous avions décidé la veille fut mis à exécution. L'incision de la peau étant prolongée un peu en haut, le cartilage thyroïde fut divisé sans aucune difficulté, mais les ventricules du larynx ne contenaient rien. Pansement à plat.

Le 25, nous retournons voir la petite malade et rien de nouveau. Il y a encore eu une quinte de toux extrêmement longue pendant la nuit. Deux heures après notre arrivée, Fresnel père vint nous dire que le haricot était sorti par la bouche et par la plaie. A cette nouvelle, nous retournons à Filmin et nous trouvons notre petite fille, les joues rosées, dormant paisiblement. On nous raconta qu'après notre départ, elle avait été prise d'un accès de suffocation très intense, qu'elle était devenue toute bleue, et qu'elle ne respirait plus que par la plaie. L'enveloppe du haricot (l'épiderme) qu'on nous montra s'étant présentée à l'ouverture du cou, la mère la retira avec ses doigts; le reste se présenta à la bouche, divisé en deux parties, dont la mère ne put saisir que la plus petite qu'elle nous montra également, le plus gros morceau ayant été avalé presque aussitôt.

A partir de ce moment, tous les accidens cessèrent.

Le lendemain, nous rapprochâmes légèrement les lèvres de la plaie avec des bandelettes de diachylum, et la petite fille fut soumise à un régime sévère. La cicatrisation marcha rapidement sans aucune espèce d'accident, et le 15 avril la plaie était complètement fermée, la cicatrice peu apparente. La petite fille avait aussi bonne mine qu'avant l'opération; elle était très gaie et courait toute la journée avec ses frères et sœurs. Elle ne conservait de son accident qu'un peu de raucité dans la voix, et se promettait bien de ne plus remettre de haricots dans sa bouche.

TENTATIVE DE SUICIDE; VASTE PLAIE DU COU AVEC SÉPARATION COMPLÈTE DE L'HYOÏDE ET DU LARYNX; SUTURE ENTRECOUPÉE; GUÉRISON; observation communiquée par M. JULES QUISSAC, ex-chirurgien chef interne à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier.

Il n'est personne qui, après avoir lu la MÉDECINE OPÉRATOIRE de Sabatier, ne soit intimement persuadé, d'après la manière formelle dont il s'explique sur les plaies transversales du cou, qui séparent l'os hyoïde du cartilage thyroïde, que la suture pratiquée sur ce dernier organe ne soit un moyen très vicieux, très dangereux, et ne prenne conséquemment la résolution de bien s'en abstenir, si quelque cas de cette nature se présente à lui; car voici la manière dont s'explique ce célèbre chirurgien : « Comme l'écartement des bords de ces plaies est très grand, on a pensé à y remédier par des points de suture qui nuisent plus que le mal même, et qui finissent par n'être d'aucune utilité, parce que les fils déchirent le trajet qu'ils ont parcouru. Il est plus simple et plus conforme aux principes qui ont été établis précédemment de chercher à rapprocher les bords de la plaie, en faisant fléchir le cou du malade en devant, et en maintenant les parties au moyen d'un bandage qui les empêche de changer de position. »

L'observation suivante nous servira de réponse.

OBS.—Le 19 juillet 1836 fut apporté à l'Hôtel-Dieu St-Eloi de Montpellier, le nommé Vincent Marchetti, âgé de 30 ans, réfugié italien, paraissant jouir d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux. Il offrait, à la partie antérieure du cou, une vaste plaie transversale, qui s'étendait d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre, et qui intéressait la peau, les muscles de la région sous-hyoïdienne et la membrane thyro-hyoïdienne dans toute sa longueur. Un intervalle de plus de 81 millimètres séparait les deux bords de la plaie; tandis que les extrémités étaient éloignées l'une de l'autre au moins de 132 millimètres; aussi eût-elle pu admettre facilement la tête d'un fœtus à terme. Le bord supérieur n'était formé que par la base de la mâchoire, en arrière et au-dessus du niveau de laquelle était l'os hyoïde, que ses muscles releveurs tenaient fortement fixé dans ce point. Sur la lèvre inférieure, on voyait le cartilage thyroïde rapproché du sternum par les sterno-thyroïdiens, et, derrière ce cartilage, l'épiglotte qui avait heureusement échappé à l'instrument tranchant. En arrière, la plaie n'avait pour limite

que lacolonne vertébrale et la parol postérieure du pharynx, que l'on voyail dans une grande étendue, la membrane thyro-byoïdienne ayant été complètement divisée. Ses extrémités se tronvaient, des deux côtés, très près dn point où les carotides primitives se divisent en externe et interne. Une seule artère, la thyroïdienne supérieure, donnait dn sang par jets saccadés. Le malade devait en avoir perdu beanconp; car l'accident était arrivé depnis une heure environ; anssi était-il pàle, presqne sans pouls, et cependant ses yeux étincelans annonçaient une exaltation cérébrale extraordinaire.

J'appvis qu'arrivé depuis quelques heores d'une ville voisine, où il avait déjà donné des signes d'aliénation mentale, il s'était fait celte blessure avec un couteau, et en y revenant à plusieurs reprises. Son délire était tel, qu'après avoir jelé cet instrument, il avait porté deux de ses doigts pliés en crochet sur la lèvre inférienre de la plaie, afin de l'agrandir.

Qnelle conduite devais-je tenir? Pouvais-je, comme le conseille Sabatier, me horner à lui faire fléchir la tête sur la poitrine, et la maintenir dans cette position avec un bandage approprié? Mais la flexion était éminemment insuffisante pour remédier à un aussi grand éloignement des parties, et si j'avais à l'employer, ec ne pouvait être qne comme moyen-anxiliaire d'nn procédé plus efficace. Je ne devais pas espérer non plus que le développement des bourgeons charnus et la force de rétraction de la cicatrice fussent suffisans pour oblitérer une solution de continuité aussi étendue. La suture seule me parut en rapport avec la gravité du cas; j'augurai bien de son emploi, et je n'hésitai pas un instant à la pratiquer (1). Voici quel fut mon plan opératoire.

1° Ligature des vaisseaux ouverts;

2° Rapprochement de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde an moyen des points de sntnre entrecoupée, sans y comprendre la peau;

3° Suture de la peau.

Environné d'un grand nombre d'élèves en médecine et d'une foule de curieux qui avaient accompagné le blessé à l'hôpital, je commençai par lier l'artère thyroïdienne supérieure droite. Aucun autre vaisseau ne donnant du sang, je portai ensuite sur chaque côte dn cartilage thyroïde à 16 à 18 millimètres de la ligne moyenne, et à 8 millimètres au-dessous de son bord supérieur, une aiguille courbe garnie d'un fil ciré simple mais fort; je les fis pénétrer de dehors en dedans dans le larynx, et les élevant après vers l'os byoïde, je les fis passer de dedans en dehors par dessus cet os, qui se lronva de cette manière compris dans la suture. J'eus ainsi en haut un point d'appni qui ne ponvait me faire défant (2). Dégageant alors les aiguilles des fils, et tirant légèrement sur ceux-ci, je rapprochai l'os hyoïde du cartilage thyroïde et les mis en contact parfait. Un nœud double les fixa dans cette position. Un des bouts de chaque fil fut coupé court, l'autre fut conservé avec une certaine longueur, afin de pouvoir être ramené au dehors et prévenir sa chute dans le larynx. Nul intervalle n'existait entre ces organes; la coaplation était parfaite. Craignant cependant que deux poinls de suture ne fussent pas suffisans, je me décidai à en porter nn troisième entre les précédens, tout en respectant ce que j'avais déjà fait. J'armai donc d'un fil ciré une aiguille courbe représentant à peu près la moitié d'un cercle, dont le diamètre serait de 54 millimètres, et l'enfonçant d'abord de dehors en dedans sur la saillie moyenne du cartilage thyroïde à 7 millimètres du bord supérieur, je la fis ressortir en passant comme pour les autres de dedans en dehors au-dessus de l'os hyoïde; ce qui me fut facile par la forme de l'aiguille. Après avoir noué le fil, j'en conpai un bont au niveau de la plaie et laissai l'antre long dans le but déjà indiqué.

Les deux bords de la peau éloignés encore l'nn de l'autre de près de 81 millim., malgré l'union de l'us hyoïde et dn cartilage thyroïde, qn'elle n'avait pas suivis à cause de la grande laxité du tissu cellulaire sous-cutané dans ce point, furent rapprochés et maintenus également en contact au moyen de plusieurs points de suture entrecoupée (3). Sur le milieu du bord inférieur se trouvait en outre, mais sur la peau seulement, une division verticale de 27 millimètres de hauteur; sa partie supérieure avait déjà été unie par un point de suture, l'inférieure fut laissée ouverte, pour donner issue au sang et au pus. Les trois fils de la suture du larynx furent ramenés au dehors à travers les lèvres de la peau et fixés an moyen d'une handelette agglutinative. Une compresse imbibée de cérat fut mise sur la plaie; de la charpie sèche, une compresse, une bande complétèrent le pansement. Pour éviter les tiraillemens de la plaie, pour soulager la suture, je fis fléchir la tête au malade, et la maintins dans cette position an moyen de deux handes entrecroisées en X et fixées supérieurement à une autre bande cutourant la tête inférieurement à un bandage de corps placé autour de la poitrine.

Comme je terminais le pansement, je m'apercus que le malade était presque sans pouls, que ses extrémités étaient froides, que ses yeux jusque-là si brillans s'éteignaient, je crus qn'il allait mourir. Sur le champ je fis mettre des sinapismes aux jambes, et je dus lui faire donner, par cuillerées, une potion avec 20 gouttes de liqueur d'Hoffmann, 31 grammes eau de fleur d'oranger, etc.

Pendant près d'une heure, le blessé resta entre la vie et la mort; la chaleur, le pouls se ranimèrent enfin. Je fis alors suspendre la potion et enlever les sinapismes, afin de ne pas dépasser le but que je m'étais proposé.

Vers le soir, trois heures après l'opération, il survint une hémorragie, qu'en mon absence l'on arrêta avec quelques compresses, trempées dans l'eau froide, placées autour du cou.

Bientôt l'exaltation cérébrale reparaît. Le malade parle continuellement, pousse des vociférations et s'agite sans cesse. Tonte la nuit se passe de la sorte, e gré la surveillanee dont il est l'objet, il défait les bandes qui lui font incl tête sur la poitrine.

20 juillet. Un peu plus de calme, toux légère, sang dans les crachats non combiné avec eux comme dans la pneumonie, ce qui indique qu'il v la plaie; sa quantité n'est pas considérable. Une petite partie du liquide s'échappe par celle-ci et vient mouiller l'appareil (Tisane d'orge, bouill cuillerées.)

21 an 27. Les facultés intellectuelles du malade sont dans le même ét tout juste assez de raison ou mieux d'instinct pour ne pas porter les ma plaie. A part cela, il parle, crie, s'agite continuellement, et se promène salles, dans les cours, lorsqu'il peut tromper la surveillance des infirmi toux est modérée; les crachats sont purulens; une petite partie des l passe toujours par la plaie, dont l'aspect fait espérer que malgré les f blessé la réunion immédiate réussira à peu près complètement. Presque fièvre. (Même prescription.)

28 juillet. Marchetti a quelques instans de suffocation; une quinte de fait passer. Les trois points de suture du larynx sont conpés avec les ci retirés au moyen du bout fixé au dehors. Il est facile de reconnaître que l'a des parties est faite. Deux petites ouvertures, de 2 millim. environ de d existent seulement, une de chaque côté. (Orge, semoule.)

Dn 30. L'onverture du côté droit est complètement fermée; il n'existe celle de gauche, qui s'est rétrécie. Le malade a encore aujourd'hui un in suffocation. La toux est toujours modérée et les crachats tendent à se ra de l'état normal.

4 août. L'ouverture du côté gauche n'est plns qn'un pertuis, qui donn pus. Marchetti est considéré comme à peu près guéri sons ce rapport; état mental étant toujours très dérangé, on se décide à le faire passer à des aliénés, où il est confié aux soins du docteur Bech.

Là nous avons été le voir de temps en temps, et nous ponvons certi l'ouverture fistuleuse, après avoir persisté avec une suppuration plus o abondante, pendant les mois d'août, septembre et octobre, était comp guérie dans le mois de novembre de la même année 1836. On voyait au cicatrice linéaire, sans difformité, ne paraissant nullement gêner les mo du larynx ni ceux de la déglutition. Le blessé ne toussait plus, seulement était nn peu rauque. Bientôt, par les soins éclairés du docteur Bech, il presque entièrement la raison et put se rendre utile dans la maison.

Au moment où nous écrivons (3 janvier 1840), plus de trois ans se so lès depuis lors; le malade n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé et ne de son accident qu'un peu de raucité dans la voix.

Nous n'aurions, certes, pas besoin d'accompagner cette observati cune réflexinn; le fait est assez concluant par lui-même. Une plaie a tellement grave que peut-être un de ceux qui nnus entnuraient ne l mortelle et ne considérât pas comme une folie l'opération que n tions, cette plaie est à peu près guérie dans qninze jnurs; elle gu difformité, avec une cicatrice linéaire, sans bride, sans gêne sens mnnvemens du larynx; elle guérit chez un maniaque fnrieux, qui, de couper les points de sutnre, a fait tout ce qu'il pouvait pour arri résultat contraire. Et, ce succès, comment l'avons-nous obtenu? F suivant les conseils de Sabatier et de qnelqnes autres chirurgiens mo Bien loin de là; c'est en faisant précisément ce qu'ils proscrivent en emplnyant la suture que nous devons la guérison et la vie de heureux; elle seule a pu maintenir rapprochés des bords si éloi sollicités à s'écarter par des muscles, dnnt rien autre ne pouvait ser l'actinn. Mais, si elle nous a réussi, nnus croynns le devnir à la dont elle a été pratiquée: 1° à ce qne nous avons pris un point sur l'ns hyoïde; 2° à ce que nous avnns fait une suture pour senle et une autre suture pour l'os hyoïde et le cartilage thyrnïde première de ces précautions, nnus n'avions à craindre que la se cartilage thyrnïde, qui n'a pas eu lieu; par la seconde, c'est-à- faisant deux sutures distinctes, une pour la peau, l'autre pour le c et l'os, nous divisions l'effnrt que les points avaient à supporter, rendait la sectinn mnins facile et nous mettait les parties dans les tions les plus favorables pnur la réunion immédiate. Or, admett cette rénuinn par première intention n'eût pas pu se faire pnur la profonde, c'est-à-dire pour l'ns hyoïde et le cartilage thyrnïde, pas évident que ces nrganes, sontenus par la peau, déjà réunie, les fils anraient conpé le cartilage, n'auraient pu s'écarter que d'un intervalle et qu'une réuninn secondaire eût été immanquable. La son nous paraît une conséquence tellement naturelle d'un pareil p que nous serions surpris qu'elle n'eût pas lieu toutes les fnis q compnrtera comme nous l'avnns fait; et quant à la crainte que tnmbant dans la trachée, n'étnuffe le malade, elle est, ce nous sen peu près chimérique, parce qn'il ne s'en forme que peu dans ce qne d'ailleurs il est expulsé tout comme le sont les crachats.

La réunion ne s'est pas faite par contact immédiat entre l'os hy le cartilage thyroïde, cela ne se ponvait pas; elle a eu lieu entre l ties mnlles recouvrant le bord inférieur du premier et le bord sup du second. Ces parties molles, formées par les débris de la mem thyro-hyoïdienne, par des portions musculaires, par du tissu cell

(1) Je pratiquai cette npération en l'absenee ce M. le professeur Serre, alors de service.

(2) Si cette npération entreprise dans des cas semblables compte tant d'insuccès, si les fils ont conpé les parties qu'ils embrassaient, cela tient probablement à ce qu'on n'avait pas compris l'os hyoïde dans la suture.

(3) Nous croyons que ces deux sutures séparées, une pour la peau seulement, l'autre pour l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, ont beaucoup contribué au succès de l'opération, comme nous le démontrerons tout à l'heure.

ux, ne devaient présenter que peu d'épaisseur ; aussi l'espace inter-lo-thyroïdien fut-il à peu près perdu ; et cependant les mouvemens cette région n'en ont pas été gênés d'une manière appréciable, ainsi nous l'avons déjà observé. Le seul inconvénient qui soit résulté de ture, et auquel peut-être la plaie n'était pas par elle-même étrangère, la raucité de la voix, due probablement à un peu d'hypertrophie de nquense de la glotte, inconvénient certainement bien léger, soit e manière absolue, soit surtout lorsqu'on l'oppose au fâcheux état et mort probable du malade. Et si, malgré toutes les complications qui taient dans ce cas, la suture a réussi, ne doit-on pas forcément en es- r un succès semblable chez les individus non privés de leur raison, z ceux qui, voulant guérir, se soumettront à toutes les précautions n leur prescrira ?

ette observation, bien qu'unique, nous paraît tellement forte de tou- les circonstances fâcheuses dont notre opération a triomphé, qu'il s semble que les préceptes donnés par Sabatier doivent en éprouver rude atteinte.

SERVATION DE FISTULE VÉSICO-VAGINALE ; communiquée par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

OBS. — Madame L., âgée de 26 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, bituellement constipée, urinant rarement en en petite quantité à la fois, s'accoucha naturellement et pour la première fois, le 25 septembre 1839, mais seulement après trente-trois heures de travail. Une sage-femme l'assistait. Dès le emier jour, la malade ne pouvait pas rendre ses urines sans sonde, et ce fut à ter du cinquième qu'une métro-péritonite, accompagnée de cystite, se prononça. Cette phlegmasie grave, complexe et fort étendue, fut traitée avec beaucoup d'énergie, mais ne céda qu'avec lenteur. Trois semaines environ après l'accouchement, les médecins ordinaires de la malade (les docteurs Abadie et Dureau, de St-André de Cubzac), loin d'être obligés de sonder madame L., lorsque vessie contenait une certaine quantité d'urine, dont elle ne pouvait pas se débarrasser, constatèrent une véritable incontinence qu'ils crurent devoir attribuer un relâchement du sphyncter vésical, coïncidant avec la paralysie complète du membre pelvien droit. Toutefois, voulant se rendre un compte exact de l'état s parties, mes honorables confrères explorèrent le vagin, et portèrent le doigt dicateur assez loin pour engager facilement sa pulpe dans une ouverture transversale qu'ils reconnurent être, et qui était en effet une fistule vésico-vaginale. Cette fistule était évidemment le résultat de la chute d'une escarre occasionnée pendant le travail par la forte pression des parois de la vessie et du vagin contre a surface interne de la symphyse des pubis.

La famille de la malade, la malade elle-même, et ses deux médecins, désirant une consultation, je fus appelé le 25 octobre dernier. Voici l'état dans lequel je trouvai madame L. : visage pâle, un peu bouffi; yeux humides de larmes à moitié dérobées exprimant la douleur et de vives angoisses morales; maigreur générale; peau décolorée; membre pelvien droit paralysé, inextensible, contracturé, fort douloureux; *éclairs de douleurs* à peu près intermittens et suivant assez exactement le trajet du nerf fémoro-poplité; pied du même côté fortement œdématié; épigastre douloureux à la pression; souplesse de tout le reste de l'abdomen; soif prononcée; langue humide et large; point de fièvre; peau chaude et un peu sèche; constipation opiniâtre; point d'appétit et pas de force. Le doigt indicateur étant introduit dans le vagin, je constatai la parfaite exactitude des renseignemens que mes deux confrères m'avaient déjà donnés; c'est-à-dire que je reconnus une perte de substance transversale, à bords durs, calleux et frangés, ayant 14 à 16 millimètres d'étendue, siégeant à 65 millimètres environ de l'entrée du vagin, et répondant conséquemment à ce point de la vessie, chez la femme, qui partage en deux moitiés à peu près égales l'espace compris entre le col et le bas-fond de la vessie.

25 octobre. Après avoir, dans une consultation, pesé les avantages et les inconvéniens des six méthodes employées jusqu'ici pour le traitement des fistules vésico-vaginales, je cherchai à démontrer que la cautérisation faite avec le nitrate d'argent était l'un des meilleurs moyens, quand la fistule n'avait pas trop d'étendue, et citai deux faits tirés de ma pratique, à l'appui de mon opinion : l'un, dont le sujet, jeune femme de 29 ans, guérit complètement; l'autre, femme de 42 ans, chez laquelle je n'obtins qu'une amélioration très notable. J'ajoutai, d'ailleurs, qu'on serait toujours à temps de recourir à d'autres expédiens, si celui-là ne réussissait pas. Séance tenante, et après avoir exploré la fistule sur nouveaux frais, tantôt avec le doigt indicateur, et tantôt avec le spéculum, je cautérisai très exactement les bords de la fistule, fis quelques injections dans le vagin, et recommandai de placer une sonde à demeure. Une seconde, une troisième cautérisations furent faites par les médecins ordinaires de la malade, mais seulement lorsque le gonflement et l'inflammation, occasionnés par les applications du nitrate d'argent, eurent cessé. Je ne dois pas oublier de noter que trois cautérisations furent à peu près inutiles, à cause de la mauvaise qualité du caustique. On reprit cette opération avec de l'azotate d'argent pareil à celui dont je m'étais déjà servi, et cette fois la malade en ressentit les effets. Je cautérisai une dernière fois le 4 novembre, et nous pûmes très facilement alors nous assurer par l'exploration, MM. Abadie, Dureau et moi, que les bords de la fistule étaient beaucoup moins durs, peu frangés, avaient plus de souplesse et s'approchaient conséquemment des conditions propres à favoriser la cicatrisation. Néanmoins, et quoique nous fussions dans la bonne voie, la famille ne voulut plus attendre, et ne savait certainement pas qu'on n'avait obtenu l'oblitération de quelques fistules vésico-vaginales qu'au bout de quelques semaines d'attente, et alors que tout succès paraissait être désespéré.

20 novembre. Je fus chargé de réunir dans mon cabinet les docteurs Lapeyre et Moulinié, auxquels je rapportai tout ce qu'on vient de lire. Cette consultation eut lieu en présence du mari de la malade. M. Moulinié, ne croyant pas du tout aux guérisons de fistules vésico-vaginales publiées jusqu'à ce jour, nous dit qu'il avait, lui, imaginé un procédé opératoire qui lui souriait, dont il espérait beaucoup, qui avait en sa faveur de frappantes analogies, qui était sans danger aucun, auquel il ne manquait que la sanction de l'expérience, et qu'il saisirait l'occasion d'appliquer au premier cas de fistule vésico-vaginale qui s'offrirait à lui. Bien que notre confrère ne nous décrivît pas son procédé, sa conviction me parut tellement bien arrêtée que je n'hésitai pas à lui céder mes droits, à lui proposer de se rendre auprès de la malade pour s'assurer du véritable état des choses, en même temps qu'il verrait s'il pourrait ou ne pourrait pas opérer comme il l'entendait. Le mari de la malade accepta la proposition, et M. Moulinié répondit avec empressement à la confiance qu'on avait en lui en se rendant avec moi auprès de la malade.

Après un examen sérieux et très approfondi de la fistule vésico-vaginale et de l'état général de madame L., fait en présence des médecins ordinaires et de moi, M. Moulinié décrivit avec cette étonnante facilité d'élocution qu'on lui connaît le procédé opératoire qu'il avait imaginé, et qu'il s'estimait heureux de pouvoir mettre à exécution avec des chances très probables de succès. Ce procédé devait consister à aviver les bords de la fistule, puis à introduire une sonde cannelée courbe dans l'urètre, à pousser cette sonde jusque dans la vessie, à lui faire traverser l'ouverture fistuleuse, à aller la saisir dans le vagin pour la ramener un peu en devant, puis encore à porter un gorgeret dans le vagin pour que la sonde fût appuyée sur lui, et enfin à inciser d'un seul coup, de haut en bas et d'avant en arrière, tout l'urètre et les cloisons urétro et vésico-vaginales depuis le méat urinaire jusqu'à la fistule.

Cette opération (1), que les médecins et la famille approuvèrent, fut faite le 28 novembre dernier, et ne donna malheureusement aucun résultat satisfaisant, car aucun des points de la plaie faite avec le bistouri ne se cicatrisa, et la fistule, dont les bords ne purent être que grattés et non pas avivés, est tout aussi étendue qu'elle l'était avant qu'on y eût touché. Il y a ceci de remarquable, et que je n'ai encore vu signalé dans aucun des cas afférens à celui-ci, c'est que la paroi de la vessie opposée à celle où siége la fistule vient faire hernie à travers elle, et forme de la sorte un bouchon, un bourrelet muqueux, d'un rouge vif, qui s'oppose quelquefois pendant une heure ou une heure et demie à la sortie involontaire des urines.

Vers la fin du mois de février dernier, la famille de madame N. résolut de demander des conseils à quelques notabilités chirurgicales de Paris, et je fus chargé de rédiger un mémoire à consulter que j'écrivis, à la forme près, dans les mêmes termes que ce qu'on vient de lire.

Voici la consultation donnée par MM. Jules Cloquet, Velpeau et Jobert réunis :

« Madame L., pour laquelle nos honorables confrères, MM. Cazenave, Abadie et Dureau, demandent un avis, est affectée d'une vaste fente urétro-vésicale. Abandonnée à elle-même cette maladie ne guérira point, et nous sommes forcés d'ajouter que les ressources de la chirurgie pourraient bien ne pas lui être d'un grand secours si l'urètre n'était pas fendu; on pourrait tenter l'une des variétés de la suture, ou de l'*anaplastie* (autoplastie); mais dans l'état actuel des choses, on ne voit pas qu'aucune des méthodes connues puisse réussir ici; cependant nous pensons que l'opération suivante aurait quelques chances de succès, si la malade est très patiente et veut à tout prix essayer quelque chose :

» PREMIER TEMPS. — Aviver, par les moyens connus, les bords de la division dans toute la portion qui n'appartient pas à l'urètre; pratiquer la suture de la plaie, ainsi rafraîchie, à l'aide des porte-aiguilles de MM. Bourgougnon, Fouraslier, Dupierris, ou de tout autre façon; laisser l'urètre parfaitement libre, et attendre l'effet de cette première suture.

» SECOND TEMPS. — La première opération ayant réussi, en pratiquer une exactement semblable pour réunir les bords de l'urètre dans lequel on laisserait dès lors une sonde à demeure jusqu'à cicatrisation de la plaie.

» TROISIÈME TEMPS. — En cas de succès incomplet, conserver avec soin la moindre adhérence obtenue par la suture et tâcher d'en augmenter l'étendue, en cautérisant tous les quatre ou cinq jours quelques-uns des angles de la fistule pendant un mois ou deux.

» Hors de là, nous ne voyons plus que l'oblitération de la vulve qui puisse être proposée: encore nous paraîtrait-il plus prudent de s'en tenir à la cure palliative, c'est-à-dire aux moyens de propreté, à l'emploi d'éponges, de papier de soie, ou d'instrumens en caoutchouc, tenus dans la vulve pour recevoir et retenir les urines.

» Il nous semble aussi que ces derniers moyens seuls devraient être mis en usage tant que madame L. n'aura pas retrouvé l'exercice de son membre, que sa santé générale ne sera pas mieux rétablie. Les médecins soussignés estiment, en conséquence, qu'avant de s'occuper de la fistule, il faut soigner l'affection du membre et ses viscères. »

Dès que j'eus cette consultation, je m'empressai de l'envoyer aux médecins de la malade et de leur écrire que j'exécuterais de point et en temps opportun, s'il y avait lieu, les conseils donnés par nos habiles confrères de Paris.

Étant allé tout récemment (4 juillet) dans la petite ville qu'habite madame L.

(1) M. Moulinié m'a non seulement permis de publier son opération, mais il m'en a instamment prié. Son but avait été, m'écrivait-il dans le mois dernier, de mettre la malade dans la condition d'une personne qui aurait subi la taille vésico-vaginale. Il a d'ailleurs tenu à honneur que l'idée et la première exécution de ce procédé opératoire lui fussent attribués.

pour y opérer de la cataracte une parente du docteur Mailbe, j'appris de la malade elle-même que le membre pelvien droit avait presque entièrement recouvré ses fonctions; qu'elle n'y éprouvait que de légères douleurs; que sa santé générale s'était singulièrement améliorée, et qu'elle serait bien, n'étaient des douleurs abdominales et lombaires sourdes, une espèce de tension et de lourdeur hypogastriques, et l'écoulement permanent, involontaire et très abondant des urines.

Nous arrêtâmes, avec le docteur Abadie, qu'on s'en tiendrait à la cure palliative, et que nous essaierons de placer un instrument en caoutchouc dans la vulve, pour recevoir et retenir les urines.

S'il arrivait que l'un des grands chirurgiens de notre époque pût me fournir les moyens de guérir l'intéressante madame L.., je l'adjure de me les indiquer sans retard.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AOUT.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre pour la place vacante dans la section de minéralogie et de géologie, par suite de la mort de M. Brochant de Villiers.

La liste présentée par la section porte :

En première ligne, M. Dufrenoy;
En deuxième — M. Constant Prevost;
En troisième — M. Boblaye.

Le nombre des votans est de 46.

Au premier tour de scrutin, M. Dufrenoy obtient ..... 24 suffrages.
M. Constant Prevost 22

M. Dufrenoy, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

ORGANE ÉLECTRIQUE DU SILURE ÉLECTRIQUE.

M. Valenciennes communique les résultats de ses nouvelles observations sur ce sujet. M. Geoffroy Saint-Hilaire, qui a décrit le premier cet organe, en parle comme d'un amas de tissu cellulaire, serré et épais, composé de véritables fibres tendineuses, qui, par leurs différens entrecroisemens, forment un réseau dont les mailles ne sont visibles qu'à la loupe, et dont les petites cellules sont remplies d'une substance albumino-gélatineuse. Il est séparé par une très forte aponévrose que l'on ne peut enlever sans la déchirer, et qui tient aux muscles par un tissu cellulaire rare et peu consistant. Une branche du nerf de la huitième paire descend vers le bas de la poitrine et se porte sous la lame aponévrotique qu'il parcourt, en donnant à gauche et à droite des nerfs qui la percent et qui pénètrent dans le tissu cellulaire de l'organe où ils s'épanouissent.

Cette tunique celluleuse et aponévrotique a été depuis bien reconnue par M. Rudolphi, qui en a d'ailleurs reconnu une seconde consistant en un tissu floconneux irrégulier. Un rameau nerveux se montre au-dessous, et les nerfs intercostaux lui donnent aussi de petits filets.

M. Valenciennes a reconnu, comme MM. Geoffroy et Rudolphi, la tunique extérieure située immédiatement sous le derme et qui y est tellement adhérente qu'il faut, pour la mettre à nu, ouvrir les cellules de la surface externe. Cette première tunique, dit l'auteur, est doublée à sa face interne d'une aponévrose argentée à laquelle le tissu spongieux adhère non moins fortement; mais entre cette aponévrose et les muscles, j'ai trouvé non pas une, mais deux tuniques semblables entre elles, d'ailleurs parfaitement distinctes, faciles à séparer l'une de l'autre, et des muscles sous-jacens.

Vu à de forts grossissemens, le tissu de ces deux membranes se montre de même identique et composé de fibrilles semblables à celles des aponévroses entrelacées d'une manière très lâche, laissant entre eux de nombreuses cellules, de sorte que l'on peut dire que ces deux tuniques internes ne diffèrent de l'externe que par un tissu infiniment plus lâche.

CLASSIFICATION DES INFUSOIRES.

M. Dujardin adresse un mémoire sur la classification de ces animaux conformément à leur organisation.

Les vrais infusoires, dont on a dû séparer les rotateurs, les bacillariées et beaucoup d'autres êtres microscopiques confondus longtemps avec eux, ont une forme irrégulière plus ou moins variable et essentiellement asymétrique, mais tendent à se rapprocher de la figure sphérique ou ovoïde, soit par l'effet de leur contractilité propre, soit quand la vitalité diminue chez eux. Ils peuvent, sans cesser de vivre, subir les altérations ou les déformations les plus variées par l'effet d'une blessure, d'une décomposition partielle ou d'un changement survenu dans la composition du liquide où ils nagent.

Leur forme montre souvent, d'ailleurs, soit dans les plis de la surface, soit dans l'arrangement des cils vibratiles, une tendance à la disposition en hélice, qui paraît caractériser exclusivement cette classe, et qui la distingue surtout des radiaires.

Les infusoires naissent de germes encore inconnus dans les infusions, soit artificielles, soit naturelles; on ne leur connaît encore aucun autre mode de propagation bien avéré que la division spontanée. La substance charnue de leur corps est extensible et contractible, comme la chair musculaire des animaux supérieurs, mais elle ne laisse voir aucune trace de fibres ou de membranes, et se montre entièrement diaphane et homogène. Cette substance, isolée par le déchirement ou la mort de l'animal, forme dans le liquide des disques ou globules réfractant fort peu la lumière, et susceptibles de se creuser spontanément des cavités sphériques semblables d'aspect aux vésicules de l'intérieur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal est adopté sans discussion.

Dans la correspondance écrite se trouve l'état des vaccinations dans les départemens du Cher, du Calvados, du Tarn.

M. Malgaigne fait hommage du second volume de la nouvelle édition qu'il donne d'Ambroise Paré.

L'ordre du jour amène la nomination au scrutin d'un nouveau membre dans la commission de vaccine. Le décès de M. Sédillot a laissé cette place vacante. M. Joly ayant réuni la majorité des voix a été nommé.

RAPPORT SUR L'EMPLOI DU CITRATE DE FER.

M. Patissier lit un rapport sur l'emploi du citrate de fer. M. Bérard, pharmacien à Paris, ayant adressé au ministre de l'intérieur une demande de brevet d'invention pour la préparation et la vente de ce sel, M. le ministre consulte l'Académie sur les avantages ou les inconvéniens de ce remède. D'après les décisions antérieures de ce corps savant, M. le rapporteur conclut que le citrate de fer peut être employé en médecine sans inconvéniens, quand son action est soumise aux règles de l'art; mais que dans des mains inhabiles ou mercantiles son usage peut être dangereux; qu'en conséquence il n'y a pas lieu à donner un brevet d'invention.

Après une courte discussion relative à la demande de brevets d'invention pour les remèdes, les conclusions du rapport sont adoptées.

TRAITÉ COMPARATIF DES POIDS ET MESURES ANCIENS AVEC LES NOUVEAUX.

M. Bouley rend compte d'un petit travail de M. Lacroix, dans lequel ce dernier a cherché à simplifier le travail que beaucoup de médecins sont obligés de faire pour formuler avec le nouveau système de poids et mesures. Le rapporteur regarde ce traité comme utile et commode, et, sur la demande de plusieurs membres, supprime une dernière conclusion qui donnait à l'auteur du traité les encouragemens de l'Académie.

NOUVELLE OPÉRATION POUR GUÉRIR LA CHUTE DU RECTUM.

M. Bérard fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Robert, candidat à la place vacante pour la section de chirurgie, intitulé : Nouvelle opération pour guérir la chute du rectum.

Nos lecteurs doivent se souvenir des détails que nous avons donnés sur le mémoire de M. Robert, lu dans la séance du 16 juin dernier. Après avoir rappelé les opérations diverses que la chirurgie opposait à cette maladie, M. le rapporteur rappelle que le procédé nouveau consiste à extirper peau, sphincter et muqueuse de la moitié postérieure de la circonférence anale jusqu'à la pointe du coccyx, et à réunir cette plaie par la suture entortillée. Pratiquée dans le mois de juillet 1839, par M. Robert, sur une femme atteinte de procidence du rectum et opérée sans succès par l'excision du bourrelet muqueux, à l'Hôtel-Dieu, en avril de la même année, cette opération nouvelle a parfaitement réussi, et depuis un an cette guérison ne s'est point démentie, malgré les travaux fatigans auxquels cette femme se livre habituellement.

Cette opération qui enrichit la science chirurgicale, continue M. Bérard, est l'œuvre d'un chirurgien ingénieux et habile, auquel l'Académie a déjà donné un honorable encouragement en l'inscrivant sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chirurgie. Nous proposons en outre de lui écrire une lettre de remercîmens et d'envoyer son travail au comité de publications. — Adopté.

RECHERCHES POUR EXPLIQUER L'UNITÉ DE PERCEPTION DES DEUX IMAGES IMPRESSIONNANT LES YEUX.

La parole est à M. Gerdy pour la lecture d'un travail relatif à la vision. Ce phénomène a toujours divisé les physiologistes. Beaucoup en ont donné des solutions successivement différentes, et chacun croyait à son tour avoir trouvé la vérité. Je ne sais si je serai assez heureux pour avoir tranché le nœud de cette difficulté. Je me suis servi pour y arriver de la méthode analytique qui m'a été d'un si grand secours dans l'étude de la physiologie. J'ai donc étudié séparément les élémens de cette question. Ils sont au nombre de deux, l'un constitué par les images des objets, l'autre par l'acte intellectuel qui les recueille, les juge.

Les deux images formées dans les deux yeux par un seul objet sont loin d'être toujours semblables; leur différence est minime, mais enfin elle est telle que dire que l'esprit perçoit ces deux impressions à la fois, c'est dire qu'il peut en même temps fixer son attention sur deux sujets divers. Voici une preuve de la différence des images. Placez devant vous, mais un peu plus près d'un œil que de l'autre, un couteau dont le tranchant est dirigé en avant. Si vous regardez ce couteau, les deux faces vous paraîtront d'inégales dimensions, mais vous les verrez toutes deux à la fois. Mais si vous fixez votre attention plus particulièrement sur l'une, l'autre vous échappera complètement, et vous ne pourrez plus l'apercevoir. En vous conduisant ainsi pour chaque lame séparément, vous acquerrez la conviction que vous avez vu successivement deux objets un peu différens, et que lorsque, les deux yeux ouverts, vous ne portez votre attention que sur l'un, l'autre vous échappe. Ainsi, un même objet vu par les deux yeux en même temps, suivant la perspective, le rapprochement ou l'éloignement est vu un peu différemment par l'un et par l'autre. Quant à ce qui touche l'acte intellectuel par lequel nous percevons l'impression, on sait qu'il ne peut s'adresser qu'à un objet à la fois; or, quand notre esprit veut juger d'un objet par l'aide de la vision, il ne peut faire attention qu'à une des images for-

mées dans les deux yeux. L'autre est pour lui comme les objets environnans, qui frappent bien nos yeux quand notre esprit médite, mais qui ne sont en aucune façon perçus par nous. Il en est d'ailleurs du sens de la vue comme de tous les autres sens; nous tenons souvent dans nos mains un objet sur lequel nous n'exerçons cependant aucun toucher, si notre esprit est occupé ailleurs. On a dit que nous voyions en effet deux images, mais que l'habitude rectifiée par le toucher nous avait appris à croire à l'existence d'une seule. Une preuve que le toucher est incapable de cette rectification, c'est que l'homme devenu subitement strabique voit deux objets quand il n'y en a qu'un seul, sans que le toucher puisse le corriger de cette erreur qui ne cesse que lorsqu'il a appris à ne se servir que d'un seul œil.

M. Virey dit que l'explication donnée par M. Gerdy n'est applicable qu'à l'homme, et se trouve en désaccord avec la physiologie comparée. On sait, en effet, que chez la majeure partie des animaux, les deux yeux sont placés de façon que chaque œil possède un champ propre de vision dans lequel chaque organe voit en même temps un objet dont l'impression est par conséquent perçue en même temps; que le caméléon, qui jouit de la propriété de diriger dans tous les sens des yeux placés latéralement, et qui souvent dirige l'un d'eux en avant, tandis que l'autre est dirigé en arrière, n'en voit pas moins avec une grande précision.

M. Rochoux : L'explication du phénomène de la perception d'une seule image, malgré la duplicité de l'impression, est donnée depuis longtemps, et ce n'est pas moi qui ai la prétention de l'inventer. Elle résulte de la similitude parfaite des images et de leur concordance : les deux yeux sont faits de telle façon qu'un objet vu par l'un d'eux a la même forme, la même couleur, la même dimension pour l'autre. La similitude parfaite des impressions faites par deux images semblables explique comment l'esprit n'en perçoit qu'une seule, d'autant plus que par la rencontre des axes optiques, les deux images sont toujours superposées.

M. Gerdy : Je réponds d'abord à M. Virey que la physiologie comparée ne contredit en aucune façon l'explication que je viens de donner. Jusqu'ici, je n'ai fait l'application de ces principes qu'à l'homme; plus tard, je les étendrai aux animaux. En attendant, je dirai que sans doute dans beaucoup d'entre eux le champ de la vision commun aux deux yeux est fort restreint par rapport à celui qui est propre à chacun d'eux; que dans beaucoup d'autres chacun a son champ propre de vision. Mais, quoique des objets divers puissent impressionner en même temps les deux yeux, la perception qui en résulte n'est que confuse, quand elle vient de plusieurs objets à la fois. Cette perception n'est claire, exacte et active que lorsqu'un seul organe est en exercice sur un objet limité. Que si les deux yeux fonctionnant isolément paraissent quelquefois donner une perception double, cela tient à l'extrême facilité avec laquelle l'intelligence se porte d'un objet à un autre, saisit rapidement mais successivement deux perceptions distinctes.

Je crois que M. Rochoux est dans l'erreur quand il dit que les images d'un objet sont semblables pour les deux yeux. Quand on regarde un cube d'une certaine dimension placé un peu obliquement, il est certain que sa forme est différente pour l'un et l'autre œil le regardant isolément. Ainsi, la forme d'un même objet n'est point semblable pour les deux yeux, même quand ils agissent à la fois. Si cette forme n'est point identique, les images qu'elles donnent ne sauraient l'être non plus.

COMMUNICATIONS. — TUMEUR DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

M. Gerdy montre à l'Académie un jeune homme de 15 ou 16 ans, auquel il se propose de pratiquer l'extirpation du maxillaire supérieur droit, pour une volumineuse tumeur, développée dans le centre de cet os. Il a voulu montrer le mal, afin de mieux faire apprécier le résultat de l'opération. C'est surtout le bord alvéolaire de l'os qui a été chassé ou s'est hypertrophié. Ce bord soulève la joue de ce côté, et, proéminant à travers les lèvres, qui ne le recouvrent plus, laisse voir toutes les dents, écartées les unes des autres. La portion orbitaire de l'os n'étant pas non plus étrangère à la maladie, ce dernier devra être enlevé en totalité.

CALCUL VÉSICAL SANS SYMPTOMES PENDANT LA VIE.

M. Bricheteau présente le rein d'un homme âgé, mort dans son service, à l'hôpital Necker, sans aucun signe de maladie des organes urinaires. A l'autopsie, on a trouvé un des reins atrophié, réduit à une espèce de kyste, dont les parois, épaisses de quelques lignes, n'offrent plus de trace de substance mamelonnée ou corticale. Les calices et le bassinet dilaté contiennent un calcul viscéral de couleur noire, hérissé de prolongemens correspondant, sans doute, aux calices et à l'infundibulum, qui a dû probablement fermer complètement l'urètre.

ÉNORME TUMEUR ENCÉPHALOIDE DU SEIN, DÉVELOPPÉE EN TROIS MOIS.

M. Bérard fait présenter une tumeur, extirpée ces jours derniers, et développée depuis trois mois seulement dans le sein d'une jeune femme, âgée de 29 ans, blonde et jouissant habituellement d'une bonne santé. Accouchée depuis un an à peu près, cette femme n'avait éprouvé aucune espèce d'accident du côté des mamelles, qui étaient parfaitement saines il y a trois mois et demi. A cette époque parut un engorgement qui, dans le court espace de trois mois, a acquis un volume égal à celui de la tête d'un adulte. Une coupe de cette énorme tumeur a fait voir une dégénérescence de nature encéphaloïde. Le peu de temps que la malade a mis pour acquérir un tel développement rend cette observation extrêmement intéressante.

AMPUTATION COXO-FÉMORALE.

M. Sédillot, professeur au Val-de-Grâce, présente le fémur d'un homme qu'il a amputé, il y a neuf jours, dans l'articulation coxo-fémorale. L'ostéide qui a nécessité cette grave opération a été la suite d'une fracture compliquée de la partie moyenne de la cuisse, arrivée trois ans auparavant. Le fragment supérieur avait percé les tégumens, et, après la réduction, une esquille était restée enclavée entre les extrémités de la fracture. Malgré la suppuration et les plaies fistuleuses qui en résultèrent, la consolidation s'opéra en partie; mais une nouvelle, puis une troisième fracture, déterminées par des violences extérieures, occasionèrent un raccourcissement de plus de 80 millimètres et l'impossibilité, pour le malade de se servir de son membre. Pendant les derniers dix-huit mois, l'inflammation fit des progrès; vingt-une fistules traversèrent le membre en tout sens, et s'élevèrent jusqu'à l'arcade pubienne et au niveau de l'épine iliaque. Toutes les chairs de la cuisse étaient engorgées, la suppuration abondante, le genou ankylosé. Le malade, condamné au lit, s'affaiblissait, et une terminaison fatale se faisait prévoir. Cependant il pouvait encore mouvoir un peu sa jambe, lorsqu'en prenant un bain, il ressentit un léger craquement vers l'articulation de la hanche, et perdit toute faculté de se servir de sa jambe. Un stylet enfoncé dans les fistules arrivait sur une portion dénudée des os, vers le milieu de la cuisse, mais partout ailleurs ne rencontrait que des parties indurées. M. Sédillot jugea indiquée l'amputation coxo-fémorale; et, appuyé dans cette opinion par les avis du baron Larrey, de MM. Ovily, Cornuan, etc.; il céda aux instances du malade, qui demandait depuis longtemps à être débarrassé de son membre, et l'opéra le lundi 17 août, en taillant un large et unique lambeau antérieur. L'opération ne dura que quelques secondes, et vingt-deux ligatures durent être appliquées, sans que le malade eût perdu beaucoup de sang.

Le fémur, mis à nu et préparé, permit de reconnaître une consolidation solide des deux fragmens, qui étaient réunis par deux prolongemens osseux, circonscrivant entre eux un intervalle dans lequel était engagée une esquille de plus de 27 millimètres de longueur, à cheval sur une saillie en arête du cal et maintenue par un périoste épaissi et gélatineux. Une ostéide, remarquable par l'hypertrophie du corps de l'os, et surtout par l'injection rouge qu'il présentait, s'étendait jusqu'au grand trochanter, dont le tissu spongieux était en partie ramolli et raréfié, et à la tête du fémur, qui était convertie, dans près de la moitié de sa base, en une espèce de coque, qui s'enfonçait sous le doigt, à la manière des kystes osseux du maxillaire supérieur, et en donnant la sensation d'un morceau de parchemin sec, revenant par sa propre élasticité sur lui-même. Le ramollissement du tissu spongieux de la tête fémorale avait amené l'enclavement du col du fémur dans sa moitié interne et de là le craquement que le malade avait éprouvé quinze jours auparavant dans la hanche. Le ligament capsulaire était brunâtre et les replis synoviaux de même couleur et fortement ecchymosés; l'ischion était dénudé, noirâtre, mais dur, ce qui avait empêché M. Sédillot de le reséquer.

Ce chirurgien annonce que son malade, parvenu aujourd'hui au neuvième jour de l'opération, se trouve dans les conditions les plus satisfaisantes, et que tout fait espérer une heureuse guérison.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

NOUVELLE PYRÉTOGRAPHIE OU TRAITÉ SUR LES FIÈVRES DITES CONTINUES, CONSIDÉRÉES D'APRÈS LA DOCTRINE PHYSIOLOGIQUE; par M. Blondin, D. M. P. — 1 vol. de 300 pages. Moulins, 1838. A Paris, chez J.-B. Baillière.

Le titre de cette pyrétographie, que l'auteur présente comme nouvelle, indique assez sur quelle base repose la classification qui y est admise, et le jugement que nous en porterions si nous étions obligés de donner ici notre avis sur son mérite et son opportunité; mais déjà les idées de nos contemporains nous semblent assez définitivement arrêtées sur ce qui concerne la doctrine physiologique pure. Assez de fois il en a été question dans les colonnes de la Gazette Médicale pour que nous ne croyions pas devoir revenir sur ce sujet, qui aujourd'hui est regardé par beaucoup de lecteurs comme un lieu commun. Mais si nous n'approuvons pas la base sur laquelle l'auteur a établi sa classification, nous n'en reconnaissons pas moins qu'il a fait de louables efforts pour la mettre au courant des travaux les plus modernes, et qu'elle présente un ensemble assez satisfaisant. Nous ne savons jusqu'à quel point l'auteur a eu raison de ranger le choléra-morbus parmi les fièvres continues, car, pour nous, rien ne ressemble moins à une fièvre continue que le choléra morbus, auquel succombent tant de malades, sans que le pouls ait offert un instant le caractère qu'il présente dans les pyrexies.

Parmi les diverses questions dignes d'intérêt, traitées dans l'ouvrage de M. Blondin, nous avons surtout remarqué la description d'une fièvre gastrique continue, qui régna épidémiquement en 1834 dans plusieurs communes du département de l'Allier, situées le long de la rive gauche de la Loire, et avoisinant par conséquent le canal latéral à ce fleuve, et frappa, en premier lieu, les ouvriers qui travaillaient en grand nombre à ce canal. Dans cette description, et dans une notice sur une fièvre typhoïde qui régna dans les mêmes lieux en 1835, comme au reste dans le cours de son travail, l'auteur nous donne de nombreuses preuves qu'il possède les qualités propres à l'observation, et qu'il prend un vif intérêt aux progrès de la science médicale.

DESCRIPTION CLINIQUE DES MALADIES ET DES VICES DE CONFORMATION DE L'ŒIL HUMAIN, DES PAUPIÈRES ET DES ORGANES LACRYMAUX (KLINISCHE DARSTELLUNGEN DER KRANKHEITEN UND BILDUNGSFEHLER DES MENSCHLIGEN AUGES); par M. le docteur A. D'AMMON, à Dresde.

1re PARTIE, contenant les maladies de l'œil, avec 377 figures en 23 planches.

2e PARTIE : maladies des paupières, des orbites et des urganes lacrymaux, avec 210 figures en 12 planches. — Berlin, 1838, in-folio, chez Reimer.

La 3e PARTIE, qui paraîtra bientôt, traitera des vices de conformation de l'œil, des paupières et des organes lacrymaux.

Le célèbre médecin oculiste d'Ammon nous donne ici un ouvrage remarquable sur la science qu'il pratique avec tant de succès, et qui, dans l'histoire de la médecine, rendra son nom immortel. Cet ouvrage est le fruit de longues années d'observations assidues et d'exactes recherches. Il nous représente d'après nature, non-seulement les caractères extérieurs des maladies de l'œil, mais il en donne la cause et en indique le siége. De cette manière il démontre l'anatomie pathologique.

Pour mettre un certain ordre dans l'ensemble, M. d'Ammon a suivi les voies de l'anatomie. Cet ordre systématique qui règne dans l'ouvrage le rend aussi recommandable pour l'enseignement que pour l'usage du médecin praticien.

Pour montrer en quoi consistent principalement les avantages particuliers de l'ouvrage de M. d'Ammon sur tout autre, et spécialement sur celui de Demours, qu'il nous soit permis d'exposer la différence qui existe entre les deux.

L'ouvrage de M. d'Ammon se distingue particulièrement de Demours, en ce que, par des figures, il rend pour ainsi dire palpable l'anatomie pathologique des parties qu'il décrit; en outre, il est bien plus complet sous le rapport des maladies elles-mêmes; car, tandis que Demours donne 144 figures en 48 planches, d'Ammon, dans les deux parties de son ouvrage qui ont paru jusqu'ici, nous présente en 587 figures enluminées tout ce qu'il est possible de démontrer, et il parle de plusieurs maladies qui manquent dans Demours. Il faut aussi rapporter en faveur de M. d'Ammon, que jamais, comme Demours le fait assez souvent, il n'a représenté dans une seule figure plusieurs maladies d'yeux qui appartiennent à divers sujets.

Mais, outre ceci, ce qui élève l'ouvrage de M. d'Ammon au-dessus de celui de Demours, c'est, ainsi qu'on l'a remarqué, l'ordre systématique qu'il a suivi. Chez Demours, on va de la conjonctivite à la cataracte, et de là au staphilome, ensuite à l'orgeolet, à l'iritis, enfin, de nouveau de la cataracte à l'iritis, au staphilome, de façon que, de cette manière peu logique, il se présente de fréquentes répétitions.

Quant à l'exécution des planches, celles de d'Ammon méritent la préférence, parce qu'en général elles sont fidèles à la nature. Dans beaucoup de celles de Demours le vrai coloris manque; il est en général trop vif, reproche qu'on ne peut faire avec fondement aux figures de d'Ammon. La première partie de l'ouvrage de celui-ci surpasse la deuxième pour la finesse de l'exécution.

A l'égard des maladies particulières, il est à remarquer que dans d'Ammon, celles à la suite de l'opération de la cataracte sont représentées très en détail dans les planches, tandis qu'elles sont presqu'entièrement omises dans celles de Demours. Les maladies de la choroïde, du cercle ciliaire, de la rétine, du corps vitré, que Demours a observées à peine, sont appréciées par d'Ammon avec une attention toute particulière; de même il a écairci très exactement et très en détail le fongus médullaire dont Demours ne parle qu'en passant. En outre d'Ammon donne les figures des états maladifs dans les yeux de plusieurs animaux, comme chevaux, lapins, et nommément la maladie du corps vitré du cheval. Dans Demours de telles figures ne sont pas assez claires, comme, par exemple, les obscurcissements de la cornée, page 25, figure 2, et planche 42; de même que le glaucome de la planche 20; les ulcères de la cornée de la planche 26. Mais, en récompense, le même auteur a parfaitement représenté la plupart des inflammations qui sont passées sous silence dans l'ouvrage de d'Ammon, comme, par exemple, l'inflammation scorbutique que Demours a représentée très fidèlement dans sa planche 23.

Mais, partout ailleurs, d'Ammon ne laisse aucune lacune; il nous semble cependant qu'il entre parfois dans des détails minutieux auxquels il cherche à donner une importance qu'ils n'ont pas; par exemple, dans la première partie de l'ouvrage, planche 1, figure 17, l'œdème de la conjonctivite n'est qu'un staphilome de la sclérotique.

DES EAUX DE SOURCE ET DES EAUX DE RIVIÈRE, COMPARÉES SOUS LE DOUBLE RAPPORT HYGIÉNIQUE ET INDUSTRIEL; par ALPHONSE DUPASQUIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de chimie médicale à l'Ecole-de-Médecine de la même ville, etc. — 1 vol. in-8 de 400 pages. Paris, 1840. Chez J.-B. Baillière. A Lyon, chez Savy jeune, éditeur.

Dans le but d'éclairer la question si importante de l'usage de l'eau sous le double point de vue de l'industrie et de la santé publique, l'auteur a fait une série d'expériences délicates suivies avec le plus grand soin et une infatigable persévérance; de telle sorte que les résultats auxquels il est arrivé, non seulement sont applicables à la localité pour laquelle ces travaux avaient été primitivement entrepris, mais doivent servir de point de départ à des déductions beaucoup plus générales, relativement à la potabilité des eaux. Voici à quelles conclusions M. Dupasquier est arrivé, et l'on verra, par leur énoncé, qu'elles diffèrent, sous plus d'un rapport, des faits généralement admis jusqu'à ce jour :

1° Les eaux, pour être potables, doivent être sans odeur, sans saveur, limpides et incolores, fraîches en été et tempérées en hiver.

2° L'eau absolument pure est désagréable à boire, pesante à l'estomac et indigeste.

3° Les eaux potables, pour être bonnes, doivent contenir certains gaz et certains sels en solution.

4° Parmi les substances qui se trouvent d'ordinaire en solution dans les eaux, il en est qui sont utiles et même nécessaires; d'autres qui sont plus ou moins nuisibles.

5° Les substances utiles et nécessaires dans les eaux, parce qu'elles les rendent agréables et digestibles, sont : l'air atmosphérique, lequel agit par son oxigène, l'acide carbonique, le chlorure de sodium, le carbonate de chaux (sauf des cas exceptionnels, tels que celui de la fontaine de St-Alyre, par exemple, à Clermont-Ferrand).

6° On doit classer parmi les substances nuisibles le sulfate de chaux et les autres sels calcaires, excepté le carbonate, les matières organiques.

7° L'analyse chimique, eu égard spécialement à la présence des matières organiques, ne suffit pas pour qu'on puisse déclarer, d'après ses résultats, qu'une eau potable est de bonne ou de mauvaise nature.

8° Enfin, il faut dans tous les cas ne prononcer qu'une eau est propre aux usages hygiéniques qu'après s'être assuré, par une espèce d'enquête, que ceux qui en boivent habituellement n'éprouvent aucun inconvénient de son usage, et que leur constitution et leur santé n'en ont reçu aucune modification fâcheuse.

Quant aux qualités que doit avoir l'eau pour être employée avec tous les avantages désirables aux travaux de l'industrie, et particulièrement au blanchiment, à la teinture et à l'impression sur étoffes, elles ne diffèrent pas notablement de celles que nous venons d'énoncer. S'il s'agit de blanchiment, l'eau doit surtout dissoudre parfaitement le savon; mais d'après les recherches de M. Dupasquier, un doit regarder comme un préjugé, comme une erreur cette opinion absolue de Bertholiet que l'eau ne peut être propre à la teinture qu'à la condition de dissoudre parfaitement le savon.

Examinant ensuite, comparativement à l'eau du Rhône, les eaux de quatre fontaines rapprochées de la ville de Lyon et susceptibles d'y être amenées par des travaux de dérivation, l'auteur trouve tous les avantages du côté de ces dernières, et conclut en conséquence à ce que la préférence leur soit accordée sous le double point de vue hygiénique et industriel.

M. Dupasquier s'est aidé, dans ses recherches, de l'examen physique, d'expériences chimiques, enfin de l'observation microscopique (pour cette dernière, M. Donné lui a fourni le secours de ses lumières). Il termine par un exposé sommaire des divers modes de fourniture d'eau pratiqués dans plusieurs villes de France.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 36. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Section sous-cutanée de quarante-deux muscles, tendons ou ligamens, pratiquée le même jour, sur le même individu, pour remédier à une difformité articulaire générale. — Quelques remarques sur les altérations du sang (suite et fin).—II. Revue des Journaux de médecine français. Mémoire sur les inflammations, ulcérations et fistules de l'urètre produites et entretenues par le séjour des sondes dans ce canal. —Du monésia et des bons effets de son administration dans les affections scrofuleuses. — Note sur les dangers des injections faites dans l'utérus; expériences pratiquées à l'hôpital de Lourcine.—Grossesse de quatre enfans chez une femme primipare. —Du traitement de la fissure à l'anus par le ratanhia. — De la colique de plomb et de son traitement par la limonade sulfurique.—De la péritonite avec météorisme.—Note sur la contagion de la dothinentérie. —Mémoire sur quelques points des maladies des cheveux, précédé de recherches sur leur organisation.—Remarques générales sur les cas de pleuro-pneumonie observés à l'hôpital Cochin durant les années 1836, 37, 38 et 39. — Observation de ligature de l'artère iliaque externe dans un cas d'anévrisme diffus de l'artère crurale. —Note sur une modification de la méthode circulaire appliquée à l'amputation de la jambe, au-dessus des malléoles. —Observation d'ablation du maxillaire supérieur pour faciliter la ligature d'un polype des fosses nasales et de l'arrière-gorge.—Observation de luxation complète du pied en arrière.—Observation d'un grand nombre de tœnias existant simultanément dans l'estomac.—Un mot sur le traitement du diabète. — III. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 1er septembre. — IV. Bibliographie. De l'occasion ou de l'opportunité en matière de thérapeutique (leçons extraites d'un cours de thérapeutique fait dans le semestre de 1839).—V. Feuilleton. De l'importance sociale et politique des médecins.

CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE.

SECTION SOUS-CUTANÉE DE QUARANTE-DEUX MUSCLES, TENDONS OU LIGAMENS, pratiquée le même jour, sur le même individu, pour remédier à une difformité articulaire générale; lettre adressée à l'Académie des sciences, le 31 août 1840, par le docteur Jules Guérin.

J'ai l'honneur de faire part à l'Académie d'une opération qui, par son caractère de généralité et ses résultats immédiats, me paraît destinée à fixer d'une manière définitive la valeur d'un principe que j'ai cherché à établir dans mon mémoire sur les PLAIES SOUS-CUTANÉES, à savoir que les plaies pratiquées sous la peau, à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative.

Le 25 de ce mois, à cinq heures du soir, j'ai fait, sans désemparer, sur un jeune homme de 22 ans, la section sous-cutanée de 42 muscles, tendons ou ligamens, pour remédier à une série de difformités articulaires du tronc et des membres, causées par la rétraction active de ces muscles et ligamens. Cette série d'opérations a exigé 28 ouvertures à la peau. Les muscles, tendons et ligamens divisés sont les suivans:

AU TRONC..............	Le grand pectoral...........................	1
AUX COUDES............	Les deux biceps brachiaux....................	2
	Les ronds pronateurs.........................	2
	Les deux radiaux antérieurs..................	2
	Les deux fléchisseurs communs superficiels......	2
	Les deux petits palmaires....................	2
AUX AVANT-BRAS........	Les tendons isolés des deux cubitaux antérieurs....	2
	Ceux des grands et petits palmaires..........	4
	Ceux des grands abducteurs du pouce..........	2
		19

Feuilleton.

DE L'IMPORTANCE SOCIALE ET POLITIQUE DES MÉDECINS.

(Troisième lettre.)

J'ai terminé ma dernière lettre, en traitant de l'économie politique dans ses relations avec mon point de vue. Mais, ai-je pu le faire avec quelques-uns de ces développemens si nécessaires pour obéir aux justes exigences d'une démonstration? Sous ce rapport, j'ai à peine rempli, je crois, une partie de ma tâche; car, dans la rapide énumération de tout ce qui ressort de l'étendue de mon sujet, j'ai dû, tout en essayant de montrer les détails, ne pas oublier que je ne devais me permettre que de rares excursions hors des limites de l'ensemble. Cependant, quelque excuse que je puisse donner au pas de course auquel je me livre ici, il ne m'est pas permis d'abandonner au bon vouloir de mes lecteurs le soin de combler des lacunes dont j'aurais oublié d'apprécier l'importance. Pour être clair il ne faut pas négliger les données principales d'une question; c'est en cela que consistent les conditions de l'ordre et les droits de la logique.

Ces préliminaires ne sont pas inutiles, comme on va le voir. L'économie politique n'a pour but, il est vrai, que de mettre en harmonie les conditions matérielles de l'existence d'une nation. Mais quelque indépendance qu'on s'efforce de donner à cette science, elle est un chaînon de la longue chaîne de celles qui ont l'homme pour objet; à ce titre, elle groupe autour d'elle des élémens qui, de prime abord, semblent ne pas lui appartenir. L'économie politique, en effet, n'est pas seulement circonscrite dans le domaine des choses physiques, elle est encore du domaine moral. L'éducation est une des conditions qu'elle admet, qu'elle exige, pour la bonne préparation des problèmes dont elle aborde la solution. Ainsi il faut, pour que le travail soit bien distribué et que les forces d'une nation puissent lui suffire, il faut, dis-je, un exercice physique d'une part et une éducation morale de l'autre, qui fassent aimer aux masses les fatigues de la production, en leur donnant une vigueur suffisante pour les supporter. Il n'y a qu'à réfléchir un moment sur cela, pour connaître que la plupart des grandes perturbations, qui changent les rapports de l'économie politique d'une nation, se rattachent presqu'immédiatement à cette cause. Nous avons un exemple, un grand

		19
AUX DEUX GENOUX....	Les deux couturiers........	2
	Les deux biceps cruraux........	2
	Les deux demi-membraneux........	2
	Les deux demi-tendineux........	2
	Les deux droits internes........	2
	Fascia lata........	1
	Ligamens latéraux externes........	2
AUX DEUX PIEDS.....	Les deux tendons d'Achille........	2
	Les deux jambiers antérieurs........	2
	Les deux extenseurs communs........	2
	Les deux extenseurs propres du gros orteil........	2
	Les deux péroniers antérieurs........	2
		42

Voici les résultats immédiats de ces opérations :

L'opéré n'a éprouvé qu'une douleur et une fatigue médiocres; il n'a proféré aucune plainte pendant les opérations, et celles-ci ont duré une heure. Une heure après, il s'est endormi d'un sommeil calme. La nuit et le jour suivant ont été très tranquilles. Aucun accident inflammatoire n'est survenu, et, le troisième jour, les vingt-huit plaies étaient complètement cicatrisées. Aujourd'hui, cinquième jour de ces opérations, les points de la peau qui ont été divisés sont débarrassés de toute espèce d'applications, et on distingue à peine les traces des cicatrices.

Ces opérations ont été pratiquées à la Muette, en présence d'une réunion de médecins français et étrangers, parmi lesquels se trouvaient : MM. Arendt, chirurgien de l'empereur de Russie; Valentine-Mott, de New-York; Doubowitsky, de St-Pétersbourg; Bégin, Chervin, Delherbe, Donné, Fiévée, Foville, Jacob, Kuhn, Lévy, R. Parise, Rayer, Ribes, Valenciennes, de Paris, et Bataille, Boucher, Navart, Noble, Pénard et Vitry, de Versailles.

Plusieurs de ces honorables confrères sont venus constater les résultats généraux que je viens de rapporter.

Je me dispense, pour le moment, de faire ressortir de ce cas remarquable de difformité générale les circonstances propres à confirmer mes idées sur l'origine commune des difformités particulières, qu'une affection cérébrale avait réunies et combinées sur le même individu. Je me borne aujourd'hui à signaler le fait de la section sous-cutanée de quarante-deux muscles, tendons ou ligamens, avec vingt-huit plaies à la peau, sans le plus petit symptôme de réaction inflammatoire. Pour ôter à cette opération toute apparence de témérité, j'ajouterai que, depuis que j'ai cherché à établir, par de nombreuses expériences sur les animaux, l'innocuité absolue des plaies sous-cutanées, je suis arrivé à vérifier le même principe chez l'homme par une série d'opérations convenablement graduées, depuis la section d'un seul muscle jusqu'à la section d'un très grand nombre. Quant aux procédés opératoires que j'ai mis en usage, la plupart sont nouveaux et ont été appliqués à des difformités partielles qui n'avaient été ni décrites, ni attaquées par la méthode sous-cutanée. Je me propose de faire connaître les uns et les autres en communiquant en temps opportun à l'Académie le résultat définitif de ces opérations.

Veuillez agréer, etc.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

QUELQUES REMARQUES SUR LES ALTÉRATIONS DU SANG; par M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 8 août.)

On a pu se convaincre par la lecture de la première partie de ce travail que l'augmentation de la fibrine est un caractère constant et essentiel de l'état phlegmasique. Toute inflammation aiguë introduit dans l'économie une disposition particulière en vertu de laquelle une grande quantité de fibrine se forme rapidement au sein de la masse sanguine. L'exactitude de cette conclusion qui touche de si près à la question de la nature du travail phlegmasique se trouve confirmée par l'étude des propriétés de la fibrine en pareille circonstance. En effet, dans les inflammations aiguës intenses, surtout quand on agit sur une troisième ou une quatrième saignée, on est frappé des caractères nouveaux qu'a pris la fibrine qui ressemble alors à celle des jeunes animaux. J'ai rappelé cette conclusion de la première partie du travail de MM. Andral et Gavarret, afin de faire mieux ressortir les différences qui existent entre les phlegmasies et les affections des classes suivantes que je vais étudier.

La seconde classe établie par les auteurs du mémoire cité comprend *les maladies dans lesquelles la fibrine reste en quantité normale ou diminue en même temps que les globules restent aussi en quantité normale ou augmentent*, telles sont les pyrexies continues et intermittentes, les congestions et les hémorragies cérébrales.

Prodrôme des fièvres continues. — Dans le prodrôme des fièvres continues jamais la fibrine n'a augmenté chez les huit malades dont le sang a été examiné : dans trois cas, elle était au dessous de l'état normal (2 1/4), et dans deux autres elle n'était plus que de 1 1/2. Les globules ne s'abaissent jamais au-dessous du chiffre normal; plus souvent ils s'élèvent au-dessus. Les matériaux solides du sérum se maintiennent entre 84 et 96; et l'eau peu abondante ne dépasse jamais la quantité moyenne.

Fièvres continues simples. — Chez les sujets atteints de fièvre continue non typhoïde, tantôt la santé revient sans que l'on puisse dire quel a été l'organe plus particulièrement affecté, et tantôt il se déclare une lésion phlegmasique, comme érysipèle, angine, etc. Dans le premier cas, les modifications du sang restent exactement les mêmes que dans le prodrôme des fièvres continues. Chez un malade qui présentait cet ensemble de symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire ou angéiotonique, la fibrine était à l'état normal, et les globules avaient atteint le chiffre énorme de 185. Ce qui prouve que cette fièvre n'est point une phlegmasie que l'on puisse localiser dans les artères ou dans le sang. Lorsque, dans le cours ou vers la fin d'un état fébrile continu, une phlegmasie se développe, le sang présente une augmentation très notable de fibrine pourvu toutefois que la phlegmasie ne soit pas très légère.

Fièvres typhoïdes. — Voici maintenant un état morbide sur lequel l'étude du sang a jeté encore une vive lumière : « On pouvait supposer qu'en raison de la plegmasie intestinale qui se développe autour des plaques ulcérées, le sang offrirait les modifications qu'il présente dans les

---

exemple, tout palpitant dans notre pays. La production a tourné sa girouette vers l'industrie manufacturière; la culture est devenue une sorte de flétrissure pour le paysan. Qu'est-il arrivé? Ce discrédit, qu'on n'a pas essayé de faire cesser a peuplé surabondamment les manufactures. Les fabricans se sont empressés d'exploiter cette direction en abaissant les salaires tout en forçant le travail; et les ouvriers, déçus de plus en plus dans leurs espérances, ont regretté leur passé, maudit leur présent, et insuffisans à nourrir leurs familles, se sont vus forcés de les faire entrer tout entières dans ces établissemens, où la santé se détruit en même temps que le vice y prospère.

Frappé de cet état de choses, le pouvoir a songé à ces jeunes filles, qui n'ont eu pour toute éducation que le hideux tableau des misères de la vie, et qui, dans un étiolement à la fois physique et moral, sont enrôlées dans les manufactures. Il a formulé un projet de loi sur la durée du travail auquel les enfans sont assujétis; et bientôt, sans doute, leur jeune énergie ne sera plus sacrifiée avec une si déplorable profusion à l'insatiable avidité de ceux qui spéculent si cruellement sur elle. Mais, quelque bien que produise cette loi, dont la première idée appartient, si je ne me trompe, à des médecins, qu'elle sera loin encore des besoins que réclame si vivement une telle situation ! Il y a, en effet, à régler les salaires des pères de famille, pour que ceux-ci ne soient pas forcés par le besoin de jeter aux manufacturiers, la proie de leurs enfans. Il y a à faire précéder l'éducation du travail chez les jeunes ouvriers par celle qui établit dans le cœur les principes de la morale. Il y a à veiller paternellement à la conservation de ces principes, en défendant, d'une manière absolue, cette cohabitation des enfans des deux sexes dans les mêmes salles d'atelier, où la licence des conversations ne manque pas d'engendrer les mœurs les plus licencieuses. Il y a même à continuer cette éducation, en obligeant les maîtres ou, si on ne peut arriver là, en les encourageant à une surveillance qui ne s'exercerait pas seulement sur le travail, mais sur la conduite, et qui saurait élaguer de la famille des ouvriers ceux qui, par leur immoralité, pourraient former des centres de contagion. Il y a encore à assujétir ceux qui gouvernent ces établissemens, à faire pratiquer à leurs subordonnes quelques habitudes hygiéniques, pour que la maladie, puisée le plus souvent dans les conditions insalubres de la fabrication, ne devienne pas l'état habituel de ces populations laborieuses, et n'abaisse pas les forces physiques au-dessous du niveau fixé par les exigences du travail. Ces améliorations, en effet, se lient tellement entre elles que par les unes on est conduit nécessairement à comprendre et à introduire facilement les autres. Que de fois n'a-t-on pas dit et combien n'a-t-on pas raison de dire que le moral influe sur le physique et le physique sur le moral ! Eh bien! la démonstration de cette vérité vulgaire se répète sans cesse d'une manière frappante dans la plupart des manufactures. L'absence de soins hygiéniques, jointe aux dures fatigues du travail, introduit dans l'organisme des jeunes ouvriers, une sorte d'atonie physique et de découragement moral qui les rend incapables d'aucune réaction courageuse contre les habiles séductions du vice et les pressantes impulsions des besoins. Les exemples sont si multipliés qu'il n'y a que de rares exceptions à cette règle.

On répondra peut-être qu'il existe des manufactures qui, par la nature des produits en manipulation, exercent une heureuse influence sur la santé des ouvriers. Ainsi (je prends cet exemple) dans les établissemens où on travaille la laine, les ouvriers acquièrent, dit-on, une certaine vigueur, grace à la grande

phlegmasies; mais il n'en est point ainsi. » Quelle que soit la période à laquelle on examine le sang (du quatrième au vingtième jour), jamais la fibrine ne s'élève au-dessus de son chiffre physiologique; elle le conserve assez souvent, mais souvent aussi elle s'abaisse au-dessous de lui, offrant ainsi une manière d'être inverse de celle qu'elle présente dans toute phlegmasie. La diminution de la fibrine est parfois extrême; dans un cas elle est tombée au-dessous de 1 gramme pour 1,000 grammes de sang. On trouve donc dans cette pyrexie, par rapport à la fibrine, un état tout à fait inverse; j'ajouterai, pour mettre encore mieux en relief les différences qui séparent les phlegmasies de la fièvre typhoïde, que plus cette dernière est intense, plus la fibrine diminue, tandis qu'elle augmente dans les phlegmasies à mesure que la fièvre et les symptômes s'accroissent; elle s'abaisse jusqu'à 1 millième dans la fièvre typhoïde; elle va jusqu'à 10 dans le rhumatisme et la pneumonie.

Les globules pendant la durée de la maladie ont une grande tendance à augmenter; mais c'est surtout au début que cette augmentation est le plus marquée. Le chiffre des globule varie entre 140 et 150 jusqu'au huitième jour; il se maintient encore plus tard à un chiffre assez élevé (au-dessus de 130), malgré les saignées et la diète. L'augmentation du nombre des globules est donc un des traits saillans de la fièvre typhoïde; mais cette augmentation n'est pas aussi constante que l'est celle de la fibrine dans les phlegmasies; car elle peut n'avoir jamais eu lieu ou avoir cessé d'exister, et la fièvre typhoïde n'en prend pas moins naissance et n'en marche pas moins; ce qui prouve que cette variation des globules n'est pas un élément indispensable de la maladie. On ne peut pas dire non plus que la diminution de la fibrine soit un second trait caractéristique de l'altération du sang dans cette maladie. puisqu'elle n'a pas toujours lieu. Il y a plutôt un excès de globules par rapport à la fibrine; cependant lorque la maladie marche et qu'elle est intense l'abaissement de la fibrine est bien réel. Ce n'est que dans les cas légers que le sang ne présente que des caractères purement négatifs.

Les déductions pathologiques que l'on peut tirer des faits qui précèdent sont assez nombreuses. On doit d'abord conclure que l'augmentation de la fibrine ne dépend pas seulement de l'existence de l'état fébrile, de son intensité et de sa continuité, puisque toutes ces conditions se retrouvent dans la fièvre typhoïde sans que la fibrine augmente comme dans les phlegmasies; il y a donc une autre condition pathologique qui nous échappe et qui établit à elle seule cette différence. Aussi suis-je porté à admettre, avec MM. Andral et Gavarret, que « la fièvre typhoïde est un état morbide infiniment plus complexe qu'une phlegmasie. » Les études sur les altérations du sang nous apprennent à séparer cette maladie des phlegmasies; c'est là sans doute un service immense, mais elles ne nous apprennent encore rien sur sa nature et son siége. Est-ce dans les solides ou dans le liquide en circulation que s'opère le premier développement de la maladie ? Telles sont les questions qu'il n'est pas encore permis de résoudre. On peut aussi se demander pourquoi une fièvre typhoïde légère, mais caractérisée par les symptômes qui la font reconnaître, ne détermine aucune altération bien sensible dans le sang; on conçoit qu'elle pourrait être très minime; mais elle devrait se traduire par quelques changemens appréciables, ainsi qu'on le voit dans les phlegmasies où les quantités plus ou moins grandes de fibrine correspondent aux différens degrés de l'inflammation. On ne trouve pas dans les pyrexies typhoïdes une loi fixe et invariable, telle qu'on en possède une pour caractériser les inflammations. On doit donc considérer l'état du sang dans la fièvre typhoïde comme un sujet qui loin d'être épuisé réclame de nouvelles recherches; c'est ce que reconnaissent MM. Andral et Gavarret qui ont eu soin d'indiquer les différences que les analyses du sang leur ont offertes dans plusieurs séries de cas qu'ils ont distingués. Il reste à voir quelle est la cause des variations que le sang éprouve dans la fièvre typhoïde; à chercher, par exemple, si elles sont en rapport avec les formes diverses que les auteurs ont admises et qui semblent annoncer que les élémens de la maladie ont changé. On pourrait peut-être arriver ainsi à savoir en quoi consiste l'état morbide qui donne lieu à la fièvre et aux autres symptômes typhoïdes et qui constitue le véritable fond de la maladie. Il me semble que l'on pourra puiser d'utiles renseignemens dans l'étude comparative de quelques maladies à forme typhoïde prononcée, avec lesquelles coexiste une lésion inflammatoire ou non à siége bien déterminé; telles seraient, par exemple, la phlébite, la péritonite puerpérale, la phlébite utérine, les résorptions purulentes, etc. Ces nouveaux sujets d'étude appellent les méditations des médecins qui veulent établir solidement les bases de la pathologie humorale. Quant aux altérations du sang dans la grande classe des phlegmasies, les résultats obtenus sont tellement invariables et tranchés qu'elles laissent peu de chose à faire, du moins sous le point de vue de la constitution du sang.

Fièvres éruptives. — Les médecins qui font jouer le principal rôle à la phlegmasie cutanée, dans la variole, la scarlatine, la rougeole, seront forcés de modifier leur opinion, car l'analyse du sang contredit formellement cette manière de voir. La fibrine a oscillé entre 1 et 4, et encore ce dernier chiffre ne s'est-il montré qu'une seule fois. Dans la plupart des cas elle s'est maintenue entre les chiffre 3 1/2 et 2. Quant aux globules, ils ont offert une augmentation quelquefois considérable (146) dans certains cas de scarlatine et de rougeole; dans cinq cas de variole très confluente, ils n'ont rien offert de particulier; ils sont même tombés au-dessous de leur chiffre normal dans un cas où l'on a observé beaucoup d'inégalités dans la proportion de la fibrine, sans que pour cela elle soit montée jusqu'au degré auquel elle s'élève dans l'inflammation. Commençait-elle à réfléchir dans le sang le travail phlegmasique dont la peau était le siége ? C'est là une idée qui s'offre naturellement à l'esprit. Pourquoi, en effet, les inflammations multiples de la peau n'augmentent-elles pas la fibrine dans les fièvres éruptives ? Il faut sans doute en accuser la nature toute spéciale du principe morbide qui domine ou tout au moins détruit l'influence qu'exerce l'inflammation de la peau. Cependant je dois faire remarquer que dans les états morbides complexes qui résultent de la réunion de deux maladies bien déterminées, on retrouve dans le sang les caractères qui sont propres à chacune d'elles; c'est ainsi que dans la chlorose compliquée de phlegmasie, la fibrine s'élève, tandis que les globules sont notablement diminués. Si la phlegmasie de la peau dans les fièvres éruptives était l'élément prédominant, la fibrine serait augmentée comme elle l'est dans l'érysipèle. Les différences tranchées qui existent entre le sang des sujets atteints de rougeole et de scarlatine, et celui des sujets affectés d'érysipèle ne permettent pas de placer ces affections les unes à côté des autres. S'il y a dans l'érysipèle quelque principe morbide spécial, ainsi que le supposent plusieurs médecins, il faut reconnaître qu'il n'a pas le pouvoir d'agir sur le sang, tandis que l'augmentation de la fibrine atteste à coup sûr la présence d'une inflammation.

---

quantité d'huile dont on imprègne cette substance. M. Thomson vient tout récemment de plaider la cause de ce phénomène, dans une note reproduite par la Gazette Médicale; mais M. Thomson rapporte ce qu'il a observé dans une province d'Angleterre, dans le nord de notre Europe, et ce fait est trop limité et d'ailleurs trop sujet à contestation pour qu'il ne soit pas rangé plutôt dans la classe des assertions que dans la catégorie des opinions démontrées. Voici d'ailleurs ce qu'il m'a été permis de vérifier : dans le midi de la France, où la laine est manipulée dans un grand nombre d'établissemens, puisqu'il y a des villes très populeuses qui ne vivent que de ce genre d'industrie, les ouvriers ne trouvent pas la santé dans cette constante imprégnation d'huile à laquelle les soumet leur profession. Leurs fraîches couleurs, si la misère ne les a pas déjà fait avorter pour toujours, ne s'avivent pas, dans ce bain à la manière antique. Les maladies scrofuleuses surtout ne s'y guérissent pas. Au contraire, la pâleur du visage, la bouffissure des formes et parfois l'amaigrissement, tels sont les caractères morbides qui se développent sur cette population. A quoi tiennent ces phénomènes ? faut-il les attribuer en partie aux conditions particulières de la température méridionale ? Sans chercher à discuter la question, il semblerait que cette saturation huileuse de la peau doit faire obstacle à la circulation capillaire : ce qui expliquerait la pâleur; que la même cause doit aussi faire obstacle à la transpiration, si nécessaire à l'entretien de l'équilibre vital chez tous les hommes et sous toutes les latitudes : ce qui expliquerait l'empâtement du tissu cellulaire et les engorgemens de toute espèce. Les observations de M. Thomson pourraient donc n'être basées que sur une exception ou même manquer de justesse.

En développant jusqu'au bout cet exemple pris au hasard parmi tant d'autres, les désordres moraux viendraient bientôt compliquer les anormalités physiques; car il existe, entre le physique et le moral, une mutualité de rapports telle qu'ils sont tour à tour cause et effet. Il faut donc que le législateur se pénètre bien de cette vérité, si lumineuse d'ailleurs qu'elle est tombée dans le domaine vulgaire. Mais vouloir être ce que cet axiome veut qu'on soit n'est pas chose facile. Il ne suffit pas pour cela de savoir se diriger habilement dans le dédale des législations, d'avoir l'habitude de théoriser sur l'homme, comme sur une entité absolue qui ne varierait ni dans les individus, ni dans les temps, ni dans les âges. Le vernis d'instruction que donne une éducation incomplète, les faibles avantages qui naissent d'un talent superficiel d'observation, tout cela peut servir aux yeux d'un certain monde à fixer quelque brillant sur celui qui les possède; mais la connaissance même très incomplète de la physiologie du physique et du moral, ne s'accommode pas de la médiocrité d'esprit et de savoir. Pour aborder la plupart des questions qui se rattachent à cette science si complexe, pour intervenir avec fruit dans celle des manufactures, l'intelligence doit posséder d'autres ressources. Il faut, comme je le disais tout à l'heure, qu'elle se rende compte des rapports qui existent entre le physique et le moral, des phénomènes qui en résultent; qu'elle sache rapporter les effets aux causes réelles, et remonter jusqu'à cette source première pour bien apprécier et pour apprendre à détruire le principe de tous ces résultats. Il faut surtout, dans cette question de la réhabilitation physique et de l'organisation morale des ouvriers, que l'homme politique comprenne bien la mesure d'influence de toutes ces forces, dont l'ouvrier est le point de convergence; qu'en observant leurs effets, leur mécanisme, il découvre comment il faut s'y prendre pour les modifier les uns par les autres, ou pour arriver en employant le

Fièvres intermittentes. — Dans six cas de fièvres intermittentes, dont quatre tierces et deux quotidiennes, les malades furent saignés, les uns dans l'apyrexie, d'autres pendant l'accès, soit pendant le stade de frisson, soit pendant le stade de chaleur, soit pendant la sueur, et il n'en est résulté, dans le sang, aucune différence appréciable. Les élémens du sang ne subirent aucune modification. L'étude de ce liquide tend donc à faire croire qu'il n'y a dans la fièvre intermittente qu'une perturbation nerveuse qui, une fois dissipée, permet à toutes les fonctions de l'économie de rentrer dans l'ordre; elle prouve encore que le mouvement fébrile, quels que soient son intensité et sa durée, n'a pas pour effet d'accroître les quantités de fibrine, à moins qu'il n'intervienne une phlegmasie. C'est donc à celle-ci qu'il faut attribuer l'accroissement des quantités de fibrine.

Congestion et hémorragie cérébrales.—Sous le nom de congestion cérébrale, on désigne une maladie dont la nature est peu connue et qui se traduit par de la céphalalgie, des vertiges, de la tendance à l'hémorragie nasale, etc.; ces symptômes très vagues se montrent dans beaucoup de maladies et au début de la fièvre typhoïde particulièrement. Dans quinze cas de ce genre, la fibrine, souvent en quantité normale, n'a jamais augmenté sensiblement, et, dans plus d'un cas, elle a considérablement diminué. Son maximum a été de $\frac{3}{4}$, et son minimum $\frac{1}{2}$. Les globules conservaient leur moyenne physiologique ou la dépassaient.

Les résultats obtenus par l'analyse du sang des apoplectiques ne diffèrent pas de ceux que je viens d'énoncer. La modification que l'on voit se reproduire le plus souvent est la diminution de la fibrine et l'augmentation des globules. Cette double altération est d'autant plus tranchée que l'on examine le sang à une époque plus rapprochée du début de la maladie. On peut affirmer que ce n'est pas la perte de sang qui diminue la fibrine; car, dans les cas où il en est ainsi, les globules commencent à diminuer bien avant que l'on observe du changement dans la quantité de la fibrine.

Il est singulier que chez les sujets atteints de congestion, d'hémorragie, le sang offre une altération semblable à celle que détermine une pyrexie continue, la fièvre typhoïde, par exemple. Sans chercher à pénétrer la cause pathogénique qui agit dans des cas en apparence si différens, je rappellerai que dans les fièvres typhoïde et éruptives, il y a des hémorragies si fréquentes qu'elles sont considérées avec juste raison comme des symptômes de ces maladies. Ce résultat doit aussi paraître moins surprenant lorsqu'on songe aux expériences curieuses faites par M. Magendie. Il a vu que toutes les fois que, dans le sang, le chiffre de la fibrine diminue de beaucoup par rapport à celui des globules, le sang perd de sa cohésion, tend à sortir des vaisseaux qui le contiennent; la modification toute chimique subie par le sang explique beaucoup mieux la formation de ces hémorragies qu'on ne pourrait le faire en l'attribuant à une lésion anatomique du solide vivant. Je dois ajouter, toutefois, qu'il s'est présenté à MM. Andral et Gavarret un certain nombre de cas d'apoplexie cérébrale dans lesquels le sang n'avait éprouvé aucune altération; il faut donc en conclure que si la diminution de la fibrine par rapport aux globules est une des conditions pathogéniques de l'hémorragie cérébrale, elle n'est pas la seule; d'autres aussi peuvent lui donner naissance. On sait en effet que tantôt c'est l'action exagérée du cœur, la lésion d'un vaisseau, tantôt un produit organique ou une phlegmasie de la pulpe cérébrale qui déterminent l'hémorragie. Cette diversité de causes explique très bien les différences légères que présentent les altérations du sang dans cette maladie.

On peut reprocher sans doute à la classe deuxième que je viens de passer en revue, de renfermer des objets assez disparates et que l'on n'est pas habitué de voir réunies ensemble dans les cadres nosographiques. Les fièvres continues simple, typhoïde, éruptive, intermittente, figurent à côté de la congestion et de l'hémorragie cérébrale; c'est ainsi que des maladies réputées jusqu'ici entièrement locales se trouvent rapprochées de ces affections dans lesquelles on admet une influence pathogénique générale. En réunissant dans une même classe des maladies si diverses, MM. Andral et Gavarret n'ont voulu établir qu'un premier fait résultant de leurs recherches, savoir, que dans toutes la fibrine est normale ou diminuée, les globules normaux ou augmentés; ce qui les distingue entièrement des maladies de la première classe, dans laquelle on observe une augmentation souvent considérable de fibrine. Le rapprochement des maladies, opéré à l'aide des seuls caractères pathologiques fournis par le sang, montre de nouveaux rapports que certes l'on n'aurait pas soupçonnés. Il s'agit maintenant de savoir si des recherches ultérieures ne viendront pas apporter quelques changemens. La pathologie humorale en est à ses premiers commencemens; tout est à faire dans cette science entièrement neuve; il faut donc ne procéder qu'avec une grande circonspection, et se contenter de signaler les résultats à mesure qu'ils se présentent, et quand ils sont clairs et bien tranchés. On peut prétendre que l'étude des altérations du sang dans les maladies de la seconde classe ne fait connaître qu'un des élémens morbides, qu'elle ne dit pas si ces altérations sont primitives ou consécutives, c'est-à-dire cause ou effet; enfin, qu'elle ne peut pas servir à classer les maladies. Je ne chercherai pas à résoudre ces questions, parce qu'il me semble facile de s'égarer dans le champ de l'hypothèse, lorsqu'on veut raisonner d'après un petit nombre de faits entièrement nouveaux.

Troisième classe. — Maladies dans lesquelles les globules du sang sont spontanément diminués. — La diminution des globules existe toujours chez les sujets soumis à la diète ou à l'influence des pertes de sang. Ils s'abaissent encore au-dessous de l'état normal dans certains états cachectiques. On les a vu descendre à 68 (127 étant la norme) chez un sujet affaibli par les accès répétés d'une fièvre intermittente. Chez un sujet épuisé par le diabète sucré, les globules étaient tombés à 86; chez un malade en proie à une hydropisie symptomatique d'une affection du cœur, ils étaient descendus à 68. Les individus atteints de cachexie saturnine présentent constamment un abaissement de globules : dans un cas où cette sorte d'épuisement constituait toute la maladie, il n'y avait que 88 en globules, et cependant le sujet se nourrissait très bien. La chlorose mérite plus spécialement de fixer l'attention.

Dans cette maladie, que l'on a cherché à différencier de l'anémie, on retrouve les mêmes altérations de composition du sang qu'après les hémorragies considérables, de telle sorte que, sous ce rapport, la chlorose peut être considérée comme le type de l'anémie. Il convient d'établir deux degrés dans la chlorose : dans un premier degré, qui a été décrit par quelques auteurs sous le nom de *chlorosis fortiorum*, la face est encore animée de couleurs vives qui pourraient en imposer pour un état pléthorique; mais les forces sont affaiblies et les autres symptômes ne laissent aucun doute sur l'existence de la maladie. Si on examine le sang de ces malades, on y constate déjà une notable diminution des globules, mais elle

---

même système à leur mutuelle destruction. Mais qui pourra se placer à cette hauteur, qui pourra plutôt fouiller de sa vue perçante jusqu'aux intimes profondeurs du problème, si ce n'est celui qui a médité longtemps et beaucoup sur les grandes choses de l'organisation humaine? Qui le pourra, sinon le médecin? Voici d'ailleurs comment la science medicale prepare cette complexe solution.

L'air malsain des manufactures, les influences mauvaises qui résultent souvent de la matière en fabrication, la distribution du travail sans juste rapport avec l'âge, avec le sexe ou avec les forces, expliquent l'atonie musculaire, l'affaissement physique qui frappent la plupart des ouvriers. Cet affaissement exige chez les hommes l'usage des boissons alcooliques, et plonge les femmes dans une indolence maladive dont les tirent à peine les quotidiennes et dures nécessités du travail. L'ivresse fait contracter aux uns l'habitude de tout dire et de tout oser; l'absence de réaction chez les autres leur fait tout écouter sans dégoût, tout accepter sans lutte. Ainsi la communauté d'existence de la manufacture livre les faibles et les chétifs à la discrétion du vice; et il s'établit bientôt entre les passions et la faiblesse, un équilibre tout au profit des passions. De là des conditions nouvelles. Le mal physique a engendre le mal moral; la démoralisation sert d'aliment au progrès du mal physique. Ici je pourrais dire les désordres morbides qui se développent se succèdent, se compliquent les uns les autres, et font de la population ouvrière une population à part dans certaines localités. Mais qui ne m'a devance dans cette triste énumération; qui ne sait parmi les médecins que si le trouble de l'équilibre physique amène la perturbation du moral, le vice devient par son influence sur les fonctions en général et le système nerveux en particulier, une puissante condition de maladie et même une condition morbide de premier ordre? En faisant ce tableau, je n'exagère pas. Il nous manque, pour réaliser completement la démonstration, des statistiques qui déroulent jusqu'à la fin l'existence des individualités de la classe manufacturière. Ces statistiques prouveraient que la plupart de ces ouvriers traînent une vie courte, et que les maisons de force et de debauche recrutent parmi eux une grande partie de leur population.

Mais, cette donnée du grand problème de l'économie politique a des limites bien plus reculées. Si le médecin voit dans la classe ouvrière des échanges multipliés d'influence entre le physique et le moral, s'il sait en mesurer en quelque sorte la force et l'etendue, il peut, il doit rendre plus féconde cette observation partielle. Du détail il doit monter à l'ensemble, du particulier conclure au général. L'économie politique compte, en effet, plus d'un élément; elle renferme dans son cadre tout ce qui produit, depuis la matière qui nous vêtit ou nous alimente, jusqu'à ces créations intellectuelles, à la fois émanation et substance de la pensée. Cette science admet dans ses appréciations toutes les individualités, toutes, jusqu'à celles qui sont inhabiles à produire, ou forment la classe si nombreuse du parasitisme social. Vis a vis de l'économie politique, la société est un atelier immense où tout le monde travaille ou est appelé à travailler. Le médecin peut donc remplir dans cet atelier commun la fonction d'organisation et de surveillance, qu'il aura bientôt, je n'en doute pas, la faculté de remplir dans les manufactures. Il y a parité pour les deux choses. Les besoins y sont les mêmes, et les devoirs doivent fidèlement se modeler sur les besoins, afin qu'il en resulte pour le peuple industriel, comme pour la société, le bien moral et physique, c'est-à-dire l'éducation.

est loin d'être aussi marquée que dans le second degré de la chlorose, lorsque cette maladie est confirmée. On constate alors une diminution telle des globules, qu'on ne la retrouve dans aucune autre maladie, si ce n'est dans les cas où la constitution vient d'être épuisée par d'abondantes hémorragies. Dans un cas de ce genre, les globules sont tombés à 21, un des chiffres les plus bas que l'on ait obtenus. Dans le premier degré de la chlorose, ils s'abaissent jusqu'à 113, 112, 104 et même 99. Lorsque le mal est confirmé, et que les sujets n'ont été soumis à aucun traitement, on voit les globules descendre à 77, 70, 68, 60, 50, 46; une fois, enfin, ils se sont abaissés jusqu'au chiffre 38, qui est le chiffre le plus bas que l'on ait rencontré.

Le traitement par les ferrugineux exerce une influence très grande; il a pour effet de faire remonter les globules. Chez une malade dont le sang ne présentait que 46 en globules, avant l'administration du fer, ces globules remontèrent à 95. Un cas non moins remarquable fut celui d'un homme qui était tombé dans un état d'anémie dont les symptômes ne s'éloignaient pas sensiblement de ceux de la chlorose. On ne trouva d'abord que 87 en globules, la fibrine ayant conservé, comme dans tous les cas de ce genre, son chiffre normal. Après une seconde saignée, on ne trouva que 77 en globules; ils étaient remontés à 87, après l'usage prolongé des préparations ferrugineuses.

Les autres élém ' sdu saug sont peu influencés dans la chlorose: les matériaux solides du sérum qui varient entre 75 et 94, se maintiennent dans leurs limites physiologiques; l'eau s'accroît en raison directe de l'abaissement des globules: les quantités de fibrine restent normales, quelle que soit l'intensité de la maladie et malgré l'administration du fer.

Ce résultat, fourni par l'analyse du sang, est d'une importance d'autant plus grande qu'il renverse les idées généralement admises jusqu'ici au sujet des altérations du sang et du mode d'action des ferrugineux dans la chlorose. En effet, on a toujours pensé que la lésion caractéristique de la maladie était la diminution de la fibrine; quelques auteurs, s'imaginant aussi que le fer est en moindre quantité, ont cru que le principal effet du traitement était de rendre au sang le fer qu'il a perdu. On ne saurait admettre aujourd'hui une semblable opinion; l'erreur dans laquelle on est tombé tient à ce que l'on se représente toujours la fibrine comme partie intégrante des globules; raisonnant alors d'après cette idée, on est conduit à penser qu'il y a diminution de la fibrine dans la chlorose. Cependant, les recherches de MM. Andral et Gavarret conduisent à cette conclusion nouvelle et tout à fait imprévue, savoir que la fibrine n'est nullement altérée dans ses quantités, que l'altération essentielle et caractéristique est la diminution considérable des globules. Ainsi donc, voilà encore une maladie dans laquelle un seul des élémens du sang est altéré, ce sont les globules; les autres restent parfaitement intacts. Dans les phlegmasies, au contraire, les globules ne sont pas sensiblement altérés; c'est la fibrine qui diminue d'une manière très notable. Il faut avoir médité quelque temps sur ces altérations pour bien les comprendre; pour savoir, par exemple, que les variations que subit un des élémens du sang sont tout à fait différentes de celles qu'éprouve tel autre élément, qu'un seul peut être affecté, les autres restant intacts; la fibrine, par exemple, diminuer quand les globules sont à leur chiffre normal; ceux-ci, au contraire, diminuer ou augmenter, la fibrine restant intacte. Lorsque l'esprit n'est pas fait à ce genre de recherches, il conçoit difficilement que l'altération puisse frapper un seul des élémens du sang, et surtout que les variations de la fibrine soient tout à fait distinctes de celles qui se montrent dans les globules. L'étude détaillée des affections qui précèdent ne laissera aucun doute dans l'esprit du lecteur qui s'y arrêtera quelques instans.

J'ai dit que la fibrine restait intacte dans la chlorose, mais c'est à la condition que cette maladie n'est compliquée d'aucun état phlegmasique, car on peut établir en règle que, quelle que soit la nature de l'altération du sang, on y retrouve toujours les caractères de la maladie principale et de la maladie de complication. Si la chlorose, par exemple, s'accompagne de rhumatisme articulaire aigu, de phthisie, comme cela est arrivé dans plus d'un cas, les globules subissent l'altération propre à la chlorose, et la fibrine s'élève. Ainsi la fibrine peut se soustraire aux altérations que le sang éprouve et recevoir sa modification accoutumée de la phlegmasie, absolument comme si la chlorose n'existait pas.

L'étude des altérations du sang est venue confirmer un fait clinique qui avait été aperçu par les meilleurs observateurs. Ils avaient remarqué que l'appauvrissement du sang, amené soit par une maladie chronique et la diète, soit par les émissions sanguines répétées, n'empêchait pas l'inflammation de naître et de se reproduire avec une singulière persistance chez les sujets qui avaient été affaiblis par une ou plusieurs des causes précédentes. L'observation avait montré aussi que la faiblesse de la constitution, le tempérament lymphatique, n'étaient pas un obstacle à la production des phlegmasies. L'analyse du sang, faite dans ces diverses circonstances, prouve la vérité de ces observations et en donne une explication toute naturelle; elle apprend que la diminution des globules précède toujours la diminution de la fibrine. Déjà le sang est appauvri, c'est-à-dire ses globules diminués sans que la fibrine ait encore subi d'abaissement considérable. On conçoit dès-lors que l'inflammation peut naître facilement dans de telles conditions, puisqu'elle ne s'attaque qu'à la fibrine. Mais, dira-t-on, dans la fièvre typhoïde et dans la variole, où il existe des phlegmasies qui font partie intégrante de l'affection, la fibrine est quelquefois diminuée, et cependant l'on voit des phlegmasies intercurrentes se développer fréquemment. L'abaissement de la fibrine n'est donc pas toujours un obstacle à la production des phlegmasies. Cela est vrai. Mais il faut remarquer que, dans les cas de fièvre typhoïde et de variole, où la fibrine est diminuée, les globules sont augmentés; dès-lors il n'y a pas là encore toutes les conditions de l'appauvrissement du sang; il faut que ces globules s'abaissent au dessous de leur chiffre normal; c'est seulement alors que la fibrine s'abaisse aussi. Jusque-là la phlegmasie pouvait naître facilement; mais dès que les globules se sont abaissés et la fibrine aussi, il est difficile à l'inflammation de se produire. On voit donc, en dernière analyse, qu'il faut tenir compte de l'état où se trouvent les globules, et qu'il ne suffit pas que la fibrine soit abaissée; les globules doivent l'être également.

Les globules paraissent jouer un rôle important dans la production des phénomènes morbides; mais il serait difficile de prévoir le genre d'altération qu'ils éprouvent, d'après la seule connaissance des symptômes. Dans la congestion cérébrale, dans la pléthore, les globules augmentent, et on a pour symptômes: céphalalgie, vertiges, étourdissemens, faiblesse musculaire. Dans la chlorose, ils diminuent sensiblement, et on observe les mêmes symptômes: céphalalgie, vertiges, étourdissemens, etc. Il semble donc que, quand l'altération porte sur les globules, il y a des symptômes communs produits.

QUATRIÈME CLASSE. — MALADIES DANS LESQUELLES L'ALBUMINE OU

L'éducation! (voilà le grand mot lâché) n'échapperait donc pas aux investigations médicales; ses intimes connexions avec l'hygiène la mettraient presque sur la même ligne que les travaux plus spéciaux du médecin. Cette conclusion, si naturelle pourtant, peut paraître étrange à quelques esprits; mais ne se déduit-elle pas d'elle-même; les développemens qui précèdent ne nous y ont-ils pas logiquement conduits? L'éducation ne rentre-t-elle pas d'ailleurs essentiellement dans l'hygiène, et ses problèmes ne se proposent-il pas pour but le développement des fonctions les plus élevées de l'individu? Or, n'est-il pas même permis de dire qu'il on avait plustôt compris l'éducation dans le cercle médical que circonscrit l'hygiène générale, des conditions vitales de bien-être et de progrès n'auraient pas été complètement méconnues? Démontrer la compétence du médecin en matière d'éducation, c'est plaider, il est vrai, la cause d'un axiôme; mais les opinions préconçues, les préjugés imposent parfois un si long silence à la voix de la raison, qu'il faut lui venir en aide pour qu'elle puisse se faire entendre.

Ainsi, le médecin, à l'aide des sciences qu'il doit posséder peut suivre pas à pas le développement des organes, et déterminer avec quelque précision leur mesure d'activité. Cela le conduit à comprendre quelle stimulation il faut d'abord exercer sur ceux de l'intelligence, quelles sont, pour ainsi dire, les idées par lesquelles il faut commencer et par lesquelles il faut finir. Il y a des idées, en effet, qui agissent d'une manière complexe, et qui, tout en étant acceptées par l'esprit, peuvent réveiller des sympathies, que, dans une période déterminée de l'âge, l'économie ne saurait supporter sans perturbation; celles, par exemple, qui agitent l'imagination des enfans et des jeunes filles, en soulevant pour elle un coin du voile qui déguise l'attrait des passions, sont de cette nature, et l'on sait assez tout ce qu'elles préparent de souffrances physiques et de désordres moraux dans le présent et surtout dans l'avenir. La loi du progrès de l'éducation est donc soumise à des exigences physiologiques qu'on doit connaître et respecter pour remplir dignement les conditions de la nature humaine. Mais continuons: le médecin trouve aussi dans les ressources de son intelligence les connaissances nécessaires pour tirer avec sûreté une ligne de démarcation entre les choses de l'esprit et les choses de l'instinct. Il peut comprendre cette dualité mieux que personne; car il peut en suivre l'appareil organique par l'anatomie, et en saisir les phénomènes dans tous les actes de l'existence. Ce précieux avantage lui donne celui d'apprécier, d'une manière directe, le rang que la nature a assigné à chacune de ces forces, la sphère d'action qui leur appartient spécialement; enfin, si l'une doit obtenir un développement que ne doit pas partager l'autre. Or, ces considérations, qui sont tout autant de grandes et belles questions à traiter, conduisent à établir complètement par quelle filiation d'enseignemens et de pratiques on doit réaliser l'éducation. Avec ces données, on peut résoudre le problème. Je ne sache pas qu'un ouvrage spécial sur la matière, et écrit par un médecin, existe au milieu du pêle-mêle de tant de méchans traités. Mais des tentatives ont été faites dans notre siècle, et sans atteindre le but, elles ont au moins donné quelques résultats.

Et d'abord, on s'est beaucoup occupé de la physiologie du cerveau. On a disséqué, déplissé, étudié microscopiquement et physiologiquement cet organe. Descartes avait admis les idées innées; des néo-physiologistes ont prétendu trouver ses organes même de l'innéité. Sans doute, ils se sont trompés en faisant du cerveau

SÉRUM EST DIMINUÉE. — Jusqu'ici les altérations du sang ont porté sur la fibrine et les globules. Il est une maladie qui a pour effet de modifier un autre élément du sang, l'albumine; cette affection est connue généralement sous le nom de Bright, ou de néphrite albumineuse.

Christison et plusieurs médecins anglais ont constaté la diminution des quantités d'albumine contenue dans le sang. MM. Andral et Gavarret ont confirmé ce point important de pathologie par leurs nombreuses recherches et ajouté plusieurs faits à ceux que l'on connaissait déjà; ils o it vu que l'albumine diminue dans certains cas, à tel point qu'elle descend de 72, qui en est le chiffre normal, jusqu'à 56 ou 60. Cette diminution de l'albumine est proportionnée à la quantité qui s'écoule par les urines. Lorsque l'on en trouve beaucoup dans ce dernier liquide, celle du sérum du sang est en très minime proportion. On peut apprécier assez bien l'intensité de la maladie et sa gravité d'après la quantité d'albumine renfermée dans le sérum du sang. Lorsqu'elle vient à disparaître de l'urine, elle remonte dans le sérum du sang à son chiffre normal. Dans les cas où l'urine ne contient de l'albumine que d'une manière passagère, l'albumine du sang n'est pas modifiée.

Dans la maladie de Bright, le sang contenant moins d'albumine, le sérum est moins dense. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la maladie du rein ont remarqué cette diminution de densité, mais n'ont pas tenu compte des autres conditions qui peuvent amener cette diminution. Ce serait une erreur que de croire que la densité moindre du sérum ne dépend que de la quantité d'albumine et de sels contenus dans le sang. La proportion d'albumine et de sels restant la même, il suffit que les globules diminuent pour que, la quantité d'eau augmentant proportionnellement, la densité du sérum se trouve abaissée. Si cette densité diminue à mesure que l'on répète les saignées, c'est parce qu'elles ont pour effet de faire baisser la proportion des globules. Lors donc que l'on constate un abaissement de la densité du sérum, on ne doit pas en o nclure que l'albumine et les sels ont diminué; on peut seulement dire que le sang est appauvri; l'analyse seule apprend lequel de ces principes a subi un abaissement de proportion.

La voie nouvelle dans laquelle sont entrés MM. Andral et Gavarret sera suivie, sans aucun doute, par d'autres observateurs, sans qu'on puisse prévoir les résultats auxquels ils seront conduits. On peut dire cependant qu'à quelques variations près, leurs recherches viendront confirmer celles de leurs prédécesseurs, à moins qu'ils n'emploient des moyens d'analyse trop compliqués et capables de les induire en erreur; à moins aussi que, devançant l'observation et secouant le joug des longues et patientes recherches commandées par ce sujet, ils ne se hâtent d'expliquer par les résultats connus les points douteux et obscurs, qu'il faudrait éclairer par de longues investigations.

Ce qui ressort aussi de cette nouvelle manière d'étudier les altérations du sang, c'est qu'il est impossible de pouvoir les connaître, si l'on se borne à l'examen des propriétés physiques du caillot et du sérum. Il faut absolument porter l'analyse plus loin, étudier chacun des principaux élémens du sang, afin de voir s'ils sont altérés et comment ils le sont. Cette étude, qui servira de base à la pathologie humorale, conduira, sans doute, à de grandes découvertes; elle apprendra la nature de toutes les altérations du sang, leurs combinaisons variées, leur rôle dans les productions des maladies; elle nous montrera dans quels cas l'altération du sang est primitive, dans quels cas elle est consécutive : elle nous apprendra à séparer d'une manière plus nette les maladies locales des maladies générales; elle deviendra enfin pour la thérapeutique une source d'indications positives et sûres et pour la nosographie un moyen excellent de classer les maladies. Combien de temps exigeront des travaux aussi immenses? Personne ne peut le dire. Le zèle des observateurs distingués qui se livrent à l'étude de la pathologie humorale, soit en France, soit dans les pays étrangers, permet de croire que d'ici à peu de temps un grand nombre de faits nouveaux viendront éclairer la médecine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers d'avril, mai, juin, juillet et août se trouvent les articles suivans : 1° *Mémoire sur l'arsenic naturellement contenu dans le corps humain;* par M. Orfila. 2° *Mémoire sur les inflammations, ulcérations et fistules de l'urètre produites et entretenues par le séjour des sondes dans ce canal;* par M. Mercier. 3° *Recherches sur la conformation de la poitrine chez les enfans et sur la déformation de cette cavité;* par MM. Rilliet et Barthez. 4° *Du monésia et des bons effets de son administration dans les affections scrofuleuses;* par M. Buchey. 5° *Recherches pour servir à l'histoire de la pneumonie chronique;* par M. Lebert. 6° *Mémoire sur la blennorrhagie chez les femmes et ses diverses complications;* par M. Durand-Fardel. (Mémoire non terminé.) 7° *Note sur les dangers des injections faites dans l'utérus; expériences curieuses pratiquées à l'hôpital de Lourcine;* par M. Hourman. 8° *Essai sur la névralgie intestinale;* par M. Bassereau. 9° *Grossesse de quatre enfans chez une femme primipare;* par M. Bourdois; 10° *Ongle incarné;* par M. Lorrain. (Il s'agit de la destruction de la matrice de l'ongle par la potasse caustique.) 12° *Sur les courans de calorique considérés comme moyens thérapeutiques;* par M. Pelletan. 12° *Du traitement de la fissure à l'anus par le ratanhia;* par M. Trousseau. 13° *De la colique de plomb et de son traitement par la limonade sulfurique;* par M. Aran. 14° *Observation d'anévrisme de la portion ascendante de l'aorte avec tumeur volumineuse au dehors;* par M. Laurès.

MÉMOIRE SUR LES INFLAMMATIONS, ULCÉRATIONS ET FISTULES DE L'URÈTRE PRODUITES ET ENTRETENUES PAR LE SÉJOUR DES SONDES DANS CE CANAL; par M. MERCIER.

Les rétrécissemens de l'urètre, comme quelques maladies de la prostate, comptent au nombre de leurs moyens curatifs ou palliatifs le séjour de sondes de différentes espèces dans ce canal. Depuis longtemps les chirurgiens ont observé les accidens qui dans quelques circonstances suivent cette pratique, mais aucun n'avait encore cherché à rassembler les faits de cette nature et à leur trouver une explication complète. C'est là le but du mémoire de M. Mercier. Il commence par établir que les cour-

---

une république fédérative qui n'avait ni centre, ni point de connexion; ils se sont trompés encore en poussant jusqu'à l'extrême, la manie de diviser et de subdiviser, et en mettant sur un même niveau les instincts, ces appétits de l'animal, et les facultés, ces grandes manifestations de l'homme. Mais toutes ces recherches conduisent plus ou moins directement à l'élucidation de la question si complexe de l'éducation. Les travaux contemporains sur la physiologie du cerveau résultent en effet de toutes les observations qui ont été faites successivement sur la physionomie humaine, sur le caractère des formes de la tête, dans leurs relations avec les idées, les mœurs et les penchans; et si les investigations phrénologiques n'ont pas ouvert un nouvel horison à l'esprit médical, elles ont au moins servi à fixer plus complètement l'attention sur ces signes expressifs et matériels qui forment la symptomatologie de la moralité et du caractère. Mais, n'y a-t-il pas loin de ces observations aux matériaux d'un plan physiologique d'éducation? Pas aussi loin qu'on pourrait le croire. Toutes ces formes si variées de physionomie que l'habitude grave si profondément sur le visage, sont tout autant de types sur lesquels l'observateur peut lire les effets et la nature des pensées et des actions individuelles. Tout cela ne se traduit, il est vrai, qu'avec confusion, et les opinions qu'on y puise ne conduisent jamais à la vérité qu'en faisant passer par une série d'incertitudes. Toutefois, il est constant qu'ici les effets sont exactement liés aux causes, et que l'obscurité du problème dépend seulement de la faiblesse de notre œil intellectuel. Mais, avec la commune finesse de discernement que donne l'habitude de l'observation, on peut au moins expliquer les causes morales de ces physionomies à caractères tranchés qui se rencontrent si souvent dans le monde. Et, quoique bien au-dessous de ce qu'elle devrait être, cette clairvoyance suffit à faire établir une distinction entre les formes contractées par les traits, sous l'influence de la liberté presque absolue des instincts, ou sous celle de l'habituel exercice des facultés les plus hautes. Si on compare, en effet, l'impression qu'on reçoit de ces figures aux types de la laideur et de la beauté, la beauté de la physionomie se liera à l'exercice des facultés élevées de notre nature, et la laideur, au contraire, aux basses passions de l'animalité. L'expression physique de l'éducation peut donc être rapportée à un état normal, comme l'expression de la santé peut l'être également à des conditions particulières. Dans les deux cas, il y a l'état morbide et l'état de santé, qui ont l'un et l'autre leurs caractères et leurs symptômes. Et les phénomènes pathologiques de la moralité individuelle deviennent visibles en quelque sorte comme les phénomènes des lésions, des dérangemens de l'ordre matériel. Il reste à découvrir après cela la succession des causes qui ont amené des effets si frappans, si tranchés. Mais, pour remplir cette condition, il n'y a qu'à imiter servilement la manière de procéder de l'art de guérir. Pour bien apprécier une maladie, pour en juger le caractère, en mesurer la gravité, le médecin fait le relevé historique de ce que le malade a fait et souffert du plus loin qu'il se souvienne. C'est en procédant ainsi que la médecine, en apprenant comment se développait la maladie, a appris à connaître comment s'établit et s'entretient la santé. Pour les choses de l'ordre moral, la même voie doit conduire évidemment à un résultat identique, et faire découvrir, par conséquent, la loi la plus logique, c'est-à-dire la physiologie la plus vraie de l'éducation. Ai-je besoin de conclure qu'il appartient spécialement au médecin de traiter cette question, puisque sans l'intervention des sciences médicales, elle serait à jamais insoluble? Non; car le lecteur a déjà sans doute

bures de l'urètre ne peuvent point s'effacer comme on l'a prétendu dans ces derniers temps. Les sondes droites peuvent bien parcourir tout le canal et arriver dans la vessie, mais ce n'est qu'en exerçant sur trois points différens des pressions funestes. Quand l'instrument droit, après avoir parcouru la portion spongieuse est ramené dans le parellélisme du corps pour pénétrer dans la portion musculeuse en franchissant l'aponévrose moyenne, il doit presser fortement deux points du canal; d'abord la paroi inférieure du niveau du ligament suspenseur qui, comme tous les tissus fibreux, est résistant, puis la paroi supérieure au niveau de l'aponévrose moyenne, et enfin après cette aponévrose la direction de l'urètre étant oblique de bas en haut et d'avant en arrière, l'instrument doit déprimer fortement, pour arriver dans la vessie, la paroi inférieure des deux régions musculeuse et prostatique. Que, si la sonde est employée pour amener l'évacuation de l'urine, empêchée par une hypertrophie de la prostate, la pression exercée par l'instrument sera très considérable et très efficace sur la moitié inférieure de l'orifice urétrovésical, où comme l'on sait siègent souvent les obstacles mécaniques venant de la prostate.

Ces faits nous paraissent hors de toute contestation; mais ce que nous ne saurions admettre, c'est qu'une sonde droite qui a pénétré dans la vessie n'a point effacé les courbures de l'urètre. Comment, en effet, admettre qu'un canal courbe, mais élastique, traversé par une tige droite et inflexible, n'ait point été redressé par cette dernière? Ceci d'ailleurs ne contredit en rien les autres assertions de M. Mercier. Le siége fréquent d'ulcérations, de perforations de l'urètre, au niveau du ligament suspenseur, est ce qui attire son attention. Il a pu suivre dans quinze observations, contenues dans son mémoire, tous les résultats de la pression des sondes, depuis la simple rougeur, l'ulcération, la perforation et les infiltrations urineuses. Ces ulcérations ont une forme particulière qui permet outre leur siége de ne pas les confondre avec celles produites par d'autres causes. Ainsi elles sont ordinairement ovalaires et occupent la moitié inférieure des parois de l'urètre, leur longueur peut varier entre 1 et 2 centimètres. Elles s'étendent tantôt en avant, tantôt en arrière du ligament suspenseur. En arrière, quand elles sont dues au séjour de sondes métalliques à une seule courbure; en avant, si les sondes étaient flexibles. Cette différence tient à la différence de la position des sondes métalliques et des sondes flexibles. Il n'est point à supposer que les ulcérations rapportées dans les observations du mémoire soient le fait de fausses routes, car il faudrait, comme dit M. Mercier, supposer une bien grande inexpérience au chirurgien pour percer l'urètre dans sa portion spongieuse quand il n'existe point de rétrécissement.

Ceci nous amène naturellement à dire que dans cinq au moins des observations rapportées dans ce mémoire, les accidens d'ulcération, de perforation, sont propres à des sujets très âgés. Dans quelques autres, que M. Mercier emprunte à un autre travail publié dans le numéro d'août (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES)), il ne fait point mention de l'âge des malades; mais il est bien permis de supposer qu'ils étaient aussi très âgés, puisqu'ils étaient atteints de maladie de la prostate. Or, il est certain que le peu de vitalité des tissus dans un âge avancé les rend peu propres à supporter une compression qui ne serait en rien funeste à l'adulte. Cette considération n'a point échappé à l'auteur, qui a dû nombre de fois vérifier cette assertion, non seulement pour l'urètre, mais pour tous les points du corps. La pression exercée sur la paroi supérieure de l'urètre, au niveau de l'aponévrose moyenne, n'a jamais été dans les quinze observations assez forte pour amener l'ulcération. Cette pression ne s'est révélée que par une simple rougeur longitudinale, de 5 millimètres de largeur et de 2 ou 3 centimètres de longueur. Quelquefois on y a observé une légère excoriation.

Au contraire, les portions prostatique et musculaire se ressentent, dans certaines circonstances, d'une manière aussi fâcheuse que la région spongieuse, des effets du séjour prolongé de la sonde. Dans un canal dont la prostate a son volume normal, la sonde ne cause point d'accidens, et c'est ce qui arrive d'ordinaire quand elle est placée pour dilater des urètres atteints de rétrécissemens. Disons en passant qu'il résulterait des observations de M. Mercier que les rétrécissemens prévienent les maladies de la prostate; car, ayant vu plusieurs vieillards atteints de rétrécissemens, il a trouvé la prostate chez eux fort petite. Quand, au contraire, la prostate est hypertrophiée, surtout dans ce qu'on est convenu de nommer son lobe moyen, les choses sont bien différentes : d'abord cette hypertrophie augmente l'obliquité de l'urètre, de bas en haut et d'avant en arrière, au moins dans la région prostatique; puis le tissu de la prostate prend une dureté insolite, deux causes qui, comme nous l'avons dit, ne peuvent qu'augmenter l'efficacité de la pression sur ce point. Ici l'ulcération portera surtout sur la région prostatique entière, si toute la glande est soulevée, ou sur la partie de la glande hypertrophiée. Cette dernière, comme on sait, siége souvent à la demi-circonférence inférieure de l'orifice vésical de l'urètre.

M. Mercier regarde encore le séjour prolongé des sondes comme capable d'entretenir les fistules urétrales au lieu de les guérir. C'est en dilatant l'urètre et en s'opposant ainsi au resserrement de l'ouverture urétrale de la fistule qu'elles agissent alors. Il rapporte à ce sujet deux faits qui nous paraissent concluans, pour prouver son assertion, mais qui sont loin d'entraîner la proscription des sondes à demeure, sagement employées pour les fistules urétrales. Qu'il nous suffise de dire que dans ces deux cas les sondes étaient volumineuses. Il est un de ces faits qui mérite mention pour une autre circonstance; il est relatif à un jeune homme qui, pour une fistule urétrale, portait une sonde de gomme élastique depuis onze mois sans en obtenir aucun avantage; il quitta son pays pour venir à Paris chercher la guérison; mais ayant été obligé d'abandonner, pendant son voyage, l'usage de la sonde, il se trouva complètement guéri à son arrivée. Voici donc une sonde qui a pu, pendant onze mois, séjourner dans l'urètre sans amener ni ulcération ni perforation; mais le malade était adulte.

Les conclusions que M. Mercier tire de tous ces faits sont les suivantes : que les procédés de dilatation permanente pour les rétrécissemens sont vicieux, parce qu'ils sont souvent la cause de nouveaux rétrécissemens au niveau du ligament supérieur, ou bien de poches, d'abcès urineux, de fistules, d'infiltrations urineuses;

Que le traitement des rétentions d'urine chez les vieillards par les sondes à demeure est encore plus mauvais, car la pression des instrumens, qui, dans ces cas, doivent être volumineux et assez rigides, amène plus rapidement que chez l'adulte les ulcérations et ses suites fâcheuses;

Qu'alors il ne faut pas, en général, s'attendre à voir les obstacles formés par la prostate détruits par l'instrument, puisque les ulcérations au niveau du ligament suspenseur arrivent plus vite que celles de la région prostatique;

---

conclu comme moi.

Mais, traiter de l'éducation individuelle, n'est-ce pas chercher la formule de principes qu'on peut appliquer à la généralité, ou, en d'autres termes, à l'éducation d'un corps national? Conclure en faveur du médecin comme le plus apte à comprendre, à trouver ces principes, et à en régler l'application sur l'homme, n'est-ce pas conclure en sa faveur lorsqu'il s'agit des hommes considérés dans l'ensemble d'une vaste association? Oui, tout cela est rigoureusement vrai. Les règles qui s'appliquent à l'homme seul, s'appliquent à la société humaine. Les nations vivent comme les individus. Elles supportent et acceptent comme eux des influences qui finissent par réaliser les caractères de leur physionomie. Que ces mêmes causes continuent d'agir, ou agissent avec force, les empreintes se graveront si profondément dans la fibre nationale, qu'elles se transmettront sans altération. Que le contraire ait lieu, qu'une révolution se fasse dans les pensées, les mœurs, les habitudes, le physique obéira au moral, en se modifiant comme lui. L'éducation change les sociétés comme les hommes, et le médecin doit devenir, pour les sociétés comme pour les individus, le conseiller, l'organisateur légal de l'éducation. Personne ne sait, en effet, mieux que lui l'intime connexion qui existe entre l'action des idées et les modifications morales et physiques qui en résultent; personne ne sait mieux les classer, les coordonner, en prenant pour point de départ la série si variée de leurs phénomènes; personne ne peut connaître, comme lui, quelles sont les idées qui frappent à la porte basse des instincts, quelles sont celles qui s'adressent au péristyle élevé des hautes facultés humaines. Nul autre que lui ne peut se faire une opinion suffisante sur les influences qui agissent de concert avec un ordre d'idées déterminé, sur celles qui doivent faire réaction, au contraire, contre les idées qui naissent d'une mauvaise éducation et créent une vicieuse habitude. Nul mieux que lui ne sait régler ces influences, se servir des forces qui les produisent, comme il le ferait de tous ces modificateurs thérapeutiques dont il tient le riche arsenal entre ses mains. Nul mieux que lui, par conséquent, ne sait caractériser les conditions physiques qui ont contribué à produire la physionomie d'une nation, et les élémens de l'ordre moral qui ont altéré ou développé les principaux traits de cette physionomie. Nul ne comprend mieux que lui les causes de tous ces accidens de la civilisation ou de l'histoire, qui soumettent un corps national à ces péripéties morbides, à ces périodes de vigueur et de santé dont l'individu présente un si fidèle exemple. Et nul ne peut savoir comme lui par quels symptômes l'on prévoit, et par quels utiles moyens l'on traite ces grandes perturbations morbides qui ébranlent si violemment l'existence régulière d'une société. Tout cela est on ne peut plus simple; la démonstration s'en suit pour ainsi dire toute seule, si l'on consent à comprendre quelles sont les bases réelles de l'éducation, les conditions par lesquelles l'homme et les nations savent jouir du *droit* et garder les lois du *devoir*. Mais pourquoi tant s'appesantir sur une vérité si voisine de l'axiôme; pourquoi se répéter? Les préjugés, les habitudes, les erreurs sont une matière dure. Pour les réduire en poussière, il ne faut pas user avec ménagement.

Il est permis pourtant à la famille médicale de ne plus craindre que ses justes espérances s'évanouissent en fumée. Les médecins ne commencent-ils pas en effet à entrer dans une ère nouvelle? Ce siècle ne leur en a-t-il pas préparé le seuil? Leur intervention ne devient-elle pas de jour en jour plus nécessaire dans les questions qui intéressent l'organisation et l'ordre de la société? Voyez plu-

Que les divers instrumens spéciaux inventés pour déprimer la prostate malade, étant inflexibles et droits, ou bien flexibles seulement à leur extrémité vésicale, agissent trop violemment sur l'urètre au niveau du ligament pour être supportés longtemps et remplir le but qu'on s'est proposé. L'instrument que l'auteur a imaginé pour rémédier à ces inconvéniens n'ayant pas encore été publié, nous ne pouvons rien en dire.

DU MONÉSIA ET DES BONS EFFETS DE SON ADMINISTRATION DANS LES AFFECTIONS SCROFULEUSES; par M. BUCHEY.

Depuis que cette substance a été introduite dans notre thérapeutique, beaucoup de médecins ont vanté son emploi dans une foule de maladies, deux entre autres, qui sont du domaine de la chirurgie, et pour la guérison desquelles la plante américaine aurait remplacé le bistouri, nous voulons parler de la fistule et de la fissure à l'anus. M. le docteur Payen a rapporté dans ce journal plusieurs cas de guérison de ces maladies, traitées par le monésia. La note de M. Buchey ne contient que trois faits, deux propres à M. Martin St-Ange, et dont l'un au moins est publié; ils sont relatifs à divers symptômes de maladie scrofuleuse, guéris par l'usage interne et local de cette plante. Celui qui est propre à l'auteur, choisi, dit-il, dans un grand nombre d'observations concluantes, prouve l'efficacité de cette substance contre le gonflement scorbutique des gencives et la carie des dents. La poudre d'extrait de monésia, unie à une petite quantité d'opium et délayée dans l'eau pour prendre la consistance pâteuse, fut, pendant six semaines, appliquée sur les dents cariées et douloureuses, et les gencives tuméfiées et scosibles. A cette époque, la guérison était parfaite; les douleurs, qui avaient forcé le malade à garder sa chambre pendant quinze mois, et qui avaient résisté à une foule de remèdes, étaient complètement disparues.

L'auteur promet d'autres observations de l'efficacité du monésia dans une prochaine publication.

NOTE SUR LES DANGERS DES INJECTIONS FAITES DANS L'UTÉRUS; EXPÉRIENCES PRATIQUÉES A L'HÔPITAL DE LOURCINE; par M. HOURMANN.

Tout récemment M. Vidal (de Cassis), chirurgien de Loureine, a lu à l'Académie de médecine un petit mémoire sur la manière de pratiquer les injections utérines, sans danger pour les malades. Ce chirurgien assure avoir fait un si grand nombre de fois cette opération, qu'il la croit tout à fait innocente, quand les précautions nécessaires ont été prises. Avant lui, plusieurs médecins avaient songé aux injections utérines, et quelques-uns les avaient essayées. Ces derniers avaient presque toujours vu des accidens graves du côté du péritoine (Bretonneau), des espèces d'accès hystériques (Ricord) succéder à cette opération, et quelquefois la mort par la péritonite (M. Tannelé). M. Hourmann ayant essayé, dans le même hôpital, les injections dans la cavité utérine, sur une jeune fille de 19 ans, a observé les accidens suivans. (La note de M. Hourmann est antérieure à la lecture faite à l'Académie par M. Vidal.)

OBS. — Une jeune fille de 19 ans, bien constituée, était tourmentée d'un écoulement leucorrhéique intarissable, venant uniquement de l'utérus. Tous les moyens usités en pareil cas ayant été épuisés, il songea à l'injection d'une décoction de feuilles de noyer dans l'utérus. Le liquide y fut porté avec un clysopompe. Au premier coup de piston, la malade poussa un cri, et porta vivement la main sur la région iliaque. Une pression violente se déclara et fut bientôt suivie d'une vive réaction. La douleur abdominale prit le caractère de douleur expultrice; la malade disait souffrir comme si elle portait dans la matrice quelque corps étranger. C'était là, dit M. Hourmann, le début évident d'une métro-péritonite. Heureusement qu'au bout de quarante-huit heures, la malade fut prise d'une hémorragie abondante qui jugea la métro-péritonite.

Mais, quinze jours après l'injection, au moment où la jeune malade demandait à quitter l'hôpital, elle ressentait encore une douleur dans la région iliaque, qui était très sensible à la pression, douleur qui ne peut être qu'un indice du travail d'organisation des adhérences du péritoine.

M. Hourmann voulut vérifier par l'expérimentation sur le cadavre, si du liquide injecté dans l'utérus pouvait passer par les trompes et tomber dans le péritoine. Ces expériences lui apprirent que le passage était même assez facile. Bien plus, M. Nélaton, chirurgien du bureau central, ayant répété les mêmes expériences, constata un fait bien plus extraordinaire. Le liquide injecté dans l'utérus d'une femme morte d'érysipèle à la face n'a point pénétré dans les trompes, mais est allé distendre une des veines du ligament large, chassant devant lui des bulles d'air. Ainsi, dit M. Hourmann, un liquide injecté dans l'utérus peut arriver en pénétrant dans les veines utérines jusque dans les veines hypogastriques.

La femme sujet de cette observation était accouchée depuis un an et n'avait jamais, depuis son accouchement, vu reparaître ses règles. La vessie qui livrait passage au liquide était une de celles qui avoisinent la trompe et qui viennent s'ouvrir directement dans la cavité utérine, d'après les recherches de M. Breschet. Voilà donc un danger de plus des injections intra-utérines.

Certes, voilà deux faits en opposition flagrante avec les résultats obtenus par M. Vidal, et cependant ces derniers, venant d'un praticien honorable, portent avec eux la vérité. Notons, en attendant, que l'injection a été pratiquée sur la jeune malade avec un clyso-pompe, tandis que M. Vidal recommande expressément de ne se servir que d'une seringue petite, incapable de jeter brusquement une grande quantité de liquide, de pousser doucement, comme pour une injection du conduit auditif, et peu à la fois.

Le passage du liquide dans le système veineux est un fait auquel on eût été loin de s'attendre sans l'expérience. Mais une matrice livrée à la putréfaction depuis vingt-quatre heures au moins est-elle dans les mêmes conditions que la matrice dans l'état de vie? Si les vaisseaux viennent directement s'ouvrir chez la nouvelle accouchée à la surface utérine, pense-t-on qu'il en soit de même chez une femme accouchée depuis longtemps? Il est bien difficile d'admettre une veine béante à la surface utérine, et quoique nous ayons répété l'expérience de M. Nélaton, qui nous a donné le même résultat, nous croyons que le passage du liquide dans la veine tient au ramollissement et au déchirement de la muqueuse si mince de l'utérus. Nous devons ajouter que, dans notre expérience, nous avons été obligé, pour faire passer le liquide dans les veines, d'employer une grande force à le pousser, après avoir assujéti fortement sur le col de l'utérus la canule de l'instrument.

GROSSESSE DE QUATRE ENFANS CHEZ UNE FEMME PRIMIPARE; par M. BOURDOIS.

La science possède déjà un certain nombre de faits semblables; mais, par leur rareté et leur étrangeté, ils sont toujours intéressans; c'est là ce qui nous fait transcrire le suivant:

tôt la folie. Cette question ne fut d'abord que médicale. Depuis Pinel jusqu'à M. Lélut, elle a grandi, elle a pris plus d'importance, elle implique les problèmes de la sociabilité, de la plus haute philosophie. En effet, on comprend mieux maintenant, parmi les médecins, la nature des rapports qui existent entre les perturbations de l'intelligence et les vices de l'éducation; on se fait une plus juste idée des influences de ce milieu moral et physique qui agit sans cesse sur l'impressionnable appareil de l'inervation. Si quelques hommes spéciaux croient encore que la folie résulte d'une lésion matérielle, et que les lésions de cette nature sont la cause nécessaire des aliénations mentales, les autres savent rattacher ces résultats à l'influence des idées sur l'instrumentation nerveuse, à la cause active qui réside dans l'éducation. Une éducation vicieuse et un instrument imparfait, tels sont, selon la vraie médecine, les deux mobiles des perturbations de l'intellig. nce. Lorsque l'instrument nerveux est susceptible d'être modifié dans ses imperfections, le traitement moral est donc le seul qui doive être employé, le seul qui puisse produire la guérison. Voilà les conclusions où la science est arrivée, et que l'observation entoure chaque jour d'une progressive évidence. Mais elle ne s'est pas bornée à appliquer les principes à l'individu; elle a généralisé, elle est montée jusqu'à ces considérations qui s'appellent la philosophie d'un sujet. Ainsi elle a fait remarquer que lorsque l'anarchie des idées et le règne du crime existaient dans les masses, la proportion des aliénations mentales de tout genre atteignait un chiffre très élevé; elle a compris que les aberrations de l'intelligence qui occupent certaines périodes de la vie d'un peuple résultaient d'un vice essentiel dans la direction et dans les formes de l'éducation. Comment en serait-il autrement? Quand une révolution divise dans les esprits le lien qui rattachait toutes les idées entre elles, lorsque la mobilité des événemens ébranle ou détruit tous ces élémens de certitude si nécessaires à l'ordre, à l'harmonie des pensées et des actions, où serait la cause de ces grands phénomènes, sinon dans un vice de l'éducation, ou dans une transformation des principes qui forment le fondement des croyances d'un peuple? Or, de cette confusion dans les choses du domaine de l'intelligence, de ce règne exclusif de l'incertitude à la folie, il n'y a qu'un pas. Ces conditions forment les prodrômes de l'aliénation mentale. Elles sont tout autant les précurseurs de la folie individuelle, que de ces violens accès qui saisissent un peuple et le poussent dans la voie des aberrations les plus insensées. Le fait individuel et le fait social sont donc liés intimement l'un à l'autre; le vice de l'éducation publique ou privée les explique tous deux; et c'est en régénérant cette éducation, en la ramenant à ses conditions normales, qu'un homme et une société peuvent rajuster en eux ce lien intellectuel d'où dépend la logique coordination des idées entre elles. Ainsi, la conception de la cause de la folie et des agens qui peuvent la modifier a déjà donné au médecin une part dans l'éducation: l'éducation est devenue entre ses mains, dans ce cercle là, une puissance thérapeutique. Une réforme nouvelle vient de lui faire encore une plus large part, et si cette impulsion continue, le médecin ne tardera pas à librement graviter dans tous les points de sa sphère.

Cette réforme nouvelle, c'est le nouveau système de pénalité, le système pénitentiaire. Il est vrai que le médecin s'est tenu discrètement en arrière, que s'il a été pris de découragement en voyant quels antagonistes on lui opposait dans les hommes de l'administration, il a compris que ce serait bientôt à lui de fixer définitivement les essais d'organisation que la justice et la philosophie ont fait

Obs. — Jeanne Boucant, femme Esnault, âgée de 34 ans, était mariée depuis vingt-trois mois, quand elle accoucha, le 21 avril 1831, à six heures du soir, an terme de sept mois, d'un enfant mâle; douze heures après, elle accouchait d'un second enfant, puis d'un troisième, et, quelques instans après, d'un quatrième, tous du sexe masculin. Le second accouchement fut suivi d'un nouvel écoulement d'eaux amniotiques.

Les deux premiers et le dernier étaient à peu près d'égale force, et paraissaient bien des fœtus de sept mois. Le troisième était plus grêle et semblait n'être que de cinq mois. Celui-ci ne vécut que quelques secondes; ses trois frères vécurent plusieurs heures.

Il y eut deux délivres. Un des placenta, inséré au haut de la face latérale droite de l'utérus, portait trois cordons; l'autre, inséré vis à vis, sur sa paroi opposée, n'en avait qu'un. La main dut aller les chercher au fond de l'utérus. Le placenta, à cordon unique, tenait peu et à la matrice et à l'autre placenta. Celui-ci était très adhérent et dut être détaché avec la main; il en resta quelques portions dans l'utérus. Les suites de couches furent assez sérieuses; mais six semaines après l'accouchée s'était rétablie.

Du traitement de la fissure a l'anus par le ratanhia; par le professeur Trousseau.

Les premiers essais de ce traitement paraissent avoir été faits par M. Bretonneau, auquel l'auteur en accorde tout le mérite dans cette troisième lettre thérapeutique qu'il a adressée à l'habile praticien de Tours. Suivons l'ordre d'idées qui amena M. Bretonneau à l'emploi de ce moyen; nous verrons ensuite les modifications qu'y a apportées M. Trousseau. La constipation est, dans un grand nombre de cas, la cause de la fissure et le plus grand obstacle à sa guérison. Or, la constipation s'accompagne souvent, dans la dernière portion du rectum, d'une dilatation considérable de cet intestin, au ventre d'amphore et immédiatement au-dessus du sphincter. Dans ce ventre d'amphore, les matières s'accumulent et forment un bol d'une grosseur énorme, dont l'excrétion exige des efforts qui rappellent quelquefois ceux de l'enfantement. M. Bretonneau pensa que pour vaincre ces constipations accompagnées ou non de fissures, il était convenable de rendre à la dernière portion de l'intestin le ressort qui lui manquait, et ent recours à la ratanhia, administrée en lavement, sous forme d'extrait dissous dans l'eau, avec addition de teinture alcoolique de ratanhia. Plusieurs malades affectés à la fois de constipation et avec fissure guérirent en même temps de ces deux affections, sous l'influence de ce traitement jusqu'ici très rationnel.

Mais il paraît que ce n'est pas seulement dans les cas où la fissure se lie à la constipation que cette médication serait utile, et qu'elle l'est également dans ceux où la fissure ne se lie pas à cette circonstance. et où les garderobes se font assez facilement, pour empêcher tout effort contre le sphincter. « Depuis le mois de janvier 1839, dit M. Trousseau, j'ai traité cinq malades, quatre sont guéris; M. Marjolin en a traité un qui est guéri; M. Bérard jeune, deux, qui sont également guéris; un élève de M. Bretonneau a également guéri une dame après quelques jours de traitement. » L'auteur rapporte cinq observations à l'appui. Nous analyserons la première, qui nous semble devoir suffire pour faire connaître l'efficacité du traitement et la manière dont il doit être dirigé.

Obs. — Joséphine Michel, couturière, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital St-Antoine le 1er novembre 1839. Elle est accouchée le 6 avril, et six jours après elle avait commencé à souffrir d'une fissure à l'anus, pour laquelle elle employa en vain des bains de siége, des tisanes rafraîchissantes, la pommade belladonisée. Elle subit même l'opération.

Examinée le 12 novembre, elle offre une fissure à la partie postérieure de l'anus, du côté du coccyx. L'anus est très resserré. L'introduction du doigt produit de violentes douleurs; la défécation est suivie de vives souffrances et d'un petit écoulement sanguin, les matières étant habituellement très grosses et dures; les selles produisent de la pâleur, des nausées, et sont suivies d'un profond abattement; tout le pourtour de l'anus est continuellement le siége d'une démangeaison extrême et d'élancemens. Il y a trois mois qu'elle a été opérée par un chirurgien à la maison de santé de la rue du Faubourg-St-Denis. Mais elle ne se soumit pas avec suite aux pansemens convenables, et l'opération fut inutile. Sept mois s'étaient écoulés depuis cette époque, sans que les bains, les fumigations et les lavemens eussent pu produire aucun soulagement.

Le lendemain de son entrée, on lui donna un quart de lavement contenant une cuillerée à bouche d'une solution de 20 grammes d'extrait de ratanhia dans 50 grammes d'alcool. Ce traitement, continué pendant plusieurs jours, fit promptement diminuer les douleurs qui accompagnaient la défécation et la démangeaison à l'anus. Enfin, elles disparurent le 22 novembre, onze jours après l'entrée de la malade. Depuis cette époque, les lavemens de ratanhia furent continués. Les douleurs n'ont plus reparu; la malade ne ressent qu'un peu de pesanteur au fondement, surtout lors de la défécation. Les selles sont rares, formées de matières dures et moulées; enfin, le 30, elle sort entièrement guérie. Huit jours après, elle revient donner de ses nouvelles. Les selles sont faciles, sans douleurs. La malade n'éprouve plus même de pesanteur à l'anus.

En explorant le rectum on constate encore un petit enfoncement linéaire au point qu'occupait la fissure, et une forte pression fait éprouver un léger sentiment de douleur.

M. Trousseau ne s'évertue pas à expliquer cette action du ratanhia; cependant comme il pense que c'est à ses propriété chimiques qu'il doit l'efficacité qu'il a eue dans ces cas et les autres qu'il rapporte il annonce qu'il va commencer une série d'expériences thérapeutiques sur le taunin, le cachou, la gomme kino, le sang dragon, la bistorte; ne doutant pas que ces remèdes ne guérissent la fissure aussi bien et peut être mieux que le ratanhia; il est confirmé dans cette opinion par les succès qu'ont obtenu MM. Payen et Manec du traitement de la fissure à l'anus an moyen de la monésia appliquée topiquement et qui contient une notable quantité de tannin.

Nous terminons par quelques détails sur la manière d'employer le ratanhia qui paraît la plus simple et la plus facile à M. Trousseau. « Je fais prendre chaque matin au malade un lavement à l'eau de son ou de guimauve, ou bien à l'huile d'olive ou d'amande douce pour vider l'intestin. Une demi-heure après que le lavement a été rendu, j'administre un quart de lavement composé de 150 grammes d'eau, extrait de ratanhia de 4 à 10 grammes et alcool à 21° 2 grammes. Le malade s'efforce de garder ce lavement et en prend un second le soir.

» Quand les douleurs sont tout à fait calmées, le malade ne prend plus qu'un seul lavement de ratanhia par jour, et enfin lorsque la guérison paraît complète, il n'en prend plus qu'un tous les deux jours pendant une quinzaine.

» J'ai essayé sans avantage des suppositoires composés de beurre de cacao, 5 grammes, et ratanhia de 1 à 2 grammes.

» Les mèches enduites d'une pommade composée d'une partie d'extrait de ratanhia pour six ou huit d'axonge me semblent encore devoir être conseillées dans quelques cas. »

De la colique de plomb et de son traitement par la limonade sulfurique; par M. Aran.

L'auteur ne partage pas l'opinion défavorable qui a été émise par quel-

éclore. C'est lui, en effet, c'est l'homme de notre profession qui peut le mieux savoir par quels invisibles liens le crime se rattache à celle condition de l'esprit et du corps, dont je parlais tout-à-l'heure, à l'organisation sociale de l'époque, aux idées qu'elle fait regner, aux mœurs qu'elle communique, enfin à une question qui implique l'éducation comme l'élément le plus essentiel de la réhabilitation, comme sa condition la plus juste. Le pouvoir semble l'avoir compris. Par une disposition particulière qui a été glissée furtivement dans les colonnes des grands journaux, les médecins travailleront désormais à l'œuvre et sont appelés à avancer la solution du problème qui en est encore à sa préliminaire opération. Ceci est peu sans doute. De là, à l'arbitrage suprême de tout ce qui rentre dans l'éducation, il y a bien loin. Mais le progrès est lent de sa nature. La terre tourne, et l'homme qui tourne avec elle a cru longtemps à son immobilité. Modernes Galilées, si nous avons essuyé le mépris, on croira bientôt à nous, et notre juridiction ne sera pas bornée aux quatre murs d'une alcôve de malade. Déjà nous pouvons suivre l'impulsion qui nous fait franchir ces étroites limites; nous pouvons même juger où ce mouvement nous conduira. Ils ne seront done pas méconnus les services que nous avons rendus et qu'il nous sera bientôt plus facile de rendre, au milieu de ces épidémies sociales dont les phénomènes morbides sont l'anarchie des idées et le désordre des actions, et au sein de ces égouts du crime dont la civilisation ne cherchait jusqu'ici à sauver personne. Quand ce jour de justice sera arrivé, l'opinion ne sera plus avare envers nous de cette noble investiture que réclament la spécialité de notre science et la constance de notre dévouement.

Qu'il y a loin de cet avenir qui ne se peint pas devant mes yeux comme un mirage aux menteuses couleurs, mais comme une réalité, au milieu de laquelle nous commençons à vivre, qu'il y a loin, dis-je, de cela à toutes ces mesquines idées, à cette indifférence presque végétative, à cette prostration intellectuelle qui caractérise même des hommes de notre profession! Vous avez une science et vous ne voulez pas l'interpréter; vous possédez une formule, et vous ne voulez pas l'appliquer; réveillez-vous de ce lourd sommeil qui pèse sur les ressorts de votre intelligence; laissez librement agir les rayons de sa lumière, et lorsqu'en frappant sur ce symptôme morbide que vous cherchez à découvrir sur le corps d'un client, cette lumière découvre à vos yeux un mal plus profond sur un organisme plus étendu et dont vous faites partie vous-même, ne détournez pas la tête, en conjurant cette vision. Ce que vous voyez devant vous, ce problème qui s'éclaire sous l'intelligent regard de votre esprit, n'est pas une vaine idéologie, forme trompeuse qui en vous séduisant vous entraînera loin de la terre ferme des réalités. N'oubliez pas ce que les hautes études vous ont certainement appris. Le monde abstrait est reel comme le monde physique; mais s'il faut pour l'un les yeux du corps, pour l'autre il faut les yeux de l'esprit. Du reste, il y a-t-il rien qui puisse réveiller ici votre injuste et aveugle susceptibilité à l'endroit des abstractions? Cette proposition: l'étude de l'homme conduit à la connaissance des hommes, qui est mon point de départ et ma conclusion; n'est-elle pas basée sur des analogies si grandes que la certitude elle-même n'a pas plus de preuves en sa faveur?

Mais peut-être trouverez-vous que les analogies égarent. Réfléchissez: les sciences les plus positives ne sont-elles pas fondées en grande partie sur cette base? Les mathématiques, cette science à qui on attribue la logique par excellence, tirent la plupart de leurs preuves de l'analogie. C'est par l'analogie qu'on

ques médecins français sur le traitement de la colique de plomb par la limonade sulfurique, et s'appuie pour la combattre sur 25 cas qui paraissent avoir été recueillis, au moins en grande partie, dans le service de M. Martin-Solon, à l'hôpital Beaujon. Nous ne le suivrons pas dans la discussion qu'il établit sur les assertions des adversaires de ce traitement, et nous nous contenterons de présenter une courte analyse de ces 25 faits, après avoir toutefois signalé quelques unes des conditions auxquelles l'auteur attribue le succès qu'a eu le traitement entre ses mains. « Plusieurs malades ont, dit-il, aussi cherché à nous abuser; mais avec le soin que nous avons eu de rendre la limonade aussi agréable que possible, et de leur en faire boire devant nous, avec la surveillance que nous exercions et que nous faisions exercer sous ce rapport, nous sommes parvenus à vaincre leur répugnance et leur mauvaise volonté. »

Sur les 25 cas recueillis par M. Aran, quatre sujets seulement avaient travaillé au minium, un seul était peintre en bâtimens; les 20 autres étaient employés aux diverses manipulations de la céruse. De ces 25 coliques, 5 étaient violentes; 10 étaient modérées et 10 légères. La plupart des sujets offraient l'état de la bouche, du goût, de l'haleine et de la peau qu'on observe généralement dans cette affection. Il y avait des crampes dans 9 cas, des vomissemens dans 7, et de la constipation dans tous. Chez cinq malades, le ventre était notablement rétracté, et chez douze, la pression large et longtemps continue diminuait les douleurs de ventre, tandis qu'elle les augmentait chez six.

La peau de presque tous ces malades présentait au niveau des sillons et des plis articulaires surtout, une couche de céruse visible à l'œil nu et que le bain sulfureux rendait encore plus apparente en la transformant en sulfure de plomb. Un de ces sujets, dont la peau était excessivement blanche et lisse, et chez lequel à l'œil nu on ne pouvait reconnaître aucune trace de carbonate de plomb, devint entièrement brun sous l'influence du bain sulfurique.

Pendant leur séjour à l'hôpital, tous ces malades furent soumis à l'emploi de la tisane suivante :

Chiendent, réglisse.................. 1 litre.
Acide sulfurique à 66°............. 4 grammes.
Sirop latrique........................ 30 grammes, qui ont été administrés à la dose de trois, quatre et cinq pots, suivant l'intensité de la maladie.

Un bain sulfureux était administré à tous les malades le lendemain de leur entrée, et ensuite on leur donnait plusieurs bains alcalins dont on aidait l'action au moyen d'une brosse.

M. Aran a étudié l'influence de ce traitement sur chaque symptôme de la colique en particulier, et est arrivé aux résultats suivans.

Les douleurs du ventre ont été constamment soulagées. Dans les cinq cas de coliques violentes, elles ont diminué dans l'ordre suivant : chez deux malades, au bout d'un jour de traitement; chez deux, au bout de deux jours; chez cinq, au bout de trois jours. Dans les vingt cas de colique modérée et légère, le soulagement est survenu chez seize malades au bout d'un jour, et chez les quatre restans avant le quatrième jour. La disparition complète de ces douleurs a eu lieu, dans les coliques violentes, du troisième au sixième jour du traitement, et dans la colique légère et modérée, du premier au cinquième jour.

L'apparition des garderobes a eu lieu du premier jour au quatrième au plus tard. Elles étaient précédées d'évacuations de gaz et de gargouillement dans le ventre; en général, elles étaient liquides (22 fois sur 25); ce qui arrive rarement dans le traitement par les purgatifs.

Dans deux cas, il y a eu une rechute, dont le traitement par la limonade sulfurique a triomphé de nouveau et définitivement.

La guérison, caractérisée par la disparition complète des douleurs de ventre, la cessation de la constipation et le retour de l'appétit, a eu lieu, terme moyen :

Dans les cas de colique violente, au bout de cinq jours.

Dans ceux de colique modérée, au bout de quatre jours 8/10.

Dans ceux de colique légère, au bout de quatre jours.

M. Aran termine en assurant que ce traitement n'a fait défaut dans aucun cas, et en demandant si, après de tels résultats, on peut le regarder comme un moyen illusoire.

DE LA PÉRITONITE AVEC MÉTÉORISME; par le docteur CHARMASSON.

L'objet de cet article et de signaler certains cas de péritonite dans lesquels la saignée générale est bien préférable à la saignée locale. Ces cas sont ceux où dès le début la péritonite compliquée de météorisme offre une gravité extrême. Le pouls est petit, offre peu de développement et de résistance, et ne doit pas être confondu avec celui qui serait l'indice de la faiblesse et de la débilité. Dans ces cas, la saignée générale est immédiatement suivie d'une réaction qui modifie complètement l'état du malade. Trois observations sont rapportées ici, puisées toutes les trois dans le service de M. Récamier auquel cette pratique est familière et qui en a souvent obtenu les résultats les plus brillans. Nous avons vu, dit l'auteur, dans ce service, des exemples remarquables de cette méthode; des accidens de la plus haute gravité, un danger imminent s'évanouissent dans l'espace de quelques heures à la suite de plusieurs émissions sanguines réitérées coup sur coup, et un sang noir asphyxique à la première ouverture de la veine devenir rouge, et se couvrir d'une couenne de plusieurs millimètres à la seconde et à la troisième.

Cette pratique n'est pas cependant sans dangers; elle n'est applicable que chez les sujets qui n'auront pas été épuisés par des pertes de sang considérables, et chez lesquels la péritonite se déclarera avec violence. Dans les cas où la maladie est avancée, où les sujets sont épuisés, on ne doit essayer les émissions sanguines générales qu'avec la plus grande précaution. Si l'on n'obtient que du sang noir et si le pouls conserve sa dépressibilité, on renoncera promptement à ce moyen; car alors on s'exposerait à plonger l'organisme dans une débilité de plus en plus profonde. L'observation suivante nous offre un exemple de cette méthode qu'on ne doit pas confondre avec celle des saignées coup sur coup; car elle n'est point applicable dans tous les cas comme le serait cette dernière. Cette observation nous offre aussi un exemple remarquable de la hardiesse avec laquelle la saignée peut être employée dans certains cas et dans certaine indication bien définie.

OBS. — Une femme, âgée de 34 ans, d'une bonne constitution, tempérament nerveux et sanguin, est prise tout à coup de douleurs vives dans le ventre, à la suite d'un refroidissement.

Le second jour, elle entre à l'Hôtel-Dieu où elle offre les symptômes suivans : l'abdomen est excessivement douloureux, et la plus légère pression fait pousser des cris à la malade. Il est volumineux, distendu, météorisé. Depuis plusieurs jours, il y avait de la constipation, la langue était sèche, la soif vive; le pouls

---

compare, et par l'analogie qu'on peut aller du connu à l'inconnu. C'est par elle qu'on prévoit. La médecine elle-même ne tire-t-elle pas ses conclusions, ses applications de l'analogie? C'est par l'analogie des observations qu'elle arrive à l'analogie des traitemens. Sans cette comparaison continuée entre le passé et le possible, la médecine ne serait pas, elle ne pourrait être. Mais, que dis-je? l'analogie joue un bien plus grand rôle encore; c'est par elle que tout se fait, tout s'invente. Nous avons même sous nos yeux la molécule intégrante de toutes nos découvertes; nous pouvons lire autour de nous la première syllabe de nos formules, de nos idées. On dirait que la nature contient en germe, par une sage et haute prévision, tous les élémens qui doivent servir aux conquêtes de notre nature. Ainsi, la *nautile papyracée* présente dans son organisation les agrès et la structure d'un vaisseau. Le poisson, avec ses nageoires et ses formes particulières, a fourni la première idée de la navigation. L'organisation, la forme de l'oiseau donneront un jour, sans nul doute, le secret de la navigation dans l'air; la civilisation suscitera bientôt peut-être un nouvel et plus heureux Dédale. L'observation de l'évaporation des eaux terrestres et de leur concordance avec la formation des nuages et de la pluie, a fait découvrir la distillation, l'alambic, la théorie de la vapeur. Cette si belle et si féconde erreur, *la nature a horreur du vide*, a mis sur la voie de la formation des pompes; et les pompes et la vapeur commencent à révolutionner le monde de l'industrie et le monde des idées. L'anatomie des animaux et de l'homme a fait connaître le jeu des leviers, la puissance et le mode de distribution des forces, la mécanique des articulations. L'étude des fonctions physiologiques et des conditions particulières des organes a révélé des mystères d'hydrodinamique, d'acoustique, et tant d'autres dont l'art s'est servi pour réaliser ses étonnantes productions. Sous un point de vue différent, l'homme a fourni surtout des exemples, des analogies. Lorsque la force n'a plus gouverné les peuples après avoir été détrônée par l'intelligence, lorsque dans un gouvernement il a fallu partager la puissance en créant des centres d'action, l'abondance, en créant des centres de production, la vie intellectuelle et physique, en répandant partout les conditions qui lui servent à la fois de germe et d'aliment, l'homme n'a-t-il pas été le petit monde sur lequel on a étudié cette nouvelle et grande organisation? Le cerveau, par sa centralité et sa diffusion, les autres organes, par la place qu'ils occupent et l'influence qui leur appartient, ne représentent-ils pas, en effet, la hiérarchie de ces pouvoirs, qui, liés entre eux, rentrent sous l'immédiate influence d'une activité dont la fonction est d'agir partout et de veiller sur tout? Ainsi le médecin peut atteindre à tous les problèmes de l'ordre social. Par l'homme, il peut aller même jusqu'à comprendre quel est le gouvernement qui convient le mieux aux grandes associations d'hommes.

Je m'arrête, car j'ai peut-être beaucoup trop prolongé cette lettre. Mais le sujet et ses développemens m'ont entraîné. Que de choses pourtant j'ai omis de dire! l'intelligence éclairée des lecteurs y pourvoira. Du reste, je ne termine pas ici ma correspondance, puisque j'ai à montrer encore le médecin dans sa double existence de savant qui éclaire, et de praticien, qui, en secourant les hommes, apprend à les connaître, à les plaindre et à les aimer.

ED. CARRIÈRE.

petit, filiforme, sans aucune résistance; l'impulsion du cœur sans force, la peau chaude; la face de la malade est crispée par la violence des douleurs; elle se plaint sans cesse; son état est des plus graves. On prescrit une saignée de quelques gouttes de sang avec ordre d'observer l'état du pouls pendant l'écoulement et de le laisser couler si le jet prend de l'étendue. Les premières gouttes de sang coulèrent en bavant, mais peu à peu il se forma un jet continu, et le pouls acquit un peu de développement. Le sang rougit à mesure que le vaisseau se desemplissait. Une seconde saignée fut prescrite pour midi et une troisième pour le soir. A la seconde le sang se recouvrit d'une couenne en champignon et très épaisse; la troisième offrit le même aspect; cependant le pouls s'était développé et avait acquis de la force; il battait 80 fois par minute, mais les douleurs persistaient avec la même violence.

Deuxième jour. Le visage est meilleur, bien que le ventre soit encore très distendu et volumineux. (Quatrième saignée, bains de plusieurs heures, ainsi que la veille, calomel, cataplasme sur le ventre, eau vinaigrée pour boisson.)

Troisième jour. Légère diminution dans les douleurs; le son abdominal est mat; la pression est supportable; le pouls conserve encore de la force. (Cinquième saignée de 375 grammes; même prescription que les jours précédens.)

Quatrième jour. Le sang continue à se couvrir d'une couenne moins épaisse; il est vrai que le retrait du caillot est moins prononcé. La malade dit moins souffrir. Il y a eu des selles depuis deux jours. (Sixième saignée.)

Cinquième jour. Le mieux est sensible; l'abdomen est moins volumineux, et inférieurement le palper fait reconnaître une boule qui semble ne pouvoir provenir que des adherences contractées entre plusieurs anses de l'intestin; le pouls a perdu de sa fréquence et de sa résistance.

Les jours suivans, l'amélioration se prononce de plus en plus sous l'influence des bains et des cataplasmes laudanisés, et bientôt la malade entre en convalescence. Mais il survient du dévoiement qui résiste aux lavemens opiacés et à la décoction blanche pour toute boisson. La malade s'épuisait rapidement quand le magister de bismuth vint arrêter cet accident. Après un mois de séjour à l'hôpital, elle sortit guérie. Le globe abdominal persistait encore.

NOTE SUR LA CONTAGION DE LA DOTHINENTÉRIE; par le docteur FÉRON, médecin à Bagneux.

L'auteur rapporte ici plusieurs faits qui viennent à l'appui de l'opinion d'après laquelle la dothinentérie ou fièvre typhoïde serait contagieuse, opinion qui, comme on le sait, est adoptée par la plupart des médecins que leur position a mis à même d'observer la fièvre typhoïde dans de petites localités, sur des points où il est facile de suivre la transmission des maladies, et qui, au contraire, est repoussée par la plupart des médecins de Paris.

Les grandes cités, dit l'auteur, sont peu propres à l'éclaircissement de cette question, puisqu'il est toujours facile d'accuser le même foyer d'infection, la même constitution épidémique. M. Féron a observé à Bagneux ce que tant d'autres praticiens ont observé dans de petites localités. Il a observé que rarement il n'avait qu'une seule malade à traiter dans la même maison, et que c'étaient toujours les personnes commises à la garde des fiévreux qui s'alitaient successivement. Quand la maladie passait d'un village dans un autre, elle le faisait toujours en suivant le mode de propagation indiqué ci-dessus.

Nous ne citerons pas les faits que rapporte l'auteur, car ils ne diffèrent pas de ceux recueillis par tous les autres auteurs dans une foule de localités; mais nous tâcherons de donner une idée de la valeur qu'ils nous paraissent avoir, en disant qu'il ne reste d'autre parti aux partisans de l'opinion opposée, qu'à les nier, s'ils ne veulent pas accepter les conclusions que l'auteur en a tirées.

II. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers des mois d'avril, mai, juin, juillet et août contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches sur la cirrhose du foie;* par M. A. Becquerel; 2° *De quelques points des maladies des cheveux, et recherches sur leur organisation;* par M. Mandl. 3° *Recherches sur la fracture du péroné;* par M. Maisonneuve. 4° *Remarques sur les pleuro-pneumonies observées à l'hôpital Cochin, de 1836 à 1839;* par M. Briquet. 5° *Etudes théoriques et pratiques sur les différens bruits qui se produisent dans les voies respiratoires;* par J.-N.-S. Beau. 6° *Recherches anatomico-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires;* par M. Durand-Fardel. 7° *Observation de ligature de l'artère iliaque externe dans un cas d'anévrisme diffus de l'artère crurale;* par M. Richet. 8° *De l'ulcère perforant de l'estomac;* par M. Rokitanski. 9° *Mémoire sur le ramollissement de l'estomac chez les enfans;* par M. Iselin. 10° *Modification de méthode circulaire dans l'amputation sus-malléolaire;* par M. Lenoir. 11° *De la fièvre typhoïde chez les enfans;* par M. Roger. 12° *Analyse des travaux sur la structure des productions pathologiques;* par M. Mandl. 13° *Observation d'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité, pratiquée dans le but de faire la ligature d'un polype du pharynx;* par M. Flaubert fils. 14° *Expériences sur les fonctions du nerf pneumo-gastrique et de l'accessoire de Willis;* par M. Arnold. 15° *Cas remarquable de fracture du crâne;* par M. Ollivier (d'Angers). 16° *Luxation complète du pied en arrière, consécutive à la rupture du ligament latéral interne et à la fracture du péroné;* par M. Ballot. 17° *Essai sur la pathologie de la moelle épinière;* par M. Burd. 18° *De l'application de la statique à la médecine;* par M. Valleix.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DES MALADIES DES CHEVEUX, PRÉCÉDÉ DE RECHERCHES SUR LEUR ORGANISATION; par le docteur L. MANDL.

Sans discuter les diverses opinions qui ont été émises sur la structure des cheveux, l'auteur se contente de rapporter les faits qu'il a eu occasion d'observer.

Si l'on soumet à un grossissement de cent ou deux cents fois un cheveu pris dans les sourcils, la barbe ou l'ouverture des narines, placé entre deux lames de verres, après l'avoir laissé quelque temps dans l'eau pour lui donner plus de transparence, on y reconnait une partie extérieure que l'on appelle *substance corticale*, et une intérieure appelée *substance médullaire* par les uns, *canal interne* par les autres. Si le cheveu a été coupé depuis quatre ou cinq semaines, son extrémité, au lieu de présenter une surface tronquée, se termine en pointe, et dans celle-ci se prolongent ces deux parties, centrale et périphérique, du cheveu. L'auteur tire de ce fait la conclusion que les cheveux s'accroissent non-seulement par le travail qui s'opère à la surface du bulbe, mais encore par un travail particulier du cheveu lui-même. Quant au bulbe, il n'existe pas d'observations directes faites sur sa structure; on a seulement pu injecter ceux des gros poils du mufle des bœufs; l'auteur a découvert à l'aide du microscope des globules sanguins dans le bulbe des cheveux. Pour la plupart des détails anatomiques, il se borne à les exposer succinctement, renvoyant à ce qu'il a publié ou qu'il doit publier dans son *anatomie microscopique*.

Dans l'article consacré aux maladies des cheveux il commence par en faire l'énumération, et sans entrer dans leur description détaillée, il rapporte les faits relatifs à quelques-unes d'entre elles qu'il a observés ainsi dans la plique polonaise; il a constaté l'existence, dans l'intérieur du cheveu, de matières plus ou moins liquides. Ce sont ces mêmes matières, diversement coloriées, qui, à l'état normal, vont former la portion corticale du cheveu, et qui, dans cette maladie, sont ces liquides épanchés au dehors qui produisent l'imbrication et l'agglomération des cheveux par leur dessiccation. Cette disposition explique la sortie, par l'extrémité des cheveux coupés, de divers liquides, même de sang. Plus on coupe les cheveux, plus on facilite l'afflux des liquides en raccourcissant le canal qu'ils doivent parcourir dans l'état normal. On explique ainsi la force que l'on fait acquérir aux cheveux en les coupant souvent. En admettant les faits précédens et la possibilité de la partie de sucs par la périphérie des cheveux, on conçoit leur altération indépendante de celle du bulbe, et le siége de celle-ci à une certaine distance.

C'est à tort qu'on a admis l'existence de cheveux bifides; dans ces cas on ne distingue pas les deux substances dans ces deux parties, ces fentes sont tout à fait mécaniques.

Si les cheveux commencent souvent à blanchir par la pointe, c'est parce que les sucs récemment secrétés par le bulbe, et devant arriver jusqu'au sommet du cheveu, sont dépourvus de matière colorante.

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES CAS DE PLEURO-PNEUMONIE OBSERVÉS A L'HÔPITAL COCHIN DURANT LES ANNÉES 1836, 1837, 1838 et 1839; par M. BRIQUET.

Il y a peu de maladies dont on se soit plus occupé que de la pleuro-pneumonie; il n'y en a pas qui se présente plus fréquemment à l'observation, et on est assez généralement disposé à attribuer une grande influence à la médecine sur son issue, et cependant on peut dire qu'aucune des questions qui se rattachent à son étude n'est encore arrivée peut-être à une solution définitive. De là les nombreux travaux des cliniciens de l'époque sur cette maladie, et celui de M. Briquet, dont la lecture peut être à la fois utile et intéressante, mais qu'il est presque complètement impossible d'analyser, parce qu'il n'est lui-même que l'analyse des résultats numériques obtenus pendant les quatre années indiquées ci-dessus. Ne pouvant reproduire tous ces résultats, nous nous contenterons de signaler ceux qui nous paraissent devoir offrir le plus d'intérêt.

L'auteur examine successivement l'influence de l'âge du malade, celle du siége de la maladie sur la marche de cette dernière; il discute les différentes causes auxquelles on l'a attribuée, et arrive au traitement, où il passe en revue les antiphlogistiques, auxquels il accorde une préférence marquée et motivée; les vésicatoires, auxquels il refuse toute action utile, et enfin l'émétique à haute dose, à l'emploi duquel il attache une grande valeur, soit qu'il soit administré seul ou qu'il soit combiné avec les antiphlogistiques et surtout la saignée. Nous terminerons en citant le

passage suivant, pour faire connaître l'une des preuves que l'auteur apporte à l'appui de la valeur qu'il attribue à ce traitement et la manière dont il discute les faits. « Si l'on réunit, d'une part, tous les cas dans lesquels le tartre stibié a été donné, concurremment avec des saignées et ceux où l'on n'a employé que les saignées et le vésicatoire, on trouve qu'après la première médication le terme moyen de la durée des phénomènes locaux de la pneumonie a été de six jours quatre cinquièmes; tandis qu'après la seconde médication le terme moyen a été de sept jours cinq neuvièmes. Bien certainement les cas dans lesquels on a donné le tartre stibié paraissaient être plus graves que ceux dans lesquels on s'en est tenu aux saignées et au vésicatoire.

« Il paraît rationnel de conclure de ces résultats que l'emploi du tartre stibié dans le traitement de la pneumonie constitue une médication dont les effets avantageux peuvent être positivement démontrés, une médication évidemment utile, agissant d'une manière héroïque dans certains cas, et concourant, dans les autres cas, à hâter la résolution de l'inflammation du poumon. »

OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE DANS UN CAS D'ANÉVRISME DIFFUS DE L'ARTÈRE CRURALE; par M. RICHET. (Observation recueillie dans le service de M. Monod, à la maison royale de santé.)

Nous rapportons presque dans son entier cette observation, dont tous les détails nous ont paru très intéressans. L'espèce d'accident qui a causé la maladie, sa marche rapide, sa terminaison remarquable, et enfin l'erreur pardonnable commise sur sa nature, la ligature nécessitée par la maladie elle-même et par le traitement qu'on lui avait appliqué, sont autant de circonstances dignes du plus grand intérêt.

Obs. — Vart (Louis-Victor), postillon, âgé de 57 ans, jouissant d'une bonne santé, mais vieilli par les fatigues de sa profession, fit, en octobre 1839, une chute de cheval, dans laquelle sa cuisse droite fut serrée entre le sol et le corps de l'animal. Vart n'en continue pas moins sa course, mais, en rentrant chez lui, il fut obligé de se coucher, et, le lendemain, il ne pouvait marcher. Il éprouvait une violente douleur dans le bas de la jambe droite. Un médecin appelé ne reconnut point de fracture, et après quelques jours le malade reprit son travail. Environ deux mois après, se palpant la cuisse droite, Vart y reconnut avec surprise une grosseur indolente du volume d'un œuf de poule. Il n'en souffrait pas et l'oublia. Vers le milieu de février, trois mois et demi après la chute, il commença à éprouver des douleurs sourdes dans la cuisse droite, siége de la tumeur. Les douleurs allèrent en augmentant, au point qu'au commencement de mars il quittait le travail et mandait son médecin. Celui-ci constata à la paroi interne et moyenne de la cuisse droite, une tumeur résistante et douloureuse à la pression. Les tégumens voisins sont souples et sans changement de couleur. Application de sangsues. (Il n'est point question des autres caractères de la tumeur, si elle offrait des battemens, du bruit de souffle, etc.).

Le lendemain, la cuisse a beaucoup augmenté de volume. La peau souple la veille est aujourd'hui tendue, empâtée. Le médecin, étonné de ce changement brusque, interroge de nouveau le malade, qui ne peut donner aucun renseignement précis. Quatre jours après le début du gonflement de la cuisse, qui avait augmenté pendant cet intervalle, le médecin sentit de la fluctuation, et croyant avoir affaire à un phlegmon profond appela un chirurgien.

Ce dernier voyant un gonflement douloureux de toute la cuisse, avec rougeur et chaleur de la peau; empâtement du tissu cellulaire sous-cutané; fluctuation douteuse en divers points, sans tumeur circonscrite, sans battemens perçus par la main; trompé encore par le peu de renseignemens, par la marche rapide des accidens, crut à un phlegmon profond, et pratiqua une ponction exploratrice à la partie externe de la cuisse, de 44 centimètres au-dessous de l'épine iliaque, se servant d'un bistouri étroit enfoncé avec précaution. Rien ne s'écoula d'abord, mais une sonde cannelée ayant de nouveau conduit le bistouri enfoncé plus profondément, un jet de sang rutilant s'échappa du fond de la plaie. Un tampon de charpie, puis un point de suture arrêta l'hémorragie.

Le lendemain, le malade fut transporté dans le service de M. Monod, à la maison royale de santé.

Mardi, 10 mars. Outre les symptômes d'abattement, de prostration, les symptômes locaux sont les suivans.

La cuisse droite est doublée de volume; le gonflement est exactement limité par l'arcade crurale, qui semble enfoncée, à cause du relief des tégumens de la cuisse. En bas, le gonflement cesse au genou. Peau rouge, chaude et incolore; point de fluctuation; la main ne perçoit ni battement; mais l'oreille, appliquée à la partie antérieure, entend un susurrus distinct, disparaissant par la compression de l'artère au-dessus de l'anneau.

En présence de ces symptômes, M. Monod reconnut un anévrisme diffus; mais ignorant le lieu où avait primitivement existé la tumeur, et dès lors la rupture de l'artère, voyant d'ailleurs l'énorme épanchement de sang, il résolut de faire la ligature de l'iliaque externe. Elle fut immédiatement pratiquée le jour même par le procédé d'Astley Cooper. Un fil ciré quadruple étreignit l'artère à 27 millimètres au-dessus de l'épigastrique.

Les deux premiers jours qui suivirent la ligature, le malade eut un peu de délire ou de subdélirium. Le membre conserva d'ailleurs sa chaleur et la tuméfaction diminua manifestement.

Troisième jour, 13 mars. En pressant sur la face externe et antérieure de la cuisse, on fit sortir par la plaie faite à la cuisse une masse de caillots d'une odeur fétide.

Cinquième jour, 15 mars. L'évacuation de caillots fétides a continué, et quoique le membre conserve sa température et sa sensibilité, le pourtour de la plaie de la cuisse est gangrené. On ne sent les battemens artériels dans aucun point du membre inférieur.

Le 17 mars, le malade mourut ayant continué à présenter des symptômes de prostration comme à son entrée, et étant tombé dans le coma. L'évacuation journalière des caillots avait rendu à la cuisse son volume normal. Le battement n'était point revenu dans le membre.

AUTOPSIE. L'iliaque externe est oblitérée au niveau de la ligature. Toutes les tuniques sont saines. L'interne et la moyenne sont divisées par la ligature, l'externe, unie par en haut et par en bas aux deux précédentes déchirées, forme une barrière dans l'artère. Le bout supérieur contient un caillot adhérent à la tunique interne.

(Il n'est point dit si le bout inférieur contenait de caillot, ni si la ligature était tombée, ce qui est peu probable.)

La plaie faite à la cuisse, même dans une vaste et irrégulière cavité limitée par le droit antérieur en arrière, et le couturier en avant. En dehors, le foyer est limité par la gaîne des faisceaux fémoraux, mais il s'étend loin en dehors en haut et en bas. C'était lui qui contenait la grande quantité de caillots qui sont sortis depuis l'opération. Cette poche communiquait avec une petite poche anévrismale située à 7 ou 8 centimètres de l'arcade crurale, et dont la paroi superficielle était complètement détruite. L'anévrisme communiquait lui même avec l'artère par une ouverture de 3 lignes de diamètre, au niveau de laquelle les tuniques artérielles se continuaient avec les parois de la tumeur ramollies et en suppuration. Autant qu'on en peut juger, le volume de l'anévrisme ne devait point dépasser celui d'une grosse noix. Les tuniques artérielles sont parsemées de plaques calcaires, seulement depuis la naissance de la profonde. Depuis cette dernière jusqu'à l'aorte, elles sont parfaitement saines.

L'inflammation d'un sac anévrismal aussi peu volumineux et aussi récent est un phénomène rare et qui apporte tant de difficulté dans le diagnostic, qu'il mérite la plus grande attention. Peut-être est-il, outre les symptômes, une cause d'erreur, en amenant l'oblitération momentanée de la tumeur, par des caillots récens; on sait que les vaisseaux enflammés, veines et artères, coagulent le liquide qui les traverse; en serait-il de même pour les sacs anévrismaux? Il est à remarquer que le médecin qui vit le malade, lorsque la tumeur commença à être douloureuse, toucha, examina la tumeur. S'il y avait eu les mouvemens d'expansion, ne les aurait-il pas sentis? Puis, quand les parois du sac sont détruites par la suppuration, les caillots franchement déposés ne sont pas une barrière capable d'arrêter le sang qui, dès-lors, s'épanche au loin. Les plaques calcaires trouvées dans l'artère jusqu'à la naissance de la profonde, sont-elles le produit d'une inflammation développée depuis la chute, ou de formation antérieure?

L'erreur commise par le chirurgien, bien pardonnable, quand on songe aux difficultés du diagnostic, n'a point d'ailleurs changé l'indication qui était la ligature de l'iliaque, même si la ponction n'eût point été faite. Cette dernière a eu seulement l'inconvénient, grand il est vrai, de conduire l'air dans un vaste foyer sanguin et d'amener ainsi la putréfaction de ces caillots qui deviennent ainsi un foyer d'infection. La chaleur et la sensibilité dont le membre a joui après l'opération, et malgré les lésions de la cuisse, prouvent que la circulation était activement rétablie par les artères de petit calibre seulement, puisque les pédieuses et tibiales ne battaient point. En un mot, cette opération, malgré la terminaison fâcheuse prouve en faveur de la ligature, car ce n'est point elle qui a fait succomber le malade, dont la mort a été sans nul doute causée par les lésions de la cuisse.

NOTE SUR UNE MODIFICATION DE LA MÉTHODE CIRCULAIRE APPLIQUÉE A L'AMPUTATION DE LA JAMBE, AU-DESSUS DES MALLÉOLES; par A. LENOIR, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

L'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, conseillée et pratiquée par Dioni, Ravaton, Alanson, B. Bell, Vacca, Rossi, dégagée, grâce aux perfectionnemens ingénieux de la jambe artificielle, dus à MM. Mille d'Aix et à A. Martin, des reproches que lui faisaient A. Paré et Sabatier, mérite de prendre rang parmi les amputations régulières de ce membre; et si quelquefois elle a été suivie d'accidens particuliers, il importe de savoir s'ils ne sont pas dus aux procédés opératoires mis en usage, plutôt qu'à l'opération en elle-même. Ceux qui ont été le plus souvent signalés sont la gangrène de la peau et les fusées purulentes dans l'épaisseur du mollet.

La gangrène de la peau suit souvent l'amputation circulaire, et cela parce que le chirurgien faisant la section des tégumens dans la partie la plus grêle de la jambe est obligé de les disséquer, pour les relever en manchette, ne pouvant les refouler sans cela vers des parties plus volumineuses que celles qu'ils recouvraient. Cette séparation sanglante prive la peau de ses élémens nutritifs et la prédispose à la mortification. L'au-

leur rappelle les observations citées par MM. Mercier, Baron fils, Serres de Montpellier, celles qu'il a vues lui-même dans le service de M. Cloquet, et les trois qui lui ont été récemment communiquées par M. Seutin de Bruxelles. Par la même raison, la gangrène de la peau suit l'amputation à lambeaux, suivant la méthode de Ravaton, quand ces lambeaux ne sont taillés qu'aux dépens des tégumens.

Les infiltrations sanguines et purulentes suivent plus souvent cette opération. L'existence de plusieurs gaînes bien circonscrites, celle de tendons ou de muscles, lâchement unis à leurs parois par du tissu cellulaire, en donnent l'explication. Le sang s'infiltre parce qu'on réunit par première intention à l'aide de bandelettes souvent avant que tout suintement sanguin se soit arrêté, et que le liquide peut facilement remonter le long des gaînes. Si une inflammation phlegmoneuse survient le pus ne tarde pas à se remontrer dans les mêmes lieux pour la même cause. Deux observations, l'une de M. Riberi de Turin, l'autre de M. Velpeau, sont citées à l'appui de cette assertion. Une compression méthodique le long du membre, un pansement convenable sans réunion immédiate, et une position déclive du membre préviendraient, suivant l'opinion de l'auteur, ces accidens.

Voici le procédé qu'il propose de substituer à la méthode circulaire, telle qu'elle est généralement pratiquée. On fait, avec un couteau interosseux, 40 millimètres environ au-dessous de l'endroit où l'on veut couper les os, une section circulaire des tégumens, sans dépasser l'aponévrose d'enveloppe de la jambe; sur cette première incision, on en fait tomber une seconde, longue de 40 millimètres le long de la face interne et près de la crête du tibia. Les deux lambeaux de peau qui en résultent sont disséqués isolément en avant et sur les côtés de la jambe, nullement en arrière, en leur conservant le plus d'épaisseur possible. Le bord de la peau en arrière, celui que forme cette membrane renversée sur les côtés, décrivent autour de la jambe une ligne ellipsoïde que le couteau doit suivre dans la seconde incision. Celle-ci ne doit comprendre en arrière que les muscles du plan superficiel de la jambe. Cette seconde incision permet de relever, en avant, vers la partie supérieure du membre jusqu'au niveau de l'angle de la division verticale des tégumens, la peau, comme dans la méthode circulaire ordinaire, avec les muscles superficiels encore adhérens. A ce niveau, on coupe en troisième lieu le reste des muscles de la jambe, et l'opération est terminée suivant les règles ordinaires. La division verticale est réunie par la suture, une bandelette de linge est mise au fond de la plaie, et les bords en sont modérément rapprochés à l'aide d'une seule bandelette agglutinative, suivant le diamètre antéro-postérieur du membre. Les chairs sont soutenues au moyen d'un bandage circulaire médiocrement serré appliqué sur tout le membre. Le reste du pansement n'exige aucun soin particulier, et le membre doit reposer sur sa face externe, dans une position un peu déclive.

OBSERVATION D'ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR POUR FACILITER LA LIGATURE D'UN POLYPE DES FOSSES NASALES ET DE L'ARRIÈRE-GORGE; par M. FLAUBERT fils.

Voici bien certainement la première fois que l'ablation de l'os maxillaire supérieur est faite, pour faciliter la ligature d'un polype situé hors de cet os. M. Flaubert fils, qui l'a pratiquée, a terminé son observation par des conclusions dont quelques-unes nous ont paru susceptibles de controverse. Nous y reviendrons quand nous aurons brièvement rapporté l'observation de Louis Despretz.

OBS. — Ce jeune homme, âgé de 22 ans, bien portant jusqu'à sa maladie actuelle, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 2 mai 1839. A cette époque, un polype volumineux de la fosse nasale gauche s'avance jusqu'à l'orifice antérieur, qu'il déborde, a détruit la voûte palatine dont la muqueuse est convexe, refoulé la cloison nasale, et est déjà descendu derrière le voile du palais jusqu'à l'épiglotte. Le polype est rouge, indolore, mais donne lieu à des épistaxis abondantes et répétées. Il y a de temps à autre des menaces de suffocation, et toujours un ronflement désagréable à entendre. On ne put reconnaître le lieu d'implantation du polype; néanmoins, une ligature fut appliquée à tout hasard, d'après la méthode de Dubois.

Appliquée le 23 mai, le 29 elle entraînait une portion assez considérable du polype, ce qui amena du soulagement. Malgré l'application d'une autre ligature, la voûte palatine restait convexe; toute la muqueuse fut incisée y compris la voûte palatine, et on put aussi appliquer par le même procédé une ligature qui resta du 12 au 21 juillet, et amena à cette époque la chute d'une grande portion du polype. Alors la voûte palatine détruite, il existait une large communication entre la bouche et les fosses nasales. Il restait encore des portions de polype dans ces dernières.

Le malade affaibli par les opérations successives dont nous venons de parler et par les pertes de sang assez souvent répétées s'infiltra. On le renvoya à la campagne.

Le 12 mars 1840, Despretz revint à l'hôtel-dieu de Rouen avec les symptômes suivans: Tout le côté gauche de la face est plus développé que le droit. L'œil est projeté en avant. L'apophyse montante est désarticulée d'avec les os propres du nez. Le polype, accru depuis l'an dernier, remplit la fente de la voûte palatine.

En vain, le 18 et le 25 mars, on fit des tentatives de ligatures; à chaque fois on ne put saisir qu'une partie de la tumeur.

M. Flaubert fils, rebuté par ces tentatives inutiles, songea alors à un moyen extrême, à enlever le maxillaire supérieur pour mettre entièrement à nu le polype sur lequel on pourrait facilement alors jeter une ligature. L'opération fut pratiquée le 13 avril.

Voici les particularités qu'elle a offertes:

Le maxillaire fut mis à nu à l'aide de deux incisions, une partant de l'angle interne de l'œil descendait jusqu'à la lèvre supérieure; l'autre partant au niveau de l'angle externe, mais à 4 centimètres en dehors, allait rejoindre la première en bas. Ce lambeau disséqué de bas en haut fut relevé. Le ciseau fut immédiatement porté sur l'apophyse montante; puis la paroi externe de l'orbite y compris l'os de la pommette, scièe avec la scie à chaîne d'arrière en avant. La voûte palatine est également sciée avec la scie à chaîne. L'os maxillaire est alors luxé. Le polype paraît et est reconnu adhérent, à la face interne de l'apophyse ptérygoïde, à la cloison, au corps du sphénoïde et de l'ethmoïde à la paroi postérieure du pharynx. Le bistouri et les ciseaux le détachent successivement de tous ces points. Il fallut enlever une portion de la muqueuse pharyngienne; il s'écoula beaucoup de sang, et avant la fin de l'opération, le malade avait éprouvé deux syncopes et des convulsions. Cependant l'hémorragie s'arrêta sans le secours du cautère actuel. La plaie fut réunie par la suture entortillée.

Aucun accident ne suivit l'opération.

Le 30 avril, Despretz quitte l'hôtel-dieu parfaitement guéri. Sa joue est aussi grosse, aussi bien tendue que de l'autre côté.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Flaubert cherche à établir que les deux incisions, à l'aide desquelles il met l'os à découvert, l'emportent sur les trois incisions de M. Gensoul et sur l'incision unique de M. Velpeau. Quand on est maître de choisir le lieu de son incision, l'unique incision de M. Velpeau nous semble bien préférable; malgré ce qu'en dit M. Flaubert, l'opération est tout aussi facile, et ne peut en aucune façon, faite suivant les règles, attaquer le canal de stenon. M. Flaubert a été, dans ses essais sur le cadavre, malheureux d'éprouver ces deux derniers inconvéniens. Pour notre compte, nous avons si souvent répété cette opération sans les rencontrer que nous nous croyons en droit d'infirmer l'assertion de M. Flaubert à cet égard.

Enfin, l'application que M. Flaubert a faite de la scie à chaîne pour la voûte palatine et l'os de la pommette n'est pas nouvelle. Il peut s'assurer, en consultant la GAZETTE DES HÔPITAUX pour le mois de janvier ou le commencement de février que M. Velpeau a appliqué cette scie à une extirpation du maxillaire supérieur faite avec succès. M. Flaubert prétend que cette scie ne peut convenir à tous les cas, parce que la fente sphéno-maxillaire est quelquefois trop étroite pour lui livrer passage. Le professeur de la Charité a prouvé que cet inconvénient ne peut proscrire la scie à chaîne dans les cas dont il s'agit. Il suffit comme il l'a fait de percer la paroi externe de l'orbite à l'aide d'un poinçon le plus près possible de la fente sphéno-maxillaire. Le trou donne passage à la scie, et la petite portion de la paroi est divisée avec le ciseau quand il vient séparer le maxillaire de ses attaches postérieures.

OBSERVATION DE LUXATION COMPLÈTE DU PIED EN ARRIÈRE; par M. BALLOT.

On retrouve, dans le fait rapporté par le docteur Ballot, la cause classique de la luxation du pied en arrière.

OBS — Un terrassier, travaillant à creuser un large fossé, sent la terre s'écrouler sur lui, il veut s'élancer au loin, mais son pied retenu par l'éboulement déjà considérable arrête l'élan du corps qui tombe en dehors et en avant.

On retire ce malheureux qui, visité sept heures après, offre tous les signes d'une luxation complète du pied en arrière avec fracture du péroné. Tous les signes de cette affection ont été soigneusement notés. Ainsi raccourcissement de la portion du pied qui s'étend du tibia aux orteils, allongement du talon, la courbure de la face postérieure de la jambe ont été observés. Disons en passant qu'il est facile de connaître au juste l'étendue du déplacement par l'évaluation du raccourcissement de la portion antérieure du pied et du raccourcissement du talon, et d'un autre côté en connaissant l'étendue antéro-postérieure de la surface de l'astragale.

La réduction n'offrit aucune difficulté. La guérison se fit longtemps attendre, comme il arrive d'ordinaire dans cette espèce de maladie. Ce ne fut que quatre mois après l'accident que le malade put marcher.

OBSERVATION D'UN GRAND NOMBRE DE TÆNIAS EXISTANT SIMULTANÉMENT DANS L'ESTOMAC.

L'observation suivante n'offre quelque intérêt que sous le point de vue du nombre des tænias et d'un symptôme que l'on observe rarement dans cette maladie et qui dépendrait probablement du nombre de vers et de leur siége dans l'estomac.

OBS. — Madame R., 37 ans, blonde, d'une constitution robuste, ordinaire-

ment bien portante, éprouvait cependant depuis sept à huit mois un malaise général, un sentiment de gêne et de pesanteur dans tout l'abdomen, et principalement dans la région épigastrique. Plusieurs fois son ventre devint tout à coup volumineux.

Elle éprouvait presque toujours les signes d'un profond dégoût pour les alimens; quelquefois, au contraire, elle était tourmentée par une faim vorace, revenant par accès irréguliers, par de fréquentes envies de vomir, mais sans vomissement. La langue était blanche et large, la bouche amère et pâteuse. Suivant les expressions de la malade, il lui semblait souvent que quelque chose lui piquait ou lui déchirait l'estomac; elle indiquait la région épigastrique comme le seul siége de ces sensations fort douloureuses. Lorsque la malade courait, elle sentait dans la même région descendre et remonter un corps qu'elle comparait à une vessie pleine de liquide. Diarrhée fréquente. Elle fut à deux reprises différentes agitée pendant la nuit de mouvemens convulsifs très violens, avec perte complète de connaissance. Pendant les attaques qui durèrent plus d'une heure chaque fois, le mari de la malade avait beaucoup de peine à la contenir; elle s'endormait ensuite et le lendemain ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Mad. R. ayant été engagée d'examiner ses garderobes avec attention apporta, au bout de quelques jours, un fragment de tœnia qu'elle venait de rendre. Le lendemain elle dut prendre 60 grammes d'écorce de racine de grenadier en décoction dans 1,000 grammes d'eau réduite à 750 grammes par l'ebullition. Une heure après l'ingestion du premier verre, la malade rendit tout à coup et en une seule fois une masse considérable de tœnias pelotonnés. Ils étaient au nombre de douze, et avaient ensemble une longueur de 48 mètres.

Depuis cette époque, tous les symptômes qu'éprouvait madame R. ont complètement disparu. Son premier soin fut de s'assurer si le ballottement incommode qu'elle éprouvait dans la région épigastrique lorsqu'elle courait existait encore; à sa grande surprise elle n'éprouva rien de semblable.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE; par le docteur PAYAN.

L'observation suivante vient à l'appui de l'ingénieuse théorie proposée par M. Bouchardat pour l'explication des phénomènes du diabète, théorie qui, comme on le sait, repose sur les faits bien connus de la transformation de la fécule en sucre de raisin et d'après laquelle l'existence des principes sucrés dans les urines des diabétiques proviendrait de la transformation de la fécule des alimens en sucre de raisin, telle que nous pourrions l'effectuer dans les laboratoires. Le ferment, le gluten, l'albumine, la fibrine, se rencontrant dans l'estomac avec l'amidon, seraient les agens qui exerceraient sur cette dernière substance cette transformation remarquable; et comme il faut, pour que l'amidon soit complètement changé en sucre, que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau, il faut aux diabétiques une quantité d'eau à peu près aussi considérable, ce qui explique cette soif pressante à laquelle ils ne peuvent résister; aussi la soif de ces malades est-elle en raison directe des alimens sucrés ou féculens qu'ils prennent, et pour une quantité d'alimens représentant une livre de fécule remarque-t-on qu'ils boivent ordinairement sept livres d'eau, et qu'ils rendent à peu près huit livres d'urine. On observe également que, si l'on diminue ou si l'on supprime les alimens féculens, la soif suit immédiatement une marche rétrograde parfaitement comparable.

OBS. — M. Charron, d'une bonne constitution, a commencé à s'apercevoir, en mars 1839, que ses urines étaient plus abondantes et sa soif plus prononcée qu'à l'ordinaire. Après avoir patienté pendant plusieurs mois, il consulte plusieurs médecins, qui, attribuant cet état à une irritation gastro-intestinale, lui prescrivent des boissons rafraîchissantes, des tisanes, etc. La maladie continuant à s'aggraver, il s'adresse à M. Payan, dans les premiers jours de novembre, auquel il paraît dans l'état suivant : maigreur générale et grande faiblesse; le malade ne peut se tenir sur les jambes; appétit plus prononcé qu'à l'ordinaire; soif continuelle, malgré les boissons fréquentes; excrétion de l'urine abondante et souvent répétée; la bouche est sèche, la peau aride et écailleuse; les urines inodores, sans dépôt et tout-à-fait semblables à du petit lait clarifié; brûlées sur du charbon, elles donnent une forte odeur de caramel. Il résulte de la comparaison de la quantité des urines rendues avec celle des boissons que le surplus des urines est à peu près équivalent au poids des alimens féculens qu'il prend encore. (Le malade renoncera aux matières sucrées et féculentes, dont il faisait un abondant usage, et ne se nourrira que de viandes avec du poisson, des œufs et des légumes, tels que l'oseille, les épinards, la chicorée, la laitue.)

Au bout de trois jours, il y avait déjà de l'amélioration. Les urines, moins abondantes, avaient repris leur odeur *sui generis*. La soif était diminuée et les forces commençaient à revenir. Le malade dut continuer son régime.

Déjà il était beaucoup mieux et avait pu reprendre les travaux de sa profession, quand, à l'occasion des fêtes de Noël, il quitta pendant deux jours son régime; aussitôt la soif revint avec les urines sucrées et abondantes. Le malade reprit son régime anti-diabétique et avec le même succès; mais, au bout d'un mois, il lui sembla tellement fastidieux qu'il lui fut impossible de le continuer plus longtemps; force fut alors de le laisser revenir aux anciennes habitudes, avec recommandation de reprendre l'alimentation animale dès que le dégoût lui en aurait passé. Cela fut fait, et c'est en alternant ainsi qu'il passe son temps depuis lors. Il est digne de remarquer que chaque fois que les alimens féculens sont repris, avec eux reviennent les symptômes diabétiques, qui s'arrêtent ensuite par leur cessation.

Ce régime, comme on le voit, dit avec raison l'auteur de l'observation, ne constitue point, sans doute, un traitement radical, puisqu'il ne met pas à l'abri des récidives, mais il est extrêmement précieux en ce que par lui on suspend, on arrête à volonté la diathèse diabétique, et, comme il n'a rien d'insalubre, qu'il n'est point difficile à suivre avec persistance pendant un certain temps, on permet au malade de recouvrer ses forces et de prolonger son existence. Ainsi, en attendant que, comme complément de cette médication, la thérapeutique puisse nous offrir quelque spécifique pour détruire tout-à-fait la disposition saccharogénique de l'économie, l'homme de l'art aura à se réjouir d'avoir été mis en mesure de pouvoir retirer beaucoup de malheureux des sentiers d'une mort naguère inévitable. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Le procès-verbal est adopté sans réclamation.

M. le secrétaire perpétuel rend compte de la correspondance qui contient :

1° L'état des vaccinations pendant l'année 1839, dans les départemens du Rhône, de la Vendée, de la Marne, de Seine-et-Marne, des Pyrénées-Orientales, de l'Yonne, du Morbihan, de la Corse, de la Haute-Vienne, de l'Isère, des Deux-Sèvres et d'Indre-et-Loire.

2° Un mémoire du docteur Saint-Etienne sur une épidémie de fièvre typhoïde dans le département de la Haute-Vienne.

ORDRE DU JOUR. — NOUVELLE THÉORIE MÉDICALE; PAR M. RIPARI, DE CRÉMONE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY fait un rapport très défavorable sur le travail du médecin italien, qui, dit le rapporteur, à défaut d'idées neuves ou médicales, est rempli de cette phraséologie banale tout à fait déplacée dans les sciences.

DES CAUSES DE LA MORTALITÉ DANS LES GRANDES VILLES; PAR M. LACHAISE.

Ce médecin étranger à l'Académie lit sous ce titre un travail assez long dont voici les points les plus importans. Suivant M. Lachaise, la mortalité dans les grandes villes tient moins à l'abus de tous les plaisirs, aux insalubrités dépendant de la voie publique, des égouts, des manufactures de toutes espèces, qu'à l'entassement des individus dans des maisons proportionnellement trop petites. Pour arriver à ce genre de preuves, M. Lachaise compare d'abord la mortalité à deux époques différentes : de 1810 à 1820, l'assainissement de Paris a beaucoup gagné par les soins de l'autorité municipale, qui a relégué tous les établissemens insalubres hors de l'enceinte de la ville, et créé une entreprise pour l'enterrement journalier des immondices. Dans cet intervalle la mortalité a été de 1 sur 32 habitans. De 1830 à 1840, la propreté des rues a augmenté; il s'y est ajouté une foule d'embellissemens, tels que les grandes fontaines qui ornent de tous côtés les places publiques; les bornes-fontaines qu'on trouve au coin de toutes les rues, l'élargissement de beaucoup de rues. Pendant ces dix années, la mortalité au lieu de diminuer a augmenté; elle est de 1 sur 30 habitans. Quelle peut être la cause de cette augmentation? M. Lachaise s'est assuré par des relevés statistiques qu'elle porte uniquement sur les quartiers dont le nombre des habitans s'est beaucoup accru, sans que le nombre des maisons destinées à les contenir ait subi une augmentation proportionnelle.

Il en conclut que l'entassement est la pire des conditions pour la longévité des hommes, que l'autorité devrait à cet égard prendre des mesures pour empêcher les propriétaires d'élever les bâtimens qui donnent sur la voie publique, et donner aux cours et aux constructions intérieures des nouvelles bâtisses une étendue légale proportionnelle au nombre d'habitans qu'elles doivent contenir.

Renvoyé à l'examen de MM. Villermé et Gaultier de Claubry.

CORPS ÉTRANGER SÉJOURNANT NEUF MOIS IMPUNÉMENT DANS LES VOIES AÉRIENNES ET SORTANT SPONTANÉMENT; PAR M. MASLIEURAT.

OBS. — Marguerite, âgée de 50 ans, couturière, d'une santé robuste, fut prise tout d'un coup d'une toux légère, revenant tous les sept ou huit jours, avec un léger sentiment de gêne dans les voies aériennes. Elle alla consulter son chirurgien qui, après l'avoir soigneusement examinée, percutée, auscultée, ne découvrant rien de maladif chez elle, lui conseilla simplement l'usage de tisanes adoucissantes. La toux et la gêne dans les voies aériennes n'en continuèrent pas moins. A quatre mois de là, elle appela le même chirurgien, et lui montra sur un mouchoir une espèce de petite pierre de la grosseur d'une noisette qu'elle venait de rendre à la suite d'une quinte de toux. Le chirurgien scia la pierre par le milieu et la reconnut formée par un noyau de cerise entouré de substance calcaire. Depuis, la femme, dont la santé n'avait été en rien altérée, se porte toujours fort bien.

Ce fait, communiqué à M. Maslieurat par M. Monthodon, lui a servi de texte pour discuter les indications de la bronchotomie pour les corps étrangers des voies aériennes, et pour commenter le mémoire du célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie. Il pense que chez Marguerite le corps étranger a séjourné dans les ventricules du larynx.

Renvoyé à l'examen de MM. Bérard et Gimelle.

MÉMOIRE SUR LA SYPHILIDE; PAR M. GIBERT, MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

M. Gibert lit quelques fragmens d'un long mémoire sur ce sujet. Il commence par combattre l'opinion d'Alibert que la syphilide a été au quinzième siècle le symptôme primitif des affections vénériennes. L'histoire de ce temps prouve que comme aujourd'hui ces symptômes primitifs avaient leur point de départ dans les organes génitaux et étaient constitués par le chancre; outre le témoignage poétique qu'en donne Fracastor, Alexandre-Bénédict, médecin à Véronne en 1480 à peu près, et Torella, médecin de Borgia, avaient parfaitement observé le chancre comme symptôme primitif et l'avaient consigné dans leurs écrits. Seulement il semble qu'à cette époque la maladie marchait avec une rapidité bien plus grande qu'aujourd'hui.

M. Gibert ne partage pas l'opinion d'un médecin moderne que le chancre est le seul symptôme primitif essentiel de la vérole, parce qu'il est le seul qui soit susceptible d'inoculation suivie de résultats. Pour lui, les pustules plates peuvent communiquer la vérole, quoique leur inoculation ne donne point d'infection. La blennorrhagie peut donner la vérole, produire le chancre, sans que pour cela il existe nécessairement des chancres dans l'intérieur de l'urètre.

Chez la femme comme chez l'homme, la blennorrhagie siége au méat urinaire; mais il peut exister et il existe en même temps le plus souvent un écoulement vaginal; souvent le col ou la cavité utérine elle-même participe à la maladie; et dans ce dernier cas l'affection est souvent confondue avec des maladies organiques de matrice et exagérée par les traitemens qu'on adresse à ces dernières.

En résumé, les traits les plus caractéristiques de la syphilis sont les suivans;

1° La coloration cuivrée qui peut varier du rouge clair au rouge foncé, vineux;
2° La diffusion de la teinte cuivrée;
3° La persistance du mal et l'absence de remèdes appropriés;
4° L'effet rapide du traitement;
5° L'espèce de cicatrisation.

Traitement. Pendant longtemps, M. Gibert a traité les syphilides par l'iodure ou le deuto-chlorure de mercure sous forme pilulaire, comme le faisait M. Biett; mais il s'est convaincu que ce mode d'administration du mercure est moins efficace que les frictions. Maintenant il est revenu à la méthode ancienne qui consiste à déposer le soir dans l'aisselle 4 grammes d'onguent mercuriel, à rapprocher le bras du tronc sans interposition de linge. Jamais il n'a vu ce médicament héroïque manquer de cette façon ses effets avantageux.

MM. Emery, Joly, Delens sont nommés commissaires.

OVARITE AIGUE PROVOQUÉE PAR LES INJECTIONS UTÉRINES; PAR M. LEROY-D'ÉTIOLLES.

Cette maladie, dit M. Leroy, a été jusqu'à présent fort peu étudiée. Ayant eu occasion d'en observer deux exemples survenus à la suite d'injections dans l'utérus, je lui ai trouvé des caractères que les auteurs ne lui ont pas assignés. Le plus ordinairement, elle est consécutive à l'accouchement; dans les deux cas que j'ai observés, la cause était bien différente. Les symptômes les plus saillans qu'ils m'ont offerts sont les suivans : douleur subite dans un des flancs, avec développement rapide d'une tumeur dans le flanc correspondant. La douleur revient par accès, est très forte et comparée par les femmes aux douleurs de l'enfantement; malgré sa grande intensité, elle n'est point augmentée par la pression, et en cela elle diffère de la douleur de la péritonite. Dans aucune autre maladie, je n'ai observé de tympanite aussi considérable, ce qui contribue encore à augmenter les angoisses des malades. C'est à l'aide de purgatifs violens qu'on combat ce dernier symptôme, il se montre du deuxième au troisième jour.

Dans les deux cas rapportés par M. Leroy, des injections avaient été poussées avec modération dans l'utérus, à l'aide d'une sonde de gomme élastique. Dans l'un, la quantité d'eau de guimauve était de 30 grammes. Chaque fois le liquide était à peine arrivé dans la cavité utérine, que les femmes se plaignirent d'une vive douleur dans l'un des flancs. Dans un cas, la maladie fut regardée comme une métro-péritonite occasionnée par l'arrivée du liquide dans le péritoine; mais M. Leroy pensa qu'elle était bien plutôt une inflammation des trompes et de l'ovaire correspondant au côté de la douleur. Les symptômes qu'il avait observés une première fois dans l'ovarite ne lui permettaient pas de méconnaître cette dernière. Aucune des deux malades n'a succombé; mais, chez toutes deux, l'affaissement des tumeurs ovariques, que le doigt pouvait sentir dans le vagin, a été accompagné d'un écoulement abondant par l'anus.

M. Leroy présente en même temps son emporte-pièce pour la pupille artificielle. Depuis qu'il a présenté pour la première fois cet instrument à l'Académie, il lui a fait subir un perfectionnement qui le rend d'un usage beaucoup plus facile.

ABCÈS DU CERVEAU; PAR M. CASIMIR BROUSSAIS.

Obs.—Un homme adulte entre, le 1er août 1840, dans les salles de M. Broussais, avec quelques signes d'irritation gastrique datant de six jours, et qui furent promptement calmés. Le 6 du même mois, on lui avait accordé des alimens. Le 7 au matin, le malade est pris d'hémiplégie de tout le côté droit, de prostration. Saignée de quatre palettes.

8 août. Nouvelle saignée; sangsues aux tempes; sang couenneux. Le malade ne va pas mieux. Obligé de se mettre en voyage, M. Broussais remet le malade aux soins de M. Vaillant, qui l'a observé jusqu'au 22 août.

Pendant tout ce temps, le malade a été plongé dans le côma, mais n'a offert aucune apparence de paralysie. Le col droit était au contraire contracturé de temps à autre. Pendant les nuits, on a observé à diverses reprises des espèces d'attaques d'épilepsie.

Au 22 août, la connaissance revint à cet homme, qui répondait alors, quoique difficilement, aux questions qu'on lui adressait. Il pouvait aussi, mais avec peine, se mouvoir dans son lit. Il avait recommencé à manger, quand tout d'un coup, le 28 août, il fut pris de côma, et il mourut dans la matinée du 29.

Le 31, l'autopsie a été faite, et a donné le résultat suivant : la dure-mère adhère à l'arachnoïde cérébrale et à la surface du cerveau. La cavité arachnoïdienne contient à peu près 240 grammes de sérosité verdâtre et purulente; un vaste abcès occupe l'intervalle de la surface du cerveau et de l'arachnoïde cérébrale sur l'hémisphère droit (la paralysie avait porté sur le côté droit du corps); mais la surface du lobe gauche offre également un petit abcès ayant le même siége.

FAUSSE ARTICULATION DE L'HUMÉRUS; GUÉRISON PAR LE SÉTON; PAR M. JOBERT (DE LAMBALLE).

Un homme robuste, de 45 ans à peu près, se fit, dans une chute, une fracture de l'humérus, compliquée d'une petite plaie au niveau de la fracture. Le bras fut mis dans l'appareil inamovible pendant un mois. Au bout de ce temps, la petite plaie suppurait encore; il n'y avait point de trace de consolidation.

Pendant deux autres mois, on fit usage de l'appareil ordinaire, qui n'a hâté en rien la consolidation. M. Jobert passe alors un séton entre les deux fragmens, mais au lieu de le laisser cinq ou six semaines, comme Physick et d'autres, il ne l'a laissé que huit jours. Un mois après, la consolidation était opérée. L'expérience lui a appris que, dans quelques circonstances, le séton laissait après sa sortie des trajets fistuleux organisés, incapables de se cicatriser, et qui entretiennent la mobilité des os. Quelquefois même ces trajets aboutissent à des portions d'os dénudés par le séton.

Celui-ci, laissé huit jours seulement, irrite le périoste, et l'inflammation de ce dernier amène le dépôt d'une suffisante quantité de matière osseuse pour opérer la consolidation.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'OCCASION OU DE L'OPPORTUNITÉ EN MATIÈRE DE THÉRAPEUTIQUE; par H. GOLFIN, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier. (Leçons extraites d'un cours de thérapeutique fait dans le semestre de 1839.)

Occasio præceps, tel est le texte sur lequel roule cette dissertation, qui ne compte pas moins de 120 pages. Ce bref précepte, jeté en tête des aphorismes d'Hippocrate, comme l'expression d'une de ces vérités simples que l'expérience lui avait démontrées, est le sujet d'une série de leçons dans lesquelles le professeur Golfin a cherché à en commenter le sens, à en étendre la signification au-delà des limites assignées par Hippocrate, et à formuler les lois de l'opportunité dans leur application à la médecine pratique. L'occasion ou l'opportunité d'agir ne peut évidemment avoir le même sens pour tous les médecins. Il en est même, et de ceux que Van Helmont appelle *medici non a medendo, sed a jugulando*, pour lesquels cette acception n'a pas de sens du tout. Pour ces derniers, tout problème thérapeutique se formule ainsi : la maladie étant connue, trouver le remède, n'importe quand; le moment est toujours bon; le plus tôt n'est que le mieux. Telle n'est pas la manière dont la question est envisagée par les médecins hippocratistes. Ceux-ci se demandent : *Faut-il agir? Comment et quand convient-il d'agir?* Chacune de ces déterminations, qui constituent les trois grands chefs d'indications, est subordonnée à la marche naturelle de la maladie, à ses causes, à sa nature connue, à la succession des actes effectués sous la dépendance de la force médicatrice, etc. Pour rester dans l'esprit de la doctrine qui consacre ce précepte, nous allons essayer de reproduire en peu de mots le sens que M. Golfin attache à l'opportunité thérapeutique et les lois qu'il en déduit. Le précepte de l'occasion et de l'opportunité ne peut, dis-je, avoir de sens précis et arrêté que dans l'esprit de la doctrine qui admet dans l'économie une force dont l'action permanente donne lieu à des actes qui tendent sans cesse au rétablissement de l'ordre normal. La force médicatrice, admise comme le fait initial qui domine tous les actes de l'état morbide, devait être également le fait dominateur de la thérapeutique et devenir le point de mire du médecin thérapeutiste. Dans les actes par lesquels se manifeste cette force médicatrice de la nature, il est certains momens où elle semble plus disposée à la guérison que dans d'autres, mais où elle n'est pas toujours suffisante pour surmonter les obstacles et pour effectuer à elle seule une réaction favorable; ou, en d'autres termes, il est telle période de la maladie, tel moment de sa marche où l'action des agens thérapeutiques devra avoir plus d'efficacité que dans d'autres momens. C'est ce moment, le plus propre à aider la nature, à suppléer ou déterminer son action insuffisante ou impuissante, qui constitue l'occasion. Toute la sagacité du médecin consiste à saisir ce moment

opportun pour imprimer aux mouvemens vitaux la direction la plus convenable et la plus en harmonie avec la tendance qu'affecte la nature médicatrice. Tel était le sens qu'Hippocrate attachait à l'axiôme *occasio præceps*. M. Golfin, voulant donner à cet axiome toute la latitude de sa rigoureuse application, fait dériver l'occasion non seulement du moment où la nature paraît le plus disposée à se livrer aux actes curateurs, mais encore de tous ceux où elle manifeste son action dans un sens contraire à l'établissement de ces actes.

Ainsi, tout mouvement spontané de la nature, soit qu'il tende à la guérison, soit qu'il précipite la marche funeste de la maladie, devient l'occasion d'agir. « Il est, dans chacun de ces cas, un temps, une époque, un moment court, passager, fugitif et pressant, dit M. Golfin, où l'intervention de l'art devient indispensable pour placer la force médicatrice de la nature dans la disposition favorable au développement de ses actes curateurs. Si ce moment n'est pas promptement saisi, l'action trop énergique, ou trop faible, ou trop irrégulière de cette force, accroît l'intensité de la maladie, et il survient des lésions physiques ou organiques, qui sont plus ou moins rapidement mortelles. Si, au contraire, le praticien saisit habilement ce moment pour remplir les indications qui se présentent, les lésions vitales et organiques perdent de leur violence, et la force médicatrice se modifie et se proportionne au degré convenable pour opérer les actes salutaires de la médication. »

Ainsi comprise et développée, M. Golfin définit l'opportunité, la manifestation du moment favorable, plus ou moins pressant, que l'on doit se hâter de saisir pour remplir les indications, afin que la force médicatrice puisse se livrer aisément aux actes curateurs, et normaliser l'agrégat vivant. Après avoir fait ressortir, à ce point de vue, l'importance de ce grand principe de thérapeutique, consacré par les médecins de l'antiquité, montré que l'opportunité est la condition qui domine toute la thérapeutique, et qu'elle n'a pu être méconnue que par les systèmes qui abandonnent la nature à ses propres écarts, ou qui lui font violence par des méthodes perturbatrices aveuglément employées, sans tenir compte de la marche naturelle des maladies et des actes curateurs de la nature, M. Golfin suit tous les développemens de ce principe dans toutes les conditions de son application.

Arrêtons-nous un moment ici, et examinons la portée de ce précepte, qui, suivant la manière dont il serait compris, deviendrait une des sources les plus fécondes d'indications, une des lois les plus importantes de la thérapeutique, ou ne serait qu'une vaine spéculation de l'esprit, propre à compliquer les difficultés du problème et à détourner l'attention du praticien d'objets plus directement utiles. Si l'on ne considère, dans les maladies, que le moment actuel, sans lier ce moment avec ceux qui l'ont précédé, et sans porter ses vues par le pronostic sur ceux qui le doivent suivre; si l'on ne fixe son attention que sur les altérations organiques locales qui ont été le point de départ ou le point de convergence des symptômes morbides, et qui se présentent dans le moment présent comme la manifestation la plus apparente de la maladie, sans nul doute on ne saurait comprendre la portée d'un pareil précepte. Mais si l'on embrasse à la fois par la pensée toutes les périodes de la maladie, si l'on suit dans leur succession tous les actes qui la constituent, si l'on cherche dans leur enchaînement, dans les diverses phases qu'ils présentent leur signification séméiologique, on s'apercevra bientôt que le cours d'une maladie est marqué, soit dans sa marche ascendante, soit dans sa marche décroissante, par une série de réactions ou d'oscillations, tantôt brusques, tantôt graduelles ou régulières, qui sont comme autant de manifestations d'une lutte entre les causes morbides qui tendent à détruire l'organisme, et les efforts de la nature qui tendent à rétablir l'ordre normal des fonctions. On remarquera, en outre, qu'il est dans les conditions hygiéniques et pathologiques, ou les causes morbides, dans les lésions physiques, dans la prédominance qu'acquièrent certains symptômes, etc., une foule de circonstances qui modifient d'une manière plus ou moins brusque la marche de la maladie, et déterminent le moment où il est le plus convenable ou le plus nécessaire d'agir. Quel est le médecin qui, en présence de ces oscillations que l'on nomme si souvent les caprices de la nature, n'ait senti qu'il était un moment où il convenait de modifier son traitement, de suspendre toute action, toute influence sur la marche de la maladie, d'agir avec plus d'énergie, de frapper un coup décisif, ou de changer ses méthodes; qui, demeuré jusque-là indécis ou spectateur attentif, n'ait été déterminé à agir par l'apparition d'un symptôme nouveau, d'une lésion grave, ou les signes d'une crise prochaine? Or, sur quelles données se fondent ses déterminations? Avouons-le, l'instinct, ou ce que l'on nomme, en terme pratique, le tact médical, est le plus souvent l'unique guide du praticien. Mais quel que soit le motif qui, dans de pareilles circonstances, ait déterminé sa conduite, le principe de l'opportunité n'en est pas moins consacré. Mais ces oscillations ne sont-elles que le produit du hasard, n'ont-elles pas leur raison dans un fait dont elles ne seraient que l'expression fugitive? L'opportunité n'est-elle pas subordonnée à des principes que l'on puisse déduire de ce fait et transformer en lois thérapeutiques? Telle a été la pensée de M. Golfin lorsqu'il a tracé les lois de l'opportunité. Ces lois devaient reposer sur un principe, ce principe est celui qui est consacré dans l'école hippocratique, la *puissance médicatrice* de la nature.

Tout l'échafaudage de la thérapeutique repose sur ce fait qui est également la base de toute la doctrine pathologique. Partant de ce principe, l'opportunité est établie principalement par l'action plus ou moins favorable de la force médicatrice vers la guérison; ou dit encore qu'il y a opportunité par rapport aux causes morbides, aux agens hygiéniques ou pathologiques et par rapport aux symptômes; il y a en un mot autant de lois de l'opportunité que de rapports généraux manifestés entre les causes des maladies, l'attitude de la force médicatrice et les symptômes.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens de son sujet, qu'il envisage sous tous les points de vue, s'attachant surtout à rechercher les caractères de l'opportunité dans les circonstances d'où elle se déduit, sans se dissimuler les nombreuses difficultés de cette étude qu'il s'efforce partout d'aplanir, ou du moins d'indiquer. Disons seulement que rien n'est difficile, en effet, comme de reconnaître les caractères de l'opportunité, nulle analyse n'est plus délicate que celle qui consiste à discerner dans l'ensemble symptomatique d'une affection, même la moins compliquée, la part qui revient aux causes, celle qui doit être faite aux lésions vitales ou organiques, à la réaction et aux symptômes. Et cependant c'est sur une pareille analyse que doit reposer la solution de tout problème thérapeutique, sous peine d'être réduit au plus aveugle empirisme ou aux décevantes illusions des systèmes. On voit combien la considération de l'opportunité, ainsi comprise, ouvre un champ vaste aux explorations cliniques, combien devient importante cette proposition qui, au premier énoncé, pouvait paraître oiseuse et se réduire à un vain jeu de l'esprit. C'est que lorsqu'on prend pour principe un fait expérimental placé au-dessus des hypothèses, lorsqu'on part d'une doctrine où tout est logiquement lié et rattaché à ce fait initial, il n'est point de question si secondaire en apparence qui ne tire un haut intérêt et une importance majeure de sa connexité avec les principes généraux de cette doctrine. L'opportunité est un des grands chefs d'où se déduisent les indications thérapeutiques qui peuvent toutes être ramenées à ces deux questions fort simples : *Quand* et *comment* convient-il d'agir? C'est donc une question de haute philosophie médicale et l'une des plus importantes de la médecine pratique, que celle qu'a cherché à élucider M. Golfin. Il l'a fait dans les vues d'un bon principe, et avec cet esprit logique qu'on a pu reconnaître déjà dans le petit nombre d'opuscules sortis de la plume de ce professeur. Nous regrettons seulement que la forme toute dogmatique, l'expression abstraite des principes et un style qui tend trop souvent au néologisme, nuisent à la clarté et à l'intelligence de questions assez ardues pour avoir besoin d'être énoncées avec une grande précision, une grande lucidité et être étayées sur des exemples et des faits cliniques qui fissent mieux ressortir leur importance pratique. Nous doutons que l'intelligence des élèves devant qui ont été prononcées ces leçons ait toujours pu suivre avec une aptitude soutenue la série d'inductions d'où découlent ces préceptes; et plus d'un lecteur même aura de la peine à saisir dans cet enchaînement de formules abstraites le lien qui le conduise à l'application immédiate du fait pratique qu'il voudra élucider. A une époque où le fait est tout, où la pratique de l'art s'enquiert moins de la légitimité des principes que des résultats qu'on lui promet, il conviendrait que dans l'exposition des dogmes d'une doctrine que l'on s'efforce avec raison de relever de l'injuste dédain auquel elle a été momentanément vouée, on évitât avec soin tout ce qui pourrait autoriser les reproches de néologisme et de nébulosité qu'on lui a si souvent adressés. Du reste, l'étendue que nous avons donnée à cet article prouve assez l'importance que nous attachons au travail de M. Golfin, dont le sujet mérite d'être mûrement médité, non seulement par les élèves mais par les praticiens eux-mêmes.

H. B.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies. — De l'emploi du tire-fond dans les résections des os. — II. Correspondance médicale. Observation relative à un cas de paralysie du nerf trijumeau. — Origine du flux blennorrhagique chez la femme. — Moyen de résoudre les engorgemens de la rate. — Opération de lithotritie faite en mars 1838 sur un médecin, âgé de 75 ans, dont la vessie offrit des particularités d'anatomie pathologique non encore signalées dans les annales de la science. — Note sur l'incontinence d'urine pendant la nuit. — III. Travaux académiques. Académie de médecine: séance du 8 septembre. — IV. Bibliographie. Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après des observations recueillies en France, en Corse et en Afrique. — V. Variétés. — VI. Lettre sur les jurys médicaux.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

EXAMEN DES DOCTRINES REÇUES JUSQU'À CE JOUR SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES; lu à l'Académie royale de médecine le 13 juillet 1840; par J.-F. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

L'histoire de la chirurgie, convenablement étudiée, peut sans doute servir aux progrès de la science, en remettant en lumière des observations perdues, des méthodes oubliées; de même qu'en établissant l'état réel de nos connaissances, elle montre ce qui reste à faire et fournit un point de départ assuré aux recherches ultérieures. Mais elle a encore une utilité plus grande peut-être, qui, jusqu'à présent, n'a pas été suffisamment comprise; en nous faisant assister à l'origine, au développement des doctrines qui règnent en souveraines dans le domaine de l'art, elle en met à nu les premiers fondemens; elle apprend à distinguer celles qui nous sont venues par hypothèse et tradition de celles qui ont vraiment leurs racines dans l'expérience, et devient alors un critérium infaillible pour discerner, sinon toujours le vrai du faux, du moins ce qui est certain de ce qui ne l'est pas.

J'ai déjà appliqué ce mode d'investigation philosophique à l'examen de quelques doctrines spéciales, et l'on s'est étonné de voir reposer sur des bases si fragiles certaines opinions, que le temps semblait avoir consacrées. Je me propose aujourd'hui de discuter l'une des questions les plus importantes de la pathologie chirurgicale, celle de l'étranglement des hernies. Est-il vrai, comme tous les chirurgiens l'admettent, que cet étranglement soit déterminé par les anneaux aponévrotiques, et que le collet du sac n'y participe que fort rarement, suivant les uns, et tout au plus pour les deux tiers des cas, suivant les autres? Est-il vrai qu'il y ait un étranglement aigu qui soit inflammatoire, et un étranglement chronique

Feuilleton.

LETTRE SUR LES JURYS MÉDICAUX;

Par M. Adelon, président des jurys médicaux de l'un des arrondissemens de la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le rédacteur,

Dans le feuilleton de l'avant-dernier numéro de votre journal (29 août 1840), dans un article intitulé Lettre médicale, un de vos collaborateurs a passé en revue plusieurs points qui intéressent notre profession, et s'est occupé, entre autres, des *jurys médicaux*. J'accorde que dans un feuilleton de journal, fût-ce même celui d'un journal de médecine, la gravité ne soit pas de rigueur absolue, et qu'on puisse s'y laisser aller parfois à des plaisanteries, à des épigrammes: mais encore faut-il ne pas trop blesser la raison, la vérité, et surtout ne pas trop manquer de justice et de convenances envers des confrères.

L'auteur de la *lettre* demande à ses lecteurs, s'ils ont entendu parler des *jurys médicaux*, et des *tournées de ces mêmes jurys dans les départemens*. Il leur représente les *diligences et les malles-postes transportant par toutes les routes royales de France, des examinateurs ambulans, faisant métier de distribuer à travers villes et cités, diplômes de guérisseur et de pharmacopole, suivant tarif, et moyennant indemnités et pécunes*. Il leur peint *ces colporteurs officiels de grades scientifiques traversant à jour fixe les localités désignées à leurs largesses de parchemin, attendus et festoyés par les préfets, et donnant des diplômes à des Esculapes champêtres improvisés en trois mois*. Il ne méconnaît pas que des examens soient imposés; mais ces examens, dit-il, *s'ils étaient rendus publics par une fidèle sténographie, suspendraient les lecteurs entre le scandale et la facétie molièrienne*. Ainsi, pendant deux mois, les jurys médicaux s'en vont *grossissant de quelques centaines la plèbe ignorante des guérisseurs; mais, en compensation, l'Université encaisse une somme ronde.....*

J'aime à croire, Monsieur le rédacteur, que nos confrères nationaux connaissent assez les institutions médicales de notre pays, pour ne pas être trompés par ce que vient de dire des jurys médicaux votre collaborateur. Mais votre estimable journal n'est pas seulement répandu en France, il est reçu aussi à l'étranger, et celui-ci pourrait être induit en erreur par l'écrivain de la Gazette. Permettez donc que je réclame contre sa *lettre*, et que j'oppose à son langage, que je

par accumulation de matières fécales? Et ces données fondamentales de l'histoire des hernies étranglées, qui sont professées à cette heure comme choses certaines dans les plus fameuses universités de l'Europe, s'appuient-elles sur quelque chose ou sur rien? Le problème, posé en ces termes, doit exciter, si je ne me trompe, non seulement l'attention, mais peut-être aussi l'étonnement des chirurgiens.

L'histoire chirurgicale des étranglemens herniaires se partage naturellement en quatre époques. La première s'étend de la plus haute antiquité jusqu'au milieu du seizième siècle; la seconde et la troisième, comprenant chacune environ un siècle, nous mènent jusqu'en 1750, où reprend la quatrième, qui se continue enfin jusqu'à nos jours.

PREMIÈRE ÉPOQUE. — DES TEMPS D'HIPPOCRATE JUSQU'EN 1550.

On ne trouve, dans toute la collection hippocratique, qu'un seul passage où il soit question et de hernies et de hernies étranglées: c'est au deuxième livre des ÉPIDÉMIES. L'auteur semble croire que l'étranglement, ou du moins les phénomènes qui s'y rapportent arrivent rarement dans les hernies inguinales, et sont propres aux hernies de la ligne blanche. Voici ce passage, d'après la traduction de Cornarius :

Pectinum ruptiones, quæ quidem circa pubem fiunt, ut plurimum statim sunt innoxiæ (Foès traduit : *sunt indolentia*). *Quæ vero paululum supra umbilicum in dextera parte, hæ dolorose sunt, et anxiosæ, et stercoris vomitum inducunt, velut etiam Pittaco accidit. Fiunt autem hæ aut à plagâ, aut à vulsurâ* (Foès : *aut diruptione*), *aut alterius insultu.*

D'où peut provenir cette rareté de documens dans Hippocrate sur une affection si fréquente? D'après quelques renseignemens que j'ai recueillis, les hernies seraient bien plus rares dans la Grèce moderne que parmi nous; peut-être en était-il ainsi au temps d'Hippocrate. Toutefois nous trouvons l'étranglement signalé pour les hernies inguinales, et même un procédé opératoire mis en usage, par un de ses successeurs presque immédiats, Praxagoras de Cos. C'est Cœlius Aurelianus qui nous a conservé ce curieux fragment de la chirurgie antique, dans le chapitre qu'il consacre à la *colique aiguë* ou *iléon*. Afin de bien comprendre la valeur de ce passage, il est essentiel de remarquer que, sous ce titre d'*iléon*, et plus tard sous celui de *volvulus*, les anciens comprenaient un assemblage de symptômes dont les causes pouvaient être fort différentes, et que l'une des principales causes de cette affection, c'était une hernie, et plus spécialement la hernie scrotale. Ainsi, Héraclide de Tarente, cité aussi par Cœlius, avait remarqué que dans l'iléon le plus intense, où le malade vomit des matières fécales, on sent quelquefois les intestins faire saillie immédiatement sous la peau, à raison de la distension du péritoine: *aliquandò etiam, ut Heraclides Tarentinus memorat, quarto libro de internis passionibus, intestinorum verticula distentis cutibus, cum peritonæo disjecto sola fuerit ac superposita cutis* (1). On pourrait, à la rigueur, retrouver quelque chose de semblable dans la description que Celse donne de l'iléon; mais il serait au moins inutile de s'arrêter sur un texte obscur quand nous avons des témoignages si manifestes. Archigènes, qui vivait un peu avant Galien, expose d'abord les causes générales du volvulus, et ajoute: *Contingit et his quibus intestinum in scrotum unà cum stercore delapsum est, indeque violenter retrusum, ex eoque inflammatum existit* (1). Un peu plus tard, Léonides professait également que l'accumulation des matières fécales dans la hernie scrotale diminuait les *coliques du volvulus, tormenta volvulosa* (2). Enfin Paul d'Egine est plus explicite encore. En effet, au chapitre de la *hernie intestinale*, il parle du danger de l'accumulation des matières fécales, mais il passe absolument le traitement sous silence, omission juste et logique, puisqu'il en avait traité au chapitre de l'*iléon: Si ex intestini prolapsu in scrotum affectus processerit*, etc. (3).

Il résulte de tout ceci que les anciens avaient fait deux parts dans l'histoire des hernies; qu'au chapitre de la *hernie* ils traitaient à peu près exclusivement de la hernie simple, et de la hernie étranglée au chapitre de l'*iléus* ou du *volvulus*, de telle sorte que, pour avoir une idée exacte de leurs doctrines sur ce sujet, il est nécessaire de comparer les deux chapitres. Revenons maintenant à Praxagoras. Il opposait à l'*iléon* de nombreux remèdes, auxquels Cœlius ne fait point grâce; mais le critique s'emporte surtout contre l'opération proposée par l'auteur. *Quibusdam etiam manibus premens intestina, magnâ quassatione vexavit, quibus intestinum, quod Græci* τυφλὸν ἔντερον *appellant, in folliculum fuerat lapsum, plurimis stercoribus confertum. Item confectis quibusdam supradictis adjutoriis dividendum ventrem probat pubetenus: dividendum etiam intestinum rectum, atque detracto stercore consuendum dicit, in protervam veniens chirurgiam. Oportebat enim, si ad hoc accidendum necessitas imperabat, enterocelicorum approbare curationem* (4).

Malgré le latin barbare de Cœlius, le taxis et l'opération sont assez clairement indiqués pour ne laisser aucun doute. On aperçoit là la première origine de la doctrine de l'engouement, *stercoribus confertum*; seulement il semble que Praxagoras ne l'admettait que pour la hernie du cœcum, τυφλὸν ἔντερον. Le mot de *rectum*, qui se trouve plus bas, me paraît devoir s'appliquer au mode de l'incision à faire à l'intestin. D'ailleurs, l'idée d'une opération dans ces circonstances ne fit pas grande fortune.

La théorie de l'engouement fut étendue par Celse à toutes les hernies stercorales, mais avec une autre modification. Il dit nettement dans un endroit : *Nonnumquam autem stercore accepto vastius tumet*, etc.; mais plus loin il ajoute, en parlant des accidens : *quæ ex stercore, ex cruditate eo delapso, fere accidunt*. Quelques manuscrits portent : *et ex cruditate*; d'autres : *per cruditatem* (5). Qu'est-ce que c'est que ce nouvel élément introduit dans la question? La réponse n'est pas donnée bien clairement par Celse lui-même; il range la crudité parmi les phénomènes qui peuvent précéder la fièvre dans les maladies : *Si præcordia dolent, aut inflatio gravis est, aut toto die non concocta fertur urina, cruditatem esse manifestum est* (6). Cela paraît se rapporter à l'embar-

(1) COELIUS AURELIANUS, édit. d'Amman; Acut. morbor. lib. III, cap. 17, p. 236.

(1) ÆTIUS, sermo IX, cap. 28.
(2) ÆTIUS, sermo XIV, cap. 23.
(3) PAULUS ÆGIN., lib. VI, cap. 45, et lib. III, cap. 44.
(4) COEL. AURELIANUS, édit. cit., p. 244.
(5) CELSUS, lib. VII, cap. 18 et 20. Voyez aussi les notes de l'édit. de Targa, t. II, p. 495.
(6) CELSUS, lib. II, cap. 7.

puis, je crois, qualifier sans injustice d'amère déclamation, la simple et puissante vérité.

L'institution des *officiers de santé et des jurys médicaux* est l'œuvre de deux hommes qui ont laissé un nom cher aux sciences, *Thouret* et *Fourcroy*. La loi qui l'a consacrée remonte à une époque de glorieuse régénération pour la France, l'époque du gouvernement consulaire; et le temps où cette loi a été votée est le même que celui où se discutaient et le Code civil, et les lois régulatrices du notariat, des Ecoles de droit, de l'Ordre des avocats, etc.

Depuis ce temps, trente-sept années se sont écoulées; et il est possible que les progrès des lumières et des richesses en France n'y rendent plus nécessaire l'existence de deux ordres de médecins. Il est possible que désormais des docteurs suffisent à la pratique de la médecine dans toutes les localités de la France, quelque pauvres que celles-ci puissent être, et qu'il soit convenable de supprimer le titre d'officier de santé, et partant les jurys médicaux. C'est là une question ardue, sur laquelle les médecins ne peuvent fournir trop de lumières à l'autorité législative, sur laquelle il me reste beaucoup de doutes, et sur laquelle je n'ai pas à m'expliquer ici. Il me suffit de rappeler que la législation ne l'a pas décidée encore; que l'institution des officiers de santé existe; et que tant que cette institution n'est pas détruite, il y a nécessité de faire droit à ceux qui l'invoquent. Voyons donc si, soit par le texte de nos lois, soit par la coupable malversation de ceux auxquels elle est confiée, cette institution est telle que la représente votre collaborateur.

Nos lois, en instituant deux ordres de médecins, ont confié la réception des uns et des autres à deux juridictions. Les médecins de l'ordre le plus élevé, les *docteurs*, sont reçus par les *Facultés*; les médecins de l'ordre inférieur, les *officiers de santé*, sont reçus par les *jurys médicaux*. Il y a autant de *jurys médicaux* que de départemens. Ils sont composés de sept membres; deux docteurs, et quatre pharmaciens appartenant au département; et un professeur de Faculté qui en est constitué le *président*. Ces jurys ne s'assemblent qu'une fois par an au chef-lieu du département, s'il y a un nombre suffisant de candidats pour en nécessiter la convocation, et pendant un nombre de jours proportionné à celui des examens à faire subir : et les titres que ces jurys décernent donnent seulement droit d'exercice dans le département où s'est faite la réception. Une somme de 250 fr. est imposée aux aspirans officiers de santé et pharmaciens; sur cette somme, des droits de présence de 8 et 5 francs par examen sont alloués à chacun des juges; une somme de 50 francs est réservée pour l'Université à titre de droit de diplôme, si le candidat est reçu; le reste est propriété du département et versé dans la caisse de ses recettes. Si le candidat est refusé, tout l'argent qui est en dehors des examens auxquels il a été admis lui est rendu. S'il est renvoyé dès le premier examen, il ne perd que les droits de présence de cet examen, savoir : 24 francs s'il s'agit d'un officier de santé, et 35 francs s'il s'agit d'un pharmacien.

Telle est la règle des jurys médicaux, et cette règle ne s'accorde guère avec ce qu'en a dit l'auteur de votre feuilleton. Par exemple, il parle *des tournées des jurys dans les départemens*: si vous voyez, dit-il, *s'élever sur la grande route un nuage de poussière, c'est un jury médical qui passe pour aller procréer dans la cité prochaine une génération de demi-médecins*. Votre collaborateur ignorerait-il par hasard, que chaque département a son jury spécial; qu'un jury n'a d'action que dans son département; que ce jury ne s'assemble

ras gastrique. Quoi qu'il en soit, il est remarquable que Celse ne parle de ces accidens qu'à propos de hernies considérables, et même chez des sujets âgés; aussi les vomissemens sont constitués par de la bile jaune, puis verte, puis noire, rien de plus. Dans ces cas, l'emploi du scalpel serait, selon lui, manifestement pernicieux; il se borne à recommander la saignée, la diète, les cataplasmes, les bains, et il redoute les lavemens, qui peuvent bien introduire de nouvelles matières dans le scrotum, mais non en rien retirer.

De Celse à Archigènes, la théorie s'est également modifiée. A l'incarcération des matières fécales, il faut ajouter comme effets principaux la distension et l'inflammation de l'intestin hernié. Le traitement est régularisé d'après ces données nouvelles. Dans le début et avant l'inflammation, il faut essayer la réduction sans retard, et nous retrouvons là l'origine de cette position célèbre à donner au malade, la tête en bas, les pieds en haut, *decubitu sursum versus vergente adornato.* Mais si déjà la compression a déterminé l'inflammation, et par suite les coliques et le gonflement, Archigènes recommande la saignée, la diète pendant trois jours, les fomentations de vin et d'huile, les cataplasmes de farine, et quelquefois enfin des scarifications faites au voisinage des parties enflammées.

Léonides suivait la même théorie, et à peu de chose près la même pratique. Dès le début des accidens, il faut essayer la réduction; la position du malade est celle qu'avait indiquée Archigènes; mais, chose remarquable, Léonides ajoute que les cuisses doivent être tenues écartées; *declive jacente ægro, diductis cruribus.* C'est un précepte tout à fait contraire à celui que posent A. Cooper et beaucoup de chirurgiens modernes; mais j'ai fait voir, par des observations pratiques et des expériences, que c'était là le meilleur moyen d'élargir l'anneau inguinal externe. N'est-il pas à propos de noter ici que les anciens n'avaient pour se diriger que l'empirisme ou la pratique usuelle; mais que ce guide est bien moins trompeur que les théories anatomiques sur lesquelles sir A. Cooper a établi son précepte thérapeutique? Du reste, si les parties adjacentes au scrotum étaient prises d'inflammation, Léonides différait la réduction et commençait par les fomentations et les scarifications; sans quoi, ajoute-t-il, fréquemment les parties tombent en gangrène.

Tel est le résumé de la doctrine antique touchant l'étranglement des hernies; Galien, en effet, est muet sur ce point; et Paul d'Egine se borne à recommander la réduction en ces termes qui ne sont pas bien clairs: *Figuratis statim ipsis sublimibus, in inguina compelletur delapsum intestinum, fasciâque deligabitur.*

Je n'ai rien trouvé de nouveau dans les écrivains arabes, non plus que dans les arabistes des treizième et quatorzième siècles. Guy de Chauliac qui les représente n'aborde pas même la question de l'étranglement; du reste, ils suivaient en ceci la méthode des anciens et principalement de Paul d'Egine; et ils reléguaient l'étranglement dans les livres de médecine à l'article du volvulus. On peut d'ailleurs se faire une idée de leur pratique, d'après un passage assez intéressant de Gilbert l'anglais qui a été récemment rappelé par M. Dezeimeris.

« *Et ego vidi crepaturam magnam in homine cujus intestina non poterant redire nec reponi propter duritiem stercoris jam exsiccati et indurati, in cujus repositione mollificatio, aut fomentatio, aut clisterisatio, aut impulsio, aut inscissura, et omne ingenium defecit. Unde egerens per os est yliacus, cum non pateret via subductioni, mortuus est* (1). »

Ces deux mots, *aut inscissura,* indiqueraient-ils une opération analogue à celle de Praxagoras, ou bien seulement serait-ce un synonyme barbare du mot *scarificatio* employé par les devanciers de Gilbert? Cette dernière interprétation me paraît plus naturelle. En effet, ni à cette époque, ni jusqu'au milieu du seizième siècle, je ne rencontre aucun indice d'une pareille opération. Dans le quinzième, Barthélemy Montagnana, dans une consultation spéciale pour la hernie étranglée, recommande d'abord d'appliquer de l'huile d'olive sur la tumeur; après quoi, pour refouler les matières indurées, il propose six moyens: 1° les lavemens; 2° les ventouses; 3° les ligatures posées sur les membres inférieurs et les frictions pratiquées le long de la jambe; 4° les ventouses appliquées sur la partie interne des cuisses, sur le mollet, sur les fesses; 5° la saignée; 6° le vomissement provoqué. A cette énumération, on comprend combien rarement les chirurgiens devaient réussir; du reste, ils ne s'abusaient point sur le pronostic; si les matières fécales pourrissent dans le scrotum, dit Montagnana, la mort arrive d'ordinaire du quatrième au septième jour (2).

On chercherait vainement des idées plus avancées dans les écrivains qui suivirent; et il faut arriver à la seconde moitié du 18[e] siècle pour voir prendre soudainement à la chirurgie des hernies étranglées une physionomie toute nouvelle.

DEUXIÈME ÉPOQUE. — DE 1550 A 1650.

Le premier exemple connu d'une opération pratiquée pour remédier à l'étranglement remonte à l'année 1551, et nous a été conservé par Rousset.

OBS. — Un certain Monceaulx, maître d'école à Blois, portait une hernie du volume de la tête; elle s'incarcera. Il fut opéré par Maupas, chirurgien de Blois, en présence de Charlemagne, son beau-père, de Jacques de Bellai père et fils, chirurgiens de la même ville, et d'Alexis Gaudin, premier médecin de la reine. L'opération réussit; mais la hernie reparut peu de temps après, et obligea le patient de porter de nouveau un bandage.

En quoi consistait l'opération de Maupas? on peut s'en former une idée assez exacte d'après un second fait rapporté par le même écrivain.

OBS. — Vers le milieu de mai 1559, un cordonnier nommé François Dupré, âgé de 30 ans, et depuis longtemps porteur d'une hernie, après avoir longtemps joué à la paume sous un soleil ardent, sentit brusquement sa hernie sortir plus volumineuse que de coutume; et n'ayant pu la faire rentrer, il fit appeler Maupas et Charlemagne qui essayèrent la réduction avec aussi peu de succès. L'opération fut donc résolue. « Le malade assujéti sur un banc, comme à l'ordinaire, Maupas fit avec le rasoir une incision qui commençait à quatre doigts au-dessus du pubis et se terminait dans la région de cet os, divisa peu à peu les parties jusqu'à ce qu'il fût parvenu tout près de la cavité du ventre, prenant garde uniquement à ceci, de ne léser ni l'intestin ni aucune autre partie interne. Ayant mis à nu le creux occupé par la hernie (laquelle avait été déterminée sans aucun doute par

(1) L'EXPÉRIENCE, 1840, p. 126.
(2) Voyez mon introduction aux OEUVRES COMP. D'A. PARÉ, p. 93.

qu'au chef-lieu; que c'est là que se réunissent ceux qui veulent obtenir de lui aux conditions prescrites par les lois les titres qu'il a mission de donner; qu'ainsi les *jurys ne font pas de tournées dans les départemens,* et ne *font pas nuage de poussière sur les grandes routes?*

L'auteur de la lettre représente les *diligences et les malles-postes transportant par toutes les routes royales de France pendant les deux mois de vacances pour le service des jurys médicaux, des examinateurs ambulans.....* Ceci ne peut s'appliquer qu'aux professeurs présidens; car nous venons de dire que les six autres membres des jurys étaient pris dans chaque département. Or, qui ne croirait à ce langage que ces examinateurs ambulans, fléau de la société par les médicastres qu'ils graduent, sont en nombre considérable? Eh bien! ces coupables et indignes professeurs sont au nombre de six pour toute la France, deux pour chacune des trois Facultés du royaume.

Il suffirait sans doute de ces premières remarques pour prouver que l'écrivain de la GAZETTE, ou ne connaît pas l'organisation des jurys médicaux, ce qui est mal, puisqu'il voulait en parler; ou que s'il la connaissait, il en a parlé contre la vérité, ce qui est plus mal encore.

Mais, comment pourrions-nous ne pas protester contre le mépris qu'il témoigne aux membres des jurys médicaux, et les opinions qu'il émet, sur la manière dont ils remplissent leurs devoirs? *Ces examinateurs ambulans,* dit-il, *font métier de distribuer à travers villes et cités diplômes de guérisseurs, suivant un tarif, et moyennant indemnité et pécune; à jour fixe, dans les localités désignées à leurs largesses de parchemins, ils donnent des diplômes à des esculapes champêtres, improvisés en trois mois d'apprentissage forcé....* Ah! Monsieur le rédacteur, permettez-moi de dire que votre collaborateur ici viole toutes les convenances. Si les jurys décernent en aveugles et pour de l'argent des diplômes à qui en demande, leurs membres sont, non pas seulement des ignorans, mais ce qui est pis, des fonctionnaires prévaricateurs, qui par cupidité violent leur mission de juges, et sur lesquels il faut appeler la vindicte des lois. Il m'est pénible d'avoir à répondre à de telles accusations.

D'abord, que votre collaborateur sache que les jurys ne délivrent diplômes que sur des examens, et que déjà ils ne peuvent admettre aux examens que des candidats qui ont satisfait à des conditions d'études imposées par la loi. Ainsi, nul n'est admis aux examens de pharmacien s'il n'a 25 ans accomplis et s'il n'a huit ans d'études et de stage dans une officine légalement établie. Nul n'est admis aux examens d'*officier de santé,* s'il ne justifie, ou de douze inscriptions à une Faculté de médecine, ou de seize inscriptions à une école secondaire de médecine, ou de cinq ans de service à titre d'élève en un hôpital civil ou militaire, ou de six ans d'études spéciales chez un docteur. Qu'a donc voulu dire votre collaborateur avec ces *esculapes improvisés après trois mois d'apprentissage forcé?*

En deuxième lieu, que votre collaborateur sache encore que les examens des jurys ne sont pas une répétition de la farce du *Malade imaginaire.* Ces examens sont au nombre de trois; chacun dure une heure et souvent plus pour chaque candidat; et lorsqu'il s'agit de juger, les membres du jury ont toujours présens à l'esprit, et ce qu'ils doivent aux candidats d'une part, et ce qu'ils doivent à la société et au corps des médecins de l'autre. Sans doute ils doivent indulgence aux candidats, et en raison de leur jeunesse, et en raison du trouble

la rupture du péritoine) et ayant fait au péritoine, avec la plus grande précaution, une incision égale à celle de la peau, aloes avec les mains, et le plus doucement qu'il leur fut possible, ils retirèrent peu à peu du scrotum l'épiploon, puis des anses assez considérables d'intestins, y compris le cœcum tout entier; et ils les replacèrent dans la cavite du ventre. Mais comme l'épiploon était presque entièrement corrompu et livide, ils l'étreignirent par une ligature, en retranchèrent une portion du volume de deux œufs de poule, et repoussèrent le reste avec la ligature et les intestins à l'intérieur du ventre. La portion la plus inférieure (*depressissima*) des intestins était déjà noircie et frappée de sphacèle, par suite des compressions trop répétées. Les lèvres de la plaie furent réunies par cinq points de suture gastroraphique. »

Là s'arrête ce qui regarde le procédé; mais il ne sera pas sans intérêt d'ajouter que dès le troisième jour les matières fécales sortirent par la plaie, et continuèrent à s'écouler ainsi pendant un mois et demi. Au bout de ce temps, il ne restait qu'une fistule donnant issue à un liquide safrané semblable à une infusion de rhubarbe, laquelle se ferma au bout de quatre mois; et le malade survécut encore près de neuf ans, sans avoir besoin de porter de bandage et sans aucune récidive de sa hernie.

Ainsi donc le chirurgien de Blois mettait à nu le col de la hernie par une incision qui s'étendait à peu près également au-dessus vers le ventre et au dessous vers le scrotum. Telle était aussi, au rapport de Rousset, la manière de faire de Florent Vallée, fameux inciseur, et de son fils qui suivit la même carrière. « Tous deux commençaient leur incision au-dessus de l'origine de la tumeur, descendaient de là jusqu'au lieu par lequel s'était échappée la hernie, divisaient avec précaution la peau, les muscles, le péritoine, et, écartant les bords de l'ancienne rupture, faisaient rentrer l'intestin à l'intérieur, et pratiquaient ensuite la gastroraphie. »

Rousset rapporte une opération de ce genre faite à l'hôpital de Pithiviers par ce Florent Vallée, laquelle fut suivie de succès; mais elle n'a d'autre intérêt pour nous que la cause théorique à laquelle on attribuait l'étranglement. *Le malade*, dit notre auteur, *porteur d'une hernie volumineuse, avait les intestins très distendus par des excrémens et des vents; en sorte qu'ils ne pouvaient être réduits, ni rien rejeter au dehors de ce qu'ils contenaient; ce que l'on appelle incarcération intestinale*. C'est, comme on voit, la théorie ancienne, sauf l'élément nouveau des *vents* enfermés dans l'intestin avec les matières fécales (1). Remarquez que tant qu'on ne pratiqua point d'opération, on attribuait la dureté de la hernie aux matières fécales seules; et que cette théorie ne put pas même se soutenir en entier devant les inciseurs du seizième siècle.

Mais avant Rousset, un chirurgien de grande et juste renommée, Pierre Franco, avait abordé ce sujet, et décrit un procédé particulier pour l'opération. Ecoutons d'abord ce qu'il dit de l'accident en lui-même.

« Quand la matiere fecale est retenue dans le scrotum, il aduient quelquefois vn inconuenient fort dangereux aux hernies intestinales ou ruptures, encores plus dangereux que le precedent (que les adhérences): assauoir que quelquefois se fait vn tel amas de matiere fecale auec quelques ventositez dans le scrotum, que à cause de la grande inflammation qui s'y fait, ny l'intestin ny la matiere ne peuuent estre reduits en leur lieu : à cause que le pertuis du peritoine est trop petit à comparaison des intestins, qui cause aussi que le patient ne peut aller à selle, pour la retention de ladite matiere ou inflammation. »

Il ne veut pas que l'on y touche si le scrotum a pris une *couleur noire, liuide ou bleue, et aussi que l'hernie soit plustost ronde que longue, qui sont tous presages de mort*. Mais si la hernie est *oblongue et comme en forme d'œuf*, après avoir tenté les autres moyens, il en vient *à la main*.

« Il fault auoir vn petit baston de la grosseur d'une plume d'oye, ou vn peu plus gros, rond, et qui soit plat d'vn costé et demy rond. Il sera rond deuant, afin qu'il entre plus facilement. Or fault-il faire l'incision à la plus haulte partie du scrotum, tirant vers le penil, et faire l'ouuerture au commencement telle que le baston y entre, se gardant de rien toucher aux intestins, comme a esté dit au chapitre precedent. Ayant trouué le didyme, on passera le baston entre iceluy et la chair du penil, et le fault pousser en hault en contremont. Le costé plat dudit baston sera dessus, à cause qu'en coppant, s'il estoit du tout rond, ne se feroit si facilement, pource que le scalpelle ou rasoir couleroit d'vn costé ou d'autre. Ayant mis la pointe du baston assez auant, on coppera la chair du scrotum ou penil sur le costé plat du baston : afin de ne blesser les intestins, ayant fait bonne ouuerture : car n'y a danger de la faire assez longue : afin qu'ils se puissent reduire plus à leur aise : parce que le didyme et chair de mirach se pourront mieux relargir par ce moyen, qui pourra estre cause que les intestins seront reduits en leur propre lieu. Il faudra donq essayer à les remettre dedans petit à petit.

» Et cas aduenant, que facilement sans gueres les presser ne se voulsissent reduire, à cause de la grande abondance de matiere, ou inflammation, faudra proceder par ce moyen : assauoir prendre le didyme, et le copper tout bellement sur l'ongle, comme auons dit, en esleuant les membranes du didyme auec crochets, et le copper iusque aux intestins : et ayant fait ouuerture par où le baston pourra passer, on le mettra entre les intestins et les membranes du didyme, en le poussant tout bellement auant en contremont, et en le tenant esleué en haut : afin de mieux iuger s'il prend aucun des intestins : toutefois ne sont pas faciles à prendre : d'autant qu'ils sont vnis et glissans. Alors on coppera le didyme sur ledit baston iusques au peritoine, ou plus haute partie, qui est vers le trou, par où commencent les intestins à descendre au scrotum, mais fault faire bonne ouuerture au peritoine, sans rien craindre, pour plus grande asseurance, et comme l'on fait en telles choses desesperées. Alors fault prendre quelque linge suaue, et essayer de remettre les intestins peu à peu, commençant à ceux qui sont plus haults vers le peritoine et ventre. Car puis que l'on aura commencé, le reste suyura facilement. Estants reduits faudra proceder comme a esté dit cy-dessus, toutefois si le patient le veut : ce qui est le plus expedient... (1). »

(1) Rousset, Ὑστεροτομοτοκία, 1590, p. 206 à 212. Voyez aussi l'édition française primitive, 1581, p. 39 et 50. Dans cette édition française, Rousset mentionne, à côté de Florent Vallée, un autre inciseur Martineau de Montargis, dit Bortivet, qui opérait également la hernie étranglée.

(1) Franco, TRAITÉ DES HERNIES, 1561, p. 45 et suiv. — Ce dernier temps de l'opération est simplement la gastroraphie. Il convient de noter, pour l'intelligence du texte, que le mot de *didyme* avait alors deux significations, selon qu'on l'employait sous le point de vue anatomique ou pratique. Dans son anatomie, Franco écrit *didyme* comme synonyme de *testicule*; mais plus loin il signale le lieu où se fait la hernie, *là où finissent les nerfs et muscles appelés cremas-*

inséparable de tout examen, et à cause de la difficulté et de l'étendue de la profession qu'ils embrassent, et enfin parce que ces candidats doivent être des *officiers de santé* et non des *docteurs*. Mais les membres du jury savent aussi que la société se confie en leur sévérite, et que le corps des médecins leur demande de ne leur donner que de dignes confrères. Ils s'efforcent de concilier ces divers devoirs; et pour les accuser d'y manquer, il faudrait plus que des sarcasmes, il faudrait des preuves.

Votre collaborateur, monsieur, sait-il seulement sur quels hommes il deverse ainsi l'injure et le mépris? Ces hommes sont ses confrères, car je suppose qu'il est *médecin*; et lui qui en appelle sans cesse et avec raison à la dignité médicale, et aux égards que se doivent entre eux les médecins, pour assurer cette dignité, croit-il y avoir été fidèle en cette circonstance? Quels sont les hommes qu'il représente ainsi, distribuant en aveugles des diplômes pour la modique somme de 5 fr. par examen s'il s'agit d'un pharmacien, et de 8 fr. s'il s'agit d'un officier de santé; 15 fr. par diplôme au premier cas, et 24 fr. au second? Ce sont d'abord des professeurs de Faculté, présentés au choix du roi par leur compagnie; ce sont ensuite l'élite des médecins et des pharmaciens des départemens, les chefs de service de tous les hôpitaux de France, les directeurs et professeurs des écoles secondaires de médecine, des membres des Académies, etc.

Est-il besoin de nommer quelques-uns des uns et des autres? Je ne veux pas parler des présidens actuels des jurys; mais à quels hommes ont-ils succédé? leurs prédécesseurs ont été: à la Faculte de Paris, Chaussier, Béclard, Orfila; à celle de Montpellier, Lordat, Lallemand; à celle de Strasbourg, Fodéré, Flamand; et certes de tels noms étaient bien propres à porter du lustre sur la présidence des jury médicaux. Parlerai-je des autres membres des jurys, tant docteurs que pharmaciens? Pour ne citer que ceux des jurys qui ressortent de la Faculté de Paris qui me sont plus connus, pourrai-je inscrire des noms plus honorables et plus haut placés dans l'estime du corps médical de France, que ceux de MM. Barbier d'Amiens, Fourré de Nantes, Lacheze d'Angers, Leviez d'Arras, directeurs des écoles secondaires de ces villes; Mercier, médecin de l'hôpital d'Arras; Lenoble de Versailles; Lafont de Nantes; Lafosse et Courdemanche de Caen; Bontigny d'Evreux; Leuret, Desalleurs, Morin, de Rouen, etc., et tant d'autres que je regrette de ne pouvoir nommer ici. Je ne vous dissimulerai pas, M. le rédacteur, que c'est surtout en consideration de ces honorables collègues, que j'ai cru devoir réclamer contre l'article de votre collaborateur; j'ai cru que c'était un devoir que m'imposaient et l'honneur que j'ai de présider les jurys auxquels ils appartiennent, et les sentimens d'estime et d'amitié dont je fais profession pour eux.

Puisque l'écrivain que je combats, ou plutôt contre lequel je me défends, moi et mes collègues des jurys médicaux, voulait faire de nos opérations le texte de ses plaisanteries, pourquoi n'a-t-il pas consulte les procès-verbaux des sessions des jurys médicaux? Il aurait vu dans quelle proportion étaient dans chaque jury les réceptions et les renvois; et au moins il eût pu appuyer sur des chiffres ses assertions. Puis qu'il n'a pas pris ce soin pour l'attaque, qu'il trouve bon que je le prenne pour la défense. Voici, si ma mémoire ne me trompe pas, ce qui a été de cette proportion dans les jurys que j'ai présidés en 1838 et en 1839; en 1838, sur 88 aspirans au titre d'officier de sante en 16 départemens, 33 seulement ont été reçus; près des 3/5 ont été renvoyés. En 1839, sur 76, 26 seulement ont été reçus; 50, c'est-à-dire les 2/3, ont été renvoyés.

Telles sont les paroles de Franco. Il ne dit pas que ces procédés lui appartiennent; il ne dit pas même qu'il les ait appliqués, en sorte que l'on a pu douter s'il en était ou non l'inventeur. Et quand on voit à la même époque Franco et Maupas en possession de procédés divers pour une opération dont jusque-là on ne rencontre aucune trace, il est permis de se demander si eux-mêmes ne les avaient point reçus par tradition de quelques inciseurs ignorés, de même que l'on a retrouvé à une distance assez grande les véritables inventeurs de la taille au cathéter et la rhinoplastie, qui ne furent vulgarisées que plus tard par Marianus Sanctus et par Tagliacozzi.

Quoi qu'il en soit, la théorie de Franco se rapproche beaucoup de celle de Rousset; comme lui, il accuse *l'amas de matière fécale et de ventosités*, en y ajoutant l'inflammation, mentionnée anciennement par Archigènes. Toutefois, Franco signale une circonstance capitale: c'est l'étroitesse de l'ouverture, première notion de la cause peut-être la plus importante des accidens de la hernie, et qui, jusque-là laissée dans l'ombre, finira par écarter toutes les autres, et par imposer au *miserere* le nom nouveau qu'il porte encore de nos jours, *l'étranglement*.

Le procédé décrit par Franco mérite une attention d'autant plus sérieuse qu'il n'a pas été suffisamment compris. On a cru que Franco commençait par débrider l'anneau sans ouvrir le sac, et qu'ainsi il était l'inventeur de la méthode proposée plus tard par J.-L. Petit. Mais Franco n'avait pas et ne pouvait avoir ces idées. A s'en rapporter rigoureusement à son texte, il aurait prévu en quelque sorte l'étranglement par le collet : *le pertuis du peritoine est trop petit à comparaison des intestins;* et il eût été absurde d'aller débrider l'anneau, tandis qu'il plaçait le siége de l'étranglement ailleurs. Mais il ne faudrait pas lui faire honneur de vues plus avancées que ne le comportait son époque; il croyait, du moins dans un bon nombre de cas, qu'il n'y avait pas de sac herniaire; le pertuis du péritoine était pour lui une déchirure; il pensait que cette déchirure était quelquefois trop étroite, et voilà tout. Quant au procédé, il commençait par mettre à nu le didyme, c'est-à-dire les membranes du cordon enveloppant la hernie; et sans débridement d'aucune espèce, il essayait la réduction, qui en effet est alors plus facile qu'à travers l'épaisseur de la peau. Si le taxis était encore infructueux, il mettait à nu les intestins et débridait par une *bonne ouverture*, divisant ainsi et le collet et les anneaux, sans savoir au juste ce qu'il faisait. Il est même à remarquer que dans les cas de hernies marronnées, où l'étranglement, comme on sait, est plus serré qu'aux autres, il n'osait recourir à l'opération.

A. Paré ne fit que reproduire les deux procédés de Franco, en substituant toutefois une sonde cannelée au *petit baston* demi-cylindrique dont se servait son devancier, et il n'ajouta d'ailleurs aucun fait, aucune idée à ce qui avait cours avant lui. On peut même conjecturer qu'il ne pratiqua jamais cette opération, et probablement il faut en dire autant de ses disciples. La dernière mention que j'en aie trouvée au seizième siècle se rencontre dans l'appendice ajouté par Bauhin à son édition latine de l'ouvrage de Rousset. Je donnerai cette observation tout entière, comme la plus complète qui nous reste de ce temps. Si l'on trouvait que je me complais trop longuement dans cette histoire d'une époque si éloignée de nous, et si en arrière de nos connaissances actuelles, je ferais remarquer que ce sont précisément les origines des doctrines contemporaines qu'il s'agissait de fouiller, afin de mettre à nu leurs fondemens, et de juger sur quelles démonstrations elles s'appuient. Voici, sauf quelques longueurs de rédaction que j'ai supprimées, le récit de Bauhin.

Obs. — Adam Brantz, du village de Riehan, canton de Bâle, après avoir porté pendant longtemps une hernie intestinale, enfin se soumit à l'incision et fut complètement guéri. Mais deux années après, étant âgé d'environ 30 ans, il eut une récidive de sa hernie, avec cette différence toutefois qu'elle se composait d'intestins et d'épiploon, et qu'au lieu de tomber dans le scrotum comme auparavant, elle faisait saillie sur le côté de l'aîne gauche. Il prit longtemps son mal en patience; mais la hernie augmentant toujours, enfin il devint incapable de travailler, et fut réduit à demander l'aumône. Dans l'hiver de 1586, par un froid très intense, il s'en allait donc ainsi de porte en porte; le froissement de la culotte irrita la peau et les couches sous-jacentes jusqu'à l'épiploon; la gangrène parut imminente; il se mit au lit, et l'on vint pour lui implorer mes conseils.

Je me rendis à son village avec plusieurs de mes élèves, et accompagné d'un lithotomiste; et nous examinâmes le cas. Les choses étaient en si mauvais état, que l'opération fut d'abord jugée impraticable; mais enfin, vaincus par les prières du malade, nous suivîmes le précepte de Celse: *Melius anceps remedium quam nullum*, et mon lithothomiste se mit à l'œuvre.

Voici d'abord quel était l'aspect de la tumeur. Elle offrait le volume d'une tête d'enfant, et était envahie par une ulcération qui avait détruit la peau avec les parties sous-jacentes: ayant voulu sonder ces ulcérations avec un stylet, l'instrument pénétra sans aucun obstacle dans la cavité même de l'abdomen, et sans causer presque aucune douleur au malade, qui sentait à peine la présence du stylet, preuve manifeste que le péritoine était lésé lui-même. De plus, la graisse qu'on apercevait à la surface de la tumeur, et qu'on écartait facilement avec le stylet, sans produire de douleur, montrait suffisamment que nous avions affaire à l'épiploon.

Le malade fut couché sur une table et attaché avec des liens, comme à l'ordinaire; puis l'on fit une large incision à l'abdomen. On chercha alors à replacer les intestins, mais en vain; ils étaient tellement distendus par des vents et adhérens à l'épiploon, qu'à peine si on pouvait avec ses mains les en séparer. Les voyant ainsi comme emprisonnés (de la même manière que chez les sujets affectés d'une hernie sus-ombilicale, et auxquels survient un volvulus, ce dont nous avons eu un exemple il y a peu d'années chez un sujet qui fut soumis à une grande incision du péritoine, et qui guérit si bien qu'il vit encore aujourd'hui), je me souvins que Galien, et avec lui Celse et Paul d'Egine, recommandent dans les plaies du ventre avec issue des intestins, de dilater largement la plaie si elle est trop étroite, pour permettre la réduction des intestins, et je fus d'avis d'agrandir à la fois, et l'incision des muscles, et la rupture du péritoine. Cette dilatation opérée, la réduction fut encore impossible; en conséquence, il fallut, avec le histouri, séparer les intestins d'abord de l'épiploon, et sur les côtés du péritoine auxquels ils étaient adhérens, ce qui ne put se faire sans que l'un des intestins grêles se trouvât légèrement blessé. On vint à bout néanmoins de les isoler; on ferma la lésion intestinale à l'aide d'une suture; après quoi, le tout fut réduit dans l'abdomen; et la plaie extérieure rapprochée à son tour par une légère gastroraphie. Le malade avait supporté toute l'opération sans perdre une seule fois connaissance.

Dès-lors les matières fécales prirent leur cours par la plaie, et non par l'anus. En conséquence, chaque jour on administrait des clystères; mais malgré la grande quantité de liquide injecté, ils n'arrivaient jamais à la plaie, et étaient rendus comme ils avaient été pris. La plaie du ventre se cicatrisa, mais non celle de l'intestin, pas même encore à l'heure présente; il ne passe rien des matières fécales par l'anus, tout s'échappe par la plaie intestinale, qui reste ouverte vers le côté gauche de l'ombilic; mais le malade n'en souffre point, et ne sent pas même

teres, et là où commencent le dartos et erythroïdes, lesquelles membranes composent ce que nous appelons didyme. Le didyme est alors, à proprement parler, le cordon, et c'est ainsi que l'auteur en parle dans la partie pratique de son livre. (Voy., p. 16, 28, 32, etc.)

Je vous demande pardon, monsieur, de la longueur de cette lettre; mais vous savez en quelle estime j'ai votre journal, et ce n'est pas à vous à contester l'influence légitime qu'il exerce sur le corps médical. Je me flatte que votre collaborateur lui-même excusera ma susceptibilité. Je rends toute justice à son talent, et je lui crois en même temps assez de sincérité dans le caractère pour que lui-même ne méconnaisse pas la distinction qui doit être faite entre une innocente plaisanterie et une injuste et inconvenante accusation.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Paris, le 3 septembre 1840.

Réponse. — Nous regrettons que l'honorable auteur de la lettre qui précède se soit exagéré l'importance de la forme sous laquelle nous avons exprimé une opinion que ses argumens n'ont pas ébranlée; une opinion fondée sur des faits, quelle qu'en soit l'expression, n'est jamais *une amère déclamation;* or, les faits, les voici : 1° la facilité des réceptions d'officiers de santé, dont un très grand nombre manque d'une instruction suffisante, même pour l'exercice secondaire de l'art, et tout le monde sait qu'ils ne bornent point leur pratique aux limites légales; 2° le détriment qui résulte de l'institution des officiers de santé pour la profession médicale, et le discrédit qu'elle en reçoit. Notre pensée ne contenait d'attaques que contre l'institution, non contre les hommes qui ont contribué à la fonder et qui n'en pouvaient *à priori* calculer les conséquences, encore moins contre ceux qui sont légalement appelés à la mettre en exercice. Nous protestons avec énergie contre l'imputation que nous fait M. Adelon, au sujet de l'expression *indemnités et pécunes*, par laquelle nous n'avons entendu désigner, de fait et d'intention, que les frais légalement attribués aux fonctions de membres du jury. Quant aux trois mois d'apprentissage des candidats improvisés, M. Adelon nous répond par l'obligation d'une durée déterminée d'études ou d'un nombre officiel d'inscriptions; mais qui ne sait la valeur de ces formalités? Nous avons vu d'assez près le mode de préparation des candidats au grade d'officier de santé pour maintenir ce que nous avons dit à cet égard.

Qu'un seul membre du jury soit ambulant, que les conditions d'admission aux examens et les stipulations de fiscalité soient irréprochables, peu importe au fond de la discussion qui se concentre pour nous dans la question de l'insuffisance scientifique des officiers de santé; car, qu'ils exercent dans les limites d'un département ou de la France entière, ils disposent toujours de la vie humaine.

Nous jugeons inutile d'entrer dans le détail des autres rectifications ou éclaircissemens dont nous fait part M. Adelon; nous les acceptons de bonne grâce, tout en maintenant intact à ses objections le fond de notre pensée, et nous craindrions, par une réplique inopportune, de justifier les reproches qu'il nous fait, d'avoir blessé *la raison, la vérité, la justice et les convenances*, le tout pour avoir douté du mérite d'une institution comme celle des officiers de santé!

V.

quand les matières veulent sortir. Il emploie un fort bandage, *forti ligatura utitur*, et ne peut se livrer aux occupations de la campagne trop difficiles.

L'observation en elle-même offre plus d'une sorte d'intérêt; je n'y veux quant à présent signaler que deux choses; premièrement l'absence de tout détail sur la constriction, que les doctrines actuelles mettent en première ligne dans les cas de ce genre; deuxièmement, cette mention spéciale que l'intestin était rempli de vents, circonstance déjà aperçue par Franco et Rousset, mais qu'ils avaient combinée avec l'idée ancienne de l'amas des matières fécales; tandis que Bauhin, en face du malade, néglige la théorie pour s'en tenir strictement au fait.

Il se fait maintenant une nouvelle interruption dans l'histoire du débridement des hernies. En France, Guillemeau parle de leur cure radicale et point de leur étranglement; en Suisse, Abel Roscius écrivait à Fabrice de Hilden, en 1626, qu'il avait eu l'idée de recourir, dans un cas d'étranglement, à l'opération de Rousset; mais qu'il y avait renoncé pour n'avoir point de chirurgien assez entendu pour cette opération; et Fabrice lui répondait qu'il serait à désirer qu'on la remît en usage (1). En Italie, elle n'avait pas encore pénétré, et M.-A. Séverin lui-même ne semble pas la connaître. Il nous faut en rechercher quelques traces éparses dans les chirurgiens français; c'était en France qu'elle avait pris naissance, et c'était là qu'elle devait se perpétuer et se perfectionner.

Pigray, qui avait vécu avec Paré, mit au jour, vers 1610, son EPITOME DE CHIRURGIE, où il consacra un chapitre spécial à l'intestin tombé dans le scrotum. On trouve, dans ce chapitre, la description d'une opération qui est vraiment toute nouvelle, et dont en conséquence il a été considéré comme l'inventeur.

« Et la maniere de bien faire ceste operation, dit-il, c'est premierement qu'il faut situer le malade à la renuerse, puis faire l'incision enuiron vn doigt ou plus au-dessus du lieu qui est serré, parce que dessus le lieu on ne peut le faire sans blesser l'intestin : l'ouuerture estant faite iusques au peritoine, on fera tourner le malade sur la partie opposite, afin de reculer les intestins du lieu où l'ouuerture doit estre faite : puis coupper le peritoine et mettre vn doigt dans la playe, retirant doucement et peu à peu l'intestin qui est tombé, en le retournant en son naturel, ayant la main vn peu frottée ou de beurre frais ou d'huille d'amandes douces. Et s'il y en auoit telle quantité de tombé qu'on fust contraint de faire plus grande ouuerture, il la faudroit continuer iusques au lieu serré, mais en y mettant le doigt, et la faire dessus ou sur vn specille proprement fait, pour la conseruation de l'intestin (2). »

Cela est net et précis, et toutefois je ne peux me défendre de quelque doute sur l'origine de cette méthode. Pigray ne se vante ni de l'avoir trouvée ni d'avoir jamais appliqué celle-là ou une autre; et il serait fort possible que la découverte résultât uniquement d'un contre-sens fait par Pigray dans l'interprétation de Rousset. Une trentaine d'années plus tard, Couillard, chirurgien de Montélimart, publiait deux observations de hernies étranglées, dans lesquelles il dit avoir *fait ouuerture en la partie inguinale de l'hypogastre*, et avoir *retiré tout doucement tout ce qui était contenu contre nature dans le scrotum*. Qui ne croirait qu'il s'agit là de la méthode de Pigray? Et cependant, Couillard renvoyant à la description qu'il en a données dans son CHIRURGIEN OPERATEUR, si l'on recourt à cet ouvrage, on voit qu'il faisait l'incision tout simplement à la manière de Franco et de Paré, seulement en procédant sans autre tentative au débridement (3).

Le dernier chirurgien de cette époque qu'il faille citer sur ce sujet est Samuel Formi, qui exerçait depuis cinquante ans à Montpellier lorsque ses observations furent publiées avec celles de Rivière, en 1646. Dans les premiers phénomènes du *miserere*, il ne voit d'abord que le boyau sorti qui ne veut pas rentrer; et sans s'occuper d'en rechercher la cause, il procède par la position renversée, le taxis, et les fomentations d'eau froide; mais plus tard, *lorsque l'intestin est enflammé, et qu'en raison du gonflement, il ne peut pas rentrer par l'étroit orifice de la rupture péritonéale*, il veut que l'on dilate cet orifice par l'incision.

C'est là, comme on voit, la théorie de Franco; mais le procédé opératoire est un peu différent. Formi commence par mettre la hernie à nu, après quoi il tente le taxis; et si le taxis ne réussit pas, alors il glisse dans la plaie une sonde cannelée; et *coupe l'abdomen sur cette sonde avec des ciseaux, en dirigeant la section en haut ou en bas, selon que le chirurgien le jugera plus convenable*. Cette dernière partie du procédé est absurde; mais l'idée de tenter le taxis sur la hernie à nu avant de débrider est fort heureuse; elle a été mise en pratique par Ledran, par J.-L. Petit, et bien d'autres; moi-même j'ai réussi de cette manière dans un cas de hernie crurale. Au reste, c'est en quelque sorte le complément de l'idée de Franco.

Mais le nom de Formi marque dans l'histoire de l'étranglement herniaire, parce qu'il est le premier qui, en dehors de toute théorie, ait cherché et constaté par l'observation directe le siége de l'étranglement.

« Dans cette opération, poursuit-il, j'ai observé une chose tout à fait digne d'être notée sur une femme que j'ai guérie; c'est-à-dire que l'abdomen étant ouvert, l'intestin, qui depuis treize ans était sorti hors du péritoine et faisait une tumeur permanente dans l'aîne, apparut recouvert comme d'une bande charnue, *carnea veluti fascia*, qui enveloppait ledit intestin, allant en augmentant d'épaisseur de la partie inférieure jusque près de la rupture; et enfin étreignait tellement l'intestin dans cette partie, que les excrémens ne pouvaient plus passer, d'où était venue la pression iliaque qui donna lieu à l'opération. »

Voici donc enfin le premier fait qui se rattache au siége de l'étranglement, et ce qui en ressort de plus clair, c'est qu'il était constitué par tout autre chose que par les anneaux fibreux. Quant au reste, il me paraît probable qu'il s'agissait d'une hernie crurale, et le fascia charnu pourrait tout aussi bien être le *fascia propria* ou le sac herniaire, attendu que Formi admettait une véritable rupture du péritoine; ou plutôt encore tous les deux ensemble, qu'il n'aura guère songé à séparer par la dissection. J'ai fait récemment l'autopsie d'un vieillard de Bicêtre, qui portait depuis longtemps une hernie crurale en partie irréductible; la hernie était ainsi enveloppée d'un fascia charnu qui doublait partout le sac lui-même, et le fascia et le sac étaient tous deux resserrés à leur collet. Mais les détails de ce fait intéressant trouveront mieux leur place dans une autre partie de ces recherches.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Fabricii Hildan. Cent. VI, obs. 20.
(2) Pigray, EPITOME, etc., liv. II, chap. 41.
(3) Couillard, OBS. IATRO-CHIRURGIQUES, obs. 17 et 18, et le CHIRURGIEN OPERATEUR, 2e édit., 1640, p. 143.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DE L'EMPLOI DU TIRE-FOND DANS LES RÉSECTIONS DES OS;

par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de Lourcine.

Le sujet qu'on va amputer a en perspective la mort ou une grande mutilation qui l'empêche quelquefois de travailler pour vivre. On ne doit donc pas s'étonner si le malade recule le plus souvent devant une opération qui offre de pareilles chances. Le chirurgien vraiment digne de ce nom a de tout temps cherché à l'éviter ou à lui substituer des opérations ayant des conséquences moins désastreuses. Aussi, les résections osseuses datent-elles de loin. On sait que la chirurgie grecque et la chirurgie des Arabes étaient déjà fort avancées sous ce rapport. Mais aujourd'hui, plus que jamais, il est question des résections. Chaque jour, on agrandit leur domaine pour rétrécir celui des amputations. N'enlever que l'os ou la partie d'os malade, en laissant intactes les autres parties d'un membre vaut mieux que sacrifier le tout. Ainsi, au lieu d'amputer la jambe pour une lésion d'un os du pied, on cherche à extraire cet os; on en fait de même pour le membre supérieur. On voit, en effet, des chirurgiens assez habiles pour extraire des os du tarse, du métatarse, en conservant les orteils, ou enlever des os du carpe ou du métacarpe, en respectant les autres parties de la main. Plusieurs fois les os qui forment le squelette du coude, plus souvent la tête de l'humérus ont été réséqués; on a même été jusqu'à en faire autant au genou et à la hanche. Ce n'est pas ici que je dois dire s'il convient de pratiquer de pareilles résections. Je répéterai, avec tous les auteurs, que les résections sont très *laborieuses* et très *difficiles*; c'est là un de leurs caractères. Aussi, quand il est question de les comparer aux amputations, opposans ou non, nul n'ose soutenir le contraire. Ceux qui ont pratiqué sur le vivant et même sur le cadavre la plupart des résections conviennent le plus facilement des grandes difficultés qu'elles présentent.

Lever quelques-unes de ces difficultés serait donc rendre un vrai service à l'humanité; car les résections devenant plus faciles seraient plus promptement, plus sûrement exécutées; de là, moins de douleur, moins de danger pour le malade. Plus de facilité dans l'exécution rassurera, enhardira beaucoup de chirurgiens, qui peut-être négligent de pratiquer une résection, parce qu'elle est plus *laborieuse*, plus *difficile* qu'une amputation. Qui sait si dans les camps la facilité relative des amputations n'a pas souvent été pour beaucoup dans la préférence qu'on leur a accordée sur les résections? Et cependant, dans les cas de fracture par armes à feu, les résections sont très souvent applicables. Les travaux de M. Baudens le prouvent.

J'en viens à mon procédé.

Les résections nécessitent un ou deux traits de scie, ou l'action de tout autre instrument destiné à diviser les os. Quelquefois on enlève un os en totalité, on le désarticule; il n'y a alors que des parties molles à diviser. Quelquefois on scie l'os sur un point, et on désarticule une de ses extrémités. L'accident opère parfois la solution de continuité de l'os, c'est quand il y a fracture. Si on fait la résection d'une portion d'os sans toucher à ses extrémités articulaires, c'est la *résection dans la continuité.* Si on désarticule l'os après l'avoir scié, c'est la résection dans la *contiguité.* Dans tous les cas, pour qu'un os soit convenablement enlevé en totalité ou en partie, il faut qu'il soit *bien saisi et solidement fixé.* Mais, pour cela, l'os doit offrir assez *de prise.* C'est précisément ce qui a rarement lieu dans les cas de résection. C'est pour que cette prise existe que je veux ajouter à l'os le tire-fond. Des exemples vont faire comprendre mon procédé et juger de son utilité. Je commencerai par montrer combien il eût été applicable à un cas de résection qui a acquis une certaine célébrité. On verra combien le tire-fond peut lever de difficultés.

M. le docteur Seutin, chirurgien distingué de nos armées, fit la résection de l'extrémité supérieure du fémur pour une fracture communicative produite par un coup de fusil de rempart que reçut un nommé Lisieux, au siége d'Anvers. Il est dit dans l'observation (1) : « qu'il y avait fracture en éclats du col du fémur et du grand trochanter... » M. Seutin préféra la résection à la désarticulation de la cuisse. « Il fit une incision depuis la crête iliaque jusqu'à trois pouces au-dessus (2) du grand trochanter, porta le membre dans l'adduction et pénétra au fond de la plaie, dont il enleva tous les fragmens détachés. Il y en avait quinze de forme, de volume différens. Il fit saillir le fragment inférieur du fémur à travers la plaie, et le réséqua immédiatement au-dessous du dernier éclat de l'os. *La tête du fémur était brisée justement au niveau du bord de la cavité cotyloïde; il ne passait aucune saillie de cette tête, en dehors de la cavité, de telle sorte qu'il n'y avait aucune prise sur elle; aussi son extraction fut-elle longue et difficile* (3).

Eh bien ! ici c'était le cas d'enfoncer le tire-fond dans la tête du fémur; ensuite en tirant à soi on la dégageait de la cavité qui la contenait, on tendait le ligament inter-articulaire qui eût été facilement coupé, et cette extraction n'eût été *ni longue ni difficile.* Je m'étonne même qu'elle ait été possible, car il est dit dans l'observation que la tête de l'os était brisée justement au *niveau* du col et n'offrait aucune *prise*; comment donc a-t-on pu la prendre ? On sait combien cette tête est coiffée par la cavité cotyloïde et son rebord fibreux; c'est au point que pour la désarticulation de la cuisse, Grœfe avait proposé d'inciser ce bourrelet fibreux pour faire sortir la tête du fémur. Et cependant dans la désarticulation du fémur, on sait quel énorme levier on a pour agir sur cette tête et la faire sortir.

Quand on a à réséquer des extrémités articulaires pour des caries ou des lésions profondes des os, on enlève le moins possible de ces extrémités, parce que moins il y a de perte de substance osseuse, moins il y a de difformités et plus on se crée de chances pour le rétablissement des fonctions du membre opéré. Mais alors les fragmens à enlever *ont peu de prise*, et ni les pinces ni les érignes ni les doigts ne peuvent suffisamment saisir et fixer ces fragmens, et leur ablation n'est ni sûre ni prompte. Voyez ce qui se passe dans la résection du poignet : on attaque d'abord le cubitus; après l'avoir scié un peu au-dessus de son extrémité inférieure, il faut le désarticuler, le séparer du radius et de la main; si on le saisit avec les doigts ou des pinces, il glissera et s'échappera comme un noyau de cerise; tandis qu'en enfonçant un petit tire-fond dans la direction du canal médullaire, vous possédez on ne peut mieux ce petit fragment osseux; vous attaquez d'abord son articulation du côté interne, puis vous faites tourner l'os sur son axe et vous offrez au tranchant du bistouri le reste des liens qui fixent encore le cubitus aux parties environnantes. On doit le plus possible tourner dans le sens qui fait marcher le pas de vis dans la profondeur de l'os saisi, autrement on dégagerait le tire-fond et l'os s'échapperait.

On conçoit que la possibilité de présenter à la plaie les diverses parties de la capsule ou des autres liens articulaires (en faisant tourner l'os sur son axe) dispensera souvent le chirurgien de multiplier, d'agrandir les incisions pour découvrir l'articulation, ce qui évitera plus d'une fois la lésion d'organes importans, toutes circonstances défavorables au succès.

Ce que j'ai dit de la résection de l'extrémité inférieure du cubitus, je pourrais le dire de la résection de l'extrémité antérieure du premier métatarsien. Ici, après le trait de scie qui a divisé l'os, rien n'est plus facile que d'enfoncer dans son canal médullaire le tire-fond et de détacher la tête du métatarsien de la première phalange du grand orteil.

J'ai appliqué la première fois mon procédé à la résection des os du coude. Après avoir scié l'humérus un peu au-dessus de ses condyles, j'ai fait pénétrer le tire-fond dans le canal médullaire. Ayant ainsi augmenté le bras de levier si court représenté par le fragment de l'humérus à enlever, j'ai pu facilement le faire basculer et le dénuder d'abord par sa face antérieure. J'ai coupé d'abord le ligament antérieur de l'articulation ou si on veut la partie antérieure de la capsule; l'article ainsi ouvert, il m'a été facile d'aller aux ligamens latéraux et de terminer par les attaches de l'olécrâne.

Jusqu'ici, il n'a été question que de l'emploi du tire-fond pour aider la désarticulation d'un os déjà scié sur un point de sa diaphyse. Cet instrument a été utile en fixant l'os, en tendant les liens articulaires à diviser et en les offrant convenablement au tranchant du bistouri. Je vais faire servir maintenant le tire-fond à la section des os. Je vais supposer : 1° les cas de résection dont le premier temps consiste à désarticuler l'os, le second à le scier; 2° des cas de fractures compliquées avec issue des fragmens osseux.

Dans les premiers cas, on scie l'extrémité articulaire qu'on a luxée après des incisions convenablement faites aux parties qui entourent l'articulation. Dans les seconds cas, on abat les extrémités des fragmens osseux qui sortent par une plaie qui complique la fracture. Dans tous les cas, pour que la scie agisse convenablement et rapidement, il faut que l'os soit solidement fixé; il doit l'être comme s'il s'agissait d'une amputation, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous du point où agira la scie; sans cela l'os vacillera, la voie de la scie s'établira difficilement et sera souvent arrêtée; il y aura un ébranlement dans le membre qui pourra devenir funeste.

Je suppose une résection de la tête de l'humérus; le premier temps est opéré, la tête est sortie de sa cavité; un trait de scie sur son col, doit l'abattre. Eh bien ! si en même temps que l'humérus est fixé pour l'opération, qui saisit le corps de cet os, un aide implante un tire-fond sur sa tête articulaire, l'os est fixé sur deux points entre lesquels la scie agit avec une sûreté et une rapidité surprenantes; tandis que si une de ces conditions manque, l'os n'est fixé que sur un point, la tête est libre, il y a vacillation, ébranlement du muscle, lenteur, difficulté dans ce temps de l'opération.

Si on fait la résection du genou, après avoir dénudé les condyles du fémur, on enfonce le tire-fond dans la rainure qui les sépare.

Je ne pense pas qu'on objecte la difficulté d'introduire le tire-fond dans une extrémité articulaire, car la couche compacte de cette partie de l'os est très mince et l'instrument est bientôt parvenu dans le tissu spongieux qu'il traverse très facilement. Je ferai remarquer que les tire-fonds ordinaires sont trop coniques; je veux dire que le cône se prononce trop brusquement. Je préférerais, pour cet usage, un tire-fond qui se rapprocherait davantage de la vrille, je le voudrais moins conique et avec l'arête plus prononcée. De cette manière, il ne lâcherait pas prise comme cela peut arriver aux tire-fonds qu'on trouve dans les boîtes à trépan.

Dans les cas de résection des fragmens de fracture sortis par une plaie, le tire-fond est parfaitement applicable. C'est dans le canal médullaire qu'il faut l'enfoncer. On comprend que les diamètres du tire-fond devront être en rapport avec ceux du canal osseux, et qu'ici il en faut un plus volumineux que celui destiné à être enfoncé dans les têtes articulaires. On pourrait peut-être saisir le fragment osseux et le fixer avec un cylindre creux en métal, qui serait traversé par une vis de pression comme les instrumens dont on se sert sur nos tables pour saisir les gigots. Peu importe le moyen, le but est de faire à l'os un ajoutage, de le prolonger, pour qu'il puisse être solidement fixé sur deux points entre lesquels la scie doit agir.

Je reviens au cas de M. Seutin et je dis que ce chirurgien aurait plus facilement abattu le grand trochanter s'il eût pu le fixer sur son sommet après avoir fixé le corps de l'os. C'est surtout dans des cas ayant la gravité de celui qui s'est présenté à l'habile chirurgien belge, que l'utilité du moyen que je propose se fait remarquer; car ici le délabrement est énorme, les souffrances sont cruelles, tout tâtonnement, tout ébranlement est une cause d'insuccès. Je ne crains pas d'avancer qu'avec un tire-fond M. Seutin eût abrégé de moitié son opération. Il en conviendra lui-même s'il veut tenter quelques-uns des essais que j'ai si souvent répétés avant de rédiger cet article. Il est facile de concevoir tout ce que peut ajouter aux chances heureuses d'une pareille opération moitié moins de durée et moitié moins de douleurs.

Il est des résections qui exigent presque d'une manière impérieuse l'emploi du tire-fond, ainsi celles des os du torse. Si par exemple, on

(1) Voyez Gaz. Méd., année 1833, n. 26, pag. 165.
(2) Je pense qu'il y a ici une faute d'impression, et qu'il faut dire *au-dessous*.
(3) Je cite textuellement l'observation de la Gazette.

avait à enlever le cuboïde, comment pourrait-on le saisir d'une manière convenable, comment diviserait-on méthodiquement les liens articulaires sans tire-fonds ?

Je ne démontrerai pas ici l'utilité de cet instrument dans les résections des os du tronc dans les opérations nécessitées par les névroses ; j'en ai assez dit aujourd'hui pour mettre les vrais chirurgiens sur la voie. S'ils veulent faire des essais sur le cadavre, ils ne tarderont pas à reconnaître tous les services que peut rendre un instrument qui était cependant relégué dans un coin de la boîte à trépan et qui n'était bon qu'à remplir une case et pas davantage ; car on sait que le disque osseux, résultat de la trépanation, s'enlève facilement avec le bout d'une spatule, qu'on se dispense du tire-fond ; on le prescrit même, parce que pour le faire pénétrer dans l'os scié on pourrait enfoncer celui-ci et produire des accidens.

Ainsi je n'invente pas un instrument nouveau, c'est déjà un mérite aujourd'hui. On dira peut-être que je crée un temps nouveau dans les resections, que j'ajoute une complication. Cette objection ne me viendra pas de ceux qui m'auront compris ou qui auront fait quelques essais.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE PARALYSIE DU NERF TRIJUMEAU ; communiquée par le docteur VOGT, médecin à Neufchâtel (Suisse.)

Les débats qui ont eu lieu au sein de l'Académie, et les articles intéressans qui ont paru dans votre excellent journal, sur les différentes fonctions des nerfs cérébraux, me font espérer que vous voudrez bien accueillir l'observation suivante :

OBS. — Mad. Or., domiciliée à Berne, âgée de 30 ans, d'une robuste constitution et jouissant d'une bonne santé, fut exposée pendant une nuit du mois de juin 1839 à l'air froid d'une fenêtre ouverte. Le lendemain matin en se levant elle crut s'apercevoir que sa joue gauche était légèrement enflée, quoique par le toucher et l'inspection devant un miroir il lui fût impossible de découvrir la moindre tuméfaction. Cette singulière sensation alla en augmentant et se compliqua peu à peu de la perte du sentiment de toute la moitié gauche de la tête, à l'exception de l'occiput et de l'oreille. Vers la fin du mois de juillet elle réclama les secours d'un médecin, et voici dans quel état elle se trouvait. La santé générale n'est point altérée ; sa figure ne présente aucun changement ; les différens mouvemens des lèvres, de la langue, des paupières, du globe de l'œil, s'exécutent du côté malade tout aussi bien que du côté droit. Les mouvemens de la mastication ne sont pas gênés ; le muscle masséter gauche ne paraît pas être plus relâché et pendre plus bas que l'autre ; la mâchoire inférieure n'est point pendante ou tiraillée obliquement.

La sensibilité de la moitié gauche de la tête depuis la ligne médiane du visage jusqu'au devant de l'oreille est complètement abolie. La malade ne s'aperçoit pas lorsqu'on lui tire les cheveux du front et des tempes. Elle dit qu'elle éprouve en se coiffant de singulières sensations ; il lui semble alors que les cheveux qu'elle touche tombent pour suivre la main ou le peigne, tandis que de fait elle n'en perd pas davantage maintenant qu'en parfaite santé. La joue, les paupières, la moitié du nez, des lèvres, du menton, du front du côté gauche sont tout-à-fait insensibles ; on enfonce impunément des épingles dans ces différentes parties ; on peut gratter et piquer la conjonctive palpébrale et oculaire sans causer de sensation et sans augmenter l'afflux des larmes, dont la sécrétion est d'ailleurs normale ; la pupille ne présente aucun changement ; la vue n'est point altérée. L'intérieur de la narine gauche est insensible aux piqûres d'une épingle et à l'introduction de tabac en poudre ; la sécrétion de la muqueuse est naturelle ; madame Or. prétend que l'odorat est un peu diminué. La moitié gauche de la cavité buccale, les gencives, les dents, la moitié gauche du palais se trouvent dans le même état d'insensibilité. La moitié gauche de la langue ne sent pas les piqûres d'épingle, mais les mouvemens et la faculté dégustatrice de cet organe sont parfaitement intacts. La malade sait très bien distinguer toutes les saveurs avec les deux côtés de la langue indifféremment ; ayant les yeux bandés, elle reconnaît avec le côté gauche de la langue aussi bien qu'avec le droit l'amertume de la coloquinte, la saveur du sel et du poivre. Madame Or. dit qu'elle n'a jamais senti de différence pour la dégustation des mets entre les deux côtés de la langue, mais que si, en mâchant, le morceau glisse entre les dents gauches, il lui semble qu'il est tombé de la bouche ; elle ne peut souvent pas alors le retrouver et est forcée d'introduire le doigt dans la bouche pour le remettre entre les dents du côté droit. C'est pour cela qu'elle ne mâche plus maintenant qu'avec ce côté. La respiration et la parole n'éprouvent aucune altération.

Dans la persuasion qu'on avait affaire à une paralysie du nerf trijumeau gauche, on chercha à agir sur lui au moyen de l'électricité. On mit pour cela la malade en communication avec la machine électrique, après l'avoir isolée, et on tira des étincelles de toutes les parties paralysées, mais surtout de la région sous-orbitaire et de celle de l'articulation de la mâchoire inférieure, afin d'agir plus directement sur les deux branches principales du nerf à leur sortie du crâne. Ce traitement occasionna au commencement un léger fourmillement dans les parties paralysées et fut au bout de deux mois couronné d'un succès complet.

Permettez-moi, Monsieur, de vous faire remarquer la coïncidence parfaite qui existe entre les phénomènes offerts par notre malade, et ceux qui sont fournis par les expériences physiologiques. Les savans se rangent actuellement sous deux drapeaux quant à la question de savoir quel est le nerf dégustateur de la langue. Les uns ayant MM. Magendie, J. Müller, etc., à leur tête, prétendent que la fonction du goût est partagée entre le nerf lingual (du trijumeau) et le glosso-pharyngien. Les autres, conduits par MM. Panizza, Marshall Hall, Valentin, etc., s'appuyant sur des expériences comme leurs antagonistes, n'accordent à la branche linguale du trijumeau que la sensibilité générale et la fonction du goût uniquement au glosso-pharyngien. Les expériences faites par M. Valentin, professeur à Berne, sont exposées dans son RÉPERTOIRE DE PHYSIOLOGIE, t. II, p. 219.

Ayant eu le bonheur d'assister à ces expériences, j'ai pu me convaincre de l'exactitude rigoureuse des faits, et je ne pus dès lors comprendre qu'on élevât encore des doutes contre les opinions émises par M. Panizza.

M. Valentin a poursuivi cette série de recherches et en voici d'une manière abrégée les résultats tels qu'il les expose dans son dernier ouvrage : DE FUNCTIONIBUS NERVORUM CEREBRALIUM ET NERVI SYMPATHICI. Libri quatuor. Bernæ, 1839. Pag. 22, § 52.

« Lorsqu'on coupe les deux nerfs trijumeaux dans l'intérieur du crâne, toute la peau du visage, le nez, le globe de l'œil, les dents, les lèvres et la langue deviennent parfaitement insensibles, tandis que leur mouvement n'éprouve aucune altération, à l'exception de la mâchoire inférieure, qui devient pendante. La mastication ne se fait plus alors que par les muscles ptérygoïdiens, et consiste plutôt en un mouvement latéral. Après la section d'un seul trijumeau, on ne remarque qu'un léger relâchement du muscle masséter du même côté, et la mastication continue à bien se faire, parce que les muscles de l'autre côté ont assez de force pour y suffire, bien entendu que la moitié de la face est complètement privée de sensibilité. »

Puis pag. 41 et 42 :

« La section des deux branches linguales des nerfs trijumeaux occasionne une insensibilité parfaite de la langue (le goût restant intact). On peut la couper et la brûler sans que l'animal témoigne de douleur. Des morceaux de viande, des poils et d'autres substances, peu ou point sapides, restent souvent alors immobiles pendant plusieurs jours sur la langue. Les morceaux que ces animaux mâchent leur tombent aussi souvent de la bouche.

» Après la section des deux nerfs glosso-pharyngiens le goût a complètement disparu. Les chiens qui ont subi cette opération avalent une décoction aqueuse de coloquinte comme de l'eau pure, tandis que la sensibilité et la motilité de la langue ne sont nullement affectées. Il est donc évident que le glosso-pharyngien préside seul à la faculté du goût, que la branche linguale du trijumeau ne possède que la sensibilité générale et que l'hypoglosse enfin (page 59) est le seul nerf moteur de la langue.

» La divergence d'opinion des auteurs à cet égard ne provient que d'un fait anatomique fort simple, c'est que chez le chien les deux branches du glosso-pharyngien sortent du crâne séparées l'une de l'autre et que la plupart des expérimentateurs n'ont coupé que la branche linguale croyant faire la section complète du glosso-pharingien. Or la branche pharyngienne est aussi bien nerf du goût pour le voile du palais et le pharynx, que l'autre branche l'est pour la langue, et si on la laisse inaperçue les animaux rejettent avec dégoût les substances d'un goût désagréable aussitôt qu'elles arrivent au pharynx. Voilà ce qui a continuellement embrouillé les physiologistes et leur a fait croire que le glosso-pharyngien ne présidait pas seul à la faculté du goût, puisque sa section ne faisait que l'affaiblir sans l'abolir complètement. »

J'ai pu observer moi-même, à l'amphithéâtre anatomique de Berne, deux chiens qui avaient subi, l'un, la section des glosso-pharyngiens, l'autre, celle des branches linguales des trijumeaux. On répéta tous les deux jours les expériences sur la faculté dégustatrice de la langue de l'un et sur sa sensibilité chez l'autre, afin de pouvoir fixer le moment où ces fonctions se rétabliraient.

Les plaies se fermèrent dans l'espace de huit jours sans le moindre accident.

Le chien dont on n'avait fait que de *couper* les deux glosso-pharyngiens commença à s'apercevoir du goût de la coloquinte au bout d'un mois, tandis que la régénération des branches linguales des trijumeaux chez l'autre chien exigea plusieurs mois, assurément parce qu'on avait enlevé ici à chaque nerf un morceau long de plusieurs lignes.

La seule différence qui existe donc entre les résultats fournis par la section du trijumeau chez les animaux et les phénomènes offerts par ma malade, est que madame Or. prétendait mâcher avec autant de force d'un côté que de l'autre ; mais son assertion ne mérite pas grande confiance,

puisqu'elle s'était habituée à mâcher du côté droit et qu'elle avait perdu toute perception du côté gauche.

Cependant il serait peut-être aussi possible que chez elle la petite racine motrice du trijumeau, qui se joint au nerf maxillaire inférieur, sans avoir pris part au ganglion intercrânien, ne fût pas paralysée.

Agréez, etc.

Neufchâtel (Suisse), le 4 septembre 1840.

ORIGINE DU FLUX BLENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME; par M. GIBERT.

Monsieur,

Le compte-rendu de la lecture académique que j'ai faite le premier de ce mois *sur les syphilides* présente des inexactitudes échappées sans doute à la rapidité de la rédaction, et qui pourront être réparées lors de la lecture du rapport. Mais il en est une que je vous prie de vouloir bien rectifier dès ce moment.

Il est dit, dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE (p. 575 1re colonne), que dans la blennorrhagie de la femme un écoulement vaginal co-existe ordinairement avec l'écoulement urétral.

Permettez-moi de rétablir les faits en citant textuellement le passage de mon mémoire, qui a trait à cette circonstance :

« ......Chez la femme, le siége d'élection de la blennorrhagie est, comme chez l'homme, le méat urinaire; mais, dans tous les cas où nous avons pu mettre en usage le *speculum*, nous avons vu, en outre, UN ÉCOULEMENT UTÉRIN co-exister avec l'écoulement urétral, et se prolonger longtemps après la disparition de celui-ci; en sorte que nous pensons qu'on doit, en effet, regarder le COL DE L'UTÉRUS comme la source principale du flux blennorrhagique chez la femme. Cependant quelques écrivains modernes, trompés par une observation superficielle, ont désigné la blennorrhagie de la femme par le nom impropre de *vaginite*. Dans l'immense majorité des cas, le vagin reste étranger au flux blennorrhagique, ou s'il offre parfois de la rougeur, celle-ci est passagère et cède rapidement au repos et aux moyens de propreté. Ce n'est que dans quelques cas rares et exceptionnels qu'on rencontre un écoulement laiteux ou purulent fourni en réalité par la muqueuse vaginale. Au contraire, chez toute femme qui a contracté la chaude-pisse, il existe durant les deux ou trois premières semaines une suppuration urétrale caractéristique, plus un écoulement qui prend sa source dans la cavité du col de l'utérus, et qui, pouvant persister longtemps après la cessation de l'écoulement urétral, finit par ne pouvoir plus être distingué, à une certaine époque, de la leucorrhée simple ou fleurs blanches.

» Sur 216 cas d'écoulemens blennorrhagiques choisis dans nos salles de l'hôpital de Lourcine, comme ayant une étiologie suffisamment constatée, soit au moyen des commémoratifs, soit en raison de la co-existence d'autres symptômes vénériens, soit à cause du développement ultérieur de phénomènes consécutifs....; sur ces 216 cas, dis-je, nous avons pu constater 88 fois l'existence de l'urétrite, et 40 fois seulement une affection du vagin. Encore faut-il remarquer que de ce dernier nombre pourraient être retranchés beaucoup de cas dans lesquels il n'existait qu'une rougeur de la muqueuse vaginale qui s'est promptement dissipée; tandis que le chiffre des urétrites se serait sans doute beaucoup accru si nous avions pu examiner les malades en temps opportun. Plusieurs d'entre elles, en effet, n'étaient entrées à l'hôpital que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'invasion de la blennorrhagie. »

Quant à ce que j'ai dit du *traitement* des syphilides, et des médications actives et intempestives, appliquées depuis une dizaine d'années à des altérations de couleur, de forme, de texture, de situation *du col de l'utérus* tout à fait innocentes..., j'attendrai pour rectifier et développer, s'il y a lieu, la courte indication contenue dans votre compte-rendu, le rapport qui sera fait sur mon mémoire par la commission académique.

Agréez, etc.

Paris, 5 décembre 1840.

MOYEN DE RÉSOUDRE LES ENGORGEMENS DE LA RATE; par M. VOISIN de Limoges.

Instruit par la GAZETTE MÉDICALE des tentatives qui ont été faites par plusieurs de ses collaborateurs pour dissoudre les engorgemens de la rate qui sont le produit des fièvres intermittentes, je viens vous proposer un moyen bien simple à l'aide duquel j'ai fait disparaître non seulement huit ou dix de ces engorgemens, mais encore l'hydropisie ascite et cette teinte jaune paille qui assez souvent en sont la suite. Dans trois ou quatre de ces cas l'organe malade occupait environ les deux tiers de la capacité de la moitié gauche de l'abdomen.

Ce moyen (que je ne qualifie point de nouveau) est tout simplement un emplâtre de *vigo cum mercurio* où l'on incorpore 6 ou 8 grammes de sulfate de quinine (plus ou moins) et qu'on place à demeure sur la région splénique. Il faut le renouveler quand la matière qui le compose est épuisée, c'est-à-dire tous les quarante ou cinquante jours.

Je résumerai en peu de mots les avantages qu'offre ce moyen thérapeutique :

1° Il épargne au malade les dégoûts qu'ils lui ont fait subir quand le sulfate de quinine est administré par la bouche;

2° Il y a absorption et par conséquent action continue du remède;

3° Cette absorption et cette action s'accomplissent justement dans le voisinage de l'organe malade.

4° Grace à leur continuité, les accès de fièvre ne reparaissent plus.

Ce traitement m'a toujours suffi à l'exclusion de tout autre. Quelle est sa durée moyenne? Il nous serait difficile de l'évaluer d'après un nombre aussi limité de faits. La longueur de ce traitement varie en plus ou en moins suivant que la rate est plus ou moins engorgée, l'individu plus ou moins âgé, et la peau plus ou moins réfractaire comme surface absorbante; ordinairement deux ou trois mois suffisent.

Nous ne quitterons point ce sujet, M. le rédacteur, sans vous informer *qu'à la dose du sulfate de quinine* le deuto-sulfate de fer agit aussi bien que lui dans les intermittentes ordinaires. Si nous avons souligné quelques-uns des mots qui précèdent ce n'est point sans intention; nous voulons en effet relever l'erreur de quelques pharmacologistes qui, redoutant sans doute, mais à tort, l'excès d'énergie de ce remède, ne l'ont prescrit dans leur Codex qu'à des doses tout à fait insignifiantes.

Agréez, etc.

OPÉRATION DE LITHOTRITIE faite en mars 1838 sur un médecin, âgé de 75 ans, dont la vessie offrit des particularités d'anatomie pathologique non encore signalées dans les annales de la science; par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

L'infaillibilité du diagnostic chirurgical ne saurait être proclamée que par des médecins sans expérience et sans érudition.

OBS. — M. Ducos-Tursan, médecin à Podensac, âgé de 75 ans, d'une constitution éminemment nerveuse, aimant la bonne chère, les vins blancs capiteux et les liqueurs fortes, eut une violente gastro-entérite dans les mois d'avril et mai 1825, dont il fut traité par ses tisanes amères, des purgatifs répétés et des apozèmes préparés avec le quinquina. Les parens de notre confrère et notre confrère lui-même, ne voyant aucune amélioration suivre l'usage prolongé de ces moyens, me firent appeler pour lui donner des soins, concurremment avec notre ami commun, M. Brumont (1). Des applications réitérées de sangsues à l'épigastre, des cataplasmes émolliens placés à demeure sur la même région, des demi-bains, des demi-lavemens, des boissons tempérantes et une diète sévère, produisirent de si bons et si rapides effets, que la convalescence fut assurée après ce traitement énergique, bien que M. Ducos eût alors 62 ans. Ce médecin se rétablit complètement, reprit toutes ses habitudes, mais ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était menacé de perdre la vue par la marche très rapide de deux cataractes, en même temps que l'émission des urines devenait difficile et parfois douloureuse.

Les symptômes d'une gastrite chronique, dont M. Ducos était porteur depuis quelque temps, s'aggravèrent dans les mois d'août et de septembre 1835; la dysurie s'accrut et rendit l'exercice du cheval d'abord très douloureux, puis impossible. Des écarts de régime ayant fait empirer cet état de chose; la gastrite chronique revint à l'état aigu, et produisit une espèce de révulsion favorable, en ce sens que les difficultés d'uriner disparurent pour se montrer de nouveau dès que l'état de l'estomac fut amélioré.

Ce fut dans ces circonstances (11 octobre 1835), et alors que M. Ducos était très souffrant, qu'il me fit appeler. Je le sondai en présence de mon vieil ami le docteur Brumont, de Podensac, et ne trouvai rien de particulier dans l'urètre, au col de la vessie, et dans la vessie elle-même, que j'explorai avec la plus minutieuse attention. La glande prostate, que nous explorâmes par le rectum, nous parut être aussi dans l'état normal. Ce cathétérisme soulagea beaucoup M. Ducos, dont l'estomac et les forces se rétablirent assez rapidement, grace aux soins éclairés que lui donnèrent les docteurs Couderc et Brumont. Néanmoins, les difficultés d'uriner avait revêtu un caractère tout spécial depuis ma dernière

(1) M. Brumont n'avait pas donné ces premiers soins.

visite, j'allai revoir notre confrère, je le trouvai à peu près rétabli, et ne se plaignant que d'une strangurie qui revenait périodiquement tous les cinq jours, ne durait qu'une partie de la nuit, et cessait complètement pour reparaître à jour fixe. Du reste, les urines que M. Brumont et moi examinâmes étaient de couleur citrine et normale, et ne devenaient muqueuses et lactescentes que lors des crises périodiques de strangurie, que j'amendai beaucoup en donnant du sulfate de quinine en lavement.

Dans la première quinzaine du mois de mars 1838, je reçus une lettre de M. Ducos, qui me priait d'aller le voir, souffrant horriblement de la vessie, me disait-il, et ne pouvant plus uriner qu'à l'aide des sondes. Ayant à m'absenter pour quelques jours, je ne pus me rendre auprès du malade que le 22 du même mois. Ce jour là je le vis avec M. Brumont seulement, le trouvai très souffrant, très affaibli, ayant de fréquentes et de très douloureuses envies d'uriner, étant obligé de vider sa vessie toutes les deux heures, et redoutant on ne peut plus que je trouvasse quelque chose de fâcheux et d'irrémédiable dans son état. Séance tenante j'explorai la glande prostate par le rectum, et la trouvai légèrement tuméfiée; séance tenante aussi, et avec l'aide de M. Brumont, j'introduisis le brise-pierre à coulisse dans la vessie, et rencontrai à l'instant même un calcul que je saisis et ne fis qu'écorner un peu pour prouver à M. Ducos que la lithotritie était praticable, et réussirait infailliblement. Ce mode de procéder et mon ton d'assurance le convainquirent et le rassurèrent tout à la fois. La première séance de broiement fut arrêtée pour le 26, et je prescrivis, en attendant, des demi-bains, l'application de cataplasmes émolliens au périnée et à l'hypogastre, des quarts de lavemens émolliens et calmans, des boissons délayantes, et une alimentation féculente et lactée. Tout ayant été ainsi arrêté, j'engageai beaucoup M. Ducos à se faire transporter à Bordeaux pour que je pusse l'avoir constamment sous la main, mais surtout pour ne pas l'exposer à souffrir longtemps s'il survenait quelqu'un de ces incidens malheureusement assez communs pendant ou après les opérations de lithotritie. Les meilleures raisons et les pressantes sollicitations de ses amis n'ayant pas pu décider notre confrère à quitter Podensac, je dus compter sur l'habileté de mes confrères pour me remplacer au besoin.

Le malade eut de la fièvre, des douleurs de vessie, et rendit ses urines un peu sanguinolentes la veille de la première séance.

26 mars. Première séance de lithotritie. Bien que je crusse pouvoir broyer le calcul ou les calculs contenus dans la vessie de M. Ducos, je prévins les médecins qui m'assistaient que je m'étais pourvu de tous les instrumens nécessaires pour tailler le malade par le procédé que les circonstances exigeraient, s'il arrivait que je fusse empêché de *manœuvrer* convenablement le brise-pierre à coulisse. Je ne dissimulai pas non plus à mes honorables confrères que ma tâche et la leur serait difficile, vu l'obligation où nous nous trouverions d'évacuer artificiellement les détritus de calcul.

Le malade ayant été porté sur une table garnie de matelas et de coussins résistans, pour élever le siége, je fis une injection émolliente dans la vessie, introduisis le brise-pierre courbe à écrou et à virole, si heureusement modifié par M. Charrière, saisis un calcul après trois ou quatre secondes de recherches, le fis déraper en rapprochant les mors de l'instrument, mais le ressaisis à l'instant même. La pierre résista d'abord à l'écrasement que j'opérai à l'aide de la vis et de l'écrou, puis céda aux seconde, troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième pressions faites de la même manière, en produisant un bruit *éclatant* très distinct. Ce calcul donnait dix-sept à dix-huit lignes de diamètre. Pendant ces manœuvres, qui durèrent cinq à six minutes, les envies d'uriner furent pressantes, douloureuses, et les contractions de la vessie tellement énergiques que l'injection fut chassée plusieurs fois, quoi qu'on fît pour s'y opposer, entre les parois de l'urètre et l'instrument. A dater de la fin de cette première séance, le malade éprouva un calme et un bien-être inaccoutumés, qui durèrent trois heures, après lesquelles il rendit, sans le secours de la sonde, des urines muqueuses légèrement teintes de sang, une certaine quantité de sable et quelques petits fragmens de calcul.

Avant de quitter M. Ducos pour revenir à Bordeaux, je poussai deux injections dans la vessie avec la sonde évacuatrice de M. Leroy-d'Étiolles, sonde à travers les yeux de laquelle passèrent des débris de pierre et une notable quantité de matières salino-terreuses. Je prescrivis, d'ailleurs, une potion calmante, des fomentations émollientes sur l'hypogastre et le périnée, un demi-bain, de l'eau de chiendent édulcorée, du lait coupé, un peu de bouillon de volaille, et priai mes confrères de répéter deux fois par jour les injections que je venais de faire avec la sonde évacuatrice que je leur laissai.

Les docteurs Faye (de Bordeaux), Brumont (de Podensac), Couderc (d'Arbonats), Darbon (de Preignac), Dubroca (de Barsac), Jardel (de Podensac), Levillain (de Cadillac), Moreau (de Cadillac), Moreau (de Podensac), MM. Ducau, notaire, et Mages, médecin vétérinaire, assistèrent à cette première séance.

Du 26 au 29 mars, l'opéré ne rendit que très peu de détritus, parce que les confrères auxquels j'ai confié le soin de faire des injections avec la sonde évacuatrice, qui traversait l'urètre et arrivait dans la vessie avec la plus grande facilité, n'osèrent pas se servir de cet ingénieux instrument, et laissèrent M. Ducos se sonder lui-même toutes les fois qu'il eut besoin d'uriner. Du reste, il n'y eut que d'assez légères douleurs de vessie et pas de fièvre pendant les soixante-douze heures que je restai sans voir le malade.

29 mars. Seconde séance. L'injection de la vessie étant faite, et le brise-pierre à coulisse, dont je m'étais déjà servi, ayant été introduit, je saisis le calcul, qui était fort dur, le pris, le lâchai et le repris douze fois de suite, tantôt par ses grands diamètres (18, 16, 15, 12 lignes), et d'autres fois le lithomètre ne marquant que 4, 3 et même 2 lignes. Cette séance fut belle et satisfit le malade, qui ne souffrit que de l'injection dans la vessie, et supporta parfaitement toutes les autres manœuvres. La sortie vigoureuse de l'injection entraîna quelques fragmens du calcul morcelé, puis le calme fut complet pendant les trois heures et demi que je restai auprès de M. Ducos.

Je fis moi-même deux injections émollientes dans la vessie avec la sonde évacuatrice, par les yeux de laquelle passèrent des débris de pierre et quelques mucosités légèrement sanguinolentes.

Je prescrivis deux injections par jour, des demi-bains prolongés, des cataplasmes de farine de lin et des onctions d'huile de jusquiame sur l'hypogastre; la même boisson de l'hydrogale et des bouillons de volaille.

Les docteurs Brumont, Couderc, Darbon, Dubroca et Jardel, assistèrent à cette seconde séance, et MM. Levillain, Moreau (de Cadillac), Moreau (de Podensac), n'arrivèrent qu'après.

La nuit fut calme.

Deux de nos confrères ayant voulu vider la vessie dans la matinée du 30, firent des efforts infructueux pour y faire pénétrer une algalie, furent effrayés de ce non-succès, renoncèrent à sonder le malade et à faire des injections. M. Ducos, lui, souffrit beaucoup du canal et de l'anus, et soutint, ce qui n'était pas, qu'on avait fait une fausse route. M. Couderc, qu'on envoya chercher, pénétra dans la vessie avec une sonde en gomme élastique et la vida, mais seulement à deux heures de l'après midi. Le même médecin ayant voulu sonder le malade six heures après, fit des tentatives réitérées sans réussir, et prétendit avoir rencontré un obstacle insurmontable. Le malade étant effrayé de sa position m'envoya chercher dans la nuit; j'arrivai auprès de lui à une heure du matin, et le sondai immédiatement avec la plus grande facilité. Le calme fut complet pendant mes trois heures de séjour à Podensac.

Toute la journée du 31 mars et la nuit suivante furent orageuses; la vessie s'emplit; M. Ducos ne fut pas sondé, ne put pas se sonder lui-même, et n'urina que par regorgement pendant les vingt-huit heures que je demeurai sans le voir.

1er avril, neuf heures du matin. Je trouvai M. Ducos anéanti, désespérant de son rétablissement, ayant la vessie énormément distendue, mais souffrant à peine depuis qu'il urinait par regorgement. Je le sondai de nouveau, vidai la vessie de l'urine bourbeuse et fétide qu'elle contenait, et en demeurai là pour ne pas le fatiguer. Les docteurs Moreau (de Cadillac), Moreau (de Podensac), Brumont, Jardel, Couderc, MM. Ducos et Gassies, s'étant réunis à moi, je leur déclarai qu'il m'était impossible, vu l'état du malade, de procéder à une nouvelle séance de lithotritie, et les priai de m'aider à obtenir de M. Ducos qu'il se fît transporter à Bordeaux, où je le sonderais quand je le jugerais nécessaire, et où je serais continuellement en mesure de parer aux éventualités qui pourraient se présenter.

M. Ducos passa fort mal la nuit du 1er au 2 avril, n'urina pas du tout, pas même par regorgement; la vessie demeura distendue pendant vingt-trois heures, et ne fut vidée par M. Moreau (de Podensac) que le 2 avril, à huit heures du matin. Ce confrère ayant introduit la sonde dans la vessie, et ne voyant pas l'urine arriver, pensa, avec raison, que ce réservoir ne se contractait plus, et qu'il ne pourrait le débarrasser du fluide qu'il contenait qu'en faisant soulever le malade par des aides. Cet expédient réussit, et donna la mesure du piteux état auquel le malheureux M. Ducos était réduit. Les forces manquèrent pour le voyage de Bordeaux, bien qu'on dût le faire faire sur la Garonne et dans une petite barque commodément disposée à cet effet.

J'attendais l'arrivée du calculeux à Bordeaux, lorsque je reçus l'invitation de me rendre sur-le-champ à Podensac, où j'arrivai le 2 avril dans l'après-midi. M. Ducos était très faible, très souffrant, et tout à fait découragé. Je le sondai immédiatement et ne pus vider la vessie, qui avait perdu toute sa contractilité, qu'en faisant élever fortement le bassin et le torse, afin que l'urine obéît aux lois de la pesanteur en passant par la sonde.

Le cas étant fort grave, ma tâche et ma responsabilité fort lourdes, et ne pouvant pas d'ailleurs abandonner mes affaires pour demeurer à Podensac, où ma présence était désormais indispensable pour procéder à de nouvelles séances de lithotritie, en supposant qu'elles fussent indiquées et praticables, je dus proposer à MM. Brumont, Couderc, Jardel, et Moreau (de Podensac), de tailler le malade dès que le moment de procéder à cette opération me paraîtrait opportun. M. Ducos ayant encore présente à l'esprit la fin terrible d'un de ses intimes amis qu'on avait opéré l'année avant, me dit énergiquement qu'il ne consentirait jamais à ce qu'on le torturât, et qu'on le laissât mourir en paix, si on ne pouvait le débarrasser de la pierre qu'en lui faisant une opération dont il ne voulait pas entendre parler, quoi qu'il advînt.

Dans le but de relever le moral du malade, mais sans l'espoir de réussir, je pris le parti de procéder à un nouvel écrasement des calculs, et manœuvrai avec succès pendant sept à huit minutes, en présence et avec l'aide des médecins que je viens de nommer. Au grand étonnement des assistans et au mien, le contact de l'instrument réveilla les contractions de la vessie; l'injection que j'avais faite fut rendue par un jet fort et soutenu, avec beaucoup de sable et quatre fragmens de calcul ayant la grosseur de pois ordinaires. Une seconde injection, faite deux heures après avec la sonde évacuatrice, n'amena que du sable.

La faiblesse fut extrême, la voix éteinte, et le pouls à peine perceptible, me dit-on, pendant toute la nuit du 2 au 3 avril : l'estomac seul allait bien, et supportait parfaitement quelques prises de bouillon de volaille. J'arrivai chez M. Ducos le 3 avril, à cinq heures de l'après-midi, et notai les particularités suivantes: pouls ferme, régulier, non fébrile; peau souple et fraîche; langue pâle et large; goût très prononcé pour les bouillons; estomac en très bon état; douleurs vésicales à peine indiquées; abdomen souple. Le malade a recouvré des forces, se soulève sans aide, et a l'espoir d'être bientôt délivré de tous ses calculs. Le cathétérisme nous démontre, à MM. Brumont, Couderc, Jardel, Moreau (de Podensac), et à moi, que la vessie a repris presque en entier son ressort. Les urines contiennent beaucoup de sable.

Vermicelle très léger au bouillon de volaille, tisane vineuse, lait coupé, fomentations émollientes sur l'abdomen et demi-lavemens de la même nature.

Nuit du 3 au 4 avril bonne; cathétérisme facile, bien-être jusqu'à deux heures de l'après-midi. Alors seulement M. Moreau (de Podensac) rencontra un obstacle au col ou auprès du col de la vessie, qu'il ne put franchir, et m'écrivit pour que je me rendisse en toute hâte auprès du malade. Bien que je fusse parti en poste, je ne pus arriver à Podensac qu'à onze heures et demie du soir. Je trouvai M. Ducos abattu, très souffrant et fort inquiet de sa position. Les envies d'uri-

ner étaient fréquentes, l'hypogastre douloureux et tendu, le pouls misérable, les forces anéanties, la voix éteinte et la face hippocratique. Le cathétérisme fut facile, mais la vessie ne se contractant plus, je ne pus la vider qu'en faisant soulever le malade par des aides.

Bientôt après cette opération tout changea d'aspect; et le pouls, les forces, le visage, revinrent à l'état proche normal, le changement en bien fut aussi rapide qu'étonnant, et M. Ducos espéra!

5 avril, sept heures du soir. L'amélioration s'était soutenue. L'exploration de la vessie, que je fis avec le brise-pierre à coulisse, et en présence des docteurs Couderc et Moreau (de Podensac), ne me fit rencontrer aucun débris de calcul. Les urines étaient ammoniacales et contenaient, comme toujours, beaucoup de matières sablonneuses. Du reste le malade fut calme et dormit pendant deux heures après cette exploration, qui le satisfit on ne peut plus.

Léger potage au vermicelle; eau vineuse; fomentations émollientes et calmantes sur l'hypogastre; injections de la même nature dans la vessie; demi-bain à l'eau de son et demi-lavement émollient toutes les vingt-quatre heures.

6 avril. Cathétérisme facile, urines sanguinolentes et contenant beaucoup de sable, douleurs de vessie, état général se soutenant assez bien. Mêmes prescriptions, même régime.

7 et 8 avril. Fièvre, faiblesse extrême, douleurs vésicales incessantes; urines rougeâtres, putrilagineuses et répandant une odeur cadavéreuse repoussante; paralysie complète de la vessie constatée par MM. Brumont, Jardel, Moreau (de Podensac), et par moi.

M. Ducos ayant succombé le 9 avril 1838, je l'ouvris le lendemain, dix-neuf heures après la mort, assisté des docteurs Brumont, Couderc, Moreau (de Cadillac), Moreau (de Podensac), et en présence de MM. Mages, médecin vétérinaire; Ducau, Gossier, et quelques autres amis du défunt.

Le procès-verbal de cette nécropsie fut dicté au fur et à mesure des dissections.

Avant de procéder à l'ouverture du cadavre, j'injectai une assez grande quantité d'eau dans la vessie, l'explorai très soigneusement avec le brise-pierre à coulisse, et n'y pus découvrir aucun fragment de calcul.

Habitude extérieure. Demi-marasme, raideur cadavérique très prononcée.

Tête. Non ouverte.

Poitrine et adomen. Rien de particulier.

Organes génito-urinaires. Reins et urétères à l'état normal; vessie non hypertrophiée, ayant sa membrane muqueuse d'un rouge noir ou bleuâtre, sans altération de texture, membrane sous laquelle je remarquai seulement deux petits faisceaux musculaires très minces. Au premier aspect cette poche me parut et parut à mes confrères n'avoir pas de bas-fond. Ce fut dans la partie la plus déclive que nous trouvâmes une cuillerée à bouche environ de débris de calculs réduits en un sable ténu, et conséquemment insaisissables; la glande prostate ne proéminait point dans la vessie; mais une cloison, un vrai diaphragme, de couleur brune et de consistance semi-cartilagineuse, séparait très exactement la vessie proprement dite de son bas-fond, et ne laissait de communication entre ces deux portions du réservoir urinaire que par une très petite ouverture transversale, située tout à fait en arrière, et répondant au sacrum. L'incision cruciale de ce diaphragme me permit de découvrir les quinze calculs dont je parlerai plus bas et de noter le blanc nacré et les dimensions anormales du bas-fond de la vessie. Nous constatâmes d'ailleurs une concavité exagérée du sacrum, l'incurvation très prononcée du rectum, et une très forte courbure sacro-lombaire qu'on avait remarquée du vivant de M. Ducos. Le col vésical et tout l'urètre étaient légèrement phlogosés, la prostate squirrheuse, lardacée, ayant le volume d'un œuf de poule, et n'empiétant qu'à peine sur la paroi antérieure du rectum.

Les quinze calculs trouvés dans le bas-fond de la vessie étaient tous des tétraèdres à angle obtus, remplissaient très exactement la spacieuse cavité qui les recelait, semblaient y avoir été placés avec art, comme à dessein, et avaient chacun un peu plus de la grosseur d'une amande de noisette. Du reste, tous ces calculs étaient d'un blanc grisâtre, de la couleur du mastic de vitrier à l'extérieur, et d'autant plus jaunes à l'intérieur qu'on se rapprochait davantage de leur centre, où l'on découvrait un petit noyau sphérique ayant la grosseur d'une tête d'épingle.

Les différences physiques et bien tranchées qui existaient entre l'intérieur des calculs et leur circonférence, formant comme une enveloppe terreuse, comme une sorte de coque enveloppant son fruit, engagèrent M. Fauré, auquel j'en remis quelques-uns, à examiner séparément ces deux parties. Il soumit en conséquence la matière jaune et la matière blanche à des analyses séparées dont voici les résultats :

Une portion de la matière jaune ou intérieure des calculs fut successivement traitée par l'éther, l'alcool, l'eau distillée, la potasse caustique, l'acide azotique, etc., etc., et M. Fauré n'y trouva que de l'acide urique auquel étaient mêlés un peu de matière grasse, du mucus vésical et une matière colorante ayant de l'analogie avec celle de la bile.

Une autre partie de cette matière jaune ayant été soumise à l'action du chalumeau, se charbonna en répandant une odeur animale, brûla avec accroissement d'intensité, et se volatilisa en ne laissant pour résidu que des traces de cendres très alcalines.

L'enveloppe terreuse des calculs ayant également été traitée par l'éther, l'alcool, l'eau distillée, la potasse caustique, puis par l'acide hydro-chlorique, le carbonate d'ammoniaque, l'ammoniaque caustique, etc., M. Fauré obtint de la matière grasse, du mucus vésical, de l'acide urique, du phosphate calcique, du phosphate ammoniaco-magnésique et de l'oxalate calcique.

L'analyse au chalumeau corrobora cette première opération, et l'enveloppe terreuse des calculs soumise à ce moyen d'investigation noircit d'abord, puis, en continuant le feu, la matière animale brûla en répandant une odeur empyreumatique, et il resta un résidu blanc, insoluble dans l'eau, se dissolvant avec une faible *effervescence* dans l'acide hydro-chlorique. *(Carbonate provenant de la décomposition de l'oxalate par le feu.)*

Donc la partie intérieure des calculs était composée

D'acide urique	89	50
De matière colorante	5	75
De matière animale	4	
De phosphate terreux	des traces.	
Perte	0	75
	100	00

Donc l'enveloppe de ces calculs était formée

De phosphate calcique	66	25
De phosphate ammoniaco-magnésique	19	50
D'oxalate calcique	8	75
D'acide urique	1	25
De mucus vésical	2	25
Perte	2	
	100	00

L'analyse des fragmens de calcul réduits en sable ténu, et que j'avais trouvés dans la vessie, donna les mêmes résultats.

Dans le nombre des faits que je viens de raconter avec un certain luxe de détails, il en est qui sont si curieux et d'une telle étrangeté, que j'éprouve le besoin de mettre leur signification pratique en lumière, et de hasarder, à leur occasion, des réflexions que l'importance et la difficulté du sujet me semblent devoir faire accueillir avec quelque faveur.

En somme, les antécédens maladifs de M. Ducos, les séances de lithotritie, les incidens nombreux qui précédèrent ou suivirent ces séances, les fautes commises, mes erreurs de diagnostic assurément fort excusables, l'anatomie pathologique si remarquable des organes génito-urinaires, l'arrangement des calculs, l'impossibilité de constater leur existence et d'arriver jusqu'à eux avec les instrumens de lithotritie connus jusqu'à ce jour, tout cela offre beaucoup d'intérêt, ce me semble, et ne saurait être négligé sans dommage pour l'humanité, pour la science, et pour l'expérience des chirurgiens lithotristes auxquels il reste encore beaucoup à faire, ne serait-ce que touchant la question de savoir, et quand il faudra *tailler*, et quand il faudra *lithotritier*, question cardinale, litigieuse, et qui est restée un problème à plusieurs inconnues, n'en déplaise aux hommes habiles et fort compétens qui ont essayé de le résoudre.

M. Ducos, bien qu'y voyant à peine, et bien qu'une dysurie habituelle le tourmentât et l'eût obligé de renoncer à l'exercice du cheval et à celui de notre profession dès le mois d'août 1835, malgré cela, dis-je, et ses soixante douze ans, notre confrère n'en commit pas moins de nouveaux écarts de régime, et eut l'impardonnable faiblesse de continuer d'anciennes relations avec une femme. La dysurie s'étant aggravée, M. Brumont et moi le sondâmes, examinâmes ses urines, explorâmes soigneusement la vessie et la prostate, tout cela en pure perte et sans pouvoir découvrir la cause qui provoquait les difficultés et les fréquentes envies d'uriner dont nous fûmes les témoins. L'urètre tout entier était large et facile à traverser avec des instrumens d'un fort calibre; on franchissait la portion prostatique de ce canal sans difficulté aucune, et sans être obligé de recourir à des sondes ayant une forte courbure; les urines étaient de couleur citrine et normale; M. Ducos n'avait jamais eu le plus léger symptôme de gravelle et nous ne pûmes enfin reconnaître, malgré les recherches les plus exactes, l'existence d'une inflammation chronique du col de la vessie, qu'on confondait si souvent avec la cystite chronique avant les beaux travaux du professeur Lallemand sur les maladies des organes génito-urinaires. Mais ces recherches et ces explorations n'étaient pas très concluantes dans l'espèce, je dois le confesser, car la vessie pouvait contenir un ou plusieurs calculs, la prostate être hypertrophiée, la vessie elle-même être malade d'une certaine façon sans que ni la sonde ni le toucher rectal pussent me porter à dire : la cause ou les causes de l'état maladif de M. Ducos sont telles ou telles, le mal est là, tout vient de là, etc. Un diagnostic positif étant donc impossible à l'aide de mes moyens incomplets d'exploration, je ne pus donner que des avis fort insignifians à M. Ducos, qui souffrit près de trois ans sans mot dire, ne me fit appeler de nouveau qu'au mois de mars 1838, et seulement alors que la prostate était évidemment hypertrophiée, qu'il était porteur d'un calcul vésical, qu'il ne pouvait plus uriner qu'à l'aide des sondes, que ses douleurs de vessie étaient devenues intolérables, et que sa santé générale avait reçu de graves atteintes.

J'ai déjà dit qu'avant de procéder à la nécropsie, j'avais soigneusement exploré la vessie avec le brise-pierre à coulisse, sans pouvoir découvrir un seul fragment de calcul : le fait est que je ne trouvai, la vessie étant ouverte, qu'une cuillerée à bouche environ de débris de calcul réduits en un sable ténu.

Bien que les parois vésicales se fussent énergiquement et très souvent appliquées au calcul assez volumineux qu'elles embrassaient, qu'elles fussent devenues très irritables, et qu'elles eussent parfois supporté assez difficilement les injections faites avant chaque séance de lithotritie, il n'en est pas moins vrai que nous ne les trouvâmes ni plus épaisses, ni plus minces que dans l'état normal, et qu'elles avaient conservé à peu de chose près leur souplesse et leur dilatabilité ordinaires. Cette circonstance nous avait heureusement servi pour l'opération du broiement; car, ainsi que le dit quelque part M. Leroy-d'Etiolles, et que la pratique la plus vulgaire l'enseigne aux chirurgiens lithotritistes, mieux vaut une grosse pierre dans une vessie ample et distensible, qu'une pierre moyenne dans une vessie excessivement irritable et contractile. Quant à la couleur rouge, noire ou bleuâtre de la membrane muqueuse, sans altération de texture, elle était bornée à une portion de sa surface la plus voisine du col, était la conséquence évidente d'une inflammation chronique entretenue par la présence du calcul, inflammation qui avait existé, par une assez rare exception, sans accroissement et sans modification de la sécrétion muqueuse, sans ce qu'on appelle le catarrhe vésical.

La cloison qui séparait très exactement la vessie proprement dite, de son bas-fond, était-elle un prolongement, une dépendance de la prostate, et la déformation de cette glande avait elle précédé le développement *peut-être* congénital de ce diaphragme semi-cartilagineux d'une nouvelle espèce, et sans analogue dans les annales de la science; si je dois m'en rapporter aux nombreuses recherches que j'ai faites à ce sujet?

Une dissection très soignée de la prostate et de la cloison me fit reconnaître, d'un côté, que cette dernière était séparée de la glande, en était absolument indépendante, et de l'autre, qu'elle était confondue, ne faisait qu'un avec les tissus formant la circonférence de l'entrée du bas-fond de la vessie, si ce n'est en arrière où l'on voyait une ouverture transversale de cinq à six lignes de long, et de deux lignes de large, établir une communication entre la vessie et ce réservoir *immobile* des calculs.

Mais voyons ce que donnent les faits quant aux déformations de la prostate, qui sont tantôt partielles et tantôt générales.

La portion transversale de cette glande, qu'Everard Home a très improprement appelée lobe moyen, l'hypertrophie, acquiert souvent un volume considérable chez les vieillards, peut revêtir différentes formes, et donne lieu, quand elle se développe sur un seul point, à des tumeurs plus ou moins volumineuses, pédiculées ou à large base, quelquefois multiples, et obstruant l'orifice postérieur de l'urètre à la manière d'une soupape. Bonnet, Morgagni, Bartholin, Chopart, E. Home, J. L. Petit, Wichmann, Hunter, Shaw, Lloyd, MM. Amussat, Civiale, Cruveilhier, Lallemand, Leroy d'Etiolles, Ségalas, Tanchou et beaucoup d'autres praticiens citent des faits nombreux de cette espèce. J'en possède moi-même plusieurs de fort remarquables que j'ai consignés à la suite d'un travail inédit sur les maladies de la prostate qui fut couronné en 1834 par la société royale de médecine de Bordeaux. Eh bien! l'étude et l'appréciation rigoureuse de ces faits démontrent qu'ils n'ont rien de commun et pas la moindre analogie avec le diaphragme vésical que j'ai trouvé sur M. Ducos.

Passons maintenant à l'hypertrophie des portions latérales de la prostate. Quand cette hypertrophie est générale, l'accroissement se fait en tous sens, les deux lobes latéraux y participent également, et c'était là le cas de M. Ducos. La tuméfaction partielle existe tantôt sur les parties les plus élevées des lobes latéraux, et forme, dans la vessie, des tumeurs pédiculées à large base comme celles de la portion transversale. D'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, elle occupe les parties les plus centrales d'un lobe, se présente sous la forme d'une tumeur à base large, faisant saillie dans la portion de l'urètre qui lui correspond et le déjetant du côté opposé (1). Ici encore l'étude des tuméfactions des portions latérales de la prostate démontre positivement que la cloison séparant la vessie de son bas-fond n'a rien de commun avec les faits de prostatite chronique connus jusqu'ici.

Quant à la tuméfaction de la prostate elle-même, chez M. Ducos, l'âge avancé du malade, la présence d'un gros calcul dans la vessie et son contact à peu près permanent avec le col de cet organe, les besoins fréquens d'uriner, les contractions répétées de la vessie pour y satisfaire, le cathétérisme renouvelé douze à quinze fois par vingt-quatre heures, l'abus du coït, une constipation habituelle, toutes ces particularités furent autant de causes qui durent provoquer cette hypertrophie des portions latérales de la prostate seulement, que mes confrères et moi nous trouvâmes squirrheuse, lardacée, ayant le volume d'un œuf de poule, ne proéminant point dans la vessie, n'empiétant qu'assez faiblement sur la paroi antérieure du rectum, n'ayant aucune connexion avec le diaphragme vésical que j'ai décrit un peu plus haut, aplatissant d'un côté à l'autre les parois élargies de la portion prostatique de l'urètre, et formant ainsi un obstacle matériel à l'émission des urines.

J'avancerai que l'altération anatomique de la vessie, que mes confrères et moi nous avions sous les yeux, me donna d'abord l'idée des *calculs encaissés* sur lesquels M. Amussat, un des premiers, a fixé l'attention, et sur lesquels aussi le docteur Bouchacourt a publié un excellent travail dans les *Archives générales de médecine*, numéro d'avril 1839. Mais comme cette disposition est caractérisée par la présence constante d'une dépression plus ou moins large, et toujours profonde vers le bas-fond vésical et derrière la prostate, et que cette dépression est ordinairement plus évasée à son fond qu'à sa partie supérieure qui présente presque toujours un rétrécissement apparent, même à l'extérieur, je revins bientôt de mon erreur, et me rappelai que les cas de *calculs encaissés* rapportés par Ledran, Delpech, MM. Civiale, Leroy d'Etiolles, Ségalas et quelques autres, étaient tout différens de celui dont je parle, bien que les quinze calculs dont M. Ducos était porteur fussent véritablement *encaissés*, ou plutôt renfermés dans une cavité spacieuse sur les particularités anatomiques si remarquables de laquelle je ne reviendrai pas; du reste cette cavité ne ressemblait pas du tout aux vessies bilobées et à cellules.

Bien que je dusse peut-être ajouter à ces réflexions et parler des calculs du bas-fond de la vessie, de leur arrangement, de leur immobilité, de l'impossibilité matérielle dans laquelle on était de les découvrir, chez M. Ducos, à l'aide de tous les moyens d'exploration connus jusqu'à ce jour, je n'abuserai pas plus longtemps des momens de mes lecteurs; je leur ferai grâce de mes commentaires sur tous les incidens qui survinrent dans cette malheureuse opération de lithotritie, et leur laisserai le soin de décider si ce que j'ai fait devait l'être, et si la leçon que j'ai reçue pourra profiter à d'autres et les faire se tenir sur leurs gardes.

NOTE SUR L'INCONTINENCE D'URINE PENDANT LA NUIT; par M. DEVERGIE aîné.

La GAZETTE MÉDICALE du 8 août 1840 (Revue des Journaux Allemands), a publié une note du docteur Ritter sur ce sujet.

Deux états distincts de l'organisme, dit l'auteur allemand, peuvent devenir cause de l'incontinence de l'urine pendant la nuit; l'un dit *torpeur*, l'autre *l'hérétisme*.

Dans le premier cas l'enfant a le col de la vessie et l'urètre trop peu sensibles pour savoir quand il lâche les urines; dans l'autre, la vessie est trop sensible et excite trop fréquemment l'individu à se débarrasser de l'urine. C'est ce qui lui donne des rêves, lui fait croire qu'il urine dans un vase ou dans un lieu autre que son lit.

« On remédie à la torpeur par l'administration des stimulans (cantharides, etc.); à l'éréthisme par les calmans, l'opium. »

Cette note ne me paraît pas l'expression de la vérité et ne rend pas compte du phénomène qui se passe dans l'incontinence d'urine nocturne chez les enfans.

Si les enfans de différens âges ne sentent pas la nuit le besoin d'uriner, il ne faut pas toujours attribuer cet accident à la faiblesse du col de la vessie; mais bien à la mauvaise habitude qu'on laisse contracter aux enfans de ne pas les éveiller la nuit ou de ne pas le faire assez souvent, de les habituer ainsi à un sommeil profond, déjà si lourd, si impérieux et si prolongé dans le jeune âge, sous l'influence d'une activité extrême dans les jeux, les exercices du corps, les longues courses, etc., etc. Les enfans mal élevés auxquels tout cède à leurs moindres caprices, qui ne craignent ni réprimandes, ni corrections, sont sujets à cette infirmité.

J'ai pu vérifier que le sommeil profond était chez les enfans de 10 à 16 ans la principale cause de l'incontinence nocturne, et il n'a fallu chez la plupart qu'un traitement local très court, par les injections, pour modifier suffisamment les organes excréteurs de l'urine, et rétablir la simultanéité d'action de la vessie et de son col qui alors rentraient sous l'empire de la volonté.

Je serai d'accord avec M. Ritter, si l'incontinence persiste après l'âge de la puberté. Je dirai alors que par suite d'une habitude vicieuse contractée dès l'enfance, les organes sont faibles, manquant de force et de vigueur, et sont inertes au point d'exiger une médication active, que ces organes supportent très bien sans s'enflammer.

Dans la deuxième catégorie : *La vessie est trop sensible et excite trop fréquemment l'individu à se débarrasser de l'urine. C'est ce qui lui donne des rêves, lui fait croire qu'il urine dans un vase ou dans un lieu autre que son lit.*

(1) Auguste Mercier. ESSAI SUR UN NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIQUER D'UNE MANIÈRE CERTAINE LES DIVERSES DÉFORMATIONS DE LA PROSTATE, CONSIDÉRÉES COMME CAUSES ORDINAIRES DE RÉTENTION ET D'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LES VIEILLARDS. (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, tom. V, p. 209, 1839.)

; Il y a encore ici erreur d'étude des phénomènes qui se passent dans l'incontinence d'urine. La vessie ne jouit pas d'une sensibilité trop vive et elle *n'excite pas trop fréquemment* l'individu à se débarrasser de l'urine. Si les enfans atteints de cette maladie rendent quelquefois la nuit plus d'urine que dans le jour, ce n'est pas en raison de *cet excès de sensibilité de la vessie*; mais bien par une augmentation de sécrétion de l'appareil urinaire que M. Guersant père a si bien observé et qu'il a démontré assez souvent chez des enfans non atteints d'incontinence. La disproportion de sécrétion est quelquefois si grande que des enfans qui ne rendaient que huit à douze onces d'urine pendant le jour, en fournissaient de trente à quarante pendant la nuit.

Si la vessie jouissait d'une sensibilité si vive, sans jamais éveiller l'organe encéphalique, en vérité, les malheureux enfans n'auraient aucun espoir de guérison et seraient condamnés à une triste existence.

Je ne pense pas que les rêves des enfans relatifs à l'excrétion des urines puissent être attribués à cette *excessive sensibilité* de la vessie, que je n'ai jamais rencontrée nulle part, ni chez les malades, ni chez les auteurs. Je n'en connais qu'un seul exemple cité dans ma brochure sur l'incontinence. Si je rappelle mes souvenirs du jeune âge et ceux de jeunes enfans interrogés avec soin, ces rêves n'ont lien que chez ceux qui craignent la verte réprimande ou la correction paternelle du lendemain, lors de la visite du lit inondé : leur cerveau constamment préoccupé de ces punitions morales ou physiques est prédisposé au moment du sommeil à voir se représenter une partie des idées du jour, et on conçoit facilement, que par une de ces aberrations si communes pendant le sommeil, ils croient au moment de l'émission de l'urine remplir cet acte d'une manière convenable, et dans un rêve heureux ils jouissent du plaisir d'éviter les réprimandes et les corrections.

On remédie à la faiblesse ou relâchement, à l'inertie de la vessie ou de son col par l'emploi des stimulans; ce précepte est connu depuis longtemps. Seulement il faut y ajouter les stimulans locaux, injections, etc. Quant au précepte de l'axiome aphoristique, *à l'éréthisme de la vessie chez les enfans, il faut opposer les calmans, l'opium*, il doit être rayé en entier, car je ne connais aucun auteur qui ait une seule fois cité cette maladie, et par conséquent préconisé l'opium pour la guerir. J'ai cependant consulté Choppart, Desault, Larband, Sœmmering et autres, le nouveau DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, et pas un seul des nombreux auteurs que j'ai cités dans mon incontinence depuis 1781 jusqu'à ce jour ne dit un mot de l'emploi de l'opium dans le traitement de l'incontinence d'urine.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Après l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire donne lecture de la correspondance :

1° Les départemens des Landes, de la Manche, de Seine-et-Oise, de l'Oise, donnent l'état de leurs vaccinations pendant l'année 1839;

2° M. Casimir Broussais fait hommage à l'Académie d'un écrit de son père, intitulé : DU SENTIMENT DE L'INDIVIDUALITÉ;

3° Un médecin, dont nous n'entendons pas le nom, adresse à l'Académie l'histoire d'une rétroversion de l'utérus. M. Capuron est chargé de faire un rapport à cet égard;

4° M. Sédillot adresse à M. le président la lettre suivante :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur d'informer l'Académie que le malade, auquel j'ai pratiqué, le 17 du mois dernier, l'amputation coxo-fémorale, peut être regardé comme guéri, aujourd'hui vingt-troisième jour de l'opération.

Les épingles avec lesquelles j'avais réuni les côtés de l'unique lambeau antérieur, destiné à recouvrir le moignon, ont été enlevées le sixième jour et la dernière ligature était tombée le quatorzième.

Depuis ce moment, la cicatrisation a fait de tels progrès, malgré l'épaississement et l'induration sub-inflammatoire des parties molles, que la vaste plaie résultant de l'ablation de la totalité du membre s'est presque entièrement fermée de la manière la plus régulière.

Le malade que je fais transporter depuis le 5 courant, quelques heures chaque jour, dans les jardins du Val-de-Grâce, commence à reprendre de l'embonpoint, et se plaint seulement des douleurs, qu'il rapporte au pied et à la jambe du membre amputé.

Ce fait déjà si curieux par la rapidité de la guérison est surtout remarquable, comme premier exemple de succès obtenu à Paris.

Pendant, en effet, que M. le baron Larrey, dans la campagne de Russie, Guthrie à Waterloo, M. Baudens en Afrique, Delpech à Montpellier, etc., sauvaient leurs malades, Dupuytren et MM. Roux, Velpeau, Gerdy, Emery, Blandin, Vidal, etc., moins heureux à Paris, offraient à leurs imitateurs de redoutables revers, propres à faire craindre l'influence fâcheuse de l'air de la capitale sur les résultats d'une aussi grave amputation.

La guérison de notre malade aura donc l'avantage d'engager les chirurgiens à recourir avec plus de confiance à une opération qui est fréquemment une dernière et précieuse ressource; et à ce titre, M. le président, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien désigner un ou plusieurs membres pour constater l'état de notre blessé et en informer l'Académie.

Je suis, etc.

ORDRE DU JOUR. — LISTE DES CANDIDATS A LA PLACE VACANTE.

La commission chargée de recueillir les titres des candidats à la place vacante vient, par l'organe de M. Bégin, annoncer à l'Académie qu'elle a terminé son travail. Elle a cru devoir prendre le chiffre le plus élevé accordé par les règlemens aux listes de candidatures, et inscrire six noms. Elle prie l'Académie de ratifier cette décision. Ce chiffre de six candidats est adopté.

RECHERCHES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUES SUR LA PHLÉBITE; PAR M. TESSIER.

M. BLANDIN, chargé d'un rapport sur ce travail, annonce que M. Tessier n'a eu pour but dans ce travail que de constater la manière dont le pus se comporte dans une veine enflammée; ses idées diffèrent des idées reçues sur ce sujet; on croit généralement maintenant que le pus formé dans l'intérieur d'une veine enflammée chemine dans l'intérieur de ce vaisseau vers le cœur. Plusieurs travaux modernes, au nombre desquels vous me permettrez de citer les miens, ont établi que l'inflammation d'une veine avait pour résultat la vacuité de celle-ci jusqu'à la collatérale la plus voisine. Cette condition unie à l'obstacle que le pus trouve dans les valvules à cheminer vers les capillaires fait marcher ce liquide vers la collatérale, et là il se mêle à la circulation. C'est cette opinion que M. Tessier cherche à ébranler. Pour lui la phlébite amène toujours l'oblitération de la veine au voisinage du lieu enflammé, et cette oblitération, pendant la formation du pus, empêche son mélange. Dès lors les troubles généraux et les lésions variées, étendues à tant d'organes différens et très éloignés les uns des autres, ne peuvent s'expliquer par le mélange du pus avec le sang. La phlébite devient une maladie générale qui engendre dans tous les points de l'économie le pus qu'on y rencontre.

M. le rapporteur n'adopte point ces idées de M. Tessier, parce que des faits antérieurs au travail de ce dernier, et d'autres observés depuis dans le but de vérifier ce point d'anatomie pathologique, ont démontré le contact immédiat du sang et du pus. Ce qui a trompé M. Tessier, dit M. Blandin, ce sont des cas de phlébite chronique dans lesquels la vacuité de la veine enflammée ne se fait que tardivement, et la circulation marche assez lentement pour permettre la coagulation d'une petite quantité de sang, avant la formation du pus. Malgré cette divergence d'opinion, M. le rapporteur juge ce travail digne d'éloges et conclut 1° à des remercîmens à l'auteur, 2° à l'impression de son mémoire dans les mémoires de l'Académie. Adopté.

ANÉVRISME DE LA CAROTIDE PRIMITIVE GAUCHE; LIGATURE ENTRE LA TUMEUR ET CAPILLAIRE, PAR LA MÉTHODE DE BRASDHOR. — GUÉRISON, PAR M. COLSON, CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE.

M. LARREY, rapporteur, commence par donner l'histoire de la maladie; en voici les principales circonstances.

Une femme de 63 ans portait sur le côté gauche du coude la région cervicale, vis-à-vis l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur assez volumineuse, offrant des battemens isochrones à ceux du pouls, et gênant beaucoup par son volume la respiration. Les battemens et d'autres symptômes permirent de reconnaître un anévrisme à l'origine de la carotide primitive. La malade faisait remonter à 3 années l'apparition de cette tumeur, qu'elle attribuait à une violente pression sur le col. Un homme l'avait saisie au col d'une main et l'avait serrée comme pour l'étrangler, dit-elle. L'anévrisme était placé si bas que la ligature entre le cœur et la tumeur parait impossible. M. Colson se décide alors à mettre en pratique la méthode de Brasdbor; au soixante-quinzième jour la malade est complètement guérie. Après la ligature, les battemens et le volume de la tumeur diminuent peu à peu, la gêne de la respiration disparait entièrement. Aujourd'hui, un an à peu après après l'opération, la tumeur est du volume d'une petite noix, et offre encore quelques battemens, mais très peu sensibles.

L'œil du côté de la ligature est complètement perdu.

Après cet exposé, M. Larrey discute la valeur de la méthode de Brasdhor. Il la proscrit entièrement et dans tous les cas. Pour lui, il a retiré de si bons effets de l'application de la glace et des moxas, sur les tumeurs anévrismales, qu'il croit qu'on ne doit, en aucune circonstance, employer d'autres moyens, quand la ligature par la méthode ordinaire n'est point praticable. Il cite à l'appui de ses opinions, un cas de varice anévrismale de la veine et artère iliaque externe qu'il a guéri par ce moyen. Dans ce cas, la tumeur était si considérable, qu'elle débordait de plusieurs centimètres le niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade. Plusieurs académiciens ont vu le malade guéri et il fait passer à ses collègues un dessin représentant les parties malades avant et après la guérison.

Les conclusions du rapport sont de remercier l'auteur pour l'envoi de son observation.

M. Bricheteau, qui a vu la malade, dit que sa santé est aujourd'hui parfaite, il pense que l'observation de M. Colson est assez importante pour mériter les honneurs de l'insertion dans les Mémoires de l'Académie.

M. Blandin. Je prie M. Larrey de nous dire s'il proscrit indistinctement dans tous les cas la méthode Brasdhor.

M. Larrey répond affirmativement.

M. Blandin. Je ne puis partager cette opinion. Il est incontestable que l'application de la glace, et des moxas, que la compression doivent échouer dans un certain nombre de cas. Or quelle conduite tiendra alors le chirurgien ? Refusera-t-il de confier le sort du malade à une opération mauvaise sans doute, mais qui a au moins réussi une fois.

M. Velpeau. L'observation de M. Colson est le premier cas de guérison obtenu en France par la méthode de Brasdhor. Il n'y a, que je sache, deux chirurgiens français qui aient pratiqué cette opération, MM. Dupuytren et Laugier, et tous deux ont perdu leurs malades. Les étrangers n'ont pas toujours été aussi malheureux. On pourrait maintenant réunir à peu près vingt opérations de ce genre, sur lesquelles on a obtenu cinq ou six succès. La méthode de M. Larrey doit sans doute réussir entre ses habiles mains plus fréquemment qu'entre celles des autres chirurgiens; mais si elle vient à échouer, que faire? D'ailleurs il est des circonstances anatomiques et physiologiques parfaitement exposées par des chirurgiens français, qui doivent engager à pratiquer la ligature de Brasdhor sur certaines artères plutôt que sur d'autres Sur la fémorale, sur l'iliaque externe, des branches artérielles restent ouvertes entre le lien et le sac anévrismal. Ces vaisseaux y entretiennent dans ce dernier une circulation moins active sans doute qu'avant l'opération, mais qui suffit pour empêcher la coagulation du sang. Rien de semblable n'est à craindre pour la carotide primitive. On ne conçoit même pas que la méthode de Brasdhor appliquée à cette artère ne réussisse pas aussi bien que la méthode ordinaire. Le sang en effet, après avoir traversé le sac, trouve le cul de sac de l'artère lié, et comment alors ne se coagulerait-il pas?

Sur d'autres artères, la même opération a réussi, et dans des circonstances beaucoup plus graves. C'étaient des ligatures de la carotide primitive et de l'artère sous-clavière, pour des anévrismes du tronc brachio-céphalique. L'un des malades a survécu un an à cette opération, et l'autre deux. Dans ce dernier cas, le chirurgien hollandais qui avait pratiqué l'opération a pu constater par l'autopsie que la tumeur était oblitérée et fort petite.

L'opération de M. Colson a parfaitement réussi; nous avons vu sa malade, dont la santé est maintenant parfaite et la tumeur oblitérée.

M. Gerdy : La méthode de Brasdhor est une opération qu'il n'est permis de mettre en pratique qu'après avoir vu échouer la glace, la compression. On peut parfaitement comprendre le mode d'action de ces deux agens sur les tumeurs artérielles. Mais le moxa, que vante M. Larrey, quelle peut être son action contre une semblable maladie? Nous remarquons que M. Larrey ne l'a jamais employé que concurremment avec la glace. C'est à cette dernière que revient tout l'honneur de ses succès.

M. Larrey engage les incrédules à venir voir les malades qu'il traite en ce moment avec la glace et le moxa. Ils pourront facilement se convaincre de l'efficacité du dernier de ces moyens.

MAGNÉTISME ANIMAL. — SOMNAMBULE LISANT SANS LE SECOURS DES YEUX A TRAVERS LES PAROIS D'UNE BOITE DE BOIS OU DE CARTON. (Rapport verbal de M. Double.)

L'honorable rapporteur s'est exprimé à peu près en ces termes :

Messieurs, il y a quelque temps que le président de l'Académie reçut une lettre ainsi conçue :

« Monsieur le président,

» J'ai l'honneur de prévenir l'Académie que je suis en mesure de lui présenter une somnambule d'une telle lucidité magnétique, que, sans le secours des yeux, elle peut lire à travers les parois d'une boîte de carton ou de bois, les caractères qu'on a déposés dans son intérieur.

» Signé Teste, D. M. P. »

Votre commission permanente de magnétisme, composée de MM. Chomel, Dubois (d'Amiens), Gérardin, Louis, Double, s'est empressée de se rendre à l'invitation du docteur Teste.

Désireux, en ma qualité de rapporteur et d'académicien de ne pas être dupe de la lucidité magnétique, je suis arrivé chez M. Teste, muni de boîtes en bois et en carton de diverses dimensions, faites sur mon indication, et que j'avais, pour plus de précautions, recouvertes d'une feuille de papier blanc cachetée sur un des côtés. Celle qui a servi à l'expérience avait la longueur du grand format in-octavo sur 4 centim. de largeur et autant de profondeur. Sur une des surfaces de cette boîte se trouvaient six vers écrits avec les magnifiques caractères cicéro de Didot. Ils étaient empruntés à une traduction en vers d'un discours de Salluste. Ces vers n'occupaient que la moitié de la paroi sur laquelle ils étaient tracés. Nous étions convenus d'avance d'indiquer le sens de l'écriture. La somnambule arriva bientôt; elle était pleine de graces, de jeunesse et de fraîcheur.

Une quinzaine de passes la plongèrent dans le sommeil magnétique ; pouvez-vous lire, lui demanda le docteur Teste ? Je lirai dans dix minutes, répondit-elle. Le plus grand silence régnait dans la salle, et la conviction et l'assurance du magnétiseur et de la somnambule paraissaient telles, que cela avait quelque chose d'effrayant pour nous. Après les dix minutes d'attente, la somnambule se mit à tourner la boîte dans tous les sens; on l'arrêta dans le sens convenable. Par mégarde, nous voulons bien le croire, elle déchira un petit coin du papier scellé autour de la boîte. J'en avertis le docteur Teste qui le lui défendit. Un quart d'heure s'écoule sans qu'elle prononce un seul mot; elle semblait embarrassée, et il faut attribuer sans doute cette espèce de gène à l'influence magnétique; enfin fixant ses yeux sur la boîte, mais précisément sur cette moitié de paroi où les vers n'étaient point tracés, elle prononça en balbutiant les mots « nous sommes; » ce fut tout. Une demi-heure s'écoula encore dans une vaine attente de notre part. Un de nos collègues fatigué s'était déjà retiré. Mais nous nous voulûmes rester jusqu'au bout, et forcer le magnétiseur à se déclarer vaincu. Alors seulement nous ouvrîmes la boîte, et il put se convaincre que non seulement sa somnambule n'avait point lu les vers, mais qu'elle n'avait pas même fixé ses regards sur le lieu où ils étaient écrits.

Messieurs, nous avons rempli consciencieusement et patiemment notre tâche. Voici un an que le défi de M. Burdin est pendant, et toutes nos expériences ont eu le même résultat que celles que je viens de vous communiquer. N'est-il pas temps de ménager les instans et la patience de vos membres, et de déclarer la proposition de M. Burdin comme non avenue ?

Sur la remarque que l'époque fixée par M. Burdin lui-même échoit au 1er octobre 1840, M. Double retire sa proposition.

MÉMOIRE SUR LA PESTE ET SON MODE DE PROPAGATION; PAR UN TÉMOIN OCULAIRE.

Ainsi est intitulé un travail lu par M. Eusèbe de Salle, médecin étranger à l'Académie, et qui a obtenu le rare honneur des applaudissemens. Nous rendrons compte des opinions et des argumens de M. Eusebe de Salle sur la non contagion de la peste, lors du rapport de MM. Parisel, Gasc, Renould et Rochoux, chargés d'examiner ce travail remarquable.

ABLATION DU PREMIER ET DU CINQUIÈME MÉTACARPIEN.

M. Blandin présente deux malades opérés et guéris par lui à l'Hôtel-Dieu.

A une femme adulte affectée de carie du premier métacarpien, il a enlevé cet os, à l'aide d'une incision faite sur le côté externe de sa face dorsale, en respectant le tendon et le plus de parties molles possible. La plaie s'est assez rapidement cicatrisée. Le pouce est de beaucoup rapetissé, mais le tissu de la cicatrice est ferme, et la phalange y trouve un point d'appui suffisant, et la conservation des tendons lui donne une mobilité assez étendue. Ce doigt, ainsi conservé, jouit de mouvemens d'opposition qui le rendent très utile à la malade; elle tient avec lui sa plume et son aiguille.

Sur un jeune homme portant une carie du cinquième métacarpien, une semblable opération a été pratiquée sur ce dernier os. La cicatrisation est complète. Ici le ligament transverse, qui unit les têtes d'os métacarpien n'a point permis au petit doigt de remonter, comme l'ont fait les phalanges du pouce.

M. Bégin amène le malade auquel il a extirpé une énorme tumeur de la région cervicale, et dont nous avons déjà donné l'histoire. La cicatrisation est parfaite.

M. Ricord montre le dessin d'un hypospadias accidentel, suite d'abcès urineux. Une rétention avait été cause de ceux-ci. C'est vers le milieu de la région spongieuse que siége la division de l'urètre, complétement séparée en deux portions. Le malade qui porte cette difformité a contracté une blennorrhagie dont l'histoire est remarquable. L'écoulement a commencé par la portion de l'urètre, qui se continue avec la vessie. Il s'est, cinq ou six jours après, communiqué à la portion antérieure. Il est bon de remarquer que cette dernière est incapable d'érection. M. Ricord a profité de cette circonstance pour vérifier un fait thérapeutique : il a traité cette blennorrhagie par le copahu à l'intérieur. L'écoulement s'est tari dans la portion vésicale de l'urètre, et a continué dans l'autre.

Au bout de quelques jours, la portion antérieure a communiqué la blennorhagie à la portion vésicale. Traité par le cubèbe, l'écoulement ne s'est supprimé que dans la moitié postérieure de l'urètre. Cela répété plusieurs fois ne démontre-t-il pas que ces deux médicamens n'agissent en supprimant les écoulemens que par les modifications qu'ils font subir à l'urine, ou aux principes nouveaux qu'ils déposent dans ce liquide? Dans toutes les expériences précédentes, on voit l'écoulement se supprimer seulement dans cette partie de l'urètre qui recevait les urines. Quand ces faits ont été constatés un nombre de fois suffisant pour lever les doutes les plus robustes, la portion vésicale a définitivement été guérie par le copahu, et la portion antérieure, par le nitrate d'argent. Le malade a quitté l'hôpital, guéri de sa blennorrhagie, mais sans vouloir se soumettre à l'opération nécessaire pour le délivrer de son infirmité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FIÈVRES OU IRRITATIONS CÉRÉBRO-SPINALES INTERMITTENTES, D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILLIES EN FRANCE, EN CORSE ET EN AFRIQUE; par F.-C. Maillot, médecin-professeur à l'hôpital d'Instruction de Metz. — Paris, chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis. Un vol. de 500 pages.

Il y a des questions qui ne vieillissent point et auxquelles les esprits

retournent avec d'autant plus d'ardeur qu'elles paraissent moins susceptibles d'une solution complète ; il en est d'autres qui, suffisamment élucidées dans leurs termes pratiques, captivent la curiosité studieuse de toutes les époques par l'étrange régularité de leurs élémens. La question des fièvres intermittentes relève de cette double condition : elle est intacte, après deux mille ans d'information ; elle a reçu sur son côté pratique la lumière d'une expérience séculaire et multipliée sous tous les climats : énigme théorique, que toutes les théories ont sollicitée, source intarissable de résultats cliniques, dont on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, de leur efficacité ou de leur obscurité. N'est-ce point un spectacle toujours nouveau que ces séries d'accès fébriles, s'enchaînant dans un ordre certain, disparaissant, se reproduisant, faisant passer l'organisme par une alternative prévue de calme et de perturbations? Dans l'accès lui-même, déroulant presque point à point nommé, non une rigoureuse succession de phénomènes particuliers, mais des groupes de symptômes qui se rattachent à des mouvemens inverses de l'économie, quel sujet de méditations et d'étonnement! Et pour compléter la disgrâce de la science, un remède qui guérit, dans l'immense majorité des cas, et dont l'action est un mystère de plus! Il n'est point de faits généraux qui méritent de fixer plus profondément l'attention que la périodicité dans les maladies; il n'est point de résultat thérapeutique plus voilé tout à la fois et plus riche de conséquences et d'enseignemens que celui qui s'obtient par l'usage opportun des agens anti-périodiques. Les plus beaux génies dont s'enorgueillit la médecine se sont arrêtés devant le problème des fièvres intermittentes et l'ont cerné de leurs idées dogmatiques, et nul autre champ n'a été labouré avec autant de persévérance par le soc des doctrines diverses. Ailleurs les faits portent en eux-mêmes leur signification et leur complément ; l'esprit peut se contenter de les préciser, d'en surprendre les rapports, d'en manier la substance; ils ont, pour ainsi dire, une plénitude logique qui satisfait notre désir de connaître; il n'en est point ainsi des données pyrétologiques : leur nature fugace et mobile, leur enchaînement prévu, leur turbulence éphémère, la variété de leurs formes et masques, ne fournissent pas à l'observation une assiette suffisante; dissiper l'orage symptomatique, en conjurer le retour par des moyens inexpliqués, ne satisfait point la conscience de l'art. On n'aime pas à lutter, même avec succès, contre un adversaire inconnu, avec des armes inconnues. Au-delà de cette phénomalité bizarre et fuyante, un ordre supérieur d'élémens logiques provoque, irrite l'induction; une théorie s'entr'ouvre et perce d'un rayon le nuage de l'observation anatomique et clinique. Comment résister à l'attrait de ce mirage intellectuel qui succède au labeur de l'investigation, aux anxiétés du scepticisme? Bœrrhave, Cullen, Borelli, Franck, s'y sont laissés prendre; pourquoi les pyrétologistes contemporains s'en défendraient-ils? Pourquoi les faits qu'ils ont laborieusement amassés resteraient-ils entre leurs mains une matière inflexible, immalléable sous le marteau de leurs interprétations? Pour nous, nous ne pensons pas qu'une juste préoccupation d'exactitude dans les faits et de sévérité dans les corollaires doive éloigner nos écrivains de toute tentative dogmatique. Il y a dans le pur travail de la théorisation des chances de progrès réel pour la science; elle a ses découvertes de prime-saut et ses révélations logiques qui conduisent, comme par un sentier déclive, à des masses de faits non encore examinés, ou laissés à l'écart par un arrêt anticipé de stérilité. Nous avons loué naguère M. Raymond Faure d'avoir osé rattacher à l'expression didactique de son expérience ambulante quelques vues d'étiologie hasardée que lui a suggérées la double étude des phénomènes pyrétologiques et des conditions physiologiques de la caloricité. Nous n'hésitons pas à remercier aujourd'hui M. Maillot d'avoir encadré dans une conception personnelle le produit de ses recherches sur les fièvres. Il appartient, comme M. Faure, à cette médecine militaire qui n'oublie point, au milieu des situations les plus critiques et des embarras d'une existence exagitée, les intérêts de la science dont elle est la plus active représentation. M. Faure a observé dans le midi de la France, en Espagne et en Morée; M. Maillot a recueilli patiemment les matériaux de son livre à travers la France, la Corse et l'Afrique. Pour tous deux, c'est un premier titre à l'estime de leurs confrères que d'avoir conservé, perfectionné, dans les circonstances les plus difficiles, l'habitude de l'observation vraiment scientifique. Parmi les grands services qui s'établissent à la suite des armées, et dont l'encombrement n'est pas l'unique inconvénient, il est rare qu'une activité forcée permette à l'esprit de se poser avec réflexion sur les faits nombreux qui se succèdent devant lui, et de cumuler avec la responsabilité militante de chaque jour, le noble souci de la vérité médicale. Ce fut l'un des mérites de Broussais de méditer le progrès scientifique au sein des camps et des ambulances, de soustraire sa pensée au tumulte de la vie militaire comme à l'action énervante des climats. Honneur à ceux qui, dans un rang inférieur et sur une plus modique échelle d'ambition scientifique, imitent ces exemples de mâle concentration!

Il y a cinq ans que M. Maillot a publié des RECHERCHES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES DU NORD DE L'AFRIQUE ; une autre plume fit, dans ces colonnes, un juste éloge de ce mémoire, et déclara de sincères regrets sur le laconisme de l'auteur; ces regrets, comme aussi la justice rendue à ses efforts, paraissent avoir décidé M. Maillot à recommencer son travail dans des proportions moins restreintes; le mémoire est devenu un livre, et, hâtons-nous de l'ajouter, non par l'effet d'une ampliation factice et d'une ambitieuse prolixité, mais par l'addition de nouveaux matériaux et la refonte de l'ensemble. L'ouvrage du professeur de Metz est déjà sorti de la période obligée de native obscurité; même avant d'avoir obtenu les honneurs de la bibliographie, il a été lu et cité dans des publications d'un autre ordre; nos lecteurs se rappellent l'ingénieux parti qu'a tiré récemment M. Littré des observations de M. Maillot, en les rapprochant de quelques histoires hippocratiques; ils nous suivront donc avec quelque intérêt dans l'analyse rapide de l'ouvrage où le traducteur d'Hippocrate a retrouvé l'empreinte fidèle de l'antique pathologie des climats chauds.

« La haute température des climats et la promixité des foyers d'infection influent sur la marche de ces maladies, non seulement en augmentant l'intensité des accidens pendant les accès; mais, de plus, ces circonstances impriment aux affections intermittentes une physionomie étrangère à leur nature; elles masquent leurs caractères fondamentaux, l'apyrexie et la périodicité, pour les faire passer en apparence au type continu. Ce processus et les conditions qui le déterminent sont faciles à saisir, lorsqu'on arrive par degrés, de l'observation des fièvres intermittentes ordinaires à l'étude des mêmes affections dans les pays chauds et marécageux. » Ce passage, que nous empruntons à l'introduction, dessine la situation dans laquelle M. Maillot a observé, en même temps qu'il dénote à l'avance la direction que prendront ses idées. Exagération des accidens fébriles, modification de leur nature en vertu de laquelle s'efface le caractère essentiel de l'apyrexie et de la périodicité, voilà le cachet extérieur des fièvres observées par l'auteur en Afrique. De là la classification qu'il adopte, des fièvres, en intermittentes, rémittentes et pseudo-continues; ce dernier mot n'est pas tout à fait nouveau; on trouve dans Torti l'indication de fièvres pseudo-rémittentes; mais ce mot a une valeur pratique, car il traduit un fait important, et depuis que l'attention des médecins d'Afrique est mieux fixée sur la marche des fièvres qu'ils y traitent, leur thérapeutique a subi des changemens notables, au grand profit des malades; ce résultat précieux revient en partie à M. Maillot; il n'en disputera point l'autre part à M. Raymond Faure, qui a consigné dans son TRAITÉ DES FIÈVRES, publié antérieurement, des réflexions judicieuses suggérées en Morée par les vicissitudes de la thérapeutique fébrifuge. Sous la dénomination de fièvres pseudo-continues, M. Maillot comprend celles dans lesquelles il n'y a plus ni apyrexie, ni paroxysmes à retour appréciable, et qui ne révèlent leur nature que par l'explosion brusque d'accidens exclusivement propres aux fièvres intermittentes. Quant aux fièvres qu'une marche fougueuse, désordonnée, a fait appeler pernicieuses, après avoir rappelé les nombreuses divisions dont elles ont été l'objet, M. Maillot croit devoir les resserrer dans un cadre plus étroit; il n'y fait entrer que celles dont les accidens sont si graves que la mort est imminente et presque certaine, au troisième ou au quatrième accès pernicieux, lorsqu'on ne les arrête pas dans leur marche. En s'appuyant sur cette définition, il arrive à les grouper suivant l'appareil fonctionnel d'où ressortent les phénomènes dits pernicieux; l'axe cérébro-spinal, les organes thoraciques, les organes abdominaux forment ainsi le trepied de la classification des fièvres pernicieuses, déjà indiquée par Broussais (COURS DE PATHOL. GÉNÉR., t. IV, p. 450), sous la réserve de la versatilité des congestions paroxistiques d'un organe sur un autre. Quelques détails scholastiques se rencontrent ici; l'auteur définit l'apyrexie, la subintrance, le type, etc. Nous les blâmons, parce que l'ouvrage qu'il écrit, expression d'une pensée propre, ne s'adresse pas à cette classe de lecteurs dont l'intelligence vit de définitions; ils lui fournissent néanmoins l'occasion de quelques observations fondées; avec lui, nous rejetons la multiplicité extrême des types admis, au moins dans les limites de notre pathologie nationale, et nous abandonnons à la mention banale des pyrétologies classiques, les soi-disant fièvres octanes, quintanes, sextanes, etc. Les relevés statistiques dressés par M. Maillot renversent l'opinion assez généralement admise de la prédominance du type tierce, et c'est au type quotidien qu'il attribue le maximum de fréquence. On a dit que les accès ont lieu le matin, de bonne heure, dans les fièvres intermittentes quotidiennes; de dix heures à midi, dans les fièvres tierces; vers les trois, quatre, cinq heures du soir, dans les fièvres quartes; M. Maillot, appliquant encore ici la vérification opportune par voie de statistique, constate que les deux tiers des fièvres intermittentes ont leurs accès de minuit à midi, quel que soit leur type, en exceptant les fièvres quartes, dont le nombre est si limité; que le maximum pour les fièvres quotidiennes et pour les fièvres tierces est à dix

heures du matin; que le minimum pour les unes et les autres est de neuf heures du soir à minuit. L'influence des saisons sur la durée des accès se trouve précisée dans les données suivantes: dans les trois mois les plus chauds de l'année, juillet, août et septembre, sur 647 fièvres intermittentes, 353 avaient leurs accès de huit heures du matin à midi: dans les mois de novembre, décembre et janvier, saison des pluies, 528 sur 983 revenaient aux mêmes heures; d'où il résulte qu'à très peu de chose près les proportions ne varient point à travers les différentes époques de l'année, et que l'influence de la température sur le retour des accès est loin d'être aussi directe, aussi nécessaire qu'on a pu le dire.

L'auteur, abordant la description nosologique des trois classes de fièvres qu'il a admises, sait empreindre le tableau qu'il retrace du cachet de son expérience personnelle. Dans l'étude de la fièvre intermittente simple, il insiste sur les complications irritatives des viscères abdominaux ou thoraciques; il apprécie l'influence de la température et des saisons sur le nombre, le genre et le degré des irritations liées aux viscères. Ce dernier ordre de phénomènes occupe à juste titre M. Maillot; c'est ainsi qu'au sujet des fièvres pernicieuses, il recherche avec soin l'influence du degré des irritations viscérales sur la production de leurs accès. Ceux-ci ne révèlent le caractère pernicieux que du troisième au sixième accès pour les fièvres quotidiennes, du troisième au quatrième pour les fièvres tierces, du quatrième au huitième jour pour les pseudo-continues. Quarante-neuf observations se succèdent ensuite, à l'appui des idées émises par l'auteur, et après quelques considérations générales sur les fièvres pseudo-continues, il passe à l'examen des affections chroniques consécutives aux fièvres intermittentes, telles que les iléo-colites et les gastrites chroniques, les engorgemens chroniques des viscères abdominaux, les hydropisies, certaines lésions du système nerveux. Ce dernier chapitre n'a pas été traité avec les développemens nécessaires; les infarctus de la rate on, si mieux l'on aime, les hypersplénotrophies n'ont pas été appréciés suffisamment dans leurs rapports avec l'apparition des accès. Il est une altération consécutive qui méritait surtout d'être étudiée, parce qu'elle est plus générale que les précédens, qui n'en sont quelquefois que le processus; c'est cet état général de l'économie qui se manifeste après les fréquentes récidives d'accès ou leur longue persistance, et qui se caractérise particulièrement par la décoloration de tous les tissus et la défibrination du sang, véritable cachexie des fièvres intermittentes et dont les hydropisies, les infiltrations, les diarrhées, etc., ne sont que des manifestations partielles, localisées; cette altération commence assurément par les liquides et traduit directement l'influence des fièvres intermittentes sur l'économie vivante.

Parmi les causes de la fièvre intermittente, les plus ordinaires sont, aux yeux de l'auteur, les variations brusques de température, opinion qui semble confirmer celle de M. Raymond Faure; quelquefois elle est déterminée par des causes morales; l'étiologie spéciale des fièvres de marais fournit à l'auteur l'occasion de rappeler ce qui a été fait et tenté sur ce sujet et de discuter les opinions des principaux écrivains touchant les causes de l'intermittence. Il était curieux de rechercher le rapport de la mortalité dans les fièvres avec leur origine miasmatique, avec leurs types et variétés; c'est ce qu'entreprend M. Maillot dans l'un des chapitres les plus intéressans de son ouvrage; car c'est aussi là qu'il a déposé le résultat de ses investigations cadavériques; il note les désordres anatomiques qu'il a surpris dans les principaux viscères de l'économie; il analyse les rapports qui existent entre ces désordres et les phénomènes fondamentaux des accès, et il arrive à la conclusion suivante: les lésions de l'axe cérébro-spinal seules existent constamment; c'est par elles qu'il faut expliquer ces derniers; aussi définit-il la fièvre intermittente, une irritation cérébro-spinale intermittente; cette interprétation n'appartient pas à M. Maillot, mais il est le premier qui la soutente par l'enseignement de l'amphithéâtre, et l'on ne saurait trop louer l'auteur d'avoir saisi, sous un climat brûlant, l'occasion de vérifier par les nécropsies l'existence d'une lésion cérébro-spinale, plutôt soupçonnée que nettement reconnue avant lui dans les fièvres intermittentes; c'est un important résultat pour la science que la constatation multiple de cette lésion; mais suffit-elle pour trancher le nœud pathogénique des fièvres intermittentes, pour en faire reconnaître la nature? nous ne le pensons pas; quand la lésion cérébro-spinale se répéterait avec une imperturbable persévérance, elle n'aurait encore à nos yeux qu'une valeur égale à celle des engorgemens spléniques par exemple, et elle ne ferait qu'ajouter une lésion de plus à celles qui peuvent être envisagées indifféremment dans un rapport de genèse ou de dépendance avec un appareil de phénomènes spéciaux appelés fièvre.

Dans le traitement des fièvres intermittentes, M. Maillot trace des règles d'autant plus sûres qu'elles sont inspirées par les souvenirs d'une expérience orageuse et étendue; il pose avec sagesse les limites des indications, discute la part que mérite la méthode antiphlogistique dans la répression des accès ou des phénomènes morbides qui persistent pendant l'intermittence, le degré d'efficacité des différens succédanés du quinquina, les conditions d'administration du sulfate de quinine; le traitement des accidens consécutifs et la prophylaxie complètent cette revue thérapeutique.

Le livre de M. Maillot est, avant tout, un recueil d'observations colligées en grande partie par lui-même; les détails nécroscopiques qui y sont consignés sont d'autant plus précieux que la science possède moins de données de cette sorte sur les fièvres intermittentes; à ce prix il offre déjà un vif intérêt au lecteur; cet intérêt s'augmente par les réflexions sages que l'auteur y a semées, par quelques vues de théorie, que l'on ne peut qualifier de hasardée, par une érudition sobre et ferme, par un style facile et limpide. C'est le seul ouvrage de quelque haleine qui, depuis dix ans, nous soit advenu des médecins d'Afrique; il consacre le séjour de l'auteur dans ce pays et ajoute au souvenir de ses travaux sur cette terre lointaine l'honneur d'un succès littéraire, qui nous semble promis à son œuvre.

M. L.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Permettez-moi, je vous prie, de vous adresser une observation au sujet d'un mémoire intéressant publié par M. Tavignot, dans le numéro 35 de la GAZETTE MÉDICALE. Il s'agit, dans ce mémoire, de *l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles*, et des avantages de cette méthode, remise en pratique par plusieurs des chirurgiens de notre époque. Je ne prétends pas apprécier ici la valeur des argumens pour ou contre, quoique j'aie fait moi-même l'amputation sus-malléolaire à l'hôpital de la Clinique, et malgré l'avis opposé de mon père. Mais je désire, en son nom, rectifier une erreur assez grave de la part de M. Tavignot, qui s'exprime ainsi: « Parmi les chirurgiens de notre époque qui prescrivent encore l'amputation sus-malléolaire, nous devons prendre en grande considération l'opinion d'un doyen de la chirurgie militaire, du baron Larrey. Loin de pratiquer l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, il voudrait qu'on la fît *toujours* dans un point plus élevé que le lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau de la tubérosité du tibia. » Or, M. Larrey n'a jamais écrit ni prétendu dire que sa méthode d'amputer la jambe dans l'épaisseur des condyles du tibia fût pour lui exclusivement préférable à toute autre, et notamment à l'amputation dans le lieu d'élection. Il a voulu, par ce mode opératoire, diminuer les chances des amputations dans l'articulation du genou et dans la continuité de la cuisse, et, comme il le dit lui-même, « il vaut mieux, dans tous les cas possibles, couper la jambe trop haut que trop bas, et ne monter à la cuisse que lorsque l'articulation du genou est vraiment lésée. J'ai employé (ajoute-t-il dans sa clinique chirurgicale), ce procédé nouveau un grand nombre de fois, *pour les blessures qui ne permettaient point de faire l'amputation au lieu d'élection ordinaire*, et j'ai eu le même succès qu'on obtient de cette dernière méthode. »

M. Tavignot, je l'espère, voudra bien accueillir ces quelques lignes avec la sincérité qui les a écrites.

Agréez, etc.

HIPPOLYTE LARREY.

Paris, 2 septembre 1840.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 19 SEPTEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envol du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les plaies sous-cutanées des articulations. — Note sur les injections intra-utérines. — II. Revue des Journaux de médecine français. Hernies crurale et inguinale étranglées, opérées avec succès. — Suite à une observation de luxation graduelle de l'articulation tibio-fémorale. — Sur le diagnostic différentiel des tumeurs, dont le caractère pathognomonique est la fluctuation. — Mémoire sur les luxations complètes du pied, compliquées de plaie, de fracture et de luxation de l'astragale. — Fracture du crâne; épanchement de sang entre la dure-mère et les os; déchirure de l'artère méningo-moyenne. — Observation de plaie pénétrante de l'abdomen par une arme à feu, simulant une plaie de poitrine. — Sur le développement du cancer des veines et la possibilité de transmettre des cancers de l'homme aux animaux. — Quelques considérations sur l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des fièvres éruptives. — Des abcès qui se forment en diverses parties du corps pendant le cours des maladies des voies urinaires et pendant leur traitement. — Quelques réflexions sur l'époque d'application des bandages permanens dans le traitement des fractures des membres. — Considérations thérapeutiques sur l'oblitération des veines appliquée au traitement des varices et des ulcères variqueux. — Sur un nouvel appareil pour la fracture de l'os maxillaire inférieur. — Note sur l'emploi du tannin contre la sueur. — Considérations thérapeutiques sur le délire nerveux et sur son traitement par les opiacés. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 15 septembre. — IV. Correspondance médicale. Observation d'un vaste abcès de la fosse iliaque interne, à la suite d'un bubon; injections détersives et iodées; guérison rapide. — Note clinique sur un calcul salivaire contenu dans l'un des conduits excréteurs de la glande sublinguale. — V. Revue bibliographique. Mémoire sur les hydropisies suites de fièvres intermittentes. — Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine. — VI. Variétés. — VII. Feuilleton. Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques.

CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES DES ARTICULATIONS; lu à l'Académie des sciences le 4 mai 1840; par le docteur Jules Guérin.

Dans un premier mémoire sur les plaies sous-cutanées (1) j'ai cherché à établir que les plaies pratiquées sous la peau par une petite ouverture, et maintenues à l'abri du contact de l'air, sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative, et ont la propriété de s'organiser immédiatement.

J'ai montré par des expériences sur les animaux, et par un grand nombre d'opérations chez l'homme, que les tendons, les aponévroses, les muscles, le tissu cellulaire, les nerfs, les vaisseaux de petit calibre, peuvent être ainsi divisés dans une très grande étendue sous la peau, sans provoquer de travail inflammatoire. De nombreuses applications de ce principe, vu dans sa plus grande généralité, ont déjà pu faire pressentir les services qu'il est susceptible de rendre à la chirurgie. Poursuivant le même fait dans ses développemens, je me suis livré à des expériences qui

(1) Lu à l'Académie des sciences le 8 juillet 1839, et inséré dans la Gazette Médicale, 1840, p. 209.

Feuilleton.

DU SUICIDE, DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DES CRIMES CONTRE LES PERSONNES, COMPARÉS DANS LEURS RAPPORTS RÉCIPROQUES; RECHERCHES SUR CE PREMIER PENCHANT CHEZ LES HABITANS DES CAMPAGNES;

Par J.-B. Casauvielh, médecin de l'hospice de Liancourt (Oise) (1).

Descartes a dit que s'il est des moyens de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut les chercher; c'est là un puissant hommage rendu à la médecine; la parole du père de la philosophie moderne est comme un applaudissement qui se prolonge de siècle en siècle en l'honneur de notre science; comment n'en serions-nous pas enivrés? Comment pourrions-nous décliner la grandeur de la mission qui nous est attribuée, douter modestement de l'efficacité de nos efforts? Il appartient toutefois au médecin de récuser une portion de la toute-puissance qui lui est si libéralement concédée sous forme d'axiome; nul autre que lui ne serait le bien venu à s'inscrire contre l'opinion d'un homme ayant nom Descartes. Non, la source de toutes les améliorations n'est pas cachée dans le sol où nous puisons notre sève scientifique; non, la médecine ne possède pas un remède à tous les maux, pas plus dans l'ordre politique et social que dans la sphère lugubre des souffrances et des infirmités physiques. Qu'on la poste dès aujourd'hui à la tête de la société, qu'on lui abandonne le soin d'élaborer et d'appliquer les lois, que le mouvement des esprits et des institutions soit subordonné à son influence modératrice, qu'elle investisse en un mot la vie publique par toutes ses faces; sans doute d'immenses changemens se réaliseront avec rapidité, l'économie matérielle sera remuée dans ses fondemens, les rapports moraux subiront eux-mêmes des modifications profondes; mais il est plus d'une partie de ce vaste organisme social, où la réforme d'origine médicale n'atteindra point; il en est mainte autre qu'elle travaillera inutilement et qui, par la nature de ses conditions intimes, réclamera une intervention d'un ordre différent. La place qui est due à la médecine au sein de la société est revendiquée avec tant d'ardeur et d'accord qu'elle finira par l'obtenir, peut-être plus large qu'elle ne saura l'occuper; l'ascendant des hommes qui la représentent va grandissant dans toutes les régions où s'introduit le ministère de leur art, et quand des institutions nouvelles leur ouvriront une légitime voie d'activité sociale, elles n'auront fait que sanctionner, proclamer par l'expression politique une supériorité fondée depuis longtemps et déployée sur les esprits. Songeons donc, non seulement à hâter l'instant de cette émancipation de notre profession, mais aussi à prévenir le désenchantement de notre puissance régénératrice; on promet trop au nom de la médecine pour qu'il n'y ait plus tard des illusions à dissiper, des regrets à subir; craignons de nous préparer auprès du pouvoir qui nous conviera au partage de

(1) Un volume. Paris, chez Baillière.

ont en pour but de démontrer que les plaies sous-entanées des articulatious des membres penvent, dans des conditions déterminées, participer au bénéfice des plaies sous-cntanées des autres tissus, c'est-à-dire être exemptes d'accidens inflammatoires, et devenir, saus préalable aucun, le siége d'un travail d'organisation immédiate. Cependant on sait, et je le rappellerai à dessein, que les plaies pénétrantes des articulations sont considérées, à juste titre, comme spécialement graves : je crois en avoir donné récemment la raison dans mon travail sur L'INTERVENTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE DANS LE MÉCANISME DES EXHALATIONS SÉREUSES (1). Or, malgré la réalité de ces faits et de ces conditions, établissant la gravité spéciale des plaies pénétrantes des articulations, je suis arrivé à me convaincre que ces plaies, pratiqnées sous la pean et maintennes hors du contact de l'air, penvent partager l'immunité des antres plaies sous-cntanées, et conduire, pour leur propre compte, à des applications chirurgicales non moins utiles et non moins imprévnes.

§ I. — EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — J'ai fait sur un chien adulte, de forte taille, au moyen d'une ponction, pratiqnée à 3 centimètres du foyer de la plaie interne, la section sous-cutanée des ligamens et capsules fibreuses des articulations fémoro-tibiale et huméro-cubitale des quatre membres. Ces plaies n'intéressaient que le côté externe de ces articulations, mais avaient de 3 à 4 centimètres de longueur. Pour m'assurer que la section des ligamens et de la capsnle avait bien été complète en ces points, j'ai fait pénétrer et voyager l'instrument dans l'intérieur de l'articulation. Aussitôt ce dernier retiré, je maintins pendant quelques secondes mon doigt appliqué sur l'intervalle compris entre la plaie extérienre de la pean et la plaie intérienre de l'articulation; je ne pris pas d'antre précantion pour empêcher l'introduction de l'air. L'animal fut ensuite enfermé jusqu'an lendemain, tenu à la diète, mais libre de ses monvemens. Le lendemain les petites plaies cutanées étaient complètement fermées, mais les environs de la plaie intérieure étaient le siége d'un épanchement circonscrit, sans donleur aucune. L'animal fut mis en liberté toute la journée; il mangea comme de coutume et ne parut éprouver aucune espèce de malaise. Vers le cinquième jour, le fluide épanché autour des articulations ouvertes avait été presque entièrement résorbé, et à sa place on sentait nn petit bourrelet résultant du travail d'organisation immédiate des parties. Au huitième jour, ce bourrelet était réduit à une simple nodosité, à peine perceptible sous la peau. Pendant tout ce temps, le chien n'avait manifesté aucune douleur ni gêne dans les articulations; bien plus, j'avais pu le soumettre à une série d'autres plaies snus-cntanées très considérables, pratiqnées sur d'autres points et dans un autre but, sans pour cela éveiller le moindre travail inflammatoire. Le quinzième jnur de l'expérience, le chien fut abattu et les plaies articulaires examinées. Les ligamens et les capsules divisés étaient parfaitement réunis, an mnyen d'une cicatrice linéaire, adhérente aux parties extérieures, mais non aux surfaces articulaires, et offrant quelques particularités, qui seront exposées dans un travail spécial sur l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées. Pour le moment, je me borne à noter ce qui a trait aux phénomènes les plns généranx des plaies sons-entanées des articulations. Or, ni les pourtours, ni l'intérieur de celles qui avaient été onvertes n'offraient de trace de travail inflammatoire. Les cartilages, les synoviales, les ligamens, le tissn cellulaire avaient les caractères de l'état nnrmal le plns parfait.

Cette première série d'expériences me parut établir que les plaies pénétrantes des articulations, maintenues à l'abri du contact de l'air, penvent guérir immédiatement sans inflammation préalable. Cependant il y avait eu épanchement consécntif assez considérable dans les environs de la plaie; je désirais savoir l'origine de cet épanchement, son mécanisme, son importance, les conditions et les mnyens propres à le prévenir; je désirais comparer entre enx les résnltats des plaies pénétrantes directes des articulations, pratiqnées avec des circonstances variées et graduellement rapprochées de celles qui accompagnent les plaies pénétrantes accidentelles de ces mêmes parties chez l'homme. Dans ce but, je fis la série d'expériences qui suivent.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — Je pris un chien de moyenne taille, âgé de 2 ans. Je lui fis anx quatre articulations radio-carpiennes et tibio-tarsiennes des plaies variées. La première, pratiquée à l'articulation tibio-tarsienne gauche, répéta exactement celles faites snr le premier chien. Au membre correspondant dn côté droit, je fis, à l'aide d'une ponction, nne plaie pénétrante directe de la même articulatinn, c'est-à-dire dont l'onverture extérieure, de 5 à 6 millimètres, correspondait directement à la plaie de la capsule articnlaire : celle-ci avait un centimètre environ d'ouverture. Ni l'une ni l'antre de ces denx plaies ne fnt soumise à aucun pansement; les membres furent laissés libres. Au membre de devant droit, je fis, à l'aide d'une ponction de la pean, à 3 centimètres de distance de la plaie articulaire, la section des ligamens et de la portion antérieure de la capsule articulaire, dans l'étendne de 3 centimètres environ; dn côté gauche, je fis, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, une plaie directe transversale de la peau, des ligamens et de la capsule articulaire, de manière à mettre et à maintenir les surfaces articulaires complètement à nn. Ces deux dernières plaies des membres de devant furent enveloppées de linge et les articulations maintenues, pendant deux jours, dans une extension permanente, à l'aide d'nn appareil dextriné et du plâtre coulé. Les phénomènes des quatre plaies furent différens : la plaie du membre abdominal, répétant celles pratiquées sur le premier chien, offrit la répétition exacte des symptômes observés chez ce dernier : occlusion immédiate de la petite ouverture de la peau; absence complète de douleur, mais épanchement de fluide autour de la plaie articulaire, lequel présenta les mêmes phases que dans les cas précédens, se résorba en partie et fut remplacé par un travail d'organisation immédiate. Cependant il restait une communication de peu d'étendue entre la cavité articulaire et la poche de nouvelle formation. La seconde plaie, c'est-à-dire celle avec petite onverture de la peau, correspondant directement à une plaie plns grande de l'articulation tibio-tarsienne, présenta, pendant trois jours, les caractères d'une fluxiou inflammatoire : épanchement circonscrit, comme dans le cas précédent, mais gonflement, rougeur et sensibilité de la peau et des parties sons-jacentes. Toutefois, ces symptômes ne s'aggravèrent point, et le quatrième jour il n'y avait plus qu'un pen d'empâtement, comme dans la plaie du membre correspondant, un pen de turgescence et d'ecchymose de la peau, mais ancune apparence de suppuration. Aux plaies des membres de devant,

(1) Lu à l'Académie des sciences le 13 janvier 1840; inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, 1840, p. 321.

son auguste office l'amère sollicitude qui corrompt parfois notre situation au lit du malade: il a espéré en notre habileté, il a cru à nos oracles, il a fléchi à nos exigences, il s'est résigné anx tortures salutaires, et voilà que le mal subsiste encore, subsiste et s'exaspère et s'étend; l'événement de chaque jour s'est joué de nos augures, et l'art n'a su verser sur ses douleurs que le baume des promesses anodines et des déceptions prochaines. Cette grande malade dont nous sollicitons le traitement avec une présomptueuse ténacité et qui s'agite par intervalle dans sa couche vieillie, avec des secousses et des convulsions, la société se redressera-t-elle aussi un jour vers la médecine, avec un regard accusateur et la lèvre crispée de reproches inarticulés? Et quand elle retronvera sa forte voix, lui dira-t-elle comme ces pauvres êtres qui, sous le toit de l'hôpital, possèdent hélas! l'éloquence de la douleur : « vous deviez me guérir et je souffre, me redresser et je penche, me sauver et je meurs. » S'il existe contre l'intervention sociale de la médecine une seule chance de dommage ou d'inutilité, il lui convient d'abaisser d'nn ton la gamme dolente de ses récriminations et d'écarter à moins rudes coudées les obstacles qui lui ferment le chemin; or cette chance fâcheuse on peut vous la montrer au doigt dans une foule de questions qui touchent soit à l'avenir de la société, soit à l'état présent dans lequel elle languit; il y a plus : beaucoup de ces questions lui restent inaccessibles ou ne s'entr'ouvrent qu'à demi à son enquête préliminaire; impuissante souvent à constater le mal dans son essence et dans ses limites; comment se flatterait-elle de le corriger, de l'extirper à coup sûr? La médecine individuelle a le singulier bonheur de remédier à certains états morbides dont elle ignore les conditions, par l'emploi de modificateurs dont l'action lui échappe; ces heurenses combinaisons d'ignorance sont la moitié de son art; mais l'économie sociale attend encore ces bonnes fortunes qui s'appellent en thérapeutique mercure et quinquina, ces révélations du hasard ou de l'empirisme qui ont peut-être plus servi la science et l'humanité que les plns admirables spéculations du génie.

La question du suicide est certainement l'un des écueils où se brisent les prétentions de la médecine philosophique; elle a beau mesnrer les dimensions crâniennes, s'ingénier à la vérification de nuances incertaines dans le volume et la disposition des portions encéphaliques, enregistrer avec un soin scrupuleux des variations dans la coloration ou la densité de leur tissu, interroger les antres organes splanchniques pour surprendre dans leurs lésions un foyer lointain d'irradiations cérébrales, dans toute cette besogne d'information par voie de sens et de scalpel, rien qui soulève un coin du voile opaque étendu sur les mystères de la vie morale, rieu qui nous achemine à l'étiologie réelle de cette étrange fureur de destruction, faisant explosion dans la sphère même de l'individualité qui la conçoit. Nous réservons pour un autre article l'examen des termes complexes de ce formidable problème; mais le titre même de l'ouvrage qui suggère ces lignes nous ramène involontairement à l'idée de l'insuffisance des interprétations médicales touchant le suicide. S'il n'est point sans liaison directe avec les circonstances de sexe, de tempérament, de climat, de saison, et tant d'autres conditions que la statistique exprime en rapports numériques, s'il constitue véritablement un état morbide auquel on peut, dans une pathologie mixte, assigner ses causes, ses symptômes, son pronostic, pourquoi cette mobilité dans les phénomènes moraux qui le précèdent et le préparent, pourquoi cette filiation flottante et diversifiée des causes qui le déterminent, pourquoi ces inégalités dans la perpétra-

les phénomènes ont été tout à fait différens. Au membre droit, dont l'articulation radio-carpienne avait été ouverte à l'aide d'une ponction sous-cutanée, mais qui avait été maintenue immobile dans un appareil dextriné, on ne voyait plus, après vingt-quatre heures, aucune trace de plaie; point d'épanchement, point de gonflement, ni rougeur, ni sensibilité; enfin, l'on n'aurait pu supposer que l'articulation eût été lésée. De l'autre côté, au contraire, l'articulation était gonflée; malgré le pansement et le repos auquel l'articulation avait été soumise, elle était manifestement enflammée: il y avait une douleur marquée, ses bords étaient rouges, turgescens; il s'échappait de son intérieur un liquide clair, séreux, mais non de la synovie normale. Le chien fut mis en liberté, ses quatre plaies abandonnées à elles-mêmes. Les trois premières guérirent sans accident et sans phénomène autre que ceux précités. La grande plaie directe de l'articulation radio-carpienne gauche présenta seule quelques particularités nouvelles. L'inflammation de l'articulation s'accrut; le gonflement, la sensibilité, la chaleur augmentèrent; une suppuration complète s'en suivit; les extrémités articulaires se gonflèrent, et l'articulation se raidit et présenta un certain degré de flexion permanente. Néanmoins, au bout de vingt-cinq jours, la cicatrisation de cette plaie s'était effectuée, et il ne restait plus de la lésion articulaire qu'un peu de gonflement des parties, y compris celui des extrémités articulaires. Les parties, examinées anatomiquement vingt-cinq jours après les expériences, offrirent les résultats suivans. La première plaie tibio-tarsienne présenta les mêmes particularités que les quatre plaies du premier chien. La seconde plaie offrait quelques adhérences de la capsule articulaire et des ligamens divisés, avec les points correspondans des surfaces articulaires, mais seulement avec ces points. Les adhérences étaient beaucoup plus étendues avec les tissus extérieurs. La troisième plaie, celle de l'articulation radio-carpienne droite, faite par une très petite ouverture, et l'articulation tenue immobile, n'avait été le siége d'aucun épanchement. Il était difficile d'apercevoir les traces de la réunion des parties divisées, tant la cicatrice était petite, tant le travail d'organisation immédiate avait été complet et circonscrit. Enfin, la quatrième plaie offrait des traces nombreuses et évidentes d'un travail inflammatoire complet : gonflement des parties, turgescence chronique des tissus, adhérences sous forme de brides celluleuses entre quelques points assez étendus des surfaces articulaires, surtout au niveau de la plaie articulaire. J'omets, comme je l'ai déjà dit, les détails intéressans qui se rapportent aux changemens de toutes sortes que subissent les différens tissus sous l'influence de ce travail de réparation organique. Il en sera question ailleurs.

Or, que résulte-t-il directement de ces deux séries d'expériences ? Et d'abord que, chez les chiens, les plaies sous-cutanées des articulations, pratiquées hors du contact de l'air, sont affranchies de tout travail d'inflammation suppurative; que les plaies des articulations qui conservent la liberté de leurs mouvemens après l'opération donnent lieu à un épanchement de fluide synovial et de sang autour de la plaie articulaire; que celles dont les articulations ont été maintenues dans l'immobilité ne présentent point cette sorte d'épanchement, ou au moins ne la présentent qu'à un degré imperceptible; que les plaies pénétrantes directes avec une petite ouverture de la peau et une plaie plus étendue des ligamens et capsules articulaires deviennent le siége d'un travail sub-inflammatoire circonscrit, mais non suivi nécessairement de suppuration; que les plaies pénétrantes directes des articulations, avec large ouverture de la peau et des tissus profonds de l'articulation, sont le siége d'une inflammation suppurative.

Ces résultats de mes expériences répétées plusieurs fois sur le chien ne seraient pas rigoureusement applicables à l'homme, vu la différence si connue des effets des plaies dans deux organisations aussi distinctes l'une de l'autre; mais j'ai pourvu à cette difficulté par des expériences directes ou opérations chez l'homme.

§ II. — EXPÉRIENCES CHEZ L'HOMME.

Il eût été téméraire de procéder immédiatement et d'une manière générale à ces applications. Quelle que soit l'innocuité des effets produits par ces tentatives, j'ai encore besoin de faire remarquer que je ne les ai réalisées qu'en morcelant et en graduant ces essais, et nanti d'avance de faits préalables, puisés dans l'observation des produits spontanés de la nature, lesquels portaient avec eux le même caractère essentiel. J'ajouterai d'ailleurs que, croyant être parvenu à déterminer les conditions spéciales qui rendent si graves, chez l'homme, les plaies pénétrantes des articulations, j'ai pu m'entourer de toutes les précautions propres à neutraliser ces conditions. Or, voici sur chacun de ces points les résultats de mes observations et de mes expériences.

Les accidens qui amènent chez l'homme tant d'infirmités fâcheuses improvisent souvent aussi les expériences les plus curieuses, et qui peuvent mettre sur la voie des plus féconds résultats. C'est par des observations de cette nature que j'ai été encouragé d'abord à faire mes premières tentatives de plaies sous-cutanées des articulations chez l'homme. Les luxations traumatiques des grandes articulations et certaines tumeurs articulaires m'ont paru présenter les principaux caractères de ces plaies. On sait, et j'avais déjà fait remarquer dans mon précédent mémoire sur les plaies sous-cutanées, que les ligamens et les capsules articulaires de l'épaule et de la cuisse sont presque toujours déchirés et les articulations largement ouvertes, dans les luxations traumatiques de ces articulations. Il y a, de plus, des tiraillemens de filets nerveux, des ruptures de vaisseaux, des épanchemens considérables de synovie et de sang, provoqués par le vide instantané qui s'opère au sein de ces articulations; néanmoins il est assez rare que ces déchirures, que ces violences extrêmes, exercées sur des parties regardées vulgairement comme si susceptibles de s'enflammer, deviennent le siége d'accidens inflammatoires bien marqués. Il suffit au contraire, dans le plus grand nombre des cas, de quelques jours de repos et d'applications résolutives, pour rétablir les choses dans l'état normal. Voilà, si je ne me trompe, des exemples de plaies sous-cutanées des articulations garanties du contact de l'air, et guérissant par l'organisation immédiate des tissus. La différence entre ces plaies et celles pratiquées par l'instrument tranchant est toute au profit de ces dernières.

La division nette des tissus ne provoque ni les déchirures douloureuses, ni les épanchemens articulaires inséparables des premières. Le second ordre de faits qui m'ont paru avoir la même signification, sont les tumeurs synoviales entourant les articulations. Ces tumeurs, dont le mécanisme n'avait pas été bien établi jusqu'ici, trouvent dans mes expériences sur les plaies des articulations des chiens, une solution toute matérielle, en même temps qu'elles concourent à établir la transition de mes expériences du chien à l'homme. On a vu en effet que chez ceux de ces animaux qui avaient marché après l'ouverture sous-cutanée des articula-

---

tion du suicide et qui lui imprimeraient un cachet dont n'est marquée nulle autre maladie, et comme une apparence capricieuse ? Lisez les dissertations écrites sur ce sujet sous l'optique des idées médicales : c'est une monotonie d'explications automatiques; c'est une ornière de mots et d'opinions où se traîne le char scholastique des auteurs, et du fond de laquelle l'esprit ne découvre qu'un horizon morne et circonscrit. Le suicide une fois conçu à titre de maladie, le cycle est tracé; vous êtes sûr que tous les écrivains de notre science y rouleront comme sur des rails rapides, vers un terme commun, le doute matérialiste; car, ne vous y trompez pas, le doute complet, le doute supérieur, n'est point une faculté ordinaire de notre gent écrivante; leur scepticisme ne s'échappe point des limites de la matière organisée : les conditions productrices du suicide sont inhérentes à l'encéphale, ou, suivant l'expression de M. Casauvielh, le siége du suicide (comme qui dirait d'un kyste ou d'un foyer apoplectique) se trouve dans le cerveau; tout ce que l'on vous accorde, c'est de ne point le préciser, c'est de ne pas le décréter sous forme de loi dans un lobe ou lobule déterminé; merci ! le procédé ne laisse point que de nous paraître fort tempéré : nous connaissons tel zélateur de localisations, tel novateur, furieux de médecine exacte, qui ne nous abandonnerait pas un si ample champ d'exercices divinatoires, et qui s'écrierait, le doigt cloué sur une protubérance quelconque : « Ici ! » et qui opposerait au flot de nos incertitudes la sublime prohibition du psalmiste : « N'allez pas plus loin ! » — La routine nosographique, inventée pour la plus grande aisance de ceux qui désirent écrire sans frais de plan et de méthode spéciale, s'applique avec une facilité banale à l'étude du suicide; vous en retracez verbeusement la symptomatologie, les modes d'exécution choisis par les malheureux qui s'échappent du cercle de la vie par cette tangente fatale; vous jalonnez des données statistiques qui ont l'air de prouver quelque chose; vous remontez, curieux des origines les plus dérobées, aux lieux communs de l'étiologie classique, à la dichotomie des causes lointaines et des causes efficientes; n'ayez garde d'effleurer le chapitre des prédispositions, ceci est la mine féconde des rapprochemens et des conclusions, c'est par cette dernière étude que vous êtes conduit à formuler le *penchant au suicide* : voilà le grand mot lancé; le mot *penchant* contient toute une logique, épargne à l'esprit un immense labeur, l'adosse commodément : tout n'est-il pas expliqué par l'existence d'un penchant ? L'image est heureuse : la déclivité d'un versant rend suffisamment compte de la chute des eaux qui ont leur source dans ses flancs, et des éboulemens de terre végétale qui ont pour effet la dénudation de son sommet; si l'homme finit par tomber dans l'abîme tournoyant du suicide, c'est qu'il était naturellement infléchi vers cette fin; il y avait penchant : tout est dit. Non pas, s'il vous plaît, Messieurs les psychologistes du système cérébro-spinal et du nerf trisplanchnique; non pas, Messieurs les vaticinateurs des bosses et bosselures du réceptacle encéphalique; non pas, Messieurs les poëtes des centres épigastriques. Penchant, prédispositions acquises ou natives, hérédité, passions, influence de la santé habituelle et des douleurs physiques, tout cela n'est que résultat, formule secondaire, fait extérieur élevé à la première puissance, étiologie de seconde main : remontez, remontez au-delà de ces données faciles et palpables aux mains rustiques; vous êtes sur les degrés de l'échelle de causalité positive, il faut en couronner le faîte et dicter, de cette hauteur intellectuelle, les résultats d'une observation transcendante, les lois d'une prophylaxie supérieure. Répondre au magistrat qui dirige l'instruction d'un

tions, il se formait dans les environs de ces ouvertures des tumeurs synoviales tout à fait analogues à celles qui se produisent spontanément chez l'homme. L'analogie devient plus grande lorsque l'on examine le contenu de ces kystes, dans les deux cas. Ainsi, j'ai trouvé dans les poches synoviales produites sur le chien, de petites concrétions fibrineuses ayant le plus grand rapport avec celles qui occupent les tumeurs synoviales chez l'homme. Dans l'un et l'autre cas, n'est-ce pas la synovie qui s'échappe par les éraillures des capsules articulaires, et chez l'homme, comme chez les chiens que j'ai opérés, ces tumeurs ne sont-elles pas le produit d'ouvertures effectuées en quelques points des capsules articulaires? Ces épanchemens sous-cutanés de synovie, par des ouvertures spontanées des capsules fibro-celluleuses des articulations, m'ont paru constituer une autre série de faits pouvant servir de préalables à ceux que je voulais produire expérimentalement chez l'homme.

Les précautions propres à assurer l'innocuité des plaies sous-cutanées des articulations chez l'homme se réduisent à ceci : faire une très petite ouverture à la peau, le plus loin possible de la cavité articulaire, et la fermer immédiatement, de manière à empêcher l'introduction et le contact de l'air; ne point pratiquer ces plaies pendant la flexion des membres, et tenir après l'opération les articulations dans la plus complète immobilité. L'importance de quelques-unes de ces précautions est trop bien établie, je pense, pour que j'insiste davantage. Celles qui sont relatives à la position non fléchie du membre et à l'immobilité consécutive de l'articulation sont la conséquence de recherches assez récentes pour permettre quelques développemens. J'ai cherché à établir par mes expériences communiquées il y a quelques mois à l'Académie (1), que les cavités articulaires sont le siége d'ampliations périodiques pendant les mouvemens qu'elles exécutent, et surtout pendant les mouvemens de flexion, d'où résulte au sein de ces cavités une tendance au vide, et par conséquent un certain degré de succion sur les parois de ces cavités. Pour empêcher l'air extérieur de se précipiter au sein des articulations ouvertes, il faut donc s'abstenir de placer l'articulation dans les conditions où les espaces intra-articulaires s'agrandissent. Ajoutons que l'air en pénétrant au sein des articulations, à part l'influence qu'il y exerce comme dans les plaies de tous les tissus, devient la cause d'accidens spéciaux, en tant qu'obstacle mécanique à la continuité de l'exhalation de la synovie.

Nanti des observations qui précèdent, et me reposant sur la notion rationnelle de la cause des accidens ordinaires des plaies pénétrantes des articulations, j'ai procédé aux applications expérimentales chez l'homme.

Ainsi qu'on l'a vu par les conclusions d'un mémoire, que j'ai adressées à l'Académie dans sa dernière séance (2), j'ai fait déjà un grand nombre de fois la section sous-cutanée des ligamens de l'articulation du genou et du pied, pour remédier à plusieurs difformités causées ou entretenues par la rétraction de ces ligamens. Dans plusieurs de ces opérations, notamment dans la section des ligamens tibio et péronéo-tarsiens, et dans celle de plusieurs ligamens du tarse, j'ai été obligé d'étendre mes sections jusqu'à l'intérieur des cavités articulaires. Ces opérations répétées un grand nombre de fois n'ont jamais donné lieu à aucun accident inflammatoire. Dans tous les cas, les plaies se sont comportées comme les plaies des muscles et des tendons, c'est-à-dire se sont organisées immédiatement. Je n'ai pas même observé d'épanchement de synovie autour des plaies; nouvelle preuve que ces épanchemens tiennent aux mouvemens des articulations dont les alternatives de vide et de plein chassent incessamment au dehors les fluides qui s'y secrètent.

Telles sont les observations et expériences qui m'ont paru établir que les plaies sous-cutanées des articulations jouissent, comme celles des autres tissus de l'homme, de la propriété de s'organiser immédiatement sans le préalable obligé des accidens inflammatoires. Je pourrais me borner à l'énoncé de ce résultat, laissant au temps et à l'expérience d'en montrer les conséquences et les applications; mais quelques-unes de ces conséquences étant d'un ordre assez général, et m'ayant mis sur la voie de ressources complètement imprévues jusqu'ici, je crois devoir les indiquer en peu de mots.

§ III. — APPLICATIONS PRATIQUES.

Il n'est pas rare de rencontrer des collections séreuses ou sanguines ou purulentes dans les articulations. Ces collections étaient jusqu'ici abandonnées aux efforts de la nature. Le traitement en était long, douloureux et souvent stérile. L'ouverture sous-cutanée de ces collections pourra y apporter un remède rapide, efficace et exempt de danger. Il en sera de même des corps étrangers retenus dans les articulations.

Indépendamment des faits spéciaux que j'ai communiqués à l'Académie sur la section des ligamens rétractés, dans le traitement d'une foule de difformités, il existe un autre ordre de ces dernières, dans lesquelles les surfaces articulaires ont contracté des adhérences plus ou moins intimes. Lorsque l'analyse pathologique aura fait le départ rigoureux des cas qui ne portent point avec eux des germes spéciaux de suppuration; lorsque l'on aura su combiner les ressources de la ténotomie, de la myotomie et de la syndesmotomie, pour ne laisser plus aux obstacles osseux que leurs résistances circonscrites; lorsque enfin on n'aura point à craindre d'autres conséquences d'efforts intempestifs et mal conçus, alors peut-être sera-t-il possible d'appliquer à la rupture extemporanée des ankyloses le bénéfice de l'innocuité des plaies sous-cutanées des articulations.

Mais une dernière application plus importante que les précédentes, parce qu'elle est beaucoup plus générale, et qui n'est déjà plus à l'état de conception seulement, c'est l'introduction des sections sous-cutanées des ligamens et des capsules articulaires dans le traitement des luxations congéniales ou anciennes irréductibles. On sait qu'un grand nombre de ces difformités sont incurables, parce que la réduction des luxations qui les constituent est impossible ou ne peut être maintenue, soit à cause des adhérences fibro-celluleuses, soit à cause de l'oblitération partielle des cavités articulaires, soit à cause de l'élongation et du relâchement considérable des ligamens, soit enfin par défaut de point fixe où maintenir et loger l'extrémité de l'os luxé. Eh bien! les incisions sous-cutanées, les scarifications des capsules ligamenteuses pourront dans quelques cas favoriser les réductions, les rendre permanentes, placer autour des parties trop mobiles, des élémens de fixité, circonscrire et favoriser le développement des cavités articulaires insuffisantes, en produire de nouvelles, en un mot provoquer expérimentalement les conditions que la

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1840, p. 321.
(2) GAZETTE MÉDICALE, 1840, p. 250.

meurtre, qu'il y avait tendance au meurtre, monomanie homicide, c'est remplacer un fait par un autre; rattacher le suicide à un penchant, c'est déplacer, sans le résoudre, les termes du problème : au-delà de cette disposition, une série de phénomènes moraux s'est déroulée; antérieurement à la réalisation du penchant, la conscience a été lucide, la volonté libre d'entraves morbides, la raison et le jugement exercés au discernement du bien et du mal, les sens disciplinés au joug des lois conservatrices de l'organisme et de l'honnêteté publique; il est impossible qu'à une époque déterminée la responsabilité n'ait existé pleine et entière, soit pour le malade, si malade il y a, soit pour les ascendans, savamment impliqués dans la destinée de leur progéniture :

Vitio parentum prava juventus

appliquant à toutes les aliénations mentales les considérations d'étiologie qui lui sont suggérées par le suicide, M. Casauvielh se demande s'il existe des prédispositions à l'homicide (page 25)? Sa réponse est la suivante : « En fait de prédispositions acquises, il est impossible d'en douter; elles prennent leur source principalement dans une ignorance profonde, les préjugés, la superstition; dans le relâchement des mœurs, le mépris des idées religieuses et des obligations sociales, dans une cupidité insatiable, dans des dissensions domestiques habituelles, dans une continuelle jalousie, le penchant à la haine, le jeu, la débauche, enfin dans toutes les passions basses et viles. » Et vous appelez cela des prédispositions! Au moins fallait-il ajouter qu'elles existent au même titre que l'ivrognerie chez un individu qui a contracté volontairement l'habitude des boissons alcooliques. Il nous semble qu'il y a un danger réel à retrancher ainsi derrière le faux rempart de la technologie médicale tous les états de l'âme qui sont le produit d'une activité désordonnée, d'une infraction incessante aux lois de la morale et aux droits de la société. M. Casauvielh ne s'arrête pas à cette curieuse théorie des prédispositions; sous sa plume, entraînée par la logique mesquine du fatalisme anatomique, elle ne tarde point à se substituer à la doctrine inviolable de la libre spontanéité humaine; suivant lui, et nous nous servons à dessein de son langage, il existe des *prédispositions* physiques, qui *prédisposent* soit au bien, soit au mal; l'encéphale présente chez l'homme, dès la naissance, des caractères particuliers et variables, suivant les individus, qui exercent sur leurs actes physiques et moraux la plus grande influence. Que si vous le sommez de faire ressortir les traits caractéristiques de cette variable innéité, de cette prédisposition décisive, il vous répondra qu'elle est constituée par la modification particulière que présente l'encéphale dans son volume, sa forme, sa consistance, sa couleur, son organisation intime et sa vitalité chez les différens individus; il la fait dépendre ainsi de l'ensemble des conditions anatomiques du cerveau, non des dimensions d'une seule de ses portions; c'est une généralisation phrénologique, qui épargne bien des inconvéniens à l'auteur, notamment celui de préjuger les aptitudes intellectuelles et morales par l'examen du crâne, mais qui maintient les manifestations psychiques sous l'empire des circonstances d'organisation. Comprenne qui pourra la prédisposition qui prédispose, constituée par une modification, etc. Pour nous, nous déduisons de ce que nous avons lu : 1° que la partie philosophique du livre de M. Casauvielh n'apporte aucun élément nouveau à la notion du suicide et ne dépasse point l'horison de ce matérialisme mé-

nature réalise souvent d'elle-même dans des cas imprévus, à la suite des luxations traumatiques. J'ai dit que déjà cet ordre d'applications n'était plus tout à fait pour moi à l'état de conception. En effet, j'ai pu guérir par cette méthode, chez une jeune fille de 11 ans, une luxation congéniale de l'extrémité sternale de la clavicule. Cette difformité avait été combattue par toutes sortes de traitemens. La saillie de l'extrémité sternale de la clavicule était très considérable et l'appareil ligamenteux très relâché. Je fis sous la peau, tout autour de l'articulation, des incisions comprenant les ligamens et la capsule articulaire; je circonscrivis ainsi, par des scarifications nombreuses et profondes, le champ d'oscillation de l'extrémité interne de la clavicule : après dix jours d'immobilité parfaite de l'articulation, je vis à ma grande satisfaction l'extrémité de la clavicule, fixée, comme emprisonnée au milieu d'un bourrelet fibreux de nouvelle formation, et ayant contracté avec les parties environnantes des adhérences propres à prévenir tout nouveau déplacement. Quoique je pusse m'en tenir à ce premier résultat, je crus le rendre plus certain en répétant l'opération. Après un mois de repos et de précautions, la jeune fille put exécuter avec le bras, du côté luxé, tous les mouvemens qui jusque-là avaient été invariablement accompagnés d'une saillie considérable de la tête claviculaire en avant.

Depuis cette première tentative, j'en ai entrepris d'autres plus importantes dont j'espère le même succès; je me ferai un devoir d'en communiquer les résultats à l'Académie, lorsqu'ils seront assez bien établis pour mériter de fixer son attention.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES; par M. DUPARQUE, D. M. P.

Il n'est bruit, depuis quelques jours, dans le monde médical, que des *injections intra-utérines* : la presse médicale s'en occupe, les académies en retentissent. La cautérisation du col de l'utérus, qui avait succédé à l'amputation de cette partie, est, à son tour, menacée d'être détrônée par ce procédé thérapeutique. Est-il nouveau? Aurait-il la haute importance qu'on lui prédit?

Comme les auteurs des observations, notes et mémoires qui viennent d'être publiés sur ce sujet taisent les sources où ils en ont puisé l'idée, il est bon, pour rendre à chacun ce qui lui appartient, de rappeler que M. le docteur Mélieu a présenté, en 1832, un mémoire très remarquable sur les injections de la cavité utérine, à l'Académie de médecine, et que ce mémoire est inséré dans le tome 11 des FASCICULES de cette illustre société (p. 330). Tous les journaux médicaux de l'époque en ont rendu compte. Alors aussi j'essayai l'application de ce moyen de traitement. J'ai consigné et le procédé que j'employai, d'après les instructions verbales que voulut bien me donner l'auteur, et les résultats que j'en obtins, dans la seconde édition de mon TRAITÉ SUR LES ALTÉRATIONS SIMPLES ET CANCÉREUSES DE LA MATRICE, qui a paru à la fin de 1838. « Pour pratiquer ces injections, disais-je (p. 115), on se sert d'une seringue à hydrocèle et d'une canule droite, suffisamment longue et à extrémité mousse. Après avoir, à l'aide du spéculum, mis le col utérin à découvert, on introduit la canule à travers son orifice et on l'y enfonce. On doit pousser d'abord quelques injections simplement aqueuses pour nettoyer l'organe des matières qui l'engorgent, afin que le liquide médicamenteux que l'on injecte ensuite se trouve sans mélange en contact avec les surfaces sur lesquelles on veut agir. Ces injections, lors même qu'elles sont composées avec des liquides simples ou calmans, provoquent parfois des douleurs violentes et développent les accidens d'une urétrite aiguë. Je les ai expérimentées quatre fois : chez deux dames, c'était pour débarrasser la cavité et le col de la matrice d'une matière épaisse et visqueuse, qui les engouait, et à la présence de laquelle on pouvait attribuer la stérilité dont ces personnes étaient frappées; chez les deux autres, c'était pour un écoulement utérin, qui me paraissait produit par une ulcération utérine. Les malades n'éprouvèrent qu'une sensation supportable tant que je poussai l'injection très doucement (c'était de l'eau); mais en forçant davantage et de manière à la faire pénétrer dans la cavité utérine, elles se plaignirent de douleurs violentes au bas-ventre et aux reins; ces douleurs furent si vives chez l'une d'elles qu'elle se retira brusquement en arrière, en criant que je lui avais déchiré les entrailles. Je dus recourir aux calmans et aux antiphlogistiques pour tempérer ces douleurs et leurs conséquences, dont la durée fut de quatre heures à six jours. »

M. Ricord a vu ces injections provoquer des espèces d'accès d'hystérie. D'autres fois, elles ont déterminé le développement de péritonites mortelles, que l'on a attribué au passage du liquide injecté dans la cavité péritonéale, à travers les trompes utérines, opinion confirmée par les observations et les expériences faites par MM. Bretonneau et Taunellé, et plus récemment par M. Hourmann. Enfin on a constaté tout récemment (M. Nélaton), sur le cadavre, il est vrai, la possibilité de la pénétration du liquide dans les veines, qui, en certains cas, s'ouvriraient et seraient béantes à la surface interne des parois utérines, et principalement au voisinage de l'insertion des trompes.

Tous ces résultats effrayans eussent suffi pour faire proscrire cette opération, si un médecin distingué de l'hôpital de Lourcine, M. le docteur Vidal (de Cassis), n'était venu constater qu'elle peut être exempte de tout danger. Il attribue l'innocuité des injections intra-utérines, qu'il a répétées sur un grand nombre de femmes, au mode d'administration qu'il a adopté, et qui consiste à ne pousser le liquide que *peu à la fois* et lentement, de manière qu'il puisse s'échapper au-dehors en s'écoulant entre les parois de l'organe, et la canule, qui ne remplit pas la cavité du col, et qui est percée en arrosoir à son sommet. De cette manière, la matière de l'injection ne peut s'accumuler dans la cavité utérine, et encore moins forcer le passage des trompes, ni s'engager dans les vaisseaux qui pourraient s'ouvrir à l'intérieur de cet organe.

Mais, est-ce que le liquide ainsi poussé doucement et lentement pénètre assez dans la cavité utérine pour en toucher les parois? Je ne le crois pas. Et, en effet, dans les cas où ces injections sont principalement indiquées, comme les érosions ou ulcérations de l'intérieur de l'utérus, ou le catarrhe de ce viscère, sa cavité est baignée et plus ou moins complètement remplie par une matière muqueuse ou puriforme, produit de ces affections; cette matière est ordinairement très épaisse ou visqueuse : elle présente souvent une ténacité telle, que pour enlever les portions qui se présentent en bavant au museau de tanche, il faut pousser l'injection vaginale, à ce destinée, avec une certaine force.

dical, qui affecte les prétentions et les allures de la philosophie, sans en avoir le sens et l'esprit; que la doctrine sous laquelle l'auteur abrite ses principes et ses observations porte malheur aux intelligences qui se l'assimilent et les frappe d'une sorte d'incapacité pour l'appréciation valable des phénomènes autres que ceux de la matière vivante et organisée.

Heureusement la production de M. Casauvielh se recommande par d'autres faces que celle de l'induction psychologique; elle est, à vrai dire, le résumé d'une clinique d'aliénations mentales, instituée et poursuivie avec zèle et minutie dans la maison dont la direction médicale est en ses mains; elle est riche de faits, de comparaisons statistiques, et parmi les conclusions auxquelles arrive l'auteur, il en est qui présentent un caractère de nouveauté marquante. Le chapitre consacré à l'exposition des altérations que l'on rencontre chez les suicides soit dans les organes céphalo-rachidiens, soit dans les autres viscères, mérite d'être signalé par la précision des détails et la synthèse de leurs rapports communs; il nous serait difficile d'espérer des résultats péremptoires au terme de l'investigation cadavérique, appliquée au suicide; nous ne dissimulerons point notre propension à chercher, en dehors du théâtre organique, les ficelles de ce drame violent dont l'homme est à la fois l'acteur et le terme; mais nous applaudissons à ce genre de recherches, par cela même qu'elles n'auront peut-être d'autre issue que la démonstration de l'impuissance du scalpel en matière aussi complexe, aussi intime, aussi travaillée.

Voulez-vous savoir comment M. Casauvielh précise la cause anatomique du suicide? — « Altérations de couleur, injection sanguine, sérosité abondante, et surtout consistance ferme des deux substances, mais principalement de la blanche (p. 186). » Cette dernière altération a été surtout remarquable chez les sujets qui ont présenté à l'auteur les symptômes du suicide chronique; elle est loin de se montrer avec une égale évidence chez ceux qui se sont détruits sans passer par les différens degrés de la mélancolie, ou chez ceux dont le cerveau ne s'est affecté que secondairement; à ce sujet, M. Casauvielh s'attache à distinguer le suicide aigu du suicide chronique, le suicide primitif du suicide consécutif, et il répète en termes péremptoires la conviction qui lui est acquise, à savoir, que c'est d'une altération primitive ou consécutive de l'encéphale que dépend le penchant au suicide; inutile d'en chercher ailleurs la cause prochaine; dans le suicide aigu, il est vrai, la lésion de l'encéphale est difficile à vérifier (p. 189); mais il n'est pas moins vrai que la cause qui le produit a agi sur le cerveau, et, suivant M. Casauvielh, quelle que soit cette altération, elle existe; il ne craint point d'affirmer au-delà des sens, et là où les moyens d'investigation ordinaire défaillent, il y supplée par la hardiesse positive de l'induction. A ce prix, la singulière multiplicité des suicides n'est autre chose qu'une affection épidémique du cerveau, caractérisée par des états anatomiques appréciables ou non à l'enquête des sens. Sans doute, il est consolant de pouvoir assigner au suicide une origine aussi claire, une cause aussi formelle; mais ces modifications pathologiques de l'encéphale ne sont elles-mêmes que l'expression d'une autre étiologie dont il faut percer le voile : il y aurait lieu d'en contester la valeur absolue, l'origine, les caractères; mais elles dispensent de cette controverse par leur insuffisance même, quant à l'explication morale du suicide.

On s'est demandé si les crimes et l'aliénation mentale sont plus fréquens dans

Or, la canule introduite dans la cavité utérine n'y pénètre qu'à travers cette matière qui l'engaîne et qui l'interpose entre l'instrument et les parois utérines. Elle doit opposer inévitablement un obstacle assez difficile à vaincre au liquide poussé lentement et doucement, et qui trouve d'ailleurs tant de facilité pour couler le long de la canule au dessous, à mesure qu'il sort des ouvertures. Les derniers essais que j'ai tentés, conformément au procédé de M. Vidal, m'ont convaincu que les choses se passaient ainsi. Chez une dame affectée d'un écoulement mucoso-puriforme utérin, j'ai vu le liquide (eau pure) revenir incolore par le col; et en retirant la canule, elle entraînait un épais flocon de cette matière, qui coiffait son extrémité percée. Chez une autre, pour une affection semblable, les résultats ont été les mêmes; seulement la canule est revenue seule; mais, aussitôt après, il a paru à l'orifice utérin une nappe de mucus puriforme. Ici, comme dans les faits rapportés par M. Vidal, si les malades n'ont rien éprouvé, n'est-ce pas parce que le liquide injecté n'a pas été en contact avec la surface interne de l'utérus? D'où il faudrait conclure, jusqu'à plus ample examen, que si ce procédé n'a aucun inconvénient, il ne peut non plus avoir grands résultats thérapeutiques.

J'ai pensé que l'on pourrait parer à cette insuffisance du nouveau procédé, et éviter en même temps les accidens attribués à l'ancien, par une modification, une sorte de *mezzo termine* dont j'ai commencé l'application, et que voici :

Au lieu de pousser doucement et lentement le liquide, comme le veut M. Vidal, je le projette vivement et par secousses brusques, mais peu étendues, en ne faisant avancer le piston de la seringue à chacune d'elles que de 2 à 3 millimètres; je laisse écouler quelques secondes entre chaque secousse, de manière à laisser le temps à la portion du liquide projetée de s'écouler au dehors, ce qui prévient une accumulation dangereuse dans la cavité utérine. Ainsi projeté, ce liquide écarte, divise, délaie et entraîne les mucosités ou autres matières qui peuvent engainer la cavité utérine ou tapisser sa surface interne avec laquelle il finit ainsi par se mettre en communication immédiate.

J'ai essayé ce procédé chez les deux malades qui n'avaient rien ressenti pendant les injections pratiquées selon le procédé de M. Vidal; ils ont donné lieu à quelques douleurs dans le bassin chez toutes les deux; ces douleurs ont été peu intenses et très passagères pour l'une; elles ont paru plus vives chez l'autre et ont persévéré, mais en décroissant pendant environ une heure après l'opération. Ces nouvelles expériences témoignent de la sensibilité de l'utérus au moins chez certains sujets et dans certaines circonstances. Ils viennent à l'appui de ceux qui font le sujet de mes premiers essais. Ces résultats doivent engager à mettre, quel que soit le procédé que l'on adopte, la plus grande attention dans l'emploi des injections intra-utérines.

Mais heureusement les cas qui réclament ce mode de traitement, sans être extrêmement rares, ne sont pas non plus aussi connus qu'on paraît le croire. Le plus ordinairement l'affection catarrhale, principalement les érosions, suivies de la leucorrhée utérine, sont bornées à la cavité du col seul. Jusqu'à présent j'ai obtenu dans la plupart des cas la guérison de ces leucorrhées, en portant dans cette partie, à l'aide d'un pinceau monté sur plume, quelque liqueur modificatrice ou caustique, comme l'eau créosotée, une forte décoction de rathénia ou le nitrate acide de mercure. Quand l'érosion est granulée, à tissu mollasse et saignant, ce que l'on reconnaît à la tuméfaction plus ou moins forte du col, avec mollesse et suintement puriforme strié de sang, écoulement de sang par le contact, dans ces cas, le crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre opère avantageusement; cependant il est tels de ces écoulemens hémorragiques qui résistent d'une manière opiniâtre ou récidivent avec la plus grande facilité, comme on le voit au reste quelquefois, même pour ceux qui, provenant de l'érosion de la surface externe du col utérin, sont cependant plus accessible aux moyens directs de traitement.

Depuis que les injections intra-utérines sont redevenues à l'ordre du jour, j'ai commencé à les appliquer au traitement des affections internes du col utérin. Je les pratique avec une canule imperforée au sommet, mais percée de trous latéraux et dans l'étendue de 8 à 9 millimètres. Par ce moyen on peut injecter et toucher la cavité du col, par projection latérale du liquide, sans craindre qu'il pénètre dans la cavité de l'utérus.

Lorsque j'aurai recueilli suffisamment de faits sur ce sujet, je m'empresserai d'en faire connaître les résultats.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. L'EXPÉRIENCE.

Dans les mois de mai, juin, juillet, ce journal contient les mémoires originaux suivans : 1° *Observations de hernies, l'une crurale, l'autre inguinale, étranglées, et opérées avec succès*; par M. Laugier. 2° *Suite à une observation de luxation graduelle de l'articulation tibio-fémorale publiée le 6 juin 1838 dans le même journal*; par M. Thierry. 3° *Sur le diagnostic différentiel des tumeurs dont le caractère pathognomonique est la fluctuation*; par le même. 4° *De l'hydropisie de l'ovaire et du traitement qui lui est applicable*; par M. Tavignot. (Résumé des faits connus aujourd'hui sur cette matière, et n'offrant aucune idée nouvelle.) 5° *Mémoire sur les luxations complètes du pied, compliquées de plaies, de fracture et de luxation de l'astragale*; par M. Thierry. 6° *Fracture du crâne, épanchement de sang sur la dure-mère, déchirure de l'artère méninge moyenne*; par M. Tavignot. 7° *Observation de plaie pénétrante de l'abdomen, faite par une arme à feu, simulant une plaie de poitrine*; par M. Tavignot. 8° *Nouvelles recherches sur l'organisation du sytème capillaire*; par M. Dubois (d'Amiens). (L'auteur donnant connaissance de ce travail à l'Académie de médecine, nous en faisons l'analyse dans le compte-rendu des séances académiques.) 9° *Sur le developpement du cancer des veines et de la possibilité de transmettre le cancer de l'homme aux animaux*; par le docteur Langenbeck. 10° *Quelques considérations sur l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des fièvres éruptives*; par M. Foucart.

HERNIES CRURALE ET INGUINALE ÉTRANGLÉES, OPÉRÉES AVEC SUCCÈS; par M. LAUGIER.

Les deux observations publiées par M. Laugier n'offrent aucune par-

---

les villes que dans les campagnes; M. Casauvielh fait entrer le suicide dans l'énuncé de cette question, qu'il s'est efforcé de résoudre; nous ne blâmons pas absolument le rapprochement de ces trois ordres de faits, pourvu qu'on ne les confonde point dans l'idée d'une fâcheuse solidarité; il se dénote dans cette association un sentiment de charité profonde; on ne saurait punir plus délicatement qu'en refusant au criminel la plénitude de la raison et la liberté des volitions; mais la société et la philosophie peuvent ne point s'arranger de ces égards, et personne ne s'avisera de leur denier le droit de repousser ce nouveau genre de fatalisme. Quoi qu'il en soit, ceux qui ont écrit que le laboureur ne connaît guère la mélancolie du suicide reçoivent, des recherches de l'auteur, un démenti complet; tout porte, en effet, à croire que le suicide est généralement aussi fréquent dans les campagnes où les besoins de la civilisation ont grandi, que dans les villes; il existe des cantons ruraux qui produisent plus de suicides que certains départemens; ainsi, le canton de Liancourt (Oise), qui n'a pas 10,000 habitans, a fourni, dans l'espace de quinze ans, 48 suicides, ou 3-2 par an, commis par des individus fixés depuis longtemps dans le pays, tandis que les départemens de la Lozère, des Hautes-Pyrénées, de l'Aveyron, de l'Ariège, de la Haute-Loire, dont les populations sont 1,500 à 300,000 habitans, donnent une moyenne inférieure ou égale seulement à ce canton. Relativement à la population, le suicide est aussi fréquent dans cette localité qu'en tout autre département, même celui de la Seine; il est vrai qu'au dire de la plupart des statisticiens, le suicide semble avoir pris un accroissement insolite; mais cette augmentation a été exagérée; la moyenne, pour les années 1827, 28 et 29, était 282; de 332 pour les années 1830, 31 et 32, et de 359 pour les années 1833, 1835 et 1840; ce qui produit 77 suicides de plus pour la dernière période que pour la première; mais la population de ce département a augmenté de plus de 100,000 habitans!

M. Casauvielh a semé dans son livre beaucoup d'autres résultats statistiques dont les uns lui sont propres, comme formules d'une pratique spéciale, et dont les autres confirment des calculs déjà établis; c'est ainsi qu'il vérifie, après M. Appert, cette loi remarquable : que les femmes deviennent généralement aliénées, criminelles ou suicides dans un âge plus avancé que les hommes, et que pour elles le retour au bien, proportion gardée, s'opère plus rarement que chez les hommes. L'étude approfondie des rapports qui existent entre les penchans au crime, au suicide et à l'aliénation, a conduit l'auteur à cette conviction : qu'il n'est point facile de distinguer le criminel de l'aliéné, ou l'homme jouissant de sa liberté morale de celui qui en était privé au moment de l'action; il en conclut que l'application de la peine de mort est aussi dangereuse que difficile. On le voit encore ici, l'auteur ne sait pas se défendre d'une tendance d'idées morales qui est commune aux médecins livrés à l'étude des questions psychologiques : il annulle l'homme dans le criminel, dans le suicide, dans le monomane; il restreint la sphère du libre arbitre; pourtant ce n'est jamais sans danger que l'on s'efforce de discréditer la spontanéité humaine; douter du mobile des actes qui sont dirigés contre l'honneur, la vie ou la fortune des citoyens, c'est désarmer la société, c'est ouvrir aux passions formidables qui grondent enfermées dans l'outre populaire une carrière d'impunité; prenez garde, ô profonds analystes de l'école des protubérances ou des penchans! il y a des principes qui, durcis par les siècles et convertis en masses inaltérables, sont les assises premières de tout ce que la civilisation des hommes édifie sous le regard de Dieu et contre lesquels se brisent les

ticularité qu'on ne rencontre habituellement dans ces maladies. L'opération pour lever l'étranglement de la hernie crurale a été pratiquée chez une femme âgée de 40 ans, dont la hernie était incarcérée depuis trente-six heures. La tumeur était maronnée, très dure et irréductible. L'examen de la région abdominale permit à M. Langier de reconnaître l'espèce d'intestin contenu dans le sac. La seule région des intestins grêles était légèrement ballonnée et douloureuse; les flancs et la région épigastrique étaient souples; cela suffit à M. Laugier pour prononcer que le gros intestin était étranger à l'étranglement qui ne devait porter que sur l'intestin grêle.

La tumeur, mise à nu par une incision transversale parallèle à l'artère crurale (nous aimerions mieux une incision longitudinale à cause de la direction des vaisseaux), contenait deux ou trois cuillerées de sérosité et une portion d'intestin grêle ecchymosée mais non gangrenée. Le débridement fut fait sur le ligament de Gembernat; mais le chirurgien resta incertain s'il n'avait pas laissé adhérente au sac ou à l'intestin une portion du rebord du ligament. Toujours est-il que ce débridement suffit pour opérer la réduction qui fut suivie d'un écoulement de sérosité de l'intérieur du sac qui l'avait reçu de l'abdomen.

Opérée le 19 février, la malade était guérie le 13 mars. Alors la toux, la malade étant sur les genoux, ne faisait point sortir la hernie; un bandage est néanmoins prescrit.

L'étranglement de hernie inguinale a été levé chez un homme de 58 ans, qui portait deux hernies réductibles. Celle du côté gauche s'étrangla. Le malade portait du même côté une hydrocèle qui fut reconnue et ménagée dans les incisions pratiquées pour mettre la tumeur à nu. Le siége de l'étranglement n'est point indiqué, et cela est à regretter. On peut seulement présumer qu'il était à l'anneau inguinal externe; car il est dit dans l'observation, d'une part, que la constriction n'était pas considérable, et, d'une autre, qu'après la cicatrisation la hernie s'engageait dans la partie supérieure du canal inguinal.

Après le débridement qui fut fait en haut, rien de remarquable n'est à noter, si ce n'est que le passage des vents dans le bout inférieur de l'intestin suivit immédiatement l'opération.

SUITE A UNE OBSERVATION DE LUXATION GRADUELLE DE L'ARTICULATION TIBIO-FÉMORALE; par M. THIERRY.

Sous ce titre, M. le docteur Thierry rapporte deux cas d'amputation de la cuisse pour des tumeurs blanches de l'articulation du genou. La première observation est celle d'un confrère, qui, à la suite d'une arthrite rhumatismale du genou, vit peu à peu le tibia se luxer sur le fémur, mais d'une façon peu ordinaire que dans les luxations spontanées. On sait qu'au genou on voit très souvent une luxation incomplète du tibia en arrière des condyles du fémur, ou une luxation incomplète encore, mais plus prononcée pour l'un des condyles que pour l'autre. C'est habituellement l'externe qui est abandonné dans une plus grande étendue. Dans le cas dont il s'agit, le tibia tendait à se porter en avant et en haut. (Consulter pour plus de détails l'EXPÉRIENCE, t. II, 6 juin 1838.) L'acuité des symptômes s'étant calmée, notre confrère se crut guéri; mais, à la suite de marche, la capsule du genou s'emplit de nouveau de sérosité, et l'articulation devint douloureuse; bientôt même la capsule se rompit et le liquide put s'infiltrer dans la cuisse et la jambe, moins toutefois dans celle-ci, parce qu'une ouverture spontanée de la peau donnait à son niveau issue à no peu de liquide. Cet accident fit décider l'amputation de la cuisse, qui fut pratiquée. Le malade est aujourd'hui guéri, quoique l'amputation ait dû porter très haut sur les chairs infiltrées et irritées par le pus du genou.

La seconde est celle d'un homme de 35 ans, portant une tumeur blanche du genou depuis cinq ans. Tout l'arsenal thérapeutique avait échoué contre elle. M. Thierry fit l'amputation. Le soir de l'opération, il y avait hémorragie, quoique treize ligatures eussent été appliquées. Celle-ci était fournie par une artère nutricière du fémur. Des boulettes de charpie et la compression l'arrêtèrent; mais la présence de corps étranger dans la plaie amena une abondante suppuration, qui ne fut tarie que le soixantième jour.

L'examen du membre apprit à M. Thierry que l'affection occupait le centre des condyles du fémur, où l'on trouvait le tubercule infiltré et enkysté, décrit par Nélaton. Il en conclut que les tumeurs blanches forment une classe de maladies fort complexes et difficiles à diagnostiquer. Il se demande le cas que l'on doit faire de ces altérations des articulations décrites, sous le nom d'ulcérations des cartilages, d'ulcération des ligaments, de la membrane synoviale.

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS, DONT LE CARACTÈRE PATHOGNOMONIQUE EST LA FLUCTUATION; par le même.

Ce travail, comme tous ceux du docteur Thierry, porte avec lui le cachet de bonne pratique et de bon sens chirurgical, qui le rend intéressant. Quatre observations fort intéressantes s'y trouvent décrites et sont des preuves nouvelles de la difficulté qui entoure le diagnostic des tumeurs fluctuantes. M. Thierry admet qu'il est à peu près impossible, sans connaître la marche de ces maladies, et souvent en la connaissant, de reconnaître la nature du liquide d'une tumeur fluctuante. Il conseille dans ce cas, comme tous les chirurgiens avant lui, d'avoir recours à une ponction exploratrice. Ces idées ne diffèrent pas notablement de celles aujourd'hui reçues dans la science. Des quatre observations contenues dans ce travail, deux sont des cas de fongus hématodes, d'encéphaloïdes, confondus avec des tumeurs franchement fluctuantes. Dans l'un de ces cas, la tumeur avait sécrété tout autour d'elle une épaisse couche de sang, donnant une véritable fluctuation. La ponction exploratrice amena l'écoulement de 500 grammes de sang, qui ne put être arrêté que par la suture entortillée, appliquée sur la plaie du trois-quarts exploratif. Le malade succomba à quelque temps de là, et l'on trouva la tumeur encéphaloïde enveloppée de sang, comme nous l'avons déjà dit. La seconde observation est moins curieuse. C'était une tumeur hématode de la jambe, dont la surface offrait différens points fluctuans, sans communication entre eux. Celle-ci, comme la précédente, examinée par les premiers chirurgiens de Paris, avait été confondue par plusieurs avec d'autres maladies bien moins graves.

Les deux autres faits sont plus remarquables par leur rareté; et il est à regretter que, dans l'un d'eux au moins, M. Thierry, qui avait la pièce pathologique à sa disposition, n'ait point cherché à en mieux éclairer la nature.

---

pointes d'une logique novatrice sans mesure; il y a des règles qui ne souffrent que très peu d'exceptions et dont il convient de proclamer incessamment la signification souveraine, plutôt que d'en vérifier la fragilité en certains endroits : telle est celle de la liberté morale; c'est d'elle que l'on peut dire avec le poète que : si elle n'existait pas, il faudrait la créer; elle est au-dessus des contrôles du scalpel, au-dessus de quelques infractions encore obscures aux lois ordinaires de l'activité humaine. Les désordres que la médecine désigne et n'explique point par le système des monomanies sont-ils compris dans leur essence, dans leur enchaînement lointain; dans leurs rapports véritables avec les libres mouvemens de l'être psychique, de l'être percevant, pensant, voulant? Et s'ils sont, en effet, un rouage rapidement étendu sur ce qu'il y a de libre et d'immortel en nous, s'ils interrompent véritablement le commerce perpétuel de l'homme moral avec le monde des prototypes, s'ils suspendent l'influence divine qui coule dans l'ame et vivifie en elle les notions du bien et du mal, du juste et de l'injuste, du faux et du vrai, qui voudra dilater le sens de ces tristes faits et le déployer comme une morne fatalité sur l'humanité tout entière? Qui mêlera dans une identité factice le criminel, le suicide et l'aliéné? La philosophie qui s'ingénie à fonder ces rapports nous rappelle celle d'un autre âge qui exagérait la responsabilité morale en considérant les aberrations de la raison humaine comme un châtiment du ciel, comme une possession démoniaque; à tout prendre, le système des démons vaut encore mieux que celui des penchans et des automates organisés; car l'un est, jusque dans sa folie, l'expression de la foi religieuse, l'erreur d'une société ignorante et superstitieuse, mais forte et riche de sève morale; l'autre n'est qu'une déduction tronquée d'amphithéâtre, une formule cadavérique qui aboutit au despotisme inerte des lois de la matière organique, appliquées au gouvernement de ce qui n'est point sujet à putréfaction, l'ame et l'intelligence et la volonté.

M. L.

— M. LÉLUT vient d'être nommé médecin en chef de la troisième section des aliénés de la Salpêtrière.

CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE CHIRURGIEN SOUS-AIDE AUXILIAIRE.

Un concours pour des emplois de chirurgien sous-aide auxiliaire sera ouvert à Paris le 1er octobre, et le 9 octobre à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes et Lille.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'Intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au JOURNAL MILITAIRE.

Le registre d'inscription sera clos à Paris le 29 septembre, et dans les autres villes le 7 octobre.

Obs. I. — Un homme de 35 ans, bien constitué, portait à la région inguinale droite, depuis quatre ans, une tumeur du volume des deux poings sur laquelle on avait appliqué un morceau de potasse. A la chute de l'escarre qui avait l'étendue d'une pièce de 5 fr., il se fit par la perte de substance une abondante hémorragie qu'une compression très forte put seule arrêter. Il y avait deux jours que durait la compression, quand M. Thierry vit le malade. Il ne sentit de battemens ni au-dessus, ni au-dessous de la tumeur, et portant son doigt dans la plaie faite par l'escarre, il reconnut une substance solide, saignant facilement.

Le malade mourut trois jours après, cinq jours après la chute de l'escarre. La tumeur était formée par une masse spongieuse et vasculaire adhérente aux parois de la veine crurale, et communiquant avec cette dernière qui était oblitérée par un caillot.

Caractériser une tumeur de *masse spongieuse et vasculaire*, c'est laisser sa nature dans la plus grande obscurité, et il y avait bien quelque mérite à éclairer ce point. L'observation laisse croire que c'était encore un encéphaloïde, produit pathologique que des recherches modernes ont appris à s'attaquer de préférence aux veines, quand il avoisine des vaisseaux artériels et veineux.

Obs. II. — Un postillon, âgé de 37 ans, reçut, le 26 mai 1837, dans la région abdominale, des coups de pied de cheval, qui lui firent perdre immédiatement connaissance. Cet accident l'obligea d'abord à garder le lit cinq semaines, sans que d'ailleurs il éprouvât de fièvre. A cette époque, des douleurs violentes se firent sentir à l'épigastre; le malade ne pouvait dormir; il vomissait sans cesse. Ceci dura jusqu'au 23 août, sans symptômes d'inflammation. Vu alors par MM. Blaudin et Thierry père et fils, il offrit une tension de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche. La fluctuation était manifeste seulement en ces deux points. Le reste de l'abdomen y était étranger.

Croyant les vomissemens dus à la pression exercée par le liquide sur l'estomac, M. Thierry fit une ponction exploratrice qui donna issue à 5 kilogr. de liquide citrin. Le malade fut soulagé; mais bientôt le liquide remplissant de nouveau les mêmes régions ramena les mêmes accidens; du 23 août 1837 au 16 janvier 1839, le malade subit huit ponctions.

Le 21 février, la tumeur ayant beaucoup crû depuis la dernière ponction sans trop gêner le malade, celui-ci voulut conduire ses chevaux et s'élança sur l'un d'eux. Le garrot de l'animal heurta la région épigastrique. L'homme fut renversé et dans l'impossibilité de se relever. Son ventre se tuméfia uniformément; on sentait une fluctuation obscure dans toute la cavité péritonéale; il y avait de violentes douleurs à l'abdomen. En huit jours cet homme était guéri.

Du 21 février 1838 jusqu'au 28 juillet de la même année, la tumeur se rompit dix fois et donna lieu aux mêmes accidens, toujours promptement apaisés. A cette dernière époque, la tumeur avait pris un volume inaccoutumé; les vomissemens étaient revenus; une nouvelle ponction donna issue à 2 kilog. de liquide. Cette ponction fut la dernière.

Du 28 juillet 1838 jusqu'au 11 août 1839, on observa douze nouvelles ruptures de la tumeur, qui à chaque fois produisaient des accidens moindres, et n'altéraient point la santé.

Voilà certainement une forme bien singulière d'épanchement séreux limitée à une portion seulement du péritoine. Ce qui rend ce fait encore plus intéressant, c'est la facilité avec laquelle le liquide rompt ses limites pour s'épancher dans le péritoine, sans cependant déterminer de péritonite très grave. On sait que les tumeurs enkystées, même séreuses, qui s'épanchent dans le péritoine, sont habituellement suivies des plus graves accidens et de la mort. La nature du liquide, analogue à celui que secrète le péritoine, serait-elle pour quelque chose dans cette innocuité? Cela n'en serait pas moins singulier. Ainsi, les kystes ovariques, dont le liquide souvent se rapproche infiniment du liquide des ascites, n'en produit pas moins des accidens formidables en s'épanchant dans le péritoine.

MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS COMPLÈTES DU PIED, COMPLIQUÉES DE PLAIE, ET DE FRACTURE ET DE LUXATION DE L'ASTRAGALE; par le même.

Ce mémoire contient deux observations, dont nous avons rendu compte dans la séance du 24 juin 1840, dans laquelle M. Thierry a présenté la pièce pathologique d'une des observations, et le malade guéri, qui fait le sujet de la seconde. Elles peuvent être ajoutées aux trois autres faits publiés par le même auteur sur ce sujet, dans l'Expérience du 3 octobre 1839. Ces cinq observations, fort remarquables, sont d'excellens documens à consulter, sur la luxation du pied, compliquée de plaies et de fractures.

FRACTURE DU CRANE; ÉPANCHEMENT DE SANG ENTRE LA DURE-MÈRE ET LES OS; DÉCHIRURE DE L'ARTÈRE MÉNINGO-MOYENNE; par M. Tavignot.

Depuis J.-L. Petit, et surtout depuis les leçons si séduisantes de Dupuytren sur les plaies de tête, la doctrine de trois grands accidens qui compliquent ces plaies, la commotion, la contusion, la compression, sont devenues monnaie courante en chirurgie. Mais, sans appuyer ici ce dire des faits qui nous y autorisent, on peut affirmer qu'autant qu'en théorie la doctrine à cet égard est claire, simple, facile, la ligne de démarcation entre chaque accident nettement tranchée, autant dans la pratique l'interprétation des faits, la connaissance de la lésion par les symptômes est difficile, obscure et souvent impossible. L'observation de M. Tavignot n'est guère propre à éclaircir ce doute, et elle est d'ailleurs semblable à beaucoup d'autres faits contenus dans les recueils scientifiques.

Obs. — Un maçon, âgé de 19 ans, fait de quinze pieds de haut une chute, qui amène une perte *complète* de connaissance. C'était le 18 juin 1840, à dix heures du matin. Ses camarades remarquent un écoulement de sang par l'oreille droite. A son arrivée à l'hôpital, le malade est privé de tous les mouvemens. Ses membres soulevés retombent comme des masses et *des deux côtés*. Mais il donne quelques marques de sensibilité, *balbutie* même quelques mots, et témoigne de la mauvaise humeur. Il sort de son assoupissement une fois pour prier de cesser des frictions qu'on lui fait. Une large saignée est pratiquée. Deux heures après, l'état comateux a augmenté; *perte complète de sensibilité, de mouvemens*; pupille droite dilatée; pouls à 65, serré et petit. (Sinapismes; compresses d'eau froide sur la tête.)

Quelques mouvemens convulsifs qui disparaissent bientôt. (On n'indique pas si les mouvemens étaient généraux on bornés à un ou plusieurs membres.) On trouve seulement alors une légère tuméfaction au-dessus de l'oreille droite. On reconnaît un épanchement sous-épicrânien, sans pouvoir constater de fracture.

Le coma continue; la respiration se trouble; le pouls faiblit, et le blessé succombe à sept heures du soir, neuf heures après l'accident.

Autopsie. 1° Fracture du pariétal sans déplacement, au niveau du sillon d'une des branches de la méningée moyenne.

2° Fracture de la table interne de l'écaille du temporal; l'externe était intacte. Une autre branche de la méningée traversant cette fracture est encore déchirée.

3° Fracture du rocher, de son sommet à la portion écailleuse.

4° Epanchement de sang coagulé occupant la fosse sphéno-temporale dro te, et remontant jusque vers le milieu du pariétal. Nous ignorons quelle a pu être la quantité du sang épanché. L'auteur dit que l'épanchement était énorme, et nous trouvons, par erreur sans doute, le chiffre de 10 on 12 décigrammes. Admettons que l'épanchement était considérable. Il siégeait entre les os et la dure-mère décollée.

5° Le lobe gauche du cerveau n'offre rien d'anormal. Quant au lobe droit, « fortement comprimé par la tumeur sanguine, au lieu de la convexité de sa face externe, il offre vers sa partie moyenne une dépression très prononcée; à la place des circonvolutions et des anfractuosités cérébrales, on trouve une surface uniformément aplatie, et qui, vers son milieu, est le siége d'une concavité assez prononcée.» Aucune autre altération dans les centres nerveux ni dans les autres organes.

Ce sont les propres paroles de l'auteur. Nous les avons citées parce qu'elles nous paraissent, sinon contredire, au moins mal s'accorder avec le siége de l'épanchement sanguin. Celui-ci occupe la fosse sphéno-temporale, et ne fait que remonter jusqu'au pariétal, et c'est justement en dehors de la fosse sphéno-temporale qu'existe la dépression du cerveau.

Voyons, en reprenant les principaux traits de ce fait, en quoi ils pouvaient être utiles au chirurgien pour indiquer une opération que M. Tavignot regrette n'avoir point vu pratiquer. D'abord, les premiers accidens, perte complète d'intelligence et de mouvemens, tiennent à ce qu'on appelle la commotion, ils se dissipent un peu et font place, ou plutôt se continuent avec quelques modifications. Cette seule intermittence suffit pour qu'on prononce qu'il y a compression, et nécessairement par de sang épanché, puisque la compression s'est établie neuf heures environ après l'accident. Mais voici qu'apparaissent des convulsions; à quelle lésion rapporter ce nouveau symptôme? Sera-ce la commotion? Mais il est à croire que non, cela est si rare, et puis c'est la compression qui domine maintenant. Sera-ce à la contusion, comme l'a observé souvent le professeur Sanson, qui, par cela seul qu'il existe des convulsions au moment ou quelque temps après l'accident, soupçonne une contusion?

La nature de l'accident, l'épanchement de sang par l'oreille fait diagnostiquer une fracture de la base du crâne. Mais, pour une fracture de la base du crâne, trépanera-t-on sur la fosse temporale? Ici la lésion est d'un seul côté et les symptômes sont généraux. Serait-ce qu'un épanchement et une fracture par contre-coup ont comprimé le lobe gauche? Qui pourra le dire? Mais je vais plus loin; je suppose que le chirurgien ait largement incisé la peau, mis à nu le crâne au niveau du point, où existait la tuméfaction, au-dessus de l'oreille, et qu'il y ait découvert la fissure, qu'il trépane en cet endroit. Le sang épanché dans la fosse sphéno-temporale s'échappera-t-il de la cavité crânienne par cette ouverture? Outre qu'il est en grande partie coagulé, quand on opère un certain temps après l'accident, le sang ainsi placé dans un point déclive ne doit guère trouver de facilité à s'échapper. Aussi nous croyons que, dans l'exemple de M. Tavignot, l'indication du trépan, même avec la connais-

sance du siége de la fissure du pariétal, n'existait point en présence des symptômes, qui, à cause de leur généralité, indiquaient une lésion étendue de l'encéphale.

OBSERVATION DE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN PAR UNE ARME A FEU, SIMULANT UNE PLAIE DE POITRINE; par le même.

OBS. — Le nommé Fabrix, âgé de 40 ans, sous-officier dans la ligne, reçut, le 12 mai 1839, une balle qui, après avoir traversé l'articulation du coude gauche, entra dans les parois abdominales, au niveau de l'hypochondre gauche, et vint s'arrêter sous les tégumens au côté opposé. Un chirurgien militaire, aussitôt après l'accident, retira le corps étranger, et introduisit son doigt dans la plaie de l'hypochondre gauche. Il soupçonna une plaie dans quelques viscères abdominaux. Transporté à l'Hôtel-Dieu, le malade, qui avait copieusement mangé peu d'heures avant sa blessure, eut des vomissemens *sanguinolens*. La réaction ordinaire aux blessures des armes à feu se développa bientôt, et le 20 mai la suppuration était établie à l'abdomen et au coude, quoique cette articulation ait été soumise à l'irrigation continue.

27 mai. Jusque-là l'abdomen était resté peu douloureux et sans tuméfaction bien manifeste : ce jour, on constate que l'ouverture d'entrée de la balle laisse écouler un liquide purulent, jaunâtre, mêlé de bulles gazeuses. A chaque inspiration, et seulement pendant l'inspiration, la plaie livre passage à une grande quantité de gaz. Une chandelle placée devant la plaie est éteinte. On reconnut un peu de matité à la base du thorax, à gauche, et cela, joint à une douleur ressentie en ce point par le malade, qui toussait et respirait difficilement, suffit pour faire diagnostiquer une plaie de poitrine. Or, voici ce que l'autopsie montra : la balle avait traversé toute l'épaisseur des parois abdominales; à gauche, entre cette dernière et l'estomac, se trouvait une cavité anormale, résultat d'adhérence du péritoine pariétal avec la surface séreuse de l'estomac. Celui-ci, perforé en deux endroits, communiquait largement avec la cavité supplémentaire. Toute la masse intestinale offrait cette coloration noirâtre qui indique un ancien épanchement de sang.

Le malade était mort dix-huit jours après sa blessure.

L'explication de l'entrée et de la sortie de l'air à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration est chose devenue facile, depuis les expériences de M. J. Guérin sur *l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses*. M. J. Guérin a, en effet, démontré que toutes les cavités des séreuses, celle du péritoine comme les autres, présentent des ampliations périodiques pendant les mouvemens des viscères qu'ils enveloppent, d'où un effet de succion et d'expulsion alternatives, sous l'influence des ampliations et des resserremens périodiques qu'elles présentent.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CANCER DES VEINES ET LA POSSIBILITÉ DE TRANSMETTRE LES CANCERS DE L'HOMME AUX ANIMAUX; par le docteur LANGENBECK.

Les cas où l'on a trouvé du tissu cancéreux dans les veines ne sont pas rares et ont même paru si fréquens à M. Cruveilhier qu'il a été conduit à penser que tout cancer se développe primitivement dans le système capillaire veineux. M. Langenbeck se livre à l'occasion de cette opinion à une discussion de laquelle il résulte qu'on ne peut admettre que l'origine première du tissu squirrheux soit réellement dans le tissus veineux. C'est en examinant des cancers à leur début qu'on aurait pu trouver la preuve de cette origine; mais les cas mentionnés jusqu'ici sont des cas de cancers arrivés à leur plus haut période de développement et passés presque tous à l'état d'ulcères, tandis que des recherches entreprises sur des cancers commençans et encore invisibles à l'œil nu ont fait voir à l'auteur que les veines ne sont pas le siége exclusif du carcinome; il assure même n'avoir observé aucun cas où le système vasculaire fût réellement le point de départ, et il regarde les masses cancéreuses qu'on trouve dans les veines comme des effets consécutifs à la maladie et analogues à la phlébite qui complique si souvent le squirrhe de l'utérus.

Autant il est rare de voir le cancer primitif prendre son origine dans le système capillaire, autant cela est commun pour les masses cancéreuses secondaires. Dans le cancer des poumons, par exemple, qui succède au cancer de l'utérus. On peut expliquer de trois manières différentes l'arrivée de la matière cancéreuse dans les veines ou par la dégénérescence des parois veineuses, ou par l'introduction de l'intérieur des masses cancéreuses dans l'intérieur des veines, ou par l'absorption du fluide cancéreux par les veines elles-mêmes plongées au milieu des tissus cancéreux.

Les masses cancéreuses que l'auteur a trouvées dans les veines étaient, les unes, tout à fait libres, non soudées aux parois vasculaires, les autres leur adhéraient légèrement, d'autres enfin formaient un seul tout avec ces parois qui étaient elles-mêmes transformées en cancer. Après avoir longtemps cherché la cause de ces différences, l'auteur finit cependant, dit-il, par en trouver l'explication dans deux cas de cancer du poumon commençant et consécutif à un cancer de l'utérus. D'après cette explication, le développement du cancer dans les veines reposerait sur une propriété fort remarquable des plus fines molécules cancéreuses et des cellules microscopiques des carcinomes qui peuvent se transformer en cancer quand elles sont complètement isolées et introduites isolément dans le torrent circulatoire. Le développement du cancer dépendrait donc comme celui de tous les produits organisés de la multiplication des cellules, et ce fait qui a été démontré par Schleiden pour les plantes, par Schwan pour les tissus animaux à l'état normal, par Müller pour les produits pathologiques, serait donc vrai également pour les produits cancéreux. Cette théorie de la multiplication et de la croissance des cellules d'où ressort la démonstration de l'analogie étroite qui existe entre les végétaux et les animaux se trouve encore confirmée par un fait que l'auteur dit avoir constaté; c'est que les cellules primitives d'une tumeur cancéreuse introduite dans le torrent circulatoire peuvent s'y développer et devenir des cancers, comme une utricule isolée, détachée d'une plante des classes inférieures, peut reproduire cette plante.

Les cellules cancéreuses peuvent pénétrer dans les voies circulatoires de trois manières différentes :

1° La matière cancéreuse se développe dans le sang, passe à l'état de cellules, puis s'arrête sur un organe où elle forme une tumeur.

2° Un cancer s'étant développé sur un organe, les veines et les vaisseaux lymphatiques y puisent le liquide caractéristique du cancer et le versent dans la circulation où les cellules se multiplient et se portent ensuite sur un organe quelconque.

3° Dans un cancer ulcéré de l'utérus, par exemple, les lymphatiques et les veines étant détruits, les cellules cancéreuses ne tardent pas à s'y introduire, puis s'arrêtent sur un point quelconque de leur trajet, dans le canal thoracique, dans les capillaires des poumons où se développent promptement des masses cancéreuses.

Le premier de ces trois modes est loin d'être admis par tous les pathologistes; cependant l'auteur assure que des observations microscopiques sur le sang des cancéreux lui ont fait voir qu'il était possible. Le troisième mode est cependant le seul dont il cite des exemples. « Dans deux cas de cancer de l'utérus, dit-il, j'ai pu voir avec la dernière évidence les cellules cancéreuses. Les veines utérines et celles des bassins étaient remplies de masses coagulées, d'un jaune rougeâtre, composées de fibrines, de globules de pus et de petites cellules carcinomateuses dont le diamètre était double de celui des premières. Mais ces masses étaient formées principalement par des globules elliptiques, transparens, moitié plus petits que ceux du sang, semblables en tout à la substance granuleuse qui constitue les cellules cancéreuses commençantes dont elles formaient le couteau. Les veines iliaques, la veine cave inférieure et le cœur droit étaient remplis de sang noir et liquide, dans lequel je trouvai aussi des cellules et des granules comme ceux dont j'ai parlé; le sang du cœur droit contenait des caillots composés de la même matière. Dans l'artère pulmonaire ils étaient soudés çà et là avec les parois du vaisseau, dont ils bouchaient complètement les ramifications les plus petites, paraissant intimement unies à ses parois. Ces caillots se composaient presque uniquement de cellules carcinomateuses dont la plupart avaient cinq à six fois le diamètre d'un globule sanguin. Très différens de ceux qui étaient dans les veines iliaques et externes, ils étaient composés de cellules cancéreuses et adhéraient aux parois, tandis que les autres étaient libres et composées seulement de granules. En suivant les ramifications de l'artère pulmonaire remplies de matière cancéreuse, j'arrivai à des tumeurs souspleurales de même nature, auxquelles se rendaient ces vaisseaux, et où tous les tissus étaient confondus en une seule masse morbide. »

M. Langenbeck pense que les cancers secondaires du poumon se développent tous de cette manière. Quant aux cancers primitifs de ces organes, on sait combien ils sont rares.

Il était intéressant de savoir si ces cellules carcinomateuses et primitives, introduites dans la circulation d'un autre individu, peuvent déterminer des cancers. Les expériences d'Albert n'avaient point eu de succès parce qu'il avait employé le pus cancéreux, qui se compose de particules cancéreuses décomposées et privées de vitalité; M. Langenbeck injecta donc dans les veines de plusieurs lapins du liquide cancéreux extrait de deux seins nouvellement amputés. Tous moururent au bout de douze à vingt-quatre heures, avec des symptômes du côté de la respiration; leurs poumons étaient remplis de petites ecchymoses.

L'expérience suivante qu'il rapporte ensuite mérite de fixer l'attention. Il mêla avec 250 grammes de sang tiré de l'artère fémorale d'un chien, et qu'il avait privé de fibrine, 31 grammes de liquide cancéreux, obtenu en râclant la surface d'un énorme cancer de l'utérus enlevé deux heures et demie auparavant, et injecta le tout par la veine fémorale du même chien. Il y eut d'abord un peu de dyspnée, qui ne tarda pas à se dissiper. Puis de la fièvre survint; mais au bout de huit jours, le chien était complète-

ment rétabli; puis il maigrit, quoique l'appétit fût bien fort. On le tua au bout de deux mois, et on trouva à la partie antérieure des lobes supérieurs, des deux côtés, deux ou trois tumeurs plates, grisâtres, de la largeur d'une lentille, semblables, par tous leurs caractères, au cancer du poumon chez l'homme. Dans le lobe moyen droit, il y avait une tumeur dure, circonscrite, de la grosseur d'un haricot, et ayant toute l'apparence d'un tubercule cancéreux. A la section, elle était formée d'une substance dure, homogène, blanâtre, piquetée de points rouges. Au microscope, elle offrait des fibres fortes, du diamètre des fibres musculaires primitives, entremêlées de cellules d'un centième de ligne de diamètre. Le liquide qu'on en exprime contenait des globules de la grosseur de ceux du sang, et d'autres plus petits, et enfin de la graisse, élémens que l'auteur avait trouvés déjà dans le cancer de l'humérus, auquel le liquide injecté avait été emprunté. Le carcinôme des poumons du chien se distinguait de celui de l'humérus chez l'homme, uniquement par des fibres plus solides et de grandes cellules avec un noyau jaunâtre. Ces cellules, dit l'auteur, sont un produit du liquide injecté, et une nouvelle preuve que les tissus squirrheux et encéphaloïde sont un seul et même tissu à divers degrés de développement.

Ces recherches, si elles sont confirmées par d'autres observateurs, ouvrent une nouvelle voie à la pathologie, en faisant connaître l'un des modes d'après lesquels les maladies se reproduisent ou se transmettent.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DES ÉMISSIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES ÉRUPTIVES; par M. A. FOUCART.

De toutes les maladies du traitement desquelles on avait jusqu'ici banni les émissions sanguines, les fièvres éruptives sont celles où cette proscription semblait la plus rationnelle et la plus inébranlable. Nous n'examinerons pas, avec l'auteur de cet article, les causes de cette opinion, qu'il appelle une funeste prévention, ni les motifs qui ont pu porter à employer dans le traitement de ces maladies une médication qui en avait été bannie de tout temps et du consentement de tous. Nous ne cherchons ici que l'occasion de nous instruire et de fournir à nos lecteurs les faits d'après lesquels ils pourront baser leur opinion sur cette nouvelle innovation médicale. Si ou a pu, avec avantage, renoncer à l'emploi des stimulans, qui autrefois étaient administrés avec profusion dès le début et pendant le cours de ces maladies, nous devons reconnaître que l'emploi des émissions sanguines se trouve encore dans la même ligne, et ne semble être qu'une application des principes mêmes qui firent déroger à l'ancienne coutume d'exciter des réactions énergiques chez les malades atteints de ces fièvres. L'extension de la méthode antiphlogistique ou réfrigérante est-elle nécessaire; est-elle même utile? C'est ce que nous allons chercher dans le travail de M. Foucart.

Nous trouvons d'abord six cas de rougeole chez des sujets âgés de 18 à 26 ans, chez tous lesquels l'exanthème était développé à l'époque de leur entrée à l'hôpital, et dont aucun, si nous nous en rapportons aux antécédens donnés en tête de chacune des observations, n'offrit le moindre symptôme réellement grave. Chez tous, l'éruption avait apparu avec facilité et s'accompagnait des symptômes catarrhaux ordinaires et des accidens fébriles que tout le monde connaît, et qui tombent souvent, comme on le sait, avant que l'éruption ait disparu. Ces malades n'offraient donc aucun symptôme qui réclamât une modification dans le traitement ordinairement employé, et avec lequel ils auraient guéri tout aussi bien qu'avec les dix saignées qui leur ont été pratiquées. L'auteur, il est vrai, qui dans ces six cas en a vu quatre assez graves, borne les heureux effets de la saignée à la diminution de la durée de la maladie, qui n'a été que de quatre jours environ, et encore, dit-il, en y comprenant le jour où la convalescence a été reconnue, et où ils ont commencé à prendre le bouillon. « Or, continue-t-il, la durée de la rougeole étant, d'après tous les auteurs, de dix à douze jours, on est donc parvenu, par la méthode des émissions sanguines, à abréger la durée de la maladie de quatre à cinq jours; c'est-à-dire de la moitié. » Nous pourrions faire remarquer que l'auteur exagère la durée de la rougeole, qui, dans les cas ordinaires, est rarement de dix à douze jours, et se termine souvent du cinquième au neuvième jour de l'éruption. Le bénéfice, s'il y en a, est donc bien petit, et même nous doutons qu'il y en ait un réel. C'est par l'application de cette méthode à des cas graves, et surtout dans des épidémies où la maladie se montrera grave, qu'on pourra juger de ses effets; les résultats obtenus dans ces six cas n'ont, à nos yeux, qu'une valeur infiniment petite.

Nous en dirons autant de trois cas de variole traités par la même méthode, et dont les sujets ont guéri après, nous dit l'auteur, que l'éruption se fut faite d'une manière bien moins intense, bien plus régulière que cela n'eût eu lieu si l'on eût laissé marcher la maladie abandonnée à elle-même. Ce jugement de l'auteur nous dispense d'examiner ses réflexions sur ces cas. N'est-il pas évident que maintenant il n'y aura plus, si l'on ne pratique des émissions sanguines, de variole discrète, ni de variole bénigne?

II. BULLETIN THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros d'avril, mai, juin et juillet contiennent les articles originaux suivans : 1° *Des abcès qui se forment en diverses parties pendant le cours des maladies de l'appareil urinaire et pendant leur traitement*; par M. Civiale. 2° *Réflexions sur l'époque d'application des bandages permanens dans le traitement des fractures*; par M. Vanmeerbeck. 3° *Considérations thérapeutiques sur l'oblitération des veines, appliquée au traitement des varices et des ulcères variqueux*; par M. Jobert. 4° *Sur un nouvel appareil pour la fracture de l'os maxillaire inférieur*; par M. Malgaigne. 5° *Note sur le traitement de l'orchite par les piqûres*, méthode de M. Velpeau. (Nous attendons, pour instruire nos lecteurs de la méthode du professeur de la Charité qu'il ait développé ce point de pratique, ce qui ne tardera pas.) 6° *Considérations sur les tumeurs et fistules lacrymales*; par M. Rigaud. 7° *Sur quelques faits de diagnostic chirurgical et de thérapeutique chirurgicale*; par M. J. Lisfranc. 8° *Note sur l'emploi du tannin contre la sueur*; par M. Charvet. 9° *Considérations thérapeutiques sur le délire nerveux et sur son traitement par les opiacés*; par M. Padioleau.

DES ABCÈS QUI SE FORMENT EN DIVERSES PARTIES DU CORPS PENDANT LE COURS DES MALADIES DES VOIES URINAIRES ET PENDANT LEUR TRAITEMENT; par M. CIVIALE.

Comme beaucoup d'autres chirurgiens, M. Civiale a observé sur les personnes affectées de maladies des voies urinaires, dont le siége est dans la vessie ou dans l'urètre, le développement de symptômes généraux très graves, arrivant subitement, ordinairement accompagnés ou suivis de l'apparition d'abcès dans différentes régions du corps. Il a cru reconnaître aux collections purulentes qui apparaissent dans ces circonstances des caractères particuliers, qu'il décrit dans son travail, et auxquels il oppose une thérapeutique chirurgicale spéciale.

Dans aucun des faits soumis à son observation, l'auteur n'a pu reconnaître pour ces accidens d'autre disposition spéciale que l'existence d'une phlegmasie locale exaspérée par le traitement ou ses progrès naturels. Quatre fois elle se montra dans le cours du traitement de rétrécissemens, soit par la cautérisation, soit par la dilatation temporaire; chez deux calculeux, pendant le traitement par la lithotritie pour l'un et pour l'autre, à la suite de l'expulsion spontanée d'un petit calcul; enfin, chez quelques calculeux, on n'avait encore essayé aucun traitement.

Les douleurs qui annoncent la formation du pus sont sourdes, diffuses. Le siége futur de l'abcès est empâté, engourdi, alors même qu'il existe à peine du gonflement. Mais à ces phénomènes locaux se joignent des symptômes généraux graves, de l'hébétude, du malaise, de l'anxiété. Plus tard les douleurs acquièrent de l'intensité, mais elles ne suffisent point pour rendre compte des phénomènes généraux, dont l'inexplicable gravité va toujours croissant. Presque toujours ce sont la perte complète de l'appétit et du sommeil, prostration considérable des forces, amaigrissement rapide, aridité de la langue, toux sèche et fatigante, trouble des facultés intellectuelles. Ces graves accidens sont précédés d'un violent accès de fièvre; qui tantôt se reproduit avec beaucoup de régularité, et tantôt se convertit en fièvre continue. M. Civiale cite deux malades qui succombèrent moins à une suppuration excessive, ou à la violence des douleurs qu'à des désordres généraux ayant de l'analogie avec les fièvres dites *ataxiques*. L'urine offre une coloration jaune orange, que M. Civiale dit avoir toujours rencontrée, et habituellement une grande fétidité. Dans quelques circonstances, les symptômes généraux se montreut d'abord, et ils doivent faire craindre, même en l'absence des douleurs, le développement des abcès. Ceux-ci peuvent se montrer dans toutes les parties du corps; mais quelque éloignés qu'ils soient de l'appareil urinaire, il y a presque toujours coïncidence d'abcès au périnée, à l'aine, à l'hypogastre, au scrotum.

Nous rapportons textuellement une observation, que nous voulons mettre en regard des préceptes thérapeutiques posés par l'auteur.

« Dans les deux derniers cas que j'ai vus, dit M. Civiale, les indications ont été plus vagues et surtout plus difficiles à remplir. Chez l'un de ces malades, il se manifesta d'abord un peu d'empâtement au-dessus de la malléole interne, avec un peu de gonflement. Des mouchetures superficielles, mais très nombreuses, donnèrent issue à une grande quantité de sé rosité jaunâtre, et la phlegmasie disparut; mais bientôt l'articulation

du genou fut envahie, tout le membre devint douloureux, ainsi que l'avant-bras du côté opposé, et les accidens marchèrent avec tant de rapidité que le malade périt avant que l'inflammation eût parcouru ses périodes; aussi ne trouva-t-on pas de foyer purulent, mais du pus répandu entre les muscles profonds et dans l'articulation du genou. »

Dans différentes parties de son travail, M. Civiale semble établir quelque analogie entre ces accidens et les rhumatismes aigus.

Quant au traitement; voici ses préceptes: Toutes les fois qu'il a attendu l'évidence de la fluctuation pour ouvrir les abcès, les malades ont couru les plus grands dangers; plusieurs ont succombé. Les antiphlogistiques contre le travail inflammatoire n'ont produit aucun résultat. Aussi regarde-t-il les moyens suivans comme plus efficaces:

1° Nombreuses mouchetures sur toute la surface affectée, qu'on couvre ensuite de cataplasmes émolliens.

2° Avec le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu profond est-il enflammé, les mouchetures ne remédient en rien à l'inflammation de ce dernier. Il est alors difficile ou impossible de déterminer l'étendue de la maladie, et il répugne de pratiquer des incisions profondes; *dans le dernier cas, dont j'ai donné les détails, j'ai à regretter*, dit l'auteur, *d'avoir cédé à cette crainte, car si j'avais pratiqué quatre ou cinq incisions profondes et larges, les tissus profonds se seraient dégorgés, et je n'aurais pas eu à déplorer la perte de ce malade.*

Le travail que nous venons d'analyser regarde un point des maladies des voies urinaires, sur lequel M. Civiale a l'incontestable mérite d'attirer un des premiers l'attention. Le point de vue sous lequel il l'a traité ne nous semble s'adresser qu'à un des élémens secondaires des maladies qu'il décrit, et de là il a tiré des conclusions de thérapeutique chirurgicale que nous ne croyons pas admissibles. Sans donner à cette question tous les développemens qu'elle comporte, nous n'exposons que le résultat de quelques faits à notre connaissance et le résumé des opinions professées par les chirurgiens actuels.

Un simple cathétérisme, avec ou sans rétrécissement, le séjour d'une sonde, l'opération de la lithotritie, un rétrécissement, provoquent le développement de phlébites dans les paquets nombreux de grosses veines qui entourent le col de la vessie et prennent sur ses côtés le nom de plexus pampiniformes. Ceci est un fait démontré et que nous avons nous-même vérifié une fois par l'autopsie, car la phlébite avait amené le développement d'abcès métastatiques dans les poumons, et les veines du plexus pampiniforme gauche étaient pleines de pus.

La courte énumération que nous avons faite des symptômes que M. Civiale a observés sur les malades qui lui ont présenté des abcès suffit pour montrer la plus grande analogie avec la troisième période de la phlébite. M. Civiale n'ignore point, sans doute, le fait de la possibilité de cette phlébite; aussi avons-nous été étonné, dans le récit de ses autopsies, de ne point trouver un mot sur l'état des poumons, du foie, des veines qui entourent le col de la vessie et en suivent de chaque côté le bas-fond. Si les abcès dont il a donné l'histoire tenaient à cette cause, la thérapeutique qu'il leur oppose serait le plus souvent nuisible.

Dans l'observation que nous avons textuellement rapportée, et que nous sommes obligé de tenir pour incomplète, on voit, après les mouchetures heureusement pratiquées sur l'empâtement de la malléole interne, le genou, les interstices musculaires de la jambe se remplir de pus, et les accidens marcher avec tant de rapidité que le malade périt en peu de jours. C'est dans un cas pareil que M. Civiale regrette de n'avoir point mis en pratique les incisions profondes. Et l'articulation du genou? Dans ce fait le développement du pus, fait avec tant de rapidité, et sans l'accompagnement ordinaire des phlegmasies, est certainement l'indice d'une affection générale et grave, sans aucune analogie avec un abcès ordinaire. Certes, quand celui-ci est formé, il faut bien l'ouvrir; mais incisera-t-on profondément les points où il va se former? On ne s'adresse pas pour cela à la maladie générale.

Il est d'autres cas où les accidens, pour la terminaison, la rapidité et l'intensité, sont les mêmes que dans ceux dépendans de la phlébite, et dans lesquels l'autopsie démontre du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané, profond, dans les muscles, sans que cependant il y ait trace d'inflammation dans les veines dont nous avons parlé plus haut; mais ici, comme dans les cas précédens, les symptômes généraux, formidables, comparables, dans un cas que nous avons observé, à ceux du choléra par la rapidité de la mort, indiquaient une maladie générale qui tenait sous sa dépendance tout ce pus répandu à profusion dans différentes régions du corps, et dont l'évacuation à aucune époque de son apparition ne pouvait guérir le malade. Dans ce dernier cas, les douleurs sourdes et diffuses, l'empâtement, sans le gonflement considérable décrit par M. Civiale, comme indiquant la formation du pus, ont été observés.

Nul doute que dans le cours ou le traitement des maladies des voies urinaires, il ne puisse se développer des abcès dont toute la gravité se résume dans la présence du pus; qu'on les ouvre alors de bonne heure, rien de mieux, car, comme le dit M. Civiale, les incisions prématurées dégorgent les tissus et sont d'excellens résolutifs.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉPOQUE D'APPLICATION DES BANDAGES PERMANENS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES; par M. VANMEERBECK.

Le chirurgien belge s'est appliqué dans ce travail à réfuter quelques-unes des objections faites par M. Malgaigne à l'appareil inamovible dans le traitement des fractures des membres. Pour lui, les idées de M. Malgaigne résument ce que l'on pense à Paris sur le bandage, et prouvent qu'on ne comprend pas ce dernier en France comme en Belgique. Pour nous, cela prouve deux choses, que M. Malgaigne n'est point partisan du bandage inamovible, et que le chirurgien belge ne connaît ni la pratique de beaucoup d'hôpitaux de Paris, ni les écrits des chirurgiens français qui ont traité cette matière.

M. Malgaigne reproche à l'application immédiate du bandage d'empêcher la formation du cal, de faire naître des dangers d'inflammation, de gangrène et de non consolidation. L'auteur belge le suit dans chacune de ces objections et montre que la théorie comme la pratique sont d'accord pour les réfuter. Nous ne voulons point entrer dans le détail de cette réfutation.

Il est des faits qui répondent encore bien mieux à ces objections; dans beaucoup d'hôpitaux à Paris presque toutes les fractures des membres sont traitées de la sorte. Dans d'autres, toutes les fractures des membres compliquées (1) ou simples, sauf celle du col du fémur, n'ont pas d'autre traitement. C'est à la Charité, dans le service du professeur Velpeau, que les choses se passent ainsi; en disant que depuis plusieurs années cinquante fractures de toute espèce sont ainsi annuellement traitées avec succès, nous restons au-dessous de la vérité. En présence d'une semblable masse de faits, les objections, fussent-elles présentées avec tout le talent et l'habileté de M. Malgaigne, ne peuvent prévaloir. Un philosophe ancien disputant avec un pyrrhonien qui doutait de sa propre existence, se contenta pour toute réponse de marcher devant lui. Que de fractures guéries et rapidement guéries font une semblable réponse aux objections des adversaires du bandage inamovible!

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR L'OBLITÉRATION DES VEINES APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES VARICES ET DES ULCÈRES VARIQUEUX; par M. JOBERT.

L'un des premiers, M. Jobert a eu recours à l'oblitération des veines par le moyen des épingles, dans le traitement des varices et des ulcères variqueux; un mémoire est sorti de sa plume pour prouver les bons effets de cette opération. Aujourd'hui l'expérience lui a appris que ces guérisons n'étaient que temporaires, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de cette opération, varices et ulcères variqueux récidivaient. Il expose, dans le présent travail, quatre observations qui prouvent cette récidive. Cette dernière se fait de plusieurs manières: tantôt ce sont les veinules voisines de la veine oblitérée qui deviennent variqueuses; tantôt le tronc même de la veine momentanément oblitérée s'ouvre de nouveau à la circulation.

M. Jobert ne croit point à l'influence de l'oblitération des veines sur la cicatrisation des ulcères variqueux, car il a vu, par le repos, plusieurs de ces ulcères se fermer d'eux-mêmes, et, d'un autre côté, après l'oblitération de la veine, et avant la récidive des varices, il a vu les ulcères se rouvrir. Il attribue ce dernier fait à la gêne que doit éprouver le sang à passer d'un gros tronc veineux dans des capillaires où sa marche est toujours moins rapide.

Il rejette tout procédé opératoire d'oblitération des veines pour des varices volumineuses; car alors, infailliblement, il y aura récidive. On ne peut guère espérer de guérison radicale que pour des varices peu développées.

SUR UN NOUVEL APPAREIL POUR LA FRACTURE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR; par M. MALGAIGNE.

Trouvant la chirurgie fort arriérée dans le traitement des fractures, M. Malgaigne cherche à porter dans cette branche de l'art l'esprit actif d'innovation qu'il a déployé pour les luxations et les hernies.

(1) Peut-être faut-il faire exception pour quelques espèces de fractures compliquées.

Nous l'avons vu l'an dernier proposer pour les fractures de la rotule un nouvel appareil destiné à amener une véritable consolidation que les appareils ordinaires sont impuissans à produire, et dont l'absence est toujours suivie d'une grande gêne dans la marche, suivant lui. Cet appareil se composait de deux paires de crochets d'acier s'enfonçant à l'aide de petits chocs, chacune dans chaque fragment, et qui pouvaient se rapprocher par une vis de rappel. C'est certainement un appareil qui doit jouir d'une grande puissance; mais qui sera assez imprudent pour oser l'employer? Il ne réussit pas dans le cas où M. Malgaigne l'a mis en usage à la Charité, dans l'année 1839.

Aujourd'hui, il propose un nouveil appareil pour la fracture de la mâchoire inférieure, appareil qu'il n'a également mis en esage qu'une fois, et qui n'a pas réussi. Avant de décrire cet appareil, M. Malgaigne admet les catégories suivantes de fractures de la mâchoire:

1° Fracture sans déplacement ou avec déplacement léger.

2° Fractures verticales avec ou sans déplacement.

3° Fracture en un seul point avec déplacement rebelle; toutes les dents sont conservées.

4° Fracture avec déplacement, les dents n'existant plus.

5° Fractures doubles ou multiples, avec déplacement ou absence des dents.

Pour les deux premières catégories, M. Malgaigne rejette tout appareil; il est en cela d'accord avec tous les chirurgiens, car on ne peut appeler appareil quelques tours de bande autour de la mâchoire.

C'est à ces trois dernières catégories que M. Malgaigne adresse son nouvel appareil; je me trompe quand je dis aux trois dernières, car quand il n'y a pas de dents, l'application de l'instrument est impossible. Je ne sais s'il adoptera cette conclusion, car il dit: « mon appareil, destiné à servir dans tous les cas et pour toutes les mâchoires, » d'une lame de fer doux et flexible, pouvant s'adapter à toutes les courbures de la face interne de la mâchoire. De ses deux extrémités et de deux autres points intermédiaires s'élèvent quatre lignes d'acier, qui se replient en angle droit pour longer la face supérieure des dents, pour se replier une seconde fois sur leur face antérieure. Chaque tige est munie d'une vis de pression, qui tend à les serrer, elle et la bande de fer, contre les dents.

M. Nicole de Neubourg avait imaginé, avant M. Malgaigne, un instrument analogue pour le résultat, mais qui, fabriqué en acier, avait l'inconvénient de ne s'adapter qu'à une mâchoire.

D'ailleurs, si l'appareil dont nous venons de donner la description ne réussissait pas, M. Malgaigne a imaginé un autre moyen. Cet insuccès ne doit, suivant lui, arriver que dans les cas compliqués et rebelles à tous les autres appareils. Ce moyen consiste tout simplement dans un point de suture entrecoupée, unissant chaque extrémité du fragment moyen aux deux autres portions de l'os. A cet effet, on perce avec le foret quatre trous dans les trois fragmens, un à chaque extrémité du fragment moyen, un autre à chaque extrémité des autres fragmens. Nous demandons à M. Malgaigne la permission d'ajouter que, dans ce dernier procédé, il est bon de rappeler aux chirurgiens assez hardis pour le mettre en pratique, chez l'enfant, l'adulte et le vieillard, le canal dentaire subit des changemens de position, qui doivent faire varier le trajet que suivra le foret.

NOTE SUR L'EMPLOI DU TANNIN CONTRE LA SUEUR; par M. le docteur CHARVET.

La sueur est un accident morbide souvent si grave et si incommode que le praticien est obligé de la combattre par des moyens particuliers. L'acétate de plomb, vanté dans ces derniers temps, détermine dans quelques cas des effets fâcheux qui empêchent beaucoup de praticiens de l'employer dans des circonstances où cependant son usage semble parfaitement indiqué. Le tannin paraît n'avoir aucun de ces inconvéniens, employé comme antisudorifique et à l'état de tannin pur. Depuis deux ans que l'auteur l'emploie à l'hôpital et dans sa pratique particulière, il lui a réussi non pas dans tous les cas, mais dans presque tous.

Il le prescrit sous forme pilulaire à la dose de 2 1/2 à 10 centigr. dans les vingt-quatre heures, ordinairement le soir, associé ou non à l'opium qui n'en empêche ni favorise l'action. La première fois qu'il en fit usage ce fut chez un phthisique déjà dans le marasme, et auquel la toux, la fièvre et l'oppression étaient moins pénibles que la sueur générale dont il était inondé chaque nuit. Le malade réclamait un remède contre la sueur qu'il regardait comme la seule cause de ses souffrances, lorsqu'on lui fit prendre une dose de 27 millig. Le lendemain, le malade assurait avoir passé une bonne nuit et était à peine en moiteur à son réveil. La même dose répétée chaque soir fut suffisante pendant plusieurs semaines pour supprimer totalement les sueurs qui se reproduisaient dès qu'on suspendait le médicament. La dose fut élevée successivement à 5 centigr., puis à 8 centigr., et toujours avec le même succès.

L'auteur rapporte plusieurs autres observations à l'appui de la propriété antisudorifique qu'il attribue au tannin; elles ont été recueillies chez des phthisiques arrivés à une période avancée de la maladie, et elles offrent de nouveaux exemples de l'activité avec laquelle le tannin suspend les sueurs, même dans des cas où la maladie dont elles sont un effet est au-dessus des ressources de l'art.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LE DÉLIRE NERVEUX ET SUR SON TRAITEMENT PAR LES OPIACÉS; par M. le docteur PADIOLEAU.

Le délire nerveux ne comprend pas exclusivement le délire qui survient chez les personnes adonnées à l'ivrognerie (*delirium apotu*), mais encore celui qui se développe à la suite d'accidens graves, de blessures, par exemple, ou de quelque forte émotion ou sous l'influence de quelque affection étrangère au cerveau; il est pourtant à regretter que les caractères de ce délire n'aient pas encore été étudiés avec toute l'attention désirable. Ainsi il semblerait ressortir du travail de M. Padioleau qu'on doit regarder comme délire nerveux tout délire qui ne se lie pas à une phlegmasie de l'encéphale ou des méninges, et cependant on ne pourrait dans l'état actuel de la science donner cette extension au délire nerveux. Le fait suivant va nous prouver que ce délire s'observe dans d'autres cas que chez les hommes adonnés à l'ivrognerie ou à la suite de plaies et de blessures.

OBS. — Un jardinier, âgé de 40 ans, d'une constitution faible et lymphatique, est pris d'un point de côté au mois de février 1840. Cet homme est d'une sobriété exemplaire, et boit même fort peu de vin à ses repas. Une pneumonie aiguë fut constatée, le malade saigné plusieurs fois; des sangsues, puis enfin un vésicatoire furent appliqués sur le côté douloureux.

Vers le sixième jour, on observe quelque chose d'insolite dans les manières du malade, un peu d'aberration dans son intelligence, une précipitation extraordinaire dans ses mouvemens et une insomnie remarquable. Il n'accusait plus de douleur au côté, la toux avait entièrement disparu, et cependant on entendait un râle crépitant, manifeste, au sommet du poumon gauche. Le regard était fixe et brillant, sans dilatation des pupilles, le pouls peu développé était lent, et les urines étaient absolument laitacées. (15 centigr. d'extrait gommeux thébarique dans une potion anti-spasmodique.) La nuit suivante ayant été très agitée, on fait une nouvelle saignée le lendemain; mais la nuit d'après l'agitation fut encore plus vive, les yeux étaient toujours fixes et brillans; la conjonctive de l'œil gauche était injectée; le pouls donnait 65 pulsations, et le malade avec un délire assez calme répondait quelquefois juste aux questions qu'on lui adressait; il n'y avait point eu de garderobe depuis plusieurs jours. (1 gramme de calomel à prendre dans la matinée en trois doses, et dans l'après-midi une potion antispasmodique avec 30 centigr. d'extrait gommeux d'opium.)

Trois ou quatre selles obtenues dans la journée n'amènent aucun changement; mais dans la soirée, le malade, après avoir pris les deux tiers de sa potion, tombe dans un sommeil calme qui dure jusqu'à quatre heures du matin. Ses idées alors paraissent plus nettes; une cuillerée de potion lui est encore administrée, puis il s'endort de nouveau, et à son réveil il n'offre plus de traces de délire.

A partir de ce moment la convalescence s'établit franchement et ne fut entravée par aucun accident.

Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; mais le plus souvent ils passent inaperçus, parce qu'ordinairement on se contente d'opposer aux accidens graves qui se développent les saignées locales ou générales, et qu'ils se terminent alors presque constamment par la mort. Il n'est pas douteux que les narcotiques ne conviennent dans ces cas qui peuvent être rapprochés de ceux où le musc rend des services si incontestables dans des circonstances à peu près analogues; mais il reste à étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait encore les caractères propres à ces sortes de cas.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

RECHERCHES SUR LE SYSTÈME CAPILLAIRE.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance qui n'offre aucun intérêt, M. Dubois (d'Amiens) continue la lecture de ses RECHERCHES SUR LE SYSTÈME CAPILLAIRE.

L'auteur a cherché à apprécier la rapidité des globules sanguins dans les dif-

férens courans capillaires. Pas plus que le grand Haller, il n'a pu y réussir et vérifier ce qu'a dit à cet égard M. Gendrin. Néanmoins cette rapidité est bien différente suivant l'espèce de capillaire que traverse le sang. On sait que les physiologistes ont depuis longtemps reconnu que les globules ne sont pas en contact avec les parois des canaux qui les charrient. Ils en sont séparés par un lit de sérosité incolore, de telle sorte qu'on les dirait suspendus dans ces canaux. Dans les artères, leur course est sensiblement plus rapide que partout ailleurs et on n'y aperçoit aucune oscillation régulière qui indique le retentissement du rhythme du cœur. A mesure qu'ils approchent des courans réticulaires, leur marche se ralentit; quoiqu'elle soit encore trop rapide pour être appréciée, c'est dans ces derniers courans qu'ils paraissent le plus lents pour reprendre dans les capillaires veineux une nouvelle rapidité, moindre cependant que dans les artères. Dans les capillaires, soit veineux, soit artériels, qui livrent passage à plus d'un globule, ceux qui avoisinent les parois sont agités d'un mouvement moins rapide que ceux du centre. Quelqu'attention qu'on prête au globule dans les artères, les veines, les courans réticulaires, on ne peut apprécier dans sa forme, son volume, aucun changement, il parcourt ces trois filières sans s'altérer, au moins d'une manière appréciable à nos sens.

M. Rochoux: Haller a nié l'irritabilité des parois vasculaires admise par d'autres physiologistes. M. Dubois dans aucune partie de son passage n'a fait mention de l'influence nerveuse dans les courans sanguins. Les nerfs grands sympathiques dont les filets suivent, comme on sait, les troncs et rameaux artériels, ont bien certainement une action sur ces courans. Peut-être que les courans généralement admis dans les nerfs agissent-ils sur les courans qui parcourent les vaisseaux. Bélard et d'autres ont prouvé par des expériences que les courans sanguins s'arrêtent après la section des nerfs grands sympathiques.

M. Dubois répond qu'il aura à apprécier cette influence lorsqu'il traitera du système capillaire sous le rapport d'anatomie pathologique. Cette influence alors est bien plus manifeste, et ce qui le prouve, c'est qu'on est obligé de recourir à des faits pathologiques pour l'apprécier.

M. Dupuy: Il y a fort longtemps j'ai fait quelques expériences sur la section du grand sympathique. J'ai coupé deux des ganglions de ce nerf à un cheval (nous n'avons point entendu quels étaient ces ganglions) qui a vécu bien portant pendant trois mois; au bout de ce temps il fut sacrifié. La seule chose que j'ai observée chez lui a été une infiltration de la conjonctive, que j'explique par la section des filets qui accompagnent la cinquième paire sur cette membrane.

M. Breschet: Dans ce qu'a dit précédemment M. Rochoux, il y a deux ordres de faits, l'un physiologique et l'autre anatomique; sous ce dernier point de vue, il est certain que les artères reçoivent deux ordres de nerfs: 1° du système cérébro-spinal, 2° du système sympathique. Wrisberg, Scarpa et d'autres ont prouvé cela: anciens et modernes sont d'accord à ce sujet. Mais quant aux courans électriques, que M. Rochoux a dit généralement admis dans les nerfs, rien n'est moins prouvé. Il est vrai que M. Mateucci d'abord, puis plus récemment deux physiologistes vénitiens ont proclamé l'existence de ces courans. J'ai répété avec M. Becquerel toutes leurs expériences; nous nous sommes servis de multiplicateurs électriques qui décèlent les plus petites traces d'électricité, et nous n'en avons jamais trouvé. Ce qui a pu induire ces physiologistes en erreur, c'est que dans ces expériences il se développe quelquefois des courans électro-chimiques que l'on peut confondre avec de prétendus courans électro-nerveux.

M. Rochoux se défend d'avoir parlé de courans électriques dans les nerfs; il a bien dit qu'il existait des courans dans les nerfs, mais il n'a point dit qu'ils fussent électriques.

CONDITIONS DE LA VISION; PAR M. GERDY.

Ces conditions sont relatives à l'œil et à l'objet. Ce dernier doit être assez éclairé et à une distance convenable, mais variable pour les différens individus, pour le myope et le presbyte. Un œil dans les conditions ordinaires peut devenir, par l'habitude, myope ou presbyte, témoin le conscrit qui, pour s'exempter, apprend à devenir myope, et le chasseur et le marin, qui voient à d'énormes distances ce qu'un autre œil ne pourrait distinguer.

Relativement à l'œil, la première condition de vision est l'ouverture des paupières. Une diaphanéité parfaite des milieux transparens de l'organe est aussi nécessaire. Un déplacement de la pupille n'amène pas de grand changement dans la vision, ce qui prouve que le foyer des rayons n'a pas besoin de tomber en un point précis de la rétine. L'iris peut manquer. Deux fois M. Gerdy a vu l'absence de l'iris avec une bonne vue. C'est ce que prouve encore l'agrandissement de la pupille par la belladone. La présence du pigmentum est loin d'être une condition indispensable de vision, puisque l'albinos voit. La rétine peut quelquefois être influencée par la lumière artificielle et indifférente à la lumière naturelle. L'action des nerfs carotidiens branches du grand sympathique, de la cinquième paire, paraît indispensable pour la vision nette et distincte.

Ici M. Gerdy discute la nature de la vision. De tous temps, les hypothèses des physiciens, des mathématiciens ont démontré notre ignorance sur ce phénomène. On a voulu voir dans l'œil un instrument d'optique formé d'un système de lentille. C'est peut-être là la cause de toutes les erreurs admises sur la vision. Quelle différence, cependant, entre ces deux choses! Dans un instrument d'optique, la réflexion, la réfraction, la dispersion des rayons lumineux sont précises, connues, calculées. Qui connaît exactement ces mêmes phénomènes dans l'œil? La vitalité de l'organe ne modifie-t-elle pas à chaque instant, d'accord avec la densité de ses parties, les mêmes phénomènes, et ne suffit-elle point à corriger les aberrations de sphéricité et de réfrangibilité? Et la distance focale que nous avons vue au commencement de ce travail si variable par l'habitude, ne se trouve-t-elle pas sous l'influence de la vitalité de l'œil? Le cas où cette distance focale est le plus modifiée, avec conservation de la vue, est sans doute celui où le cristallin disparaît après l'opération de la cataracte, sans troubler notablement la vision.

M. Gerdy termine sa lecture par un aperçu rapide de la vision des animaux des différentes classes. Il s'arrête surtout à une qualité de la vision que les physiologistes ont négligée, et qu'il appelle la précision de la vue. Elle est apparente chez beaucoup d'animaux, et surtout chez l'hirondelle, qui, dans son vol rapide, voit et saisit à chaque instant les petits insectes dont elle se nourrit; chez le poisson, qui, effrayé, fuit avec la rapidité de l'éclair à travers des rochers, sans jamais se heurter. Il parle du tapis des animaux, qui remplace chez eux le pigmentum, et semble lui donner un plus grand pouvoir de vision. Il discute et cherche à réfuter l'opinion de Desmoulins sur les plis de la rétine.

Après quelques objections de MM. Rochoux et Castel, auxquelles répond M. Gerdy, la discussion est close.

COMMUNICATIONS. — REIN SITUÉ SUR L'ANGLE SACRO-VERTÉBRAL.

M. Cruveilhier a été prié par M. Lagancherie, chirurgien militaire de Metz, de mettre sous les yeux de l'Académie cette pièce, qui n'offre d'ailleurs rien qui ne soit déjà connu.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN VASTE ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE INTERNE, A LA SUITE D'UN BUBON; INJECTIONS DÉTERSIVES ET IODÉES; GUÉRISON RAPIDE; par M. A. Boinet.

Obs. — Un jeune homme de 27 ans, d'une taille moyenne, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphathatique, ayant au cou des ganglions engorgés, la poitrine peu large, mais saine et jouissant habituellement d'une bonne santé, a eu plusieurs maladies vénériennes, des écoulemens, des chancres. Ces maladies ont duré pendant longtemps et ont guéri sans laisser de traces apparentes. Dernièrement, à la suite de nouveaux chancres, il survint un bubon dans l'aîne droite; c'était vers la fin d'octobre 1838. Ce bubon se termina par suppuration et par induration; après sa guérison, il resta un engorgement non douloureux à la pression, indolent et dû à l'induration de quelques ganglions. Le malade suivit exactement un traitement anti-vénérien; tous les jours, pendant deux mois, il a pris de la tisane et du sirop de salsepareille et 50 centig. de proto-iodure de mercure en 60 pilules. Des frictions avec l'onguent napolitain ont été faites sur la région inguinale, un emplâtre de Vigo a été appliqué; tous ces moyens n'ont pu faire disparaître en totalité cet engorgement, dont le malade n'éprouvait d'ailleurs aucune gêne. Il suivait toutes ses habitudes comme en bonne santé, vaquait à ses occupations de notaire, sans même s'apercevoir que ses ganglions inguinaux étaient engorgés. Il resta ainsi pendant plus de trois mois, et se croyait parfaitement guéri.

Un soir, après une course un peu longue, il ressenti dans l'aîne droite où avait existé le bubon, une douleur assez légère pour n'y pas faire beaucoup d'attention et ne pas l'empêcher de faire sa besogne accoutumée; mais deux jours après l'apparition de cette douleur qui n'avait pas sensiblement augmenté, la région inguinale offrait une tuméfaction considérable; cette tuméfaction n'avait été annoncée par aucun symptôme particulier, si ce n'est la petite douleur ressentie deux jours auparavant.

A l'examen du malade, je fais les remarques suivantes: d'abord on observe dans tout l'espace inguinal droit une tumeur à base large, mal circonscrite, bosselée, dure au toucher, située au-dessous du ligament crural qu'elle soulève. Il n'y a point de changement de couleur à la peau, point de douleur à la pression, point de fluctuation; la tumeur a le volume du poing; elle gêne un peu pendant la marche. M. le professeur Velpeau ne constate aucune fluctuation, et conseille, sans se prononcer sur la nature de cette tuméfaction survenue d'une manière si prompte et si insidieuse, un traitement anti-vénérien, combiné à un traitement anti-scrofuleux. Le malade assure n'avoir pas vu de femme depuis sa dernière affection vénérienne. D'ailleurs, il n'a point d'écoulement et la verge n'est le siége d'aucun chancre, ni ulcération, pas plus que le membre inférieur de ce côté. Point d'hémorrhoïdes, ni fissure à l'anus, rien enfin qui puisse expliquer l'apparition du ce gonflement inguinal.

Trois jours après l'apparition de cette tumeur, la fluctuation devint sensible, mais dans un point très circonscrit. Une incision donna issue à une petite quantité de pus de bonne nature. Des raisons particulières s'opposant à ce que M..... se traitât chez lui, il se rendit à la maison royale de santé, où il fut confié aux soins de M. le docteur Monod. Ce chirurgien le traita par les pilules de Sédillot. Une salivation abondante, des douleurs atroces dans la tête qui durèrent huit jours firent abandonner cette médication. Pendant deux mois que le malade est resté à la maison de santé, M. Monod n'a jamais pu, malgré tous ses bons soins, parvenir à tarir la suppuration fournie par l'ouverture que j'avais pratiquée; ni les frictions avec différentes pommades, la cautérisation, ni une compression méthodique, n'ont pu en venir à bout, pas plus que l'application répétée de potasse caustique, moyen à l'aide duquel il se proposait de détruire l'épaisseur des parties molles qui recouvraient le foyer purulent, de favoriser son évacuation, d'exciter son fond et le recollement de ses parois; tout fut inutile, et M.... sortit de la maison de santé sans être guéri.

A cette époque, je pensais encore que nous avions affaire à un bubon suppuré; j'essayai à mon tour d'obtenir la guérison par une inflammation adhésive; pendant plus de deux mois, je fis des efforts inutiles, pour obtenir le recollement et

la cicatrisation du trajet fistuleux qui existait; l'introduction de mèches de linge effilé, de sondes en gomme élastique trempées dans du nitrate acide de mercure, plusieurs cautérisations avec la pierre infernale, la compression, tout enfin échoua devant cette fistule. Je me décidai alors à inciser la peau amincie, désorganisée et impropre à la cicatrisation, qui recouvrait le fond du foyer pour le panser à plat. Pendant deux jours le malade va bien, il ne s'écoule ni pus, ni sérosité; mais le troisième il survient de la fièvre, de la douleur avec tension dans le bassin, la région inguinale et jusque dans le genou. Je suis obligé d'enlever le pansement et aussitôt une quantité considérable de matière purulente s'échappe, en ruisselant du milieu de la plaie par un orifice étroit, sinueux, situé à 27 millim. au-dessous du ligament de Poupart. Un stylet introduit par cet orifice ne peut pénétrer, quelque précaution que je prenne, qu'à 41 millim. et 54 millim. de profondeur. Cette exploration vint encore raffermir ma première opinion, qui était que j'avais affaire à une fistule aboutissant à un ganglion suppuré dont le siége était profond. Guidé par cette idée, je revins encore à l'introduction des bougies, à la cautérisation, à la compression, en même temps que le malade fut soumis à un régime tonique et à un exercice modéré. Je continuai ainsi inutilement pendant plusieurs semaines, sondant de temps en temps cette fistule pour m'assurer de son état. Rien ne put diminuer la suppuration, et son abondance était si grande que je ne pouvais me l'expliquer avec une fistule de la nature de celle que je supposais. En outre le malade accusait assez fréquemment (lorsque l'ouverture fistuleuse venait à se fermer) des douleurs dans le bassin, la hanche, la cuisse et même jusque dans le genou, etc.; tout cela me fit soupçonner une lésion plus grave et plus profonde, une coxalgie peut-être, ou bien une carie de l'os des iles ou de la colonne vertébrale; cependant, excepté les douleurs que je viens de signaler, les symptômes d'une coxalgie n'étaient rien moins qu'évidens. Vingt fois déjà j'avais introduit un stylet dans toutes les directions et jamais je n'avais pu pénétrer au-delà de 5 à 6 centimètres, lorsque tout d'un coup l'instrument s'enfonça à une profondeur de plus de 15 à 18 centimètres, dans la direction de la fosse iliaque interne. Cette exploration fut suivie d'un écoulement considérable de matière purulente. L'obstacle, qui jusque là m'avait empêché d'aller plus avant, était probablement une bride ou un ganglion qui se trouvait à 5 ou 6 cent. de l'ouverture fistuleuse. Pour franchir cet obstacle, il suffisait d'imprimer au stylet un mouvement de bascule, en le dirigeant de bas en haut et de dedans en dehors. A partir de ce moment, ma manière de penser sur la nature et le siége de cette affection se modifia complètement; mais une autre difficulté se présenta aussitôt; existait-il seulement un abcès de la fosse iliaque ou un abcès par congestion, provenant de la carie de la colonne vertébrale ou des os environnans?

Le siége de cet abcès ouvert à un pouce au-dessous du ligament de Poupart, la diminution de l'engorgement des ganglions, la profondeur du trajet fistuleux, surtout sa direction, la marche insidieuse de cette maladie à son début, son opiniâtreté à ne pas guérir, les antécédens du malade, sa constitution scrofuleuse, les douleurs de la hanche, de la cuisse, etc., l'absence de douleurs du côté de la colonne vertébrale, les mouvemens faciles de l'articulation coxo-fémorale, me portèrent à croire qu'il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque, ayant pour cause la fonte des ganglions profondément situés dans la région inguinale et dans le bassin. Dans tous les cas, la guérison me paraissait difficile, et avec d'autant plus de raison, que depuis plus de six mois, tout ce qu'on avait tenté n'avait été suivi d'aucun bon résultat. Tous mes efforts tendirent alors à vider ce foyer, à déterminer une inflammation adhésive de ses parois. Pendant longtemps encore, tous mes soins restèrent inutiles. J'avais essayé plusieurs injections émollientes, qui n'avaient produit ni bien ni mal. Ne sachant plus que faire, j'eus la pensée de faire dans ce foyer une injection iodée; ce moyen extrême ne me paraissait pas sans danger; mais avant de le mettre en usage, je voulus m'aider des lumières de quelques-uns de mes confrères. On consulta séparément MM. Roux, Sanson et Bérard jeune, qui conseillèrent, le premier, d'aller au Mont-d'Or et de voyager; le deuxième, de faire usage de pilules fondantes, de maintenir béante l'ouverture pustuleuse, de suivre un bon régime, etc. Cette opinion fut aussi celle de M. Bérard, qui, de plus, conseilla quelques injections détersives, le changement d'air et le séjour à la campagne. Muni de ces consultations, M. ..., se rendit dans son pays, d'où il revint sans être guéri, deux mois après, pour se soumettre aux injections iodées que je lui avais conseillées. Le séjour à la campagne n'avait apporté aucune amélioration dans son état; la suppuration n'avait pas diminué; le trajet fistuleux était large et admettait facilement une sonde n. 9 que le malade introduisait soir et matin, pour empêcher le pus de séjourner. Une bougie pénétrait à 18 ou 20 centimètres de profondeur, et si, lorsqu'on était au fond du foyer, on cherchait à faire pénétrer la sonde plus avant, le malade ressentait à l'instant des douleurs très vives dans la région lombaire, s'irradiant dans la hanche et la cuisse, et jusque dans le genou. Plusieurs fois, à la suite de ces explorations, auxquelles se livrait assez fréquemment notre malade, pour savoir si le mal augmentait ou diminuait, il sortait du pus teint de sang.

Je fis d'abord, pendant une semaine, des injections émollientes; puis, le 1er décembre 1839, je poussai dans le foyer une injection iodée. J'y procédai de la manière suivante: avec une sonde en gomme élastique n. 10, introduite jusqu'au fond de l'abcès, je fis une injection composée de teinture d'iode, 8 grammes, et eau distillée, 125 grammes. Pendant cette injection, M. ... accusa une vive douleur dans la région lombaire, ce qui m'empêcha de pousser une plus grande quantité de liquide; il y en avait environ 75 à 80 grammes. Une partie de l'injection, que je laissai une minute environ, s'écoula en retirant la sonde, et le reste demeura dans le foyer. Pour prévenir une inflammation trop intense, ou au moins dans l'intention de la modérer, j'avais ordonné le repos, des cataplasmes émolliens, etc.; mais, après cette injection, le malade ne souffrant pas plus que d'habitude, sortit toute la journée, malgré ma défense, et ne rentra que le soir, lorsqu'il commençait à souffrir dans la hanche et à éprouver de la difficulté à marcher. Le surlendemain de cette injection irritante, une forte fièvre se déclara, accompagnée d'une réaction générale très intense. La région inguinale devint très tuméfiée, très douloureuse à la moindre pression; le flanc droit, la hanche, la cuisse, furent le siége d'une sensibilité très grande, etc. La position horizontale, des cataplasmes émolliens, la diète, etc., firent promptement disparaître l'acuité de tous ces symptômes inflammatoires, mais la suppuration devint plus abondante qu'elle n'avait jamais été; le pus était de bonne nature; cet écoulement diminua promptement et progressivement, et le malade quitta le lit et la chambre au bout d'une semaine, n'espérant aucun bon résultat de cette injection; il reprit ses occupations. Comme il avait l'habitude de porter un bandage que je lui avais fait faire exprès, pour comprimer la région inguinale et abdominale, dans le but de rapprocher les parois du foyer, il appliqua ce bandage, mais c'était plutôt pour se garantir du pus qui s'écoulait durant le jour, pendant qu'il allait et venait, que dans un autre but; car il ne comptait pas plus sur l'efficacité du bandage que sur celle de l'injection qu'il venait de souffrir. Il devait en être autrement, et, contre notre attente, la guérison arriva avec une rapidité vraiment surprenante; la suppuration cessa presque tout d'un coup et si complètement, que douze jours après l'injection, la fistule était tout à fait tarie, et son orifice oblitéré. Le malade était radicalement guéri, M. ... avait vu si souvent la fistule se boucher, puis le pus s'accumuler dans le foyer, donner lieu à des douleurs et à des accidens qui ne cessaient que lorsque l'écoulement du pus se rétablissait, qu'il n'osait encore se féliciter de sa guérison. Elle ne s'est pas démentie depuis ce moment, et aujourd'hui, plus de huit mois après cette opération, M. ... jouit d'une santé très bonne; il a pris de l'embonpoint, et n'a jamais ressenti la plus légère douleur dans l'endroit où siégeait cet abcès.

Des conséquences pratiques du plus haut intérêt, pour la thérapeutique des abcès chroniques, fistuleux, nous paraissent découler de cette seule observation qui, d'ailleurs, mérite l'attention à d'autres égards. D'abord ne prouve-t-elle pas l'innocuité et en même temps l'utilité des injections irritantes, au moins dans certains cas; ne démontre-t-elle pas, comme M. le professeur Velpeau l'a si bien établi pour les hydrocèles, que la teinture d'iode est une substance absorbable dont l'infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangreneuses; qu'elle peut mieux que les injections vineuses, avec moins d'embarras et plus promptement, amener une inflammation adhésive? Il est vrai que les circonstances dans lesquelles nous agissions n'étaient pas les mêmes; ce n'était plus dans une tunique vaginale que nous faisions une injection iodée, mais bien dans le foyer d'un vaste abcès, entouré d'un tissu cellulaire abondant, de nerfs, de vaisseaux, de muscles, etc., recouverts d'une membrane séreuse très prompte à s'enflammer à la moindre occasion. Cette circonstance du voisinage du péritoine était bien de nature à nous donner des inquiétudes, que le résultat que nous avons obtenu pouvait seul dissiper. En poussant une injection pareille dans un foyer aussi vaste, situé sous le péritoine, nous craignions beaucoup et nous devions craindre que cette membrane, venant à s'enflammer, ne fût cause d'accidens plus graves que ceux que nous avions à combattre. Cette crainte eût sans doute suffi pour nous arrêter dans l'emploi de ce moyen, si l'espèce d'analogie, que nous croyions trouver entre une tunique vaginale et la poche des abcès qui suppurent depuis longtemps, ne nous avait pas un peu rassuré. On sait, en effet, que les parois des abcès anciens sont tapissées de fausses membranes, d'une couche épaisse, d'une pseudo-membrane en un mot, qui en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat des liquides contenus dans l'abcès. On sait encore que le tissu cellulaire qui a été enflammé devient plus dur, plus dense, plus resserré, est infiltré de sérosité et de lymphe plastique qui le privent de ses facultés absorbantes. Ces considérations nous encouragèrent à faire cette injection; tout heureusement s'est passé chez notre malade, à cela près d'une inflammation plus forte comme dans un cas simple d'hydrocèle, et la guérison n'a pas été plus longue à attendre. Cependant cette injection donna lieu à de violens symptômes de réaction, lesquels nous firent penser tout d'abord que nous n'obtiendrions aucun bénéfice de notre tentative, puisqu'au lieu d'une inflammation modérée, adhésive, il était survenu une inflammation suppurative des plus fortes.

Ce fait devra donc nous servir d'avertissement utile pour l'avenir, en nous apprenant à moins craindre ces vives inflammations et à les considérer, sinon comme nécessaires, au moins comme peu nuisibles à la guérison; peut-être même cette influence a-t-elle été avantageuse, en déterminant un gonflement général des parois du foyer. Celles-ci rapprochées de cette façon au contact les unes des autres ont pu établir des adhérences entre elles et produire ainsi leur adhésion complète.

Une circonstance que je crois utile de mentionner, c'est la manière dont nous avons placé la sonde pour faire l'injection. Celle-ci poussée avec la seringue, seulement à travers le trajet fistuleux, aurait peut-être réussi tout aussi bien, ou même il aurait été été suffisant d'introduire la sonde à 5 ou 6 centimètres sans la porter jusqu'au fond de l'abcès, ce que nous avons fait. Ce dernier procédé nous a paru et meilleur et plus sûr pour porter l'injection dans toute l'étendue du foyer. En effet, en introduisant la sonde jusqu'au fond de l'abcès, le liquide sortant par les yeux de l'instrument a rempli totalement la poche, et nous a assuré, la sonde étant assez grosse pour boucher l'orifice externe de la fistule et empêcher l'injection de couler au-dehors, que cette injection se trouvait répandue sur tous les points de l'abcès; autrement le bout de la seringue pouvait appuyer,

soit à droite, soit à gauche, sur les parois de la fistule, ou bien rencontrer une bride ou tout autre obstacle qui aurait empêché l'injection d'être faite convenablement. Il en serait résulté une injection partielle ou incomplète qui, n'atteignant pas le fond de l'abcès, ne l'aurait enflammé qu'imparfaitement et dans sa partie la plus extérieure; une espèce de cul-de-sac formé par le fond du foyer qui n'aurait pas participé à l'inflammation aurait bientôt ramené les choses dans l'état où elles étaient avant l'opération. Il nous paraît donc plus convenable et plus avantageux en pareil cas de remplir le foyer de haut en bas que directement ou de bas en haut.

Un autre motif encore doit nous faire préférer cette manière d'injecter, c'est qu'en ne retirant pas la sonde, on peut laisser dans le foyer la matière injectée aussi longtemps qu'on le juge convenable, ce qui ne pourrait avoir lieu aussi bien, si l'on faisait l'injection avec une seringue seulement, sans le secours d'une sonde, ou avec cet instrument introduit à peu de profondeur.

Désormais, il reste donc établi, par ce seul fait, qu'on peut, sans danger, employer les injections iodées dans d'autres maladies que dans les hydrocèles, et nous en profiterons pour dire, en passant, qu'en général on emploie peut-être trop rarement les injections détersives et irritantes, et que, de nos jours, nous avons peut-être tort de négliger un genre de médication auquel les anciens avaient recours plus souvent.

Les autres réflexions, non moins importantes, que peut suggérer cette observation, portent sur la marche de la maladie et sur son diagnostic. C'est un bel exemple d'un bubon terminé, en partie par suppuration, en partie par induration. Chez cet individu, affecté d'une constitution scrofuleuse et chez lequel la cause syphilitique n'était pas probablement tout à fait épuisée, il a suffi d'un peu de fatigue pour ramener dans des ganglions indurés une inflammation dont les suites ont été très fâcheuses et pouvaient le devenir encore davantage.

D'un autre côté, le diagnostic a offert des difficultés difficiles à surmonter. Était-il possible, dans le cas qui nous occupe, de reconnaître d'abord si réellement il existait un abcès de la fosse iliaque? Pouvait-on, avec quelque raison, croire à un bubon sous-aponévrotique? En s'appuyant sur les antécédens du malade, ce diagnostic était assurément le seul raisonnable, et celui qui fut porté par plusieurs chirurgiens. M.... était jeune homme, il avait eu des chancres, un bubon; le siége de la maladie, sa marche, un trajet fistuleux qui ne paraissait avoir que 4 ou 5 centimètres de profondeur, l'écoulement intarissable de cette fistule, l'engorgement chronique des ganglions inguinaux, la constitution du sujet, etc., pouvaient bien faire croire à un bubon atonique, mixte; c'est-à-dire provenant à la fois, et du vice syphilitique, et du vice scrofuleux. Il était donc facile, je dirai plus, on ne pouvait, à cause de ces raisons, croire à autre chose qu'à un bubon suppuré, et cela, jusqu'au moment où le stylet pénétra dans le bassin. Ce nouveau signe nous fut en aide, il est vrai, pour nous faire reconnaître le siége de la maladie, mais il ne laissa pas que d'apporter de nouveaux embarras dans le diagnostic de la nature du mal. Il nous apprit, en effet, qu'il y avait un abcès dans la fosse iliaque; mais de quelle nature était cet abcès? De ceux qu'on appelle par congestion. Le malade assurait n'avoir jamais éprouvé de douleurs dans la colonne vertébrale; mais sa constitution détériorée, son tempérament lymphatique, les mauvaises habitudes et les maladies vénériennes qu'il avait eues, la présence presque subite dans l'aîne d'une tumeur indolente, fluctuante, non circonscrite, sans changement de couleur à la peau, venue d'une manière insidieuse, donnant lieu à une suppuration abondante, se terminant par une fistule intarissable, et qui s'étendait jusque sur les côtés du rachis, la maigreur du malade, etc., pouvaient, avec quelque fondement, faire croire à un abcès par congestion. Toutes ces raisons avaient bien quelque valeur, mais elles ne suffisaient pas.

Toutes les circonstances que nous venons de passer en revue doivent bien, à la vérité, se montrer dans l'abcès par congestion; mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre plus circonspect dans le jugement qu'on avait à porter. J'ai déjà dit que le malade n'avait jamais souffert du côté de la colonne vertébrale, ni éprouvé de douleurs ou faiblesses dans les membres inférieurs. La pression de la région lombaire n'était pas douloureuse; le pus qui s'écoulait était visqueux et blanchâtre, n'ayant pas l'aspect de celui qui provient d'os cariés. Il est vrai que le malade était maigre, mais ce symptôme n'avait ni augmenté, ni diminué pendant le cours de la maladie; le malade avait continué à marcher. La direction de la fistule n'était pas non plus ce qu'elle aurait dû être dans une carie de la colonne vertébrale. Enfin, le malade n'avait aucun signe d'affection tuberculeuse du côté de la poitrine.

Les douleurs de la hanche, de la cuisse et du genou, qui étaient devenues plus vives et plus fréquentes dans les derniers temps de la maladie, pouvaient elles, avec les autres symptômes que j'ai indiqués, faire supposer une carie de l'articulation coxo-fémorale? Nous avons démontré le contraire dans le cours de ces réflexions, qui nous font conclure qu'il était très difficile, avant la pénétration du stylet dans le bassin, de prendre cette affection pour un abcès devenu fistuleux, à la suite d'un bubon atonique; que cette seule circonstance de l'introduction plus profonde du stylet devait faire écarter cette première maladie, pour faire soupçonner soit une carie de la colonne vertébrale, de l'os iliaque lui-même, de l'articulation coxo-fémorale, ou enfin un abcès de la fosse iliaque, provenant de la fonte du chapelet de ganglions, qui s'étend de la région inguinale dans le bassin, que cette dernière maladie pouvait seule être admise, après un examen réfléchi de toutes les circonstances présentées par le sujet de cette observation.

NOTE CLINIQUE SUR UN CALCUL SALIVAIRE CONTENU DANS L'UN DES CONDUITS EXCRÉTEURS DE LA GLANDE SUBLINGUALE; par M. le docteur BÉDOR, chirurgien en chef à l'hôtel-dieu de Troyes.

Le peu de fréquence des concrétions pierreuses développées dans les conduits salivaires doit sans doute, comme l'a dit M. Maisonneuve (GAZ. MÉD., t. VII, p. 619), engager les observateurs à ne laisser passer inaperçu aucun fait de ce genre. Celui, d'ailleurs, qui a fourni le sujet de son observation s'était développé dans le canal de Warton. Un autre, plus récent, que M. le docteur Fuzet, du Pouget (Ardèche), a communiqué au même recueil médical (t. VIII, p. 520), avait été extrait du conduit de Sténon. La variété de siége des deux concrétions salivaires déjà citées, et de celle dont je propose de consigner ici l'indication sommaire, les rend ainsi plus susceptibles d'accroître que de diminuer l'intérêt de cette communication.

OBS. — Chez un de mes consultans habituels, villageois adulte et vigoureux du voisinage de Troyes, la partie inférieure de la cavité buccale présentait, sur le corps de la mâchoire, une petite saillie très dure, surtout en devant et sans mobilité. Cette saillie figurait parfaitement l'apparition naissante d'une surdent qui avait pris son accroissement dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur.

Elle ne se laissait apercevoir qu'à peine; mais résonnait très distinctement sous le stylet à la percussion. Sa dureté se faisait sentir postérieurement au travers des chairs, en se perdant plus loin dans l'épaisseur du plan musculaire maxillo-hyoïdien.

Je mis cette apparente surdent plus à découvert par une incision de quelques millimètres. L'ayant ainsi rendue mobile, je la saisis solidement avec une pince à dissection. Je tirai, d'arrière en avant, et sortis de la bouche de ce consultant un calcul salivaire très dur.

Ce calcul était ovoïde, recourbé sur sa longueur, avec sa concavité en haut, renflé dans son centre, où il surpassait en volume la plus grosse plume d'oie, terminé en pointe par ses extrémités et long de 4 centimètres et quart.

L'hémorragie qui suivit cette extraction fut presque nulle, et deux jours après la trace ne s'en retrouvait qu'à peine

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MÉMOIRE SUR LES HYDROPISIES SUITES DE FIÈVRES INTERMITTENTES; par G. PEYRAND, D. M. P. — 60 pages in-8°. Lyon, 1839.

L'hydropisie, qui complique les fièvres intermittentes de longue durée, ou qui leur succède, est un des accidens les plus anciennement connus, et le passage suivant de Celse, qui sert d'épigraphe à l'auteur, en est une preuve : *Sæpè vero hoc malum (hydrops) per se incipit, sæpè alteri vetusto morbo, maximèque quartanæ supervenit.* Aussi n'est-ce pas sur l'existence seulement de cet accident que M. Peyrand appelle l'attention, mais bien plutôt sur la médication qu'il convient de lui opposer, et qui, comme on le sait assez généralement, est la même que celle qui triomphe dans la plupart des cas avec une grande facilité de la fièvre intermittente elle-même. « J'avoue, nous dit l'auteur, que j'ignorais complètement cette liaison si étroite entre la fièvre et l'épanchement qui en est la suite, lorsqu'un cas de ce genre se présenta à mon observation en avril 1838. » Cette observation est rapportée ici tout entière et suivie

d'une autre, qui a été communiquée à l'auteur par un confrère, et dans toutes deux on voit le quinquina enlever en même temps et la fièvre et l'hydropisie, tandis que cette dernière avait jusque là résisté aux médications qu'on lui oppose dans la plupart des cas.

L'auteur ne se borne pas à ces deux observations; il rapporte aussi celles que Starck a publiées du même genre dans son ouvrage *de febribus intermittentibus*, et plusieurs autres qu'il a empruntés dans différens recueils, et qui toutes offrent des exemples de l'efficacité du quinquina dans le traitement de l'hydropisie et de l'anasarque, qui se lient à une fièvre intermittente, ou, au contraire, de l'inefficacité de tous les autres moyens dans les mêmes cas.

L'auteur, après avoir rapporté ces derniers faits empruntés à divers recueils périodiques, à la nosographie de Pinel, aux phlegmons chroniques de Broussais, à l'ouvrage de M. Nepple sur les fièvres intermittentes, et avoir cité plusieurs autres travaux, parmi lesquels nous avons regretté de ne pas avoir trouvé l'ouvrage de Torb, qui, avant tous les autres (dès 1722), avait établi les bases de la pratique dans ces cas, cherche à se rendre compte de la manière dont s'opèrent ces hydropisies chez les sujets atteints de fièvre intermittente; et, d'abord, il fait justice de l'opinion longtemps en vogue, et d'après laquelle la fièvre intermittente, ayant un effet salutaire sur l'économie, ne devait pas être combattue dès les premiers accès, sous peine de donner lieu aux accidens hydropiques. « Car, on ne saurait, dit-il, dans les cas où la fièvre intermittente est dégagée de toute complication, l'arrêter trop tôt. »

Ces hydropisies seraient-elles, dans les cas où elles se développent avant que la fièvre ait cessé, le résultat, comme l'a avoué M. Nepple, de quelque obstacle qui s'opposerait à l'établissement de la sueur dans le troisième stade de l'accès? Trop de faits viennent déposer contre cette théorie ingénieuse pour qu'elle soit admise d'une manière générale.

L'engorgement de la rate, qui est si fréquent, peut-être même constant dans les fièvres intermittentes, ne paraît pas encore à l'auteur suffisant pour expliquer le développement de l'hydropisie, qui se montrait plus fréquemment sous la forme de l'anasarque, et commence, dans ce cas, par se montrer aux extrémités inférieures. L'atonie, ou la faiblesse de l'appareil circulatoire, qui suit chaque accès, lui semble donner une explication plus plausible que toutes les précédentes, de cet accident. Pendant la période du frisson, dit-il, le sang refoulé de l'extérieur à l'intérieur dilate et remplit outre mesure les veines de l'abdomen et de la poitrine. Tant que la fièvre dure, l'énergie momentanée du cœur est suffisante pour entretenir la circulation veineuse; mais, dès qu'elle cesse, le pouls baisse d'une manière remarquable, et le sang veineux, ne recevant plus d'impulsion du sang artériel, séjourne dans ces vaisseaux distendus outre mesure. Les vaisseaux lymphatiques ne se dégorgeant plus avec autant de facilité dans les veines, se distendent également; ainsi l'absorption cesse et l'épanchement commence. Il résulte de cette manière de voir que le quinquina n'agit dans ces cas que comme tonique, et non point comme anti-périodique. Aussi l'auteur conseille-t-il de préférer le quinquina en nature au sulfate de quinine.

Sans nous prononcer sur l'exactitude de quelques-unes des opinions que nous venons d'indiquer dans la brochure de M. Peyrand, et qui, nous le pensons, demandent toutes de nouveaux faits, nous ne pouvons pourtant que le louer d'avoir soulevé cette question qui a une si grande portée pratique, et signaler son mémoire comme ce qu'il y a de plus complet sur ce point spécial de pathologie.

MÉMOIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR UN ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE; par M. L.-Z. AMUSSAT. — In-8 de plus de 200 pages. Paris, 1839.

Nos lecteurs se rappellent l'importante communication faite par M. Amussat à l'Académie royale de médecine, le 1er octobre 1839 (v. GAZ. MÉD., p. 655). L'histoire des deux opérations d'anus superficiel, pratiquées par ce chirurgien, a été donnée avec détail par M. Puyoo (GAZ. MÉD., même année, p. 630). M. Amussat la publie aujourd'hui *in extenso*; mais en y joignant des faits et des considérations qui en font une intéressante monographie.

L'anatomie chirurgicale de la région lombaire est reprise par lui avec soin et dans un but véritablement pratique; il insiste sur les rapports du péritoine avec le colon lombaire descendant qui se trouve placé *en dehors* de lui dans une véritable gaîne cellulo-fibreuse, qui maintient jusqu'à un certain point ses parois écartées, d'où résulte la difficulté de leur affaissement, et plus de chances de voir son ouverture rester en rapport avec celle des parois abdominales. Quant à celle-ci, l'absence de vaisseaux et de nerfs importans, leur peu d'épaisseur qui permet dans une certaine position de très bien apercevoir la saillie formée par l'intestin, surtout si celui-ci est plein ou distendu par l'injection, militent en faveur du choix du procédé dit de Callisen, et que M. Amussat s'est en quelque sorte approprié, puisque le chirurgien de Copenhague ne l'aurait qu'essayé sur le cadavre, et qu'à son incision verticale qui rend l'intestin plus difficile à trouver, le chirurgien français aurait substitué l'incision transversale parallèle à la direction de la crête iliaque.

Les faits empruntés par M. Amussat aux chirurgiens modernes étaient pour la plupart incomplètement connus, beaucoup même ne l'étaient pas du tout. Il résulte de ces recherches bibliographiques que l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Litre a été pratiquée vingt-une fois chez des enfans; sur ce nombre dix sont morts avant le huitième jour; quatre vivent encore, et tous les autres ont succombé plus ou moins longtemps après l'opération.

Les opérations pratiquées sur l'adulte sont au nombre de huit; six ont été faites par la méthode de Littre; trois sont morts des suites de l'opération; deux malades opérés par le procédé de Callisen ont guéri, ce sont ceux de M. Amussat, et si l'un d'eux a succombé plusieurs mois après, ce n'est nullement aux suites de l'opération. Ces documens, ces faits, ces recherches expérimentales, tout se réunit pour donner la préférence au procédé de Callisen modifié, en ce sens que l'incision doit être perpendiculaire à la direction de l'intestin, que celui-ci sera assez largement ouvert et fortement attiré au dehors pour être solidement attaché à la peau par des points de suture; parce qu'il est d'observation que l'anus artificiel a beaucoup de tendance à se resserrer et à se rétracter....

Le mémoire de M. Amussat mérite non-seulement des éloges pour le fond, mais aussi pour la manière large avec laquelle le sujet a été traité; ce travail rappelle les œuvres consciencieuses de l'Allemagne; il est appelé à éclairer une question grave de médecine opératoire, un point difficile de thérapeutique chirurgicale. Il provoquera, je n'en doute pas, d'autres travaux qui trouveront par cela même une bonne direction.

Y.

VARIÉTÉS.

— La Société de médecine-pratique de Montpellier a choisi, pour le concours de 1841, la question suivante:

« *De la tolérance dans les maladies.* »

L'auteur du meilleur mémoire recevra une médaille d'or de trois cents francs.

Les mémoires devront être adressés franco, et suivant les formes académiques, à M. le docteur Jaumes, secrétaire-général, rue Dauphine, 5, à Montpellier, avant le 15 avril 1841.

— NOUVELLE PHARMACOPÉE DE LONDRES, OU CODEX OFFICINAL D'ANGLETERRE, publié par ordre du gouvernement; nouvelle traduction, augmentée des recettes des principaux remèdes secrets (*patent medicines*), avec les poids anglais et les nouveaux poids décimaux français en regard; par OSCAR FIGUIER, pharmacien-chimiste de l'école de pharmacie de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc., et N. CANCE, membre de la société de pharmacie de Philadelphie (États-Unis d'Amérique).

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 10.

Montpellier, chez Castel et Sevalle, libraires.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 39. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies. (Suite.) — II. REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS. Sur les fonctions des nerfs ganglionnaires. — Sur la pathogénie du typhus abdominal. — Sur l'irritation spinale. — Observations. — De l'hydrencéphale aiguë des enfans sous le rapport du diagnostic et du traitement. — Trouve-t-on des boutons varioleux dans les parties internes du corps? — Sur le traitement du delirium tremens. — Des exanthèmes et des enanthèmes. — Observations pratiques sur la transpiration aux pieds. — Sur la phthiriase. — Sur la fièvre typhoïde abdominale. — Guérison d'un empyème énorme. — Sur la tympanite abdominale. — Deux observations d'hémoptisie intermittente. — Empoisonnemens par les vapeurs antimoniales. — Sur la fièvre typhoïde abdominale. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie de médecine : séance du 22 septembre. — IV. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Note relative à une paralysie complète de la cinquième paire, du côté droit. — V. BIBLIOGRAPHIE. Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine, considérés spécialement sous le rapport de leur influence dans la menstruation. — VI. VARIÉTÉS. — VII. FEUILLETON. Origine et progrès des sciences médicales aux Etat-Unis.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

EXAMEN DES DOCTRINES REÇUES JUSQU'A CE JOUR SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES; lu à l'Académie royale de médecine le 13 juillet 1840; par J.-F. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

(Suite. — Voir le numéro 37.)

TROISIÈME ÉPOQUE. — DE 1650 A 1750.

Les écoles anciennes étaient vaincues; la nouvelle philosophie de Descartes allait rayonner sur la médecine et la chirurgie; et l'autorité dépouillée de tout prestige était remplacée désormais par l'expérience et ce que l'on appelait la raison. Malheureusement la raison tenait une trop large place dans les théories des novateurs; et pour la plupart des questions de chirurgie traitées dans le dix-huitième siècle et même un peu au-delà, il faut faire le départ de ces deux élémens fort distincts, l'expérience, trop lente pour être toujours écoutée, et l'imagination, libre du joug, qui ne reculait devant aucune hypothèse.

Ainsi dans l'époque précédente, vous avez vu les chirurgiens soumis aux théories des anciens; c'est l'amas de matières fécales et l'inflammation qui jouent le principal rôle; et si quelques-uns ont noté l'accumulation des gaz et l'étroitesse de la rupture péritonéale, c'est sans y ajouter d'importance, et seulement comme pour compléter ce qu'ils avaient reçu de leurs devanciers.

Feuilleton.

ORIGINE ET PROGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES AUX ÉTATS-UNIS.

(Premier article.)

La médecine resta entièrement, ainsi que la plupart des autres professions libérales, entre les mains des Européens pendant le siècle qui suivit l'établissement des premiers colons dans cette partie de l'Amérique. Jusqu'aux dernières années mêmes qui précédèrent la révolution, la jeunesse américaine était obligée, pour se préparer à cette carrière et se livrer aux études qu'elle exige, de passer les mers. Les provinces du Sud et du milieu furent les premières où l'attention se porta sur l'éducation médicale et sur les questions qui s'y rattachent. Plusieurs des premiers médecins européens qui s'établirent dans ces provinces et plusieurs de ceux qui, nés dans le pays, avaient été chercher en Europe l'instruction qu'ils n'auraient pu trouver dans leur pays, s'y distinguèrent par leur érudition et par les vastes connaissances qu'ils acquirent dans l'étude des maladies propres au continent américain. Quelques-uns d'entre eux ont même laissé des monographies importantes.

La Caroline du Sud fut l'une des premières à entrer dans la carrière des progrès. « A cette époque reculée de l'histoire médicale d'Amérique, qui précéda celle où Rush commença sa brillante carrière d'écrivain, les médecins de Charleston, dit Ramsay, firent plus d'expériences, recueillirent plus d'observations, et publièrent plus d'ouvrages de médecine que ceux d'aucune autre partie du continent américain. » Il recommande surtout les écrits de Lining, de Chalmers, de Garden, de Bull, de Moultrie. Le docteur Bull avait été élève du célèbre Boerhave; il avait pris ses grades à Leyde, en 1734, et fut le premier Américain auquel eût encore été accordé cet honneur.. Sa thèse de COLICA PICTONUM est citée d'une manière honorable par Van Swieten. Le docteur Moultrie est le premier Américain qui prît ses grades à Edimbourg, où il soutint, en 1749, sa thèse de FEBRE FLAVA. Le docteur Lining, outre plusieurs autres ouvrages, donna, le premier, une description exacte de la fièvre jaune, dans un ouvrage publié en 1753. et le docteur A. Garden publia, vers 1764, l'histoire botanique et thérapeutique du *spigelia Marilandica*. Le docteur Lionel Chalmers, outre ses écrits sur l'OPISTHOTONOS, et les saisons et les maladies de la Caroline du Sud, publia, en 1767, un ouvrage important sur la fièvre, dans lequel il traça les principaux traits de la théorie spasmodique de la fièvre, doctrine qui fut d'abord indiquée par Hoffmann, et qui depuis fut commentée et défendue par Cullen, et à laquelle le nom de ce grand homme a dû une partie de son illustration.

La Virginie a également conservé le souvenir de plusieurs de ses plus anciens médecins, parmi lesquels le docteur Mitchell, qui écrivit, en 1744, un ouvrage estimé sur la fièvre jaune; le naturaliste Catesby; le docteur Clayton, auteur de la FLORA VIRGINICA, imprimée à Leyde en 1744, et le docteur Tennent, qui fit connaître, en 1736, les propriétés du *polygala senega*.

Mais appelés par Descartes à l'indépendance, les chirurgiens nouveaux font table rase de ces idées; l'étroitesse du passage est le seul phénomène qui les frappe; et la rupture du péritoine, hypothèse qui allait bientôt disparaître, ne suffisant pas pour rendre raison de la difficulté ou même de l'impossibilité de la réduction, ce fut alors qu'on s'en prit aux anneaux herniaires. Il y eut même tout d'abord deux doctrines, toutes deux aussi légèrement adoptées l'une que l'autre; Riolan avait enseigné que les trois muscles larges de l'abdomen sont tous trois percés d'un anneau pour le passage du cordon spermatique; or les uns attribuaient l'étranglement à tous les anneaux, les autres uniquement à l'anneau externe. Ainsi Dionis établit que l'anneau externe est celui *qui fait l'étranglement*, et recommande en conséquence de *débrider* en coupant le bord de cet anneau. Saviard, plus explicite encore, déclare que cet anneau *fait toujours l'étranglement* (1). D'un autre côté, Littre, étudiant les causes de l'étranglement dans les hernies incomplètes de l'intestin, après avoir accusé l'amas de matières et l'inflammation des parties herniées, alléguait également l'inflammation *des anneaux de l'aîne*; et Méry, disséquant une hernie étranglée, trouvait dans l'inflammation de l'intestin la preuve qu'*il avait souffert un étranglement dans les anneaux des muscles* (2).

Mais cette doctrine d'un triple étranglement n'eut presque pas de sectateurs. Elle était fondée sur une erreur anatomique; ce fut l'anatomie qui la renversa. Winslow professa que le muscle transverse n'offrait jamais d'ouverture, et que l'anneau de l'oblique interne n'existait que dans quelques cas rares et exceptionnels. Il est curieux de voir un écrivain de cette époque, qui, sans manquer toutefois d'idées propres, vivait surtout des idées des autres, Garengeot, se débattre entre ces deux opinions anatomiques, et tenter de les concilier. Il admet comme Riolan les trois anneaux, à la condition que *celui du muscle transversal n'est point un anneau*; et quand il arrive à la question chirurgicale, il ne tient plus compte que de celui de l'oblique externe (3).

Il s'en fallait de beaucoup d'ailleurs que Winslow connût bien l'anatomie de la région inguinale. Il avait corrigé une erreur de ses devanciers; il raya du même coup une vérité qu'ils avaient reconnue. Le péritoine, jadis considéré comme formé de deux feuillets membraneux, fut réduit par Winslow à sa lame séreuse; le fascia transversalis fut mis en oubli; de telle sorte que, tout bien considéré, il n'y avait plus de canal inguinal, mais un simple trou fibreux, l'anneau du grand oblique; et que l'unique obstacle à la hernie était cette mince séreuse péritonéale, tapissant l'anneau en dedans du ventre, et *qui le bouche*, disait Arnaud, *de même que fait la pellicule d'un œuf à l'égard du trou que l'on fait à sa coquille quand on veut juger s'il est cuit.* Ledran enseignait de même que *dans l'aine, les parties ne trouvent de résistance que dans quelques feuillets du péritoine qui font une espèce de rideau au-devant de l'anneau* (4).

(1) Dionis, COURS D'OPÉRATIONS, 4e édit., p. 344 et 345. — Saviard, OBSERV. CHIRURG., p. 109.

(2) Littre, MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, an 1700, p. 306. — Méry, même collection, an 1701, p. 274.

(3) Winslow, EXPOSIT. ANATOM. — Garengeot, TRAITÉ DES OPÉR. DE CHIRUR., 3e édit., t. 1, p. 238 et 249.

(4) Arnaud, TRAITÉ DES HERNIES, t. 1, p. 11. — Ledran, OPÉR. DE CHIRUR., p. 95.

On comprend maintenant pourquoi la théorie de l'étranglement triple ne put pas se maintenir; mais il reste à étudier la manière dont on expliquait l'étranglement par l'anneau externe. Voici d'abord ce qu'en disait, en 1720, Garengeot, écho fidèle des cours de chirurgie de ce temps.

« Et comme la chaleur de la matière qui est renfermée dans l'intestin raréfie l'air qui s'y est aussi glissé, l'intestin se gonfle et comprime ses vaisseaux sanguins; cette compression interrompant la circulation du sang, il arrive des inflammations à toutes les parties renfermées dans le scrotum.... L'inflammation s'augmentant de plus en plus, elle se communique à l'anneau de l'oblique extérieur, et il s'en suit un étranglement. »

Ledran, en 1742, signalait deux causes de cet étranglement:

« La première et la plus ordinaire est le volume de quelques excrémens endurcis qui remplissent la portion d'intestin qui fait hernie. La deuxième cause des accidens qui surviennent à cette hernie est plus rare; c'est une inflammation accidentelle de l'anneau, laquelle, diminuant son diamètre, étrangle plus ou moins la portion d'intestin qui passe.... Ces accidens accompagnent également l'entérocèle qui s'est faite subitement en conséquence d'un effort prompt et violent; mais alors ils augmentent bien plus vite, et ils se succèdent très promptement, parce que l'intestin a conservé une partie de son ressort. Ce ressort fait que l'anneau tend toujours à se resserrer, pendant que l'intestin est sans cesse dilaté par les excrémens qui y fermentent et par ceux qui y abordent à chaque instant. »

Le lecteur trouvera sans doute qu'il suffit bien d'exposer ces creuses théories sans perdre le temps à les réfuter. Il y a toutefois dans le passage de Ledran deux choses à noter; la première est ce retour à l'opinion ancienne de l'incarcération des excrémens endurcis; la seconde est cette mention de hernies étranglées dès leur apparition; je me bornerai à dire que Ledran ne citait aucun fait pour appuyer une semblable assertion, et qu'elle a tout l'air d'avoir été imaginée au profit de la théorie. Je sais bien qu'en m'exprimant ainsi je vais choquer encore des croyances universelles; mais tant pis pour les chirurgiens qui accordent aux hypothèses la valeur de faits démontrés. Pour ma part, je ne connais pas jusqu'à présent un seul cas bien authentique de hernies étranglées dès leur apparition, à l'exception des hernies dans la tunique vaginale, et alors on sait bien que les anneaux ne sont pour rien dans l'étranglement.

Il reste à exposer la théorie d'Arnaud, qui est du moins plus spécieuse que les précédentes. « Si les parties qui se sont insinuées dans les ouvertures naturelles ou contre nature du ventre, en remplissent exactement tout le vide, et si par un nouvel effort quelqu'autre portion du boyau ou de l'épiploon est obligée de s'introduire dans cette même ouverture comme il arrive souvent, ces parties se trouvent nécessairement gênées dans ces ouvertures; si l'on n'y remédie pas sur le champ, les vaisseaux de ces parties sont comprimés, le sang n'y peut plus passer avec liberté, ils se gonflent; par leur gonflement ils augmentent le volume des parties, par conséquent le point d'engorgement augmente aussi. Quand cet engorgement est dans son état parfait, c'est ce qu'on appelle étranglement, parce que les parties sont en effet étranglées (1). »

Tel était l'état des théories chirurgicales en matière de hernies étran-

(1) Garengeot, ouvr. cité, p. 249. — Ledran, ouvr. cité, p. 101. — Arnaud, ouvr. cité, p. 52.

La plupart des premiers médecins de la Nouvelle-Angleterre appartenaient au puritanisme. Combinant, à la mode des chevaliers du moyen-âge, les honneurs et remplissant les nombreux devoirs de deux fonctions différentes; ils étaient à la fois ministres du culte et médecins. Les ministres puritains d'Angleterre avaient, depuis longtemps, été habitués, dans la mère-patrie, à regarder la médecine comme un moyen de soutenir leur existence au milieu des persécutions auxquelles ils étaient exposés, et plusieurs d'entre eux avaient déjà acquis, avant de quitter l'Angleterre, une grande prééminence dans la profession médicale. Parmi les plus anciens de ces ministres-médecins, on cite le révérend Thatcher, qui, en 1777, publia un guide pour la variole et la rougeole, la première publication médicale qui soit sortie des presses américaines.

Parmi les plus anciens cultivateurs des sciences médicales de la Nouvelle-Angleterre, on cite le docteur Hunter, élève de Monro, l'ancien, et qui fit les premiers cours de médecine qui aient été entendus sur la terre d'Amérique; le docteur Douglas, auteur d'un ouvrage d'un grand mérite « HISTOIRE PRATIQUE D'UNE NOUVELLE FIÈVRE MILIAIRE ÉRUPTIVE, COMPLIQUÉE D'ANGINE ULCÉREUSE », et qui fut publié en 1735 ou 36. Il fut l'un des premiers Américains qui administrèrent hardiment le calomel à haute dose dans le traitement des maladies aiguës.

Le nom de Zabdiel Boylston rappelle l'une des époques les plus importantes de l'histoire de la science, l'introduction de l'inoculation, qu'il tenta le premier, à Boston, en juin 1721. La première indication de la méthode turque pour inoculer la variole fut donnée dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES de 1714. Ce fait ayant été signalé à Boylston, lors de l'apparition de la petite-vérole, en 1721 à Boston, il pressentit toute l'importance de cette méthode et résolut de la soumettre à l'expérimentation; les autres médecins, non seulement lui refusèrent leur coopération, mais condamnèrent son projet dans les termes les plus fâcheux. Malgré l'excitation que cette opposition souleva contre lui, et pendant laquelle sa maison fut attaquée par une populace furieuse, sa vie, celle de sa femme et de ses enfans menacées, Boylston resta inébranlable dans son projet, et le 27 juin 1781, pendant que la petite-vérole faisait de grands ravages en ville, il inocula son fils, âgé de 13 ans, et ensuite deux nègres de sa maison, et avec le plus grand succès. La petite-vérole persista jusqu'au même mois de l'année suivante, et pendant ce temps, il inocula de sa propre main 247 personnes, qui, avec 39 autres, inoculées par d'autres médecins, firent en tout 286 cas, dont 6 seulement se terminèrent par la mort; encore même eut-on lieu de penser que, dans trois de ces derniers, la maladie avait été inoculée par la voie ordinaire, avant leur inoculation. Dès-lors, l'utilité de la nouvelle méthode fut regardée comme démontrée, et cette dernière fut généralement adoptée en Europe et en Amérique. C'est à la même époque que lady Montagu introduisit la même méthode en Angleterre, en faisant inoculer sa fille en avril 1721, ce qui ne fut pas connu de Boylston, et ne lui ôte nullement le mérite d'avoir fait admettre cette méthode en Amérique, après une longue série d'expériences.

Les éminens services de Boylston lui valurent une invitation de se rendre à Londres, où, entre autres marques de respect, il fut élu membre de la société royale, et, d'après la demande de ce corps savant, il publia, avant de quitter l'Angleterre, en 1726, une description de sa méthode, qui fut republiée l'année suivante à Boston.

giées à la fin de la première moitié du dix-huitième siècle; je dis des théories, car à côté de cette partie hypothétique de l'art, il nous reste à montrer les faits s'accumulant peu à peu, perdus ou négligés d'abord, puis devenus assez nombreux pour attirer l'attention et pour devenir le fondement de doctrines nouvelles.

Nous avons vu un premier fait raconté par Formi, en 1646; le second fut observé, en 1678, par Schroeckins, médecin à Breslau, et inséré dans les ACTES DES CURIEUX DE LA NATURE.

OBS. — Un de nos citoyens, âgé de 60 ans environ, fut saisi de grandes douleurs de ventre avec vomissement, et interrogé par son médecin s'il avait une hernie, répondit que non, à son dam; et ce ne fut que lorsqu'il eut vomi des matières fécales et que déjà les forces étaient dans une prostration absolue, qu'il avoua qu'il en avait porté une depuis plusieurs années, et qu'elle avait tout récemment reparu. Quelques heures après, il expira.

Bien que la passion iliaque qui avait causé la mort ne fût point douteuse, toutefois ses amis et ses parens désirèrent que l'on s'en assurât par l'ouverture du ventre, ce qui ne pouvait qu'être agréable aux médecins. Ainsi donc, dix heures après le trépas, on procéda à la dissection, en commençant par l'abdomen. Dans la région inguinale gauche apparaissait une tumeur herniaire du volume d'une noix. L'abdomen ouvert, encore tout chaud, il s'en exhala une vapeur, toutefois sans beaucoup de mauvaise odeur. Les viscères étaient intacts, à l'exception de l'iléon, qui avait quitté sa position naturelle, et dont une portion longue presque de deux pouces, *duarum unciarum*, s'était échappée à travers la tunique interne du péritoine qui s'était rompue; cette portion était si fort adhérente et resserrée dans la cavité qu'elle s'était faite, qu'elle put à peine en être extraite sans déchirure, bien qu'elle ne contînt point de scybales durés; du reste, toute gangrénée et d'une affreuse lividité; la gangrène s'était même étendue dans la hauteur presque d'une palme, *spithamæ*, sur le bout supérieur de l'intestin, et, au-dessus de ces limites, ce bout intestinal était tellement distendu par des vents, qu'il présentait plus de volume que le colon même. Quant à la rupture à peu près ronde, *rotundæ mula*, du péritoine, elle était si étroite et si petite, qu'elle permettait à peine l'entrée du petit doigt, surtout que sa circonférence était occupée par un calus assez dur, indice d'une rupture ancienne. En conséquence, les matières qui venaient d'en haut vers les gros intestins, se trouvant arrêtées en ce point par l'étroitesse de cet espace et la compression des tuniques de l'iléon, devaient nécessairement être rejetées par la bouche, surtout après l'apparition d'une notable inflammation, avec gangrène et d'atroces douleurs, ou à raison de la grande solution de continuité, qui avait empêché et perverti le mouvement péristaltique (1).

Laissez de côté cette préoccupation d'une rupture du péritoine, qui jette un fâcheux reflet sur cette description, et voyez si l'étranglement par le collet n'est pas signalé de la façon la plus évidente. Les commémoratifs l'auraient fait présumer à l'avance; l'autopsie confirme absolument la prévision. Ne négligez pas non plus cette mention remarquable dans un observateur de cette époque : il n'y avait point de matières durcies dans l'intestin étranglé. La théorie ancienne, renouvelée plus tard par Litre, Ledran et beaucoup d'autres, se serait mal accommodée de ce fait. Mais il fut négligé, et personne n'en soupçonna l'importance. Les recherches de Nuck n'eurent pas un sort beaucoup meilleur.

(1) EPHEM. NAT. CURIOS., decad. I, an IX et X, obs. 93. Scarpa cite *Schenkius* au lieu de *Schroeckius;* erreur de copiste. Mais Scarpa nomme Rivière comme ayant eu idée de l'étranglement par le collet du sac, et renvoie aux OPERA MEDICA, obs. 8. Rivière a quatre centuries d'observations, outre celles qui lui ont été communiquées; or, nulle part, ni dans ses observations, ni dans ses autres œuvres, je n'ai trouvé l'idée qui lui est attribuée par Scarpa.

Nuck publia, en 1692, une histoire des glandes, dans laquelle il consacra un chapitre à décrire *de nouveaux diverticules du péritoine*, et en particulier le diverticule ou la capsule qu'on trouve quelquefois chez les femmes à la région inguinale, et qui a gardé le nom de *canal de Nuck*.

« En ce qui concerne la forme de ces capsules, dit l'auteur, on ne les trouve pas également dilatées dans toute leur étendue; mais leurs orifices, par lesquels pénètrent les ligamens ronds, sont plus étroits et presque du calibre d'une plume à écrire; tandis que nous avons vu les capsules elles-mêmes être un peu plus larges, et admettant fréquemment le bout du petit doigt.

» On peut expliquer par là pourquoi l'intestin, une fois engagé dans ce diverticule, en sort si difficilement, mais s'y trouvant étreint comme dans un lacq, y reste exposé à l'inflammation, à la gangrène, et le malade à la mort.

» Quelquefois cependant, par l'effet du temps, chez quelques sujets, il s'opère une dilatation graduée non seulement de l'orifice, mais de la capsule tout entière; en sorte que les femmes portent, sans notable inconvénient, une hernie inguinale, n'ayant qu'à presser la tumeur pour la faire rentrer dans l'abdomen; mais peu après, et surtout si elles se livrent à des efforts inaccoutumés, la hernie reparaît à l'extérieur. Et, toutefois, j'en ai vu quelquefois affectées à l'improviste, surtout des femmes du peuple, pour s'être trop longtemps exposées à un air froid, et s'être livrées en plein air à des travaux trop pénibles : l'intestin devient douloureux, le sang qui le remplit s'épaissit sous les injures de l'air, et l'inflammation s'en empare: l'orifice qui, dans ces circonstances, aurait besoin de plus de largeur, est rétréci au contraire par l'action du froid; de là les accidens les plus fâcheux et la mort même, si le chirurgien ne vient promptement au secours.

» Cela arrive spécialement aux femmes chez lesquelles l'intestin a contracté des adhérences avec le bord de l'orifice indiqué; si, en effet, l'intestin contenu dans le diverticule, et peut-être rempli d'excrémens, vient à s'enflammer par l'effet de trop grands mouvemens, d'un refroidissement ou de toute autre cause, c'en est fait de la vie de la malade, et le chirurgien le plus habile n'y peut rien.

» Je citerai en preuve une histoire remarquable. Une femme, d'une quarantaine d'années, portait depuis quelques années une hernie inguinale dont elle souffrait plus ou moins, selon les temps; enfin (je ne sais pour quelle cause) elle se sentit plus gravement affectée, la tumeur devenant à la fois plus saillante et douloureuse. Les fomentations, les cataplasmes, toutes les applications extérieures ayant échoué, et les douleurs augmentant sans cesse, il survint une fièvre continue, des convulsions, du vomissement, et la malade succomba dans l'espace de quatre jours.

» Appelé pour faire l'autopsie avec Pierre Cosson, praticien très expérimenté de cette ville, nous voulûmes savoir si l'intestin hernié aurait pu être réduit par des manœuvres bien dirigées; nous fîmes donc, avec toute la lenteur et la prudence que nous voulions y mettre, une très légère incision à la peau; mais à l'instant les excrémens s'en échappèrent comme par un jet, et rejaillirent sur les habits des assistans. De là deux motifs d'étonnement; premièrement, pour l'excessive ténuité de la peau et des autres couches tégumenteuses, qui toutes ensemble étaient plus minces que la peau seule à l'état normal, et qui avaient été aussi distendues par les excrémens qu'elles recouvraient; deuxièmement, comment ces matiè-

---

Avant de quitter les premiers temps historiques de la profession médicale dans la Nouvelle-Angleterre, nous devons dire quelques mots de ces conducteurs de Perkins, autrefois si populaires, aujourd'hui si oubliés. Le *perkinisme* était d'une date plus récente que l'époque dans laquelle nous nous sommes renfermé, celle qui a précédé la révolution; mais il appartient à la Nouvelle-Angleterre, et plus spécialement au Connecticut, où il fut promulgué en 1798. Nous n'entrerons pas dans de minutieux détails sur les conducteurs et sur les cures merveilleuses qu'ils produisirent dans toutes les parties de l'ancien et du nouveau monde. Il nous suffira de dire que l'histoire du perkinisme rappelle l'un des plus terribles argumens contre l'infaillibilité de la logique humaine et des observations scientifiques, lors même qu'il s'agit d'hommes qui se regardent comme des juges compétens et impartiaux, et qui, dans d'autres circonstances, auraient pu réclamer et mériter la confiance et le respect de la profession.

Les médecins qui se firent le plus remarquer dans la Pensylvanie, durant la révolution, furent les docteurs Kearsley, Cadwallader, Bond, Thompson, Bertram le naturaliste, et les fondateurs de la première école de médecine de Philadelphie. Le premier publia, en 1769, dans le GENTLEMAN'S MAGASINE, un mémoire sur l'angine maligne de 1746 et 1769. Le docteur Bond écrivit un essai sur l'emploi du quinquina dans le traitement des scrofules, et qui fut publié dans le LONDON MEDICAL OBSERVATIONS AND INQUIRIES. Il se livra avec beaucoup de distinction à la pratique de la chirurgie, et jouit surtout d'une grande renommée comme lithotomiste. Dans les dernières années de sa vie, après l'établissement de l'école de médecine, il lui rendit de grands services par les leçons cliniques qu'il fit à l'hôpital de Pensylvanie.

Le docteur Thomson publia des recherches sur le traitement préparatoire qu'il jugeait devoir précéder l'inoculation de la variole. Cette méthode avait eu tant d'insuccès à Philadelphie, que beaucoup de personnes, dit-il, étaient disposées à l'abandonner, tandis qu'en soumettant ses malades à un traitement mercuriel et antimonial, avant de les inoculer, il avait eu pendant douze ans un succès continuel (1).

Parmi les médecins les plus célèbres qui pratiquèrent à New-York avant la révolution, Colden, Middleton, Jones, Samuel Bard et Bayley, occupèrent les premiers rangs. Cadwallader Colden, qui avait été lieutenant-gouverneur, écrivit l'histoire des maladies qui y régnèrent, et surtout de la fièvre de 1740 et 42, dont il signala si exactement les causes que la corporation de la cité lui vota des remercimens publics. Le docteur Ogden est surtout connu par ses lettres sur l'angine maligne datées de 1769 et 1774. Le docteur Middleton, auteur d'une lettre sur le croup, fit, avec le docteur J. Bard, en 1750, la première dissection qui ait été pratiquée en Amérique. Le sujet était un condamné, et les vaisseaux furent injectés pour l'instruction des élèves. Middleton fut l'un de ceux qui s'occupèrent avec le plus d'activité de l'établissement de la première école de médecine et de l'hôpital de New-York.

(1) Cette opinion, que partagèrent la plupart des premiers inoculateurs, a été en partie confirmée, dans ces derniers temps, par le résultat des recherches qu'a faites M. Briquet, médecin de l'hôpital Cochin, sur les effets des préparations mercurielles dans la variole et la vaccine. (Voy. GAZ. MÉD., année 1839, p. 650.)

res fécales si liquides n'avaient-elles pas pu être repoussées dans le ventre, ce qui aurait soulagé la malade? Mais, en examinant les choses de plus près, nous remarquâmes que l'orifice du diverticule avait serré comme un lacet l'intestin hernié, et que cette partie d'intestin s'étant enflammée avait contracté avec l'orifice des adhérences si fortes que nous n'aurions pu les séparer sans déchirure. »

J'ai traduit littéralement tout ce passage, pour montrer quels progrès aurait pu faire la chirurgie du dernier siècle, si elle avait su profiter des faits qu'on commençait à observer de toutes parts. Mais la philosophie de Descartes, en donnant à la raison humaine toute prééminence, avait écarté et comme banni l'autorité et l'érudition; la plupart des travailleurs, et surtout les plus éclairés, se contentaient de leur raison individuelle qui, seule, en effet, pouvait les conduire à l'évidence cartésienne; et loin d'aller étudier les observations des autres pour assurer leurs convictions, ils refusaient de lire dans leurs propres observations, quand ils avaient des convictions contraires. En voici un bien frappant exemple. L'un des meilleurs observateurs de cette époque, Saviard, qui, par ses dissections de hernies, était arrivé à cette conséquence à peine entrevue avant lui, que *la membrane intérieure du péritoine précède toujours l'intestin dans toutes les hernies de l'aine et de l'ombilic*, Saviard avait vu et disséqué un étranglement par le collet du sac, et contre toute évidence, il prétendait que c'était l'anneau qui en était l'agent. Il parle de la méprise que faisaient quelquefois les chirurgiens qui, ignorant l'existence du sac péritonéal, le prenaient pour l'intestin : « Comme je l'avais vu faire, ajoute-t-il, à un autre chirurgien d'ailleurs assez habile, lequel s'étant obstiné à vouloir que cette poche que l'on découvre d'abord fût l'intestin même, la sépara tout autour, *puis la réduisit au dedans*; et la malade étant morte quatre heures après, je fis l'ouverture de son cadavre pour mon instruction, *où je trouvai l'intestin étranglé par l'anneau, après avoir ouvert cette poche qu'il avait fait rentrer dans le ventre* (1). »

Vous voyez qu'il s'agit bien d'une hernie rentrée en masse, l'étranglement persistant après sa rentrée; et qu'il est impossible et même absurde de dire qu'alors l'étranglement était à l'anneau. Et ne cherchez pas quelque obscurité dans le texte; l'auteur lui-même l'éclaircit surabondamment en disant aussitôt après : *Or l'on distingue aisément ce sac formé de la membrane intérieure du péritoine*, etc.

Suivant Scarpa, Littre aussi aurait eu, vers 1703, quelque soupçon que l'étranglement pourrait bien dans certaines circonstances être produit par le resserrement du collet du sac; mais cette citation n'est pas exacte : Littre avait seulement noté dans une autopsie que *l'entrée du sac s'était extrêmement rétrécie*; il n'en avait rien déduit pour la question de l'étranglement. Près d'un quart de siècle devait se passer encore avant que l'attention des chirurgiens se tournât de nouveau sur cette matière; mais cette fois enfin les faits allaient avoir un retentissement qui les défendrait désormais de l'oubli.

En février 1725, Arnaud avait été appelé à Saint-Denis pour pratiquer l'opération de la hernie sur un vieillard de 68 ans. Il paraît que les intestins adhéraient au sac herniaire, et que le chirurgien se contenta de débrider largement l'anneau; le malade ne cessa de souffrir et de crier, et il succomba le lendemain. Ricot, chirurgien à Saint-Denis, fit l'autopsie, et trouva le sac herniaire *racorni, dur et adhérent de toutes parts*, avec *un rétrécissement du péritoine* qui avait entretenu tous les accidens. Il écrivit ces détails à Arnaud qui en fit son profit, et qui n'hésite pas à dire qu'il lui a l'obligation de sa découverte; et l'occasion ne tarda pas à se présenter à lui de vérifier cette cause d'étranglement pour la seconde fois (1). Mais auparavant Ledran avait rencontré le même obstacle et avait eu le premier l'honneur de l'attaquer et de le détruire.

Le 25 décembre 1725, un vieillard de 84 ans, qui depuis longtemps portait un brayer pour une hernie crurale droite, vit inopinément reparaître la hernie, et, malgré la douleur, il continua à porter le bandage qui comprimait la hernie sortie; enfin il fut forcé d'entrer à la Charité le 9 janvier. Toutes les tentatives de réduction échouèrent, et le 11 janvier Ledran fit l'opération. C'était un entéro-épiplocèle. Le chirurgien mit le sac à nu sans l'ouvrir, et divisa le ligament de Fallope, pensant ainsi détruire l'étranglement; mais la réduction demeura impossible. « Alors, dit l'auteur, portant mon doigt, je sentis que le sac ressemblait à une bourse fermée, et que son entrée seule était capable d'empêcher la réduction des parties, tant elle était étroite. J'ouvris le sac, et j'y trouvai une portion d'épiploon, qui faisait aussi une espèce de sac ou de coiffe, dans laquelle l'intestin était renfermé. Je fendis cette coiffe sans la détacher du sac herniaire, auquel elle était adhérente dans toute sa circonférence; je dilatai ensuite avec le bistouri caché l'entrée du sac, de même que l'on dilate l'anneau dans la hernie inguinale, et je réduisis l'intestin... » Le malade mourut et l'autopsie fut faite, et la première chose que l'on oublia fut de s'assurer de l'état de l'anneau et du sac; toutefois les détails de l'opération ne sauraient laisser aucun doute (2).

L'éveil ainsi donné, vous allez voir comment les observations se multiplient. Cette même année 1726, Arnaud est appelé à Argenteuil pour un oschéocèle du côté gauche, étranglé chez un homme de 40 ans. Il commença par ouvrir le sac, où il trouva dix à douze pouces d'intestin noir et livide, et une portion d'épiploon presqu'entièrement pourrie. « Je dilatai l'anneau suivant mon usage ordinaire, poursuit-il, sans avoir pu réduire l'intestin. Je portai le doigt dans l'anneau, à dessein de reconnaître d'où pouvait naître l'obstacle qui s'opposait à la rentrée des parties : je sentis avec l'extrémité de mon doigt, à la profondeur de deux pouces au-delà de l'anneau, un cercle membraneux dur et fort serré, qui étranglait exactement les parties, et d'une façon plus forte que je ne l'avais aperçu à l'anneau. Je reconnus d'abord que c'était le péritoine qui formait cet étranglement; chacun des assistans s'assura de cette vérité, qui était si peu connue alors que l'on n'osait pas la mettre en question dans les écoles. Je coupai cette bride avec mon bistouri mousse; la bride était si dure que tous les consultans entendirent le petit bruit que causa sa section. L'intestin rentra, etc. (3).

Certes, si nous avions besoin de prouver à tout prix, nous pourrions donner ce fait comme un des plus péremptoires; mais la gravité de la question et la juste sévérité de la critique moderne ne nous le permettent pas. Il n'en est pas ici comme du cas de Ledran, dans lequel, l'anneau crural ayant été divisé, il faut bien admettre que l'étranglement persistant était dû au collet du sac herniaire. En effet, au-dessus du premier

(1) Saviard, Obs. chirurg., p. 107 et 108.

(1) Arnaud, Traité des hernies, t. II, p. 48, 6e obs.
(2) Ledran, Obs. de chirurgie, t. II, p. 1, obs. 57.
(3) Arnaud, ouv. cité, p. 22, obs. 3.

Le docteur Jones était un habile chirurgien et avait une grande expérience; il publia, en 1775, pour les jeunes hommes qui allaient entrer au service des Américains, ses Remarques sur les plaies et les fractures. Cet ouvrage était indispensable à cette époque; il servit de guide aux chirurgiens américains pendant et après la guerre; il eut de nombreuses éditions et rendit des services inappréciables, en préparant à un service actif un grand nombre de jeunes hommes presque dénués d'instruction médicale, et qui n'avaient pas d'autre ouvrage pour les guider dans l'exercice de leur profession.

La principale production littéraire de S. Bard, avant la révolution, fut son Essai sur l'angine suffocante; pendant longtemps il fut à la tête de sa profession à New-York. Dans sa pratique, Bard se montra opposé à l'esprit de système, et se reposait presque exclusivement sur les forces de la nature, sur l'abstinence et un bon régime : « Les nouveaux noms, dit-il, sont toujours trompeurs, les nouvelles théories sont presque toujours fausses ou inutiles, et les nouveaux médicamens dangereux pour un temps. Cet amour de la nouveauté s'est emparé de notre profession et surtout dans ce pays. De là l'emploi illimité du mercure, de l'eau-de-vie et de la lancette. » C'est à ses efforts, réunis à ceux de Middleton, de Jones, de Calden et du duc de Dunmor, alors gouverneur de la province, qu'on doit l'établissement de l'hôpital de New-York.

R. Bayley fut l'un des médecins les plus remarquables de cette époque, et adressa à son ancien maître W. Hunter, de Londres, une lettre sur le croup, qui ne fut, il est vrai, imprimée qu'en 1781, mais qui était connue de beaucoup de personnes depuis longtemps, et dont les opinions les plus saillantes avaient été reproduites par le célèbre Michel, dans le Richter's surgical repository. C'est lui qui, le premier, démontra la nature inflammatoire de cette maladie, et qui indiqua les moyens de la distinguer de l'angine maligne, avec laquelle elle avait été jusqu'alors confondue. Cette manière de voir fut généralement adoptée, et amena une heureuse et complète révolution dans le traitement de cette affection.

Les seuls établissemens qui eussent été fondés en Amérique avant la révolution, pour la propagation de l'instruction médicale, sont les écoles de Philadelphie et de New-York.

Dès l'année 1762, le docteur W. Shippen, de Philadelphie, après avoir complété son éducation en Europe, avait commencé son cours particulier d'anatomie et d'obstétrique, pour une dizaine d'élèves, parmi lesquels se trouvait le célèbre Rush. En 1765, le docteur Morgan entreprit un cours semblable sur la théorie de la médecine et qui comprenait la pharmacie et la matière médicale. Ce ne fut cependant qu'en 1769 que la première Faculté de Philadelphie fut organisée, après le retour en Amérique de Adam Kuhn, élève de Linné, et de Benjamin Rush qui avaient été compléter leurs études médicales en Europe, et qui furent adjoints aux deux professeurs que nous venons de nommer, le premier comme professeur de matière médicale, et le second pour la chimie, tandis que le vénérable docteur Bond faisait des cours de clinique à l'hôpital de Philadelphie.

L'établissement de la première école de médecine de New-York fut dû spécialement aux efforts des docteurs Peter Middleton et S. Bard. Ce dernier avait formé en Europe, pendant qu'il y complétait ses études médicales, le plan d'une école médicale pour sa patrie, et quand il y fut de retour il eut le talent de faire goûter son projet à un grand nombre de praticiens distingués, qui se réunirent

anneau inguinal débridé par Arnaud, l'anatomie en a démontré un autre qu'Arnaud ne connaissait pas, et qui aurait fort bien pu entretenir l'étranglement sans l'intervention du collet du sac: circonstance capitale, qui rejette son observation parmi les faits douteux, et que nous aurons à opposer de même à des chirurgiens que leur haute science aurait dû préserver d'une pareille méprise. Mais le nouvel exemple qu'on va lire, et qui fut commun à Ledran et à Arnaud, se trouve enfin complété par l'autopsie, et échappe ainsi à toute espèce d'objection.

Vers la fin de février 1726, Arnaud fut appelé pour une hernie crurale, du volume d'un œuf de poule, étranglée chez un cocher, qui la portait depuis longtemps. Il la réduisit incontinent, et, pendant deux jours, elle sortait quand le malade toussait et rentrait ensuite d'elle-même. Toutefois les accidens persistaient. Le huitième jour on fit venir Ledran, qui, examinant les parties, trouva dans l'aîne une espèce de vide là où avait existé la tumeur, « et le ligament de Fallope s'était tellement prêté au volume de la hernie, qu'on pouvait presque fourrer les quatre doigts avec la peau par-dessous. »

Le malade était d'ailleurs à l'extrémité; il mourut le même soir, sans avoir été opéré. Déjà Ledran avait présumé que la hernie avait été réduite en masse. « L'ouverture du corps, ajoute-t-il, vérifia ce que j'avais dit. Nous trouvâmes dans le ventre le sac herniaire, qui avait trois pouces de profondeur sur huit pouces de circonférence, et dans ce sac était encore enfermée une demi-aune de l'intestin jéjunum. Tenant le sac à pleine main, je voulus en faire sortir l'intestin, en le tirant par l'un des bouts; mais la chose me fut impossible, tant l'entrée du sac était resserrée, et je n'en vins à bout qu'en dilatant cette entrée avec les ciseaux (1). »

Rien cette fois de plus évident; et d'ailleurs Ledran ne s'en tient pas à ces premiers faits. Écoutez les remarques dont il les fait suivre. Il se demande d'où peut venir ce rétrécissement du collet, et il commence par établir que, lorsqu'on réduit une hernie, le sac ne rentre pas toujours; « c'est ce que j'ai remarqué, dit-il, dans nombre de sujets dont j'ai fait l'ouverture, à qui j'ai trouvé, d'un ou d'autre côté, et quelquefois des deux, un sac herniaire plus ou moins grand. Dans ceux qui avaient tenu leurs parties réduites par l'usage du brayer, j'ai trouvé l'entrée du sac très resserrée et étroite; mais je l'ai trouvée fort large dans ceux qui n'avaient pas porté de brayer. J'ai ouvert plusieurs enfans morts de différentes maladies, qui avaient eu des descentes en nourrice et qui avaient été guéris par le brayer; je leur ai trouvé à tous le sac herniaire, quoiqu'ils fussent guéris depuis longtemps; j'ai trouvé dans tous que l'entrée du sac n'était que resserrée, et qu'on pouvait y passer un stylet plus ou moins gros. »

Voilà de l'anatomie pathologique vraiment chirurgicale, et dont il faut tenir compte. Seulement le lecteur remarquera que Ledran ne dit point sur combien de sujets il base ses conclusions, et qu'il cite en gros et de mémoire ces autopsies, où il n'a jamais rencontré un seul cas d'oblitération complète du collet du sac. Lui-même rapporte plus loin, obs. 75, un cas fort curieux d'un hydrocèle développé dans un sac herniaire, dont Arnaud avoit repoussé la hernie quelque temps auparavant. L'application du bandage avait suffi pour amener l'oblitération complète de l'orifice du sac. Je laisse de côté les explications, qui ne font rien ni au fait en lui-même, ni à la doctrine; mais cette doctrine demande à être exposée en entier.

« L'entrée du sac se resserrant, comme je viens de le dire (c'est encore Ledran qui parle), dans la plupart des hernies où il y a un étranglement, si ce n'est pas la première fois que les parties sont sorties, et que le malade ait eu soin de les tenir assujéties par le bandage, il faut s'attendre à trouver moins d'obstacle à la réduction de la part du ligament ou de l'anneau que de celle du sac herniaire, dont l'entrée est nécessairement plus étroite que le fond (1). »

De là résulte que l'on peut réduire par le taxis la hernie toujours enfermée dans le sac qui l'étrangle, et qu'alors les accidens continuent. Cette continuité des accidens pourrait être aussi attribuée à l'inflammation ou à un volvulus. Ledran indique quelques signes propres à révéler la rentrée du sac, savoir : le vide que l'on sent sous le ligament de Fallope ou dans l'anneau, et l'absence du bruit de gargouillement lors de la réduction. J'expose la doctrine et ne la critique point. Dans le cas donc où l'on présumerait cette rentrée en masse, Ledran veut que l'on fasse une incision au lieu où était la hernie, que l'on élargisse l'anneau par une incision, que l'on retire le sac, qu'on l'ouvre, qu'on dilate son orifice et qu'on réduise l'intestin. Il observe que ce sac ne peut être éloigné, puisqu'il fait partie de la portion du péritoine qui tapisse l'intérieur du bassin. En un mot, la doctrine est complète, et il n'a guère laissé à ses successeurs que le soin d'y rattacher quelques recherches d'un bien moindre intérêt.

Mais il ne s'agit pas seulement pour nous de constater la réalité ou même la fréquence de l'étranglement par le collet du sac. J'ai dit que l'examen sérieux des faits ne laissait pas subsister un seul de ceux que l'on a donnés comme exemples d'étranglement par les anneaux même; étudions dans ce sens les autres observations de Ledran. Aux deux premières que nous venons d'analyser, il en ajoute cinq; la dernière est une hernie de la ligne blanche, et ne rentre pas dans la question telle que je l'ai posée; je l'écarte. Des quatre autres, l'une sous le n° 70, offrait, selon l'auteur, un exemple d'étranglement multiple. « Outre l'étranglement que faisait l'anneau de l'oblique externe, il y en avait à deux travers de doigt au-dessus *un autre bien plus considérable*, causé par le sac herniaire, qui s'était fort resserré, formant quatre à cinq brides très fortes. *C'est là ce qui s'opposait le plus à la réduction des parties.* L'étranglement que faisait l'anneau fut aisé à détruire; *mais les brides, qui étaient plus haut, me donnèrent assez de peine à couper.* » L'intestin était gangrené; et il est permis de croire que l'étranglement véritable était celui qui serrait le plus.

Dans l'observation 62, l'auteur dit qu'il dilata selon l'art *l'entrée du sac herniaire et l'anneau*; on ne peut rien en conclure. Dans la précédente, il s'agissait d'une hernie crurale; Ledran ouvrit le sac, et *dilata le passage* avec son bistouri herniaire; ce qui n'offre rien de plus précis. Reste la 59e, qui a pour objet un bubonocèle chez un homme de 40 ans; l'opérateur mit à découvert le sac herniaire qu'il trouva très épais et très tendu, divisa l'anneau sans toucher au sac, et fit ainsi rentrer une portion de la hernie. Une autre portion irréductible obligea d'ouvrir le sac; on

(1) Ledran, obs. 58, et Arnaud, lieu cité, obs. 4.

(1) Ledran, ouvr. cité, p. 16.

à lui, et obtinrent, en 1768, la fondation de l'école de médecine de New-York qui compta immédiatement six professeurs chargés chacun de faire un cours.

Ces deux établissemens semblaient annoncer un avenir prospère à la profession médicale en Amérique; mais la révolution ayant commencé peu de temps après leur organisation, la plupart des professeurs furent appelés à remplir des devoirs plus urgens, et l'agitation des affaires publiques qui persista pendant plusieurs années priva le pays des bienfaits qu'ils auraient immédiatement versés sur lui dans d'autres circonstances.

Telle est en abrégé l'histoire des progrès de la médecine en Amérique jusqu'au moment où les colonies se déclarèrent indépendantes de la mère-patrie. Depuis cette époque jusqu'à la fin de la guerre, les seuls progrès que nous puissions signaler se réduisent à l'introduction dans la matière médicale de quelques plantes indigènes, telles que le *lyriodendron tulipifera*, le *cornus florida* et le *quercus alba*, qui combinées furent employées avec succès comme succédanés de l'écorce de quinquina que l'on ne put se procurer commodément pendant la guerre.

Nous allons rappeler en peu de mots, avant de terminer ce qui est relatif à cette époque de l'histoire de la médecine américaine, quels furent les principaux travaux des médecins de ce pays jusqu'en 1776.

1° Ils ont fourni des relevés statistiques du climat et des maladies qui régnaient dans les différentes parties du pays.

2° Ils ont donné la description de la plupart des produits végétaux et introduit dans la matière médicale quelques-uns des plus utiles d'entre eux.

3° Ils ont retracé l'histoire des principales épidémies et de quelques-unes des maladies endémiques, telles que la grippe qui envahi a une grande partie de l'Amérique à différentes époques, depuis les premiers établissemens qui y furent faits; la petite vérole, la rougeole et l'angine maligne d'une date plus récente; la colique du Poitou qui paraît avoir régné fréquemment dans les provinces du Sud; la fièvre jaune, la fièvre des états du Sud et du centre, et enfin le croup.

4° Ils ont renouvelé presque entièrement la pratique de la médecine par l'introduction de l'inoculation de la petite vérole, par l'emploi à fortes doses du calombelas dans les maladies inflammatoires; enfin par la méthode évacuante et débilitante dans le traitement de l'angine trachéale.

5° Ils ont publié un guide chirurgical qui fut d'une grande utilité pour l'instruction des chirurgiens de l'armée et de la marine des états.

6° Ils ont établi des hôpitaux et des colléges de médecins pour le soulagement des pauvres malades et pour l'instruction des jeunes gens qui se destinaient à embrasser la carrière médicale.

— Par suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés aides d'anatomie à la Faculté de Paris: 1° M. Gosselin; 2° M. Demaux; 3° M. Froment.

— Incontinence d'urine, ou son traitement rationnel par la méthode des injections; par M. Devergie aîné, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur des Facultés de Paris et de Goettingue, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50 c.

Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

la trouva constituée par un peu d'épiploon qui avait contracté des adhérences.

De prime-abord il semble donc que l'anneau seul empêchait la réduction, puisque sa division la rendit si facile. Mais j'ai fait à cet égard toutes les réserves nécessaires en parlant des procédés de Franco, et je ne pense pas avoir besoin d'y revenir. Voyez d'ailleurs les détails de l'observation, et dites si le *rétrécissement* du collet du sac n'était pas en quelque sorte forcé et inévitable. L'individu avait eu deux hernies inguinales survenues ensemble par suite d'un effort; il avait porté un bandage, qu'il avait quitté au bout de six semaines, se croyant guéri, et de fait la hernie gauche n'avait plus reparu; mais la droite sortait quelquefois, et il la faisait rentrer; lorsqu'enfin un matin en se levant il y sentit une douleur légère, alla à la selle sans réduire la hernie qui était sortie, et resta ainsi deux jours sans faire autre chose que de prendre un lavement et se soumettre à deux saignées; enfin le soir du troisième jour seulement, le vomissement le prit. Dans de telles circonstances, on peut hardiment présumer qu'il y avait rétrécissement au collet, et que ce rétrécissement était léger toutefois, puisqu'il n'avait amené de symptômes graves que le troisième jour; en conséquence, après avoir mis à nu le sac, il devait être facile d'obtenir la réduction sans faire à l'anneau une incision très probablement inutile.

Après avoir ainsi exposé l'origine de la doctrine nouvelle et analysé les premiers faits publiés à l'appui, il faut achever de rendre compte du mémoire d'Arnaud, qui établit des distinctions et des exceptions capitales. Le passage suivant donnera une idée assez précise des opinions de ce chirurgien :

« L'entrée du sac herniaire, que je nommerai quelquefois orifice ou embouchure, est toujours la partie du sac la plus éloignée de son fond. Quand la hernie est parvenue à un certain degré d'accroissement, la pression continuelle des parties qui lui livrent passage rapproche les parois de l'orifice du sac, et y forme un froncis pareil à celui d'un doigt de gant que l'on passerait par un anneau fort étroit. Si le sac reste longtemps dans l'ouverture qui lui donne passage, sans poursuivre son chemin davantage (ce qui arrive souvent), il s'y durcit de façon qu'il devient capable de faire étranglement un jour. Si par un nouvel effort les parties sont poussées plus bas, et qu'elles restent encore un espace de temps assez long pour souffrir une nouvelle compression de la part de l'ouverture au travers de laquelle elles auront passé, il se pourra former encore un nouveau rétrécissement qui se trouvera plus haut que le premier; il sera capable aussi de faire un étranglement par la suite des temps. Un troisième rétrécissement pourra encore se former de même, à mesure que les parties seront déterminées à descendre : il pourra aussi faire étranglement à l'intestin, sans que l'ouverture qui aura donné passage à la hernie, comme l'anneau, l'arcade crurale ou autre, y ait aucune part. Cette multiplicité de rétrécissemens se manifeste quelquefois à l'extérieur de la tumeur; quelquefois il n'en paraît aucune marque (1). »

Il peut donc se faire un ou plusieurs étranglemens par l'effet de ces rétrécissemens simples ou multiples du collet du sac; la première observation du mémoire présente un exemple incontestable d'un rétrécissement double de cette nature. Mais Arnaud ajoute que l'étranglement peut être causé à la fois par le sac herniaire et par l'anneau, et il convient d'examiner si cette assertion est aussi bien démontrée que l'autre. Il en apporte en preuve deux observations; nous avons déjà analysé l'une, qui est la troisième de son mémoire, et la seule phrase qui puisse être citée en témoignage du prétendu étranglement par l'anneau est celle-ci : *Je dilatai l'anneau suivant mon usage ordinaire, sans avoir pu réduire l'intestin.* De bonne foi, parce que l'opérateur a cru que l'étranglement était là, cela suffit-il pour l'admettre, quand la suite de l'observation fait voir qu'il y avait eu méprise, et qu'en réalité l'étranglement siégeait ailleurs? L'observation deuxième n'est pas plus concluante. Elle est courte; la voici dans son entier.

Obs. — M. Pineau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Melun, en Bourgogne, fit l'opération d'une hernie avec étranglement à une femme de 43 ans, en l'année 1728. Lorsqu'il eut ouvert le sac herniaire, il en sortit une sérosité limpide. M. Pineau fendit le sac par sa partie inférieure jusqu'à une bride, qu'il prit d'abord pour l'anneau; il trouva dans cette portion du sac une partie de l'épiploon. Dans le dessein qu'il avait d'en faire la réduction, il dilata la bride : il coula par la crénelure de sa sonde cannelée deux ou trois onces de pus. Lorsque cette bride fut coupée, il découvrit une anse d'intestin ouvert par la pourriture; il dilata ensuite l'anneau qui étranglait cette espèce de hernie supérieure. Le rétrécissement du péritoine n'avait aucune part à ce dernier étranglement; la malade guérit sans fistule.

Vous remarquerez d'abord qu'Arnaud n'est pas ici témoin oculaire; il reproduit en 1749 un fait arrivé en 1728, et raconté avec une négligence toute particulière. M. Pineau croit d'abord avoir divisé l'anneau; sur quoi fondait-il cette croyance, et comment a-t-il constaté son erreur? Arnaud pense qu'il s'agit là d'un cas d'étranglement par le collet au-dessous de l'anneau, et d'un autre par l'anneau même; il semble beaucoup plus probable qu'il y avait un double étranglement, l'un vis-à-vis l'anneau externe, l'autre vis-à-vis l'anneau interne, et que l'opérateur, qui ne connaissait pas la disposition du canal inguinal, a agi au hasard, sans trop savoir où il était, et a cherché plus tard à s'expliquer bien ou mal l'obstacle double qu'il avait rencontré. Mais, en vérité, donner de tels faits comme des preuves, est-ce le moyen d'assurer à la chirurgie le rang qu'elle a droit d'ambitionner dans les sciences exactes?

Suivons la série des idées de l'auteur ; en voici qui sont importantes :

« Les endroits du péritoine qui sont rétrécis le peuvent être plus ou moins, suivant les différens degrés de pression et d'inflammation *ausquels* ils sont exposés (1). Ces rétrécissemens peuvent aussi être plus ou moins larges et plus ou moins épais. Il y a des cas où le cercle membraneux n'a pas une demie-ligne de largeur et d'épaisseur; dans d'autres cas, il peut en avoir une, deux et trois, peut-être davantage (2). »

Il passe ensuite aux différens cas qui peuvent se présenter dans les étranglemens par le collet du sac. Ou bien la hernie ne rentre point du tout par le taxis, ou bien elle rentre en masse et ressort aisément dans les efforts que fait le malade; ou bien enfin elle rentre et ne peut plus ressortir, et, dans ce dernier cas, elle n'occupe pas toujours à beaucoup près la même place dans l'abdomen; tantôt elle se porte du côté interne, tantôt du côté externe, etc. Ceci est appuyé sur sept observations dans lesquelles l'étranglement était au collet du sac, et qui, ne nous apprenant rien de neuf à cet égard, n'ont besoin que d'être mentionnées. Ces préliminaires bien établis, Arnaud cherche à faire l'histoire dogmatique de cette sorte d'étranglement; il en expose les causes, les signes, et parmi ces signes, il en est un qu'il donne comme appartenant également à l'étranglement par l'anneau ; ici donc, la discussion redevient nécessaire. Voici le texte :

« J'ai dit que l'étranglement du péritoine était quelquefois marqué par une espèce de sillon ou cercle, qui se manifeste quelquefois même par-dessus la peau. Ce signe, toujours équivoque en ce cas, peut jeter dans deux erreurs; c'est pourquoi je ne l'ai pas mis au rang des signes pathognomoniques. La première erreur peut venir de ce que ce sillon se rencontre dans *les hernies étranglées par des fibres transversales qui du fascia lata vont s'attacher à la symphise du pubis*. Dans ces sortes d'étranglemens, l'on voit la marque plus ou moins large et plus ou moins profonde que causent les fibres transversales du *fascia lata*; elle est presque semblable à l'espèce de ligature que forme le point de rétrécissement dans les étranglemens du sac herniaire. »

Il s'agit évidemment ici d'un étranglement spécial, mais toujours par l'anneau, et assez vraisemblablement par les fibres collatérales internes, décrites de nos jours par A. Thomson sous le nom de *fascia femoralis abdominalis*, et par M. Velpeau sous celui de *ventrier*. Arnaud ajoute que Garengeot donne, dans sa SPLANCHNOLOGIE, édit. de 1740, t. II, p. 9 et 10, une idée de cet étranglement, et que lui-même se propose d'en publier des observations dans un autre temps. Je ne sache pas qu'il ait tenu cette promesse; en conséquence, il ne reste de ceci qu'une assertion sans preuves et une doctrine sans faits.

Le mémoire se termine par deux observations, dont l'une avec autopsie, et qui ont trait à des étranglemens par le collet du sac. Mais la première, sous le n° 12, étant donnée comme un exemple d'étranglement mixte, c'est-à-dire au collet et à l'anneau à la fois, il convient de la discuter.

Nous pouvons négliger les premiers détails. L'individu succomba avant toute opération, et l'on procéda à l'autopsie. En examinant la face interne du péritoine abdominal, on trouva *l'orifice du sac si étroitement serré qu'il n'aurait pas été possible d'en retirer l'intestin sans le déchirer.* Entre cet orifice et l'anneau se trouvait une portion de sac et de la hernie, *de la grosseur d'un œuf de poule et qui en avait la figure, étant exactement serrée, d'un côté par l'orifice du sac herniaire qui la contenait, de l'autre côté par l'anneau, qui l'étranglait fortement.* Jusque-là nous n'avons rien à objecter. Mais Arnaud isole le sac, le vide, le remplit d'air, fait une ligature à un bon pouce au-dessus de son orifice, et le fait sécher. Il trouve alors que le sac a *la figure d'une calebasse, c'est-à-dire d'une courge qui aurait deux cols et un ventre*; il en

(1) Arnaud, vol. cité, p. 3.

(1) Qu'on me permette de noter ce mot, *ausquels*, comme un vestige d'une orthographe qui remonte aux premières époques de la langue, et que je n'avais pas encore trouvé plus loin que dans une édition de 1743. Voyez mon INTRODUCTION AUX ŒUVRES D'A. PARÉ.

(2) P. 28.

donne même la figure, où l'on voit que le sac formait un deuxième rétrécissement fort serré vis à vis l'anneau, et que la portion ovoïde de la hernie était prise entre ces deux rétrécissemens. Est-il possible, après cela, de maintenir que le deuxième étranglement était produit par l'anneau? Arnaud continue à le croire. Que lui importait? Il avait une théorie souple et obéissante, qui se prêtait à tous les cas, et nulle objection ne venait alors troubler sa confiance.

Ce mémoire d'Arnaud fixa la doctrine chirurgicale pour ce qui concernait le siége de l'étranglement. En effet, ce n'est pas un travail isolé, et appuyé seulement de l'autorité de ce praticien; il avait été écrit d'après l'invitation et comme sous la dictée de l'Académie royale de chirurgie. Arnaud nous apprend lui-même que cette compagnie savante l'avait rendu dépositaire des observations qui lui avaient été communiquées sur cette matière, et l'avait chargé d'en faire quelques mémoires particuliers, qui devaient être insérés dans le premier volume; mais l'espace manqua, et la publication du deuxième volume ayant subi quelque retard, Arnaud prit le parti d'écrire un traité des hernies, où figura spécialement le mémoire sur les étranglemens (1).

On peut s'étonner, en considérant que ce mémoire projeté en 1740 vit le jour en 1749, que J.-L. Petit, mort seulement en 1750, ne semble pas en avoir eu connaissance, non plus que des observations antérieures de Ledran; en effet, dans ses œuvres posthumes, il passe absolument sous silence l'étranglement par le collet du sac. J.-L. Petit, cet homme de génie, le fondateur en quelque sorte de l'école chirurgicale du dix-huitième siècle, montra mieux que tout autre la puissance de la philosophie de Descartes appliquée à la chirurgie, mais en même temps ses dangers. Il avait rompu non seulement avec les écoles antérieures, mais avec tout ce qu'aurait pu lui apprendre la lecture de ses contemporains. Il commença vers 1738 à rédiger ces beaux articles qui font la matière de ses œuvres posthumes; et bien que déjà resté en arrière sur beaucoup de points, son vigoureux génie le poussait en avant sur tant d'autres que ce livre restera comme un monument impérissable. Même quand il s'agit de l'étranglement des hernies, bien qu'il fasse jouer à l'anneau le rôle principal et presque unique, bien qu'il ne nomme seulement pas parmi les autres causes le resserrement du collet du sac, on voit déjà que l'observation lui a donné des résultats contradictoires à sa théorie; et on peut assurer que s'il avait eu le temps de revoir ses œuvres, il aurait été conduit à de tout autres conclusions. Il raconte qu'il a vu certains opérateurs qui, après avoir ouvert le sac, introduisaient leur sonde entre le sac et l'anneau; « et après avoir coupé ce qui était compris sur leur sonde, ils avaient encore à couper cette portion du sac (le collet) pour l'incision de laquelle il fallait introduire de nouveau la sonde. Je me suis émancipé, ajoute-t-il, une fois que j'étais encore jeune, de proposer de passer le doigt sous cette portion du sac, pour la dilater sans l'inciser; on fit la réduction avec facilité sans rien couper de plus. »

Eh bien! ceci n'est-il pas clair et manifeste, n'y avait-il pas dans ces cas autre chose que la striction de l'anneau? La conséquence n'est-elle pas inévitable? Non, le préjugé l'emporte; et J.-L. Petit expose les exceptions à sa méthode opératoire, sans mentionner l'étranglement par le collet. Il a été par-là entraîné dans une autre erreur, en attribuant à l'anneau ce qui est bien démontré appartenir au sac même. Chez tous ceux qui se servent du brayer, « on trouve au toucher, dit-il, les bords de l'anneau et la circonférence beaucoup plus ferme et plus dure qu'elle n'était avant qu'ils se fussent servis d'un bandage. J'ai observé à ceux-là que quand on est obligé d'en venir à l'opération, on trouve l'anneau plus dur et plus difficile à couper que dans ceux qui ne se sont point servis de bandage, ou du moins qui n'en ont pas fait un long usage (2). » Au lieu de l'anneau écrivez *le collet du sac*, et cette remarque sera extrêmement juste, et en accord avec les observations déjà faites par Ledran et avec les recherches les plus modernes.

Mais cependant à l'appui de sa théorie sur l'étranglement par l'anneau, apportait-il un seul fait bien authentique? Non, pas un seul. A la vérité il a préconisé une méthode nouvelle qui consiste à diviser l'anneau sans ouvrir le sac, et qui, bien que déduite de la théorie même, semble pourtant lui servir de justification et de preuve. Notons d'abord qu'il est assez singulier que J.-L. Petit, donnant cette méthode comme préférable dans la majorité des cas, ne rapporte pas un seul exemple d'application sur le vivant, et que Garengeot qui la vante d'après lui n'en cite pas davantage. Mais je veux croire que tous deux l'ont mise en pratique et avec succès. Qu'est-ce que cela prouve? Franco ne se contentait-il pas quelquefois de mettre le sac à nu sans débrider d'aucune manière? Et enfin n'obtient-on pas tous les jours la réduction, même sans avoir découvert le sac? Pour que la preuve fût valable, il faudrait qu'après avoir mis à nu le sac et l'anneau, on essayât la réduction sans succès, et qu'elle devînt tout d'un coup facile après l'incision de l'anneau. Encore ne serait-ce pas là une démonstration directe, comme celle qui résulterait de l'autopsie; et n'êtes-vous pas frappés de cette circonstance, que toutes les autopsies ont donné jusqu'ici gain de cause à l'étranglement par le collet du sac?

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Voyez la préface de ce traité, p. lxij.
(2) J.-L. Petit, ŒUVRES POSTHUMES, p. 00.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par D'AMMON.

Le cahier de mai et de juin contient les articles originaux suivans: 1° *Sur les fonctions des nerfs ganglionnaires;* par le docteur Remak. 2° *Sur la pathogénie du typhus abdominal;* par le docteur Cramer. 3° *De l'irritation spinale;* par le docteur Stilling. 4° *Sur un cas de cancer du pancréas;* par le docteur Pauli. (Article de polémique.) 5° *Sur les morts subites;* par le docteur Steifensand. (Rien de saillant.) 6° *De la théorie de l'exanthème;* par le docteur Mühry. (Suite.) 7° *Observations;* par le docteur Fronmüller. 8° *Description d'un fœtus cyclope;* par le professeur Weber. 9° *Guérison du strabisme par la section du muscle;* par le docteur d'Ammon. (L'auteur nous promet dans le prochain cahier de revenir sur cette question; nous attendrons la suite pour en rendre compte.) 10° *D'un appareil destiné à remédier à la myopie;* par le professeur Berthold. (A cet effet, l'auteur propose une machine qui force les individus qui s'occupent à lire et à écrire de se tenir éloignés du papier à une certaine distance qui sera graduellement augmentée.

SUR LES FONCTIONS DES NERFS GANGLIONNAIRES; par le docteur ROB. REMAK, à Berlin.

Tout faisceau nerveux est composé d'un assemblage de filets primitifs qui ne communiquent jamais ensemble, qui ne sont que juxta-posés, même dans les plexus les plus serrés; ils aboutissent d'une part à l'axe cérébro-spinal ou aux ganglions, et d'autre part aux organes.

Les nerfs qui communiquent avec l'axe cérébro-spinal ont deux ordres de racines: les antérieures servent au mouvement, les postérieures au sentiment; il ne faut excepter de cette règle que les trois nerfs des sens supérieurs, optique, olfactique et acoustique. M. Ehrenberg a démontré le premier, par des observations microscopiques, que dans un faisceau nerveux quelconque on pouvait distinguer les filets moteurs d'avec les filets sensitifs; ceux-ci prennent une forme variqueuse, étranglée ou en chapelet, quelque temps après la mort; ceux-là restant cylindriques et ne présentant qu'un aspect rugueux. M. Ehrenberg pense que les fibres primitives des nerfs sont creuses et contiennent une espèce de matière molle ou médullaire qui peut être exprimée par la contraction des parois du tube. M. Remak ne pense pas que ces tubes contiennent une matière médullaire, mais il dit avoir observé dans leur intérieur une espèce de bandelette de renforcement qui est appliquée le long des parois du tube à l'instar des bandelettes longitudinales du gros intestin. Lorsque cette bandelette vient à se contracter, elle donne au tube nu à la fibre nerveuse primitive une forme renflée plus ou moins apparente. Dans les filets sensitifs les parois du tube sont excessivement minces; c'est pourquoi lorsque la bandelette est contractée tout le tube prend un aspect variqueux; dans les filets moteurs les parois sont plus résistantes; aussi les tubes conservent-ils une forme cylindrique et la contraction de la bandelette ne fait que leur donner un aspect rugueux. L'épaisseur des parois des filets moteurs est aussi cause de ce qu'ils sont plus opaques, plus épais et plus visibles que les filets sensitifs; leurs bords latéraux se dessinent plus nettement en double sous le microscope, tandis que les filets sensitifs restent simples; ces derniers sont même si transparens qu'il faut se servir d'un jour excessivement faible pour les apercevoir.

M. Remak sait donc très bien distinguer un nerf sensitif d'avec un moteur; mais il distingue aussi facilement l'un et l'autre d'un filet appartenant à la vie organique. Les filets nerveux de la vie animale sont blancs, tandis que ceux de la vie organique sont rouges et très grêles, même plus ténus que les filets sensitifs des spinaux.

Les nerfs de la vie organique doivent leur couleur rouge à une matière médullaire ou globuleuse qu'ils puisent dans les ganglions dont ils semblent tirer leur origine; les ganglions du grand sympathique sont croisés par les nerfs de l'axe cérébro-spinal qui les traversent sans s'y confondre.

Ordinairement on trouve dans un trousseau nerveux les trois espèces de filets primitifs, moteurs, sensitifs et organiques. Les filets organiques, qui des ganglions se portent en arrière vers la moelle épinière, s'amincissent à mesure qu'ils s'éloignent du ganglion et finissent par se perdre dans la substance de l'axe cérébro-spinal comme dans tout autre organe. Ceux des filets organiques qui vont se joindre aux nerfs cérébraux de la cinquième et de la sixième paire s'amincissent aussi à mesure qu'ils s'éloignent du ganglion cervical supérieur.

Le grand sympathique est formé par une série de ganglions qui se trouvent joints ensemble par des filets de communication qui passent au-devant de l'angle des côtes de chaque côté de la colonne vertébrale. Ces filets sont blancs et renferment très peu de tubes primitifs appartenant à la vie organique; les filets de communication postérieure sont aussi blancs; mais on y voit cependant déjà plus de tubes primitifs rouges.

Les nerfs antérieurs qui des ganglions se rendent aux organes présentent le plus grand mélange de filets blancs et rouges; ils sont d'autant plus rouges qu'ils sont destinés à des organes moins soumis à l'empire de la volonté (foie, rate, etc.). Ceux des nerfs du grand sympathique qui contiennent beaucoup de filets blancs, comme le grand splanchnique, transmettent aussi au centre commun des perceptions les impressions des organes auxquels ils aboutissent; ils y portent aussi des volitions; car certaines personnes, et M. Remak est de ce nombre, peuvent par une forte volonté et une attention soutenue activer le mouvement péristaltique des intestins sans y faire concourir les muscles des parois abdominales.

Dans le système nerveux cérébro-spinal, il se passe deux ordres d'actions: sensations perçues et réactions de volitions; deux actions analogues se passent dans la vie organique; il y a une perception organique, ou ce qu'on nomme l'irritabilité hallérienne, et une réaction, un la fonction de réflexion organique si bien démontrée par J. Müller. On pourrait donc dire que dans l'économie animale il y a deux *sensorium commune*: un de la vie de relation, c'est l'axe cérébro-spinal, et un autre de la vie organique, c'est le système ganglionnaire.

SUR LA PATHOGÉNIE DU TYPHUS ABDOMINAL; par le docteur CRAMER, de Cassel.

Ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes:

1° Le siége primitif du typhus abdominal est le système nerveux ganglionnaire; un ne connaît pas la nature de sa lésion, on ne peut qu'en donner la description symptomatique.

2° Comme le système ganglionnaire préside à la vie végétative, cette dernière est principalement affectée; de là la perversion de la crâce du sang, les infiltrations sanguines et les stases, les transudations séreuses, les ramollissements et les raréfactions des tissus.

3° On doit regarder comme produit particulier de la dyscrasie du sang le tubercule typhoïde qui se forme dans les glandes des intestins et en provoque l'ulcération. Cette ulcération est donc un des effets et non la cause de la maladie; elle peut manquer, et cependant le typhus abdominal peut suivre sa marche ordinaire.

4° Le typhus ordinaire est le résultat d'une infection du sang; il se propage facilement d'individu à individu; ce n'est à proprement parler pas une fièvre nouvelle nerveuse; dans l'un et dans l'autre typhus, il y a dyscrasie du sang; mais dans le typhus abdominal le sang n'est affecté que secondairement à la suite de l'enflux nerveux du grand sympathique sur l'hematose, et il ne se propage pas par contagion. Dans le typhus ordinaire, le grand sympathique n'est pas malade, et il n'y a pas d'ulcérations dans les intestins.

5° Des inflammations et des congestions sanguines peuvent compliquer le typhus abdominal, comme le typhus ordinaire, mais elles n'en feront pas l'élément nécessaire, ce n'est donc rien moins qu'une inflammation.

6° Les fièvres gastriques nerveuses ont beaucoup d'analogie avec le typhus abdominal et peuvent se convertir en ce dernier; mais leur développement est autre, ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie que le système nerveux y prend part.

7° Le cerveau et la moelle épinière souffrent toujours dans le typhus abdominal; il y a le plus souvent délire, somnolence, grande prostration des forces, immobilité avec décubitus dursal; cependant par exception on observe parfois des congestions inflammatoires dans les organes. Lorsque les symptômes d'inflammation s'y manifestent, ils ne prouvent point une lésion idiopathique; mais on ne doit les rapporter qu'à un désordre dans le système nerveux général ou bien à une incitation défectueuse du sang sur ce dernier.

SUR L'IRRITATION SPINALE; par le docteur STILLING, de Cassel; mémoire lu à la société des naturalistes réunis à Pyrmont, en septembre 1839.

Nous allons rapporter en peu de mots la théorie que l'auteur émet sur l'irritation spinale; d'après lui, elle consiste dans une congestion de sang ou une hypérémie dans les vaisseaux capillaires de la moelle épinière. Elle peut avoir son siége sur une portion plus ou moins grande, et, de là, des symptômes différens, selon qu'elle occupe la partie supérieure on inférieure. Autant de fois qu'il existe une congestion sanguine, il y a exsudation de sérum à travers les parois des vaisseaux. Le sérum épanché ramollit les tissus et les dissout en partie; en un mot, il se fait une macération plus ou moins prononcée et plus ou moins étendue. Dans les autopsies, on trouve alors différens degrés de lésion, depuis la plus simple congestion jusqu'au ramollissement et la diffluence la plus complète. Quant aux symptômes, il n'y en a pas un seul qui soit pathognomonique; la douleur provoquée par la pression exercée sur les apophyses épineuses, pas plus que la douleur transmise par un filet nerveux spinal et rapportée à l'extrémité périphérique de ce filet, quel que soit le siége de la maladie sur le trajet de ce même filet; par exemple, on reporte à l'extrémité des doigts un coup reçu sur le trajet du nerf cubital. Lorsqu'on provoque de la douleur en pressant sur la colonne vertébrale, on l'éveille sur les côtés, comme sur le sommet des apophyses épineuses; mais il faut dire cependant qu'elle est la plus forte sur la ligne médiane, parce que les extrémités des nerfs sensitifs postérieurs viennent s'y porter de droite et de gauche; une légère piqûre faite avec une aiguille sur la peau de l'épine du dos produit souvent une douleur très violente; il en est de même de l'application des sangsues; les furoncles du dos sont aussi plus douloureux chez des individus affectés d'irritation spinale, et, comme on sait, il suffit souvent de l'application d'une éponge humide et chaude pour provoquer la douleur; il en est de même d'une légère friction avec la main. Lorsque toutes ces stimulations superficielles n'occasionnent pas de douleurs, il arrive parfois que la pression plus profonde du doigt qui déprime les muscles les réveille, ainsi que l'extension de la colonne vertébrale. Un autre moyen qui ne se trouve relaté nulle part, c'est que l'auteur provoque à volonté, dans ce genre de maladies, des frissons avec chair de poule et des chaleurs, en pressant fortement sur les vertèbres cervicales supérieures, et en faisant des piqûres superficielles. Il termine en comparant les irritations de la moelle épinière aux fièvres intermittentes, ou plutôt il nous semble que ces deux maladies, d'après l'auteur, seraient identiques.

M. Stilling nous promet sous peu un travail plus étendu sur cette intéressante maladie; nous l'attendrons pour pouvoir porter un jugement plus sûr: jusqu'à présent, sa théorie nous semble purement hypothétique.

OBSERVATIONS; par le docteur FRONMULLER, de Furth.

1° Formation d'une pupille artificielle pratiquée avec succès chez un homme de 72 ans, qui avait été opéré deux fois de la cataracte, et avait chaque fois éprouvé des iritis violentes.

2° Blessure de l'œil peu grave, suite d'une explosion de cornue où l'on distillait du mercure.

3° Paralysie partielle de la rétine chez un homme qui a longtemps regardé dans le soleil. Guérison par un traitement antiphlogistique.

4° Cas d'une résorption partielle d'une cataracte traumatique, le cristallin s'est en partie déplacé et en partie résorbé jusqu'à disparition d'un tiers, et le malade a pu voir et distinguer les objets volumineux à une distance de quinze à vingt pas.

5° Colobome de l'iris avec petitesse des yeux.

6° Sur la dilatation du canal nasal. L'auteur la provoque en introduisant des cylindres de plomb de différens calibres et munis d'une tête large et aplatie; ce n'est autre chose que le clou de Scarpa un peu modifié.

7° Opération de cataracte à l'œil droit avec la main droite. L'auteur, qui n'est pas ambidextre, se place derrière l'épaule droite du malade.

8° La cicatine contre la photophobie scrofuleuse. M. Fronmuller dit avoir employé avec grand succès cette substance, de la manière suivante.

Prenez: Cicatine.................. 1 demi-décigramme.
Esprit de vin.............. 1 gramme.
Eau distillée.............. 18 grammes. M. D. dans un verre bien fermé. S. à prendre trois fois par jour 20-30 gouttes.

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE; continué par OSANN.

Les cahiers de septembre 1839 à mai 1840 contiennent: 1° *De l'hy-*

drocèle aiguë des enfans, sous le rapport du diagnostic et du traitement; par le docteur Horst. 2° *La peste à Uster (village dans le canton de Zurich, en Suisse) pendant l'année* 1668; par le docteur Meyer-Ahrens. (Article intéressant sous le rapport historique.) 3° *Aphorismes sur la pathologie*; par le docteur Pitschaft. (Assertions très souvent hypothétiques.) 4° *Observation d'une fracture du crâne, suivie de mort*; par le docteur Seidler. (Rien de saillant.) 5° *Sur l'importance qu'il y a à ménager les sangsues*; par le docteur Kunzmann. (Rien d'inconnu.) 6° *Sur les tumeurs enkystées*; par le docteur Busse. (L'auteur regarde, avec J. Müller, ces tumeurs comme formées par de véritables entozoaires. Le mémoire contient quelques observations intéressantes de tumeurs enkystées, ayant leur siége dans la cavité orbitaire, au cou et dans le foie.) 7° *Trouve-t-on des boutons varioleux dans l'intérieur du corps?* par le professeur Alexander. 8° *Sur la constitution de Lünebourg pendant l'année* 1838; par le docteur Fischer. 9° *Respiration profonde comme signe dans les maladies des poumons*; par le docteur Hoppe. (Rien d'inconnu.) 10° *Les constitutions épidémiques sous le rapport physiologique, étiologique et pathologique*; par le docteur Ebel. (Ce mémoire, long et intéressant, échappe à l'analyse.) 11° *Observation d'hémorragies utérines*; par le docteur Bochart. (Rien de saillant.) 12° *Sur le traitement du delirium tremens*; par le docteur Szerlecki. 13° *Quatre cas de dyssenterie, avec autopsie, observés dans les Indes*; par le professeur Alexander. 14° *Sur la gastrodynie flatulente*; par le docteur Szerlecki. 15° *Sur l'agrypnie*; par le docteur Lowenstein. (Ces deux mémoires, remarquables par une vaste érudition, seront consultés avec fruit.) 16° *Des exanthèmes et des enanthèmes*; par le docteur Fisenmann. 17° *Des bains de Driburg*; par le docteur Brück. 18° *Des bains de Salzbrunn*; par le docteur Zemplin. 19° *Observations de tétanos et de coliques nerveuses, guéris par l'acétate de morphine*; par le docteur Schmidtmann. 20° *Du spasme laryngé des enfans*; par le docteur Ruesch. (L'auteur rapporte quatre observations, dans lesquelles on a rencontré tous les symptômes de l'asthme thymique, sans qu'on ait pu admettre une hypertrophie du thymus. M. Roesch conclut, au reste, très bien cette dernière maladie.) 21° *Observations pratiques sur la transpiration aux pieds*; par le docteur Ideler. 22° *Observation de rhumatisme aigu, suivi de peri et endocardite*; par le docteur Berger. (Rien de saillant.) 23° *De la manie*; par le docteur Vetter. 24° *Contre le ténia*; par le docteur Meyer. (Rien d'inconnu.) 25° *Rapport sur les eaux minérales de Kreuznach*. 26° *Observations de névroses intermittentes*; par le docteur Schupmann. 27° *Sur une épidémie de fièvre abdominale*; par le docteur Bodenmüller. (Rien de saillant.) 28° *Sur la phthiriase*; par le docteur Dürr. 29° *Observations pratiques*; par le docteur Canstatt. (Rien d'inconnu.) 30° *Remarques sur l'iléus*; par le docteur Ehers. (Trois observations intéressantes, mais dont on trouve des analogues dans les auteurs.) 31° *De la gastromolacie*; par le docteur Kirsch. (L'auteur recommande le nitrate d'argent d'après la méthode de Bondin. Gaz. Méd., décembre 1836.) 32° *Quelques observations de fièvres intermittentes pernicieuses*; par le docteur Grimm. 33° *Trois nouveaux cas d'hydrencéphale aiguë, guéris par l'application du cautère potentiel*; par le docteur Dürr. (Gaz. Méd., 1835, pag. 520.)

De l'hydrencéphale aiguë des enfans sous le rapport du diagnostic et du traitement; par le docteur Horst, de Cologne.

Il résulte de ce travail : 1° que l'hydrencéphale aiguë ne peut pas être reconnue dans sa première période, et que, par conséquent, une affection cérébrale, simulant l'hydrencéphale, et se terminant par la guérison, dans un espace de temps très court, est toujours une maladie dont le diagnostic ne peut pas être fixé; 2° la lenteur du pouls, persistant pendant quelques jours, tandis que les symptômes cérébraux vont en augmentant, est le caractère le plus sûr de l'hydrencéphale; lorsque des symptômes font présumer cette maladie, il est possible de la conjurer par un traitement prophylactique convenable; l'hydrencéphale une fois déclarée guérit quelquefois par les seuls efforts de la nature, tandis que l'art n'a encore trouvé aucune méthode sûre de traitement.

Trouve-t-on des boutons varioleux dans les parties internes du corps? Par le professeur Alexander, d'Utrecht.

Depuis 1830, la variole, la varioloïde et la varicelle, étant extrêmement fréquentes à Utrecht, l'auteur s'est beaucoup occupé de ces maladies, ainsi que de la vaccination et de la revaccination. Souvent le nombre des varioleux qui se trouvaient dans les hôpitaux se montait à 1700 et 1800. D'après de nombreuses recherches, M. Alexander est arrivé à la conclusion que l'existence des boutons varioleux à l'intérieur du corps doit être admise avec certaines restrictions. Il a fait plusieurs autopsies, et possède dans son musée des préparations injectées et non injectées, desquelles il résulte qu'on trouve des boutons sur la langue, sur la voûte palatine et le voile du palais; mais il n'en a pas vu dans la trachée, ni dans l'œsophage; cependant il conserve une préparation de trachée, sur laquelle on distingue les traces d'un bouton varioleux; mais toujours a-t-il trouvé la trachée et l'œsophage enflammés, souvent recouverts d'un épithélium et d'enduits couenneux. Dans l'intestin, il a souvent vu des boutons et des ulcérations chez des individus morts de variole; ces boutons et ces ulcérations étaient identiquement les mêmes que ceux trouvés dans les cadavres d'individus morts par suite de fièvres typhoïdes et de phthisie. Ces sortes de boutons ne peuvent être comparés à ceux de la variole, dit l'auteur, puisqu'il n'existe point d'épithélium dans les intestins, ce sont plutôt des glandes intestinales engorgées et dont l'orifice extérieur s'élargit et devient visible sous l'aspect d'un point noir. Sur un cadavre d'une personne morte de typhus, il a trouvé dans les intestins des taches bleuâtres, qui, au premier aspect, pouvaient être regardées comme des taches gangreneuses; mais en les examinant de plus près, il s'est assuré, en introduisant une aiguille par l'orifice central de la glande, qu'elles étaient formées par un épanchement de sang veineux. Certes, si ces taches avaient été rencontrées dans le cadavre d'un varioleux, on les aurait prises pour des boutons varioleux.

M. Alexander nous promet un travail plus détaillé sur cette intéressante matière.

Sur le traitement du delirium tremens; par le docteur Szerlecki, de Mulhouse.

Pour que l'opium soit réellement efficace dans cette maladie, il faut, d'après l'auteur, le donner d'une manière méthodique; à cet effet, il prescrit quatre gouttes de laudanum liquide de Sydenham; cette dose est doublée de deux en deux heures, ainsi 8, 16, 32 gouttes, enfin 40 gouttes toutes les deux heures, jusqu'à ce que le malade s'endorme; puis il diminue la dose.

Deux observations viennent appuyer cette méthode. Les malades ont pris à peu près en tout 30 grammes de laudanum (10 gouttes contenant 5 centigrammes d'opium) sans avoir éprouvé le moindre symptôme de narcotisme.

Des exanthèmes et des enanthèmes; par le docteur Eisenmann.

Linné est le premier qui ait trouvé de la ressemblance entre les éruptions qui se forment sur les membranes muqueuses et celles qu'on rencontre sur la peau, lorsqu'il a appelé la dysenterie une gale du canal digestif (1). Roederer et Nagner ont constaté l'existence d'une éruption particulière sur les intestins d'individus morts de fièvre muqueuse. Depuis les travaux de Pommer, de Broussais, de Schoenlein, de Bretonneau, de Louis, de Cruveilhier, d'Andral, etc., l'analogie entre les éruptions intestinales et les exanthèmes cutanés a été rendue des plus évidentes. C'est donc avec raison que l'on a donné le nom d'enanthème aux efflorescences trouvées sur la muqueuse. Comme les éruptions cutanées, elles constituent les symptômes caractéristiques de maladies spéciales.

Il y a plus de 20 ans que M. Eisenmann a émis son opinion sur la similitude des éruptions internes et externes; il a été vivement attaqué par M. le professeur Albers. (Rut's Magazin, vol. 46.)

Le médecin de Bonn, entre autres objections, a avancé : 1° qu'on ne peut pas reconnaître une éruption interne à un appareil fébrile particulier, ainsi qu'on le peut pour les éruptions externes; — à cela M. Eisenmann répond que ce n'est point à la fièvre, mais à des symptômes concomitans qu'on reconnaît un exanthème sur le point de paraître, par exemple, à la toux et à l'épiphora pour la rougeole, et à l'angine pour la scarlatine, etc.;

2° Que les exanthèmes ont des périodes déterminées, ce qui n'existe pas pour les enanthèmes; — mais combien d'exanthèmes n'y a-t-il pas dont la marche est irrégulière, comme, par exemple, la miliaire!

3° Que les boutons développés sur les muqueuses n'ont pas de structure celluleuse, et ne contiennent pas de fluide dans leur intérieur; — mais combien n'y a-t-il pas d'éruptions extérieures, telles que l'urticaire et la variole papuleuse, qui n'ont pas ce caractère et qui n'en sont pas moins des exanthèmes!

4° Que les enanthèmes se terminent ordinairement par suppuration, rarement les exanthèmes; — cependant rien de plus fréquent que les éruptions pustuleuses à la peau;

5° Que les éruptions cutanées laissent après elles des cicatrices, ou

(1) *Dysenteria epidemica est scabies intestinorum interna, ut ex dissectionibus cadaverum dysenteria defunctorum patet* Linné, Amoenitates academ., vol. v, diss. 82.

sont suivies de desquamation de l'épiderme; on n'observe ni l'un ni l'autre dans les enanthèmes; pour ce qui est des cicatrices, tous les anatomico-pathologistes en ont trouvé, et la desquamation de l'épithélium ne peut plus être mise en doute depuis les travaux de Boehm et de Henle;

6° Que la forme des exanthèmes ainsi que le caractère de la fièvre qui les accompagne sont constans, tandis qu'ils ne le sont pas dans les exanthèmes; — encore ici l'expérience de tous les jours prouve le contraire. On trouve les mêmes pustules intestinales dans les fièvres éréthiques, synoques et putrides; mais aussi les pustules de la variole et la rougeur de la scarlatine ne diffèrent pas dans les maladies lorsqu'elles revêtent le caractère éréthique, synoque et putrido-adynamique;

7° Que les symptômes qui semblent être les précurseurs des enanthèmes sont souvent suivis de toute autre maladie, et que la fièvre de suppuration, lorsqu'elle survient, n'est pas proportionnelle à la quantité de pus sécrété; — la même proposition peut être appliquée aux éruptions cutanées; d'un autre côté, quelle grande différence n'y a-t-il pas entre la léthalité de la résorption d'une espèce de pus d'avec une autre, par exemple, une gouttelette de pus de la pustule maligne est, certes, plus terrible que toute la matière fournie pour 500 boutons de variole;

8° Que les exanthèmes sont le plus souvent épidémiques et contagieux, tandis que les enanthèmes se montrent plutôt sous la forme sporadique et endémique; — c'est encore une assertion contredite par l'expérience journalière.

M. Eisenmann, après avoir réfuté l'opinion de M. Albers, et après avoir prouvé, par une série d'argumens, dont nous n'avons fait qu'une analyse raccourcie, que les enanthèmes forment un ordre de maladies spécial, rappelle les caractères que les auteurs ont assignés aux exanthèmes; puis il fait voir, en énumérant ceux des enanthèmes, qu'il y a une corrélation parfaite entre ces deux ordres de maladie, et il ajoute qu'aux orifices naturels, là où les tégumens extérieurs se continuent avec les muqueuses, on voit les exanthèmes et les enanthèmes former une éruption non interrompue; c'est ainsi que les aphtes à la bouche se montrent souvent aux lèvres et se propagent même jusqu'aux yeux.

M. Eisenmann divise ensuite les enanthèmes connus jusqu'à ce jour en cinq genres; 1° l'érithème de la muqueuse, qui se termine par desquamation, comme l'érithème de la peau, ainsi que l'ont démontré Boehm et Henle. Le dernier n'a pas seulement prouvé, d'une manière irrécusable, que toutes les muqueuses étaient revêtues d'un épithélium, mais il a encore fait voir que les mucosités rendues au dehors contenaient toujours des débris de cet épithélium;

2° Les vésicules de la muqueuse; elles ont été observées par Jahn sur la muqueuse palatine dans les éruptions morbilleuses;

3° Les papules de la muqueuse; on en connaît déjà plusieurs espèces, telles que le muguet, les boutons observés par Roederer et Wagler dans la fièvre muqueuse, ceux vus par Haeser dans la gorge, lors de l'épidémie de la grippe, en 1837, à Iéna;

4° Les pustules de la muqueuse, telles que les aphtes et les furoncles de la dothinenterie;

5° Les fongus ou les tubercules de la muqueuse, trouvés par Heusinger dans quelques formes de fièvre typhoïde; par Montgarni, dans la fégarite; par Bretonneau, dans la diphthérite; par Lippich, dans la fièvre puerpérale maligne sur la muqueuse vaginale, et par beaucoup d'autres dans la dysenterie;

6° Les éruptions qui n'ont pas encore été classées, telles que les plaques décrites par Boehm (DISSERTATIO DE GLANDULARUM INTESTINALIUM STRUCTURA PENITIORI, Berlin, 1835), dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, et qui semblent être formées par un état morbide des glandes de Peyer.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA TRANSPIRATION AUX PIEDS; par le docteur IDELER.

Dans cet article, l'auteur rapporte d'abord un extrait du mémoire de M. Mondière (GAZ. MÉD., 1838, p. 365), dans le sens duquel il abonde; puis il cite plusieurs observations:

OBS. I.—Un jeune homme, éprouvant depuis longtemps de vives douleurs aux dos des pieds, fut guéri par l'administration de l'antimoine à l'intérieur et de frictions sur les pieds, avec une pommade composée d'onguent du guimauve, 60 grammes, d'huile de sabine, de calamus aromaticus, de chaque 40 gouttes, et de baume de Perou, 2 grammes, qui produisit une transpiration abondante.

OBS. II.—Hépatite chronique, avec inflammation érysipélateuse de la langue, suite de suppression de transpiration aux pieds. D'abord purgatifs, frictions résolutives, puis pédiluves sinapisés, etc. Guérison, avec le retour de la transpiration aux pieds.

OBS. III. — Une femme pléthorique et sur le retour a été affectée d'un état scorbutique des gencives, avec chute des dents; une transpiration des pieds à laquelle elle était sujette avait été supprimée. Elle mourut d'apoplexie.

Il est à noter que dans la suppression de la transpiration des pieds, il ne faut pas toujours commencer à vouloir la rappeler lorsque des accidens secondaires sont survenus; souvent il importe de faire disparaître ces derniers avant d'attaquer la cause première; on se conduit, dans ce cas, comme pour les accidens causés par la suppression intempestive d'un cautère.

Aux moyens indiqués par M. Mondière pour rappeler la transpiration aux pieds, on peut joindre celui recommandé par M. Ruete, qui consiste dans un mélange d'une partie de sel ammoniac sur deux de chaux vive, qu'on met dans un bas. (GAZ. MÉD., p. 461, 1839.)

SUR LA PHTHIRIASE; par le docteur DURR.

L'excellent article de M. Amelung sur la phthiriase (GAZ. MÉD., p. 23, 1838) a engagé M. Durr à rapporter ses propres observations sur cette maladie.

OBS. I.—Dans un premier cas, vu en 1816 à la clinique de la Charité de Berlin, il est question d'un individu cachectique, mal nourri et adonné aux spiritueux, affecté d'une éruption cutanée squammeuse et de pétéchies. Il n'avait point de pous, ni dans les cheveux, ni dans les habits, ni sur le pubis; cependant, à la vue seule de la forme des petites croûtes qui couvraient le corps, le professeur Horn déclara qu'on avait affaire à une phthiriase, et effectivement, en soulevant les croûtes, on trouva sous chacune d'elles un ou plusieurs pous de la tête, mais moins grands, plus foncés en couleur et plus lents dans leurs mouvemens. Guérison par des bains alcalins et des lotions de sublimé.

OBS. II. — Un garçon de 8 ans ayant éprouvé à plusieurs reprises des affections des voies respiratoires, fut atteint de la gale, qui disparut par un traitement approprié; plus tard, la transpiration répandit une odeur très désagréable, et quoique l'enfant fût tenu toujours très proprement, on observa sur son cou et sur sa poitrine de petites vésicules qui se desséchèrent en croûtes brunâtres sous lesquelles on a trouvé des petits pous semblables à ceux de la tête, mais plus lents dans leurs mouvemens. Guérison par des bains alcalins. L'enfant succomba plus tard à la phthisie.

OBS. III.—La sœur du garçon dont il vient d'être question, âgée de six ans et demi, fut couverte aussi à la poitrine de petites pustules remplies de sérosité et de croûtes sous lesquelles ont été rencontrés de petits pous semblables à ceux de son frère; elle avait aussi répandu une odeur particulière. Guérison par des lotions alcalines.

Il est à noter que chez l'un et l'autre enfant il n'y avait pas de fièvre, ni pous sur la tête, ni dans les habits. Une sœur, qui avait couché avec la petite fille, n'eut jamais ni pous, ni pustules.

Les conclusions que l'auteur tire de ces observations sont à peu près les mêmes que celles de M. Amelung.

Sous la rubrique VARIÉTÉS, nous trouvons, entre autres faits remarquables, les suivans:

1° Observation d'une femme qui a porté, sans éprouver d'accident, un pessaire dans l'utérus pendant quarante ans (par le docteur Seegert).

2° Un homme, âgé de 26 ans, a été affecté d'un empyème énorme. L'épanchement fit une forte saillie entre la septième et huitième côte, on y appliqua de la potasse caustique, le malade ne voulant pas permettre la ponction; il s'écoula une très forte quantité de sérosité verte blanchâtre. Guérison au bout de quinze jours (par le docteur F. Fischer).

3° Un homme de 28 ans, adonné à l'ivrognerie, a bu par mégarde une grande quantité d'acide sulfurique; après des symptômes plus ou moins orageux, il a fini par guérir. Depuis ce temps (il y a dix ans maintenant), les alimens solides sont bien supportés, mais les liquides pris en certaine quantité s'écoulent de l'estomac comme d'un tube inerte, lorsque l'individu prend une position horizontale (par le docteur Luther).

4° Chez une jeune fille, à l'âge de la puberté, la menstruation fut remplacée par une hémorragie mensuelle des caroncules lacrymales (par le docteur Weisse).

5° Un individu ayant avalé une arête, celle-ci resta fixée dans l'œsophage; à plusieurs reprises, le malade rendit du sang; le cinquième jour, il succomba à la suite d'une forte hémorragie. A l'autopsie, on trouva que l'arête avait perforé et enflammé la paroi antérieure de l'œsophage et l'aorte adjacente. Le sang avait passé par l'artère gangréuée et perforé l'œsophage. Dans l'estomac et dans les intestins, on trouva encore à peu près 7 kilogrammes et demi de sang coagulé (par le docteur Mayer).

6° *Résultat de la revaccination entreprise à St-Pétersbourg en 1838 et 39.*

1° On peut faire reparaître des pustules de vaccine et même de la fièvre chez des individus qui ont été vaccinés dans leur jeunesse, rarement chez des personnes qui ont eu la véritable variole;

2° L'éruption après la revaccination ne parcourt que rarement les pha-

ses de la vraie vaccine, la revaccination doit donc être considérée comme une vaccine modifiée;

3° A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la vaccination, la revaccination réussit mieux;

4° Cette année était très favorable au succès de la revaccination, car on a vu une épidémie de pustules aux pis des vaches, ce qui n'a pas été observé de mémoire d'homme; il y a eu aussi beaucoup de maladies cutanées, et la revaccination a réussi chez des individus au-dessus de 9 ans, ce qui n'a pas lieu ordinairement;

5° La vaccine est toujours un grand bienfait et diminue la mortalité d'une manière très notable.

7° De l'existence de ganglions sur le trajet du nerf accessoire de Willis chez les bègues (par le docteur Fleischmann, d'Erlangen).

Déjà J. Muller et autres ont rencontré des ganglions sur le nerf spinal. M. Fleischmann, de son côté, a trouvé huit fois des chapelets de ganglions sur le tronc et les racines du nerf accessoire de Willis, et donnant lieu à des filets anastomotiques avec les nerfs cervicaux supérieurs. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous les individus chez lesquels se sont trouvés ces ganglions, et sur la vie desquels l'auteur a pu avoir des renseignemens, ont été bègues.

III. WOCHENSCHRIST FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par CASPER.

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE ABDOMINALE; par le docteur EBERS.

D'après le conseil de M. Boudin (GAZ. MÉD., décembre 1836), le médecin de Breslau dit avoir employé avec un grand succès des lavemens de nitrate d'argent (20, 30 et même 50 centigrammes dans une solution de gomme arabique) répétés trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures.

GUÉRISON D'UN EMPYÈME ÉNORME; par le docteur HEYSER.

OBS. — Joseph R., âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, fut pris subitement (fin mars 1839) d'une douleur au côté gauche; un chirurgien saigna le malade et appliqua quelques vésicatoires sur le point douloureux; la respiration devenant toujours plus difficile, il entra à l'hôpital le 28 avril, dans l'état suivant: respiration très laborieuse, face livide, anxiété, parole très pénible, toux fréquente, expectoration assez copieuse, pouls petit, fréquent, réprimé; sécrétion de l'urine nulle; selles assez régulières; anorexie; soif inextinguible; le côté droit de la poitrine avait 5 centimètres de plus de circonférence que le côté gauche; tout le côté droit donnait un son mat à la percussion, et le bruit respiratoire y était imperceptible et ne s'élevait nullement lors de l'inspiration, et il existait un œdème considérable tout le long de ce côté. Le malade, en couchant sur le côté gauche, avait des menaces de suffocation. (Calomel avec digitale, de chaque, 0,025 grammes; un paquet toutes les trois heures.)

Quoique la nuit fût assez bonne, l'orthopnée devint toujours plus forte; au moindre mouvement, le malade avait des suffocations, la face et les mains devinrent œdémateuses; l'infiltration du côté droit de la poitrine était bien plus prononcée.

Le 30 avril, M. Heyser, en présence de plusieurs confrères, fit une incision entre la septième et la huitième côtes. A peu près 8 kilogrammes et demi de liquide complètement inodore et semblable à une crême délayée s'échappèrent avec une très grande force; immédiatement après l'opération, le malade se trouva soulagé; on plaça un linge huilé entre les lèvres de la plaie; sommeil pendant quatre heures de suite. Au pansement du matin, il s'écoula encore 240-300 grammes de liquide purulent. Le malade était dans un état très satisfaisant. On continue encore pendant quelques jours l'emploi du calomel et de la digitale. L'appétit et les forces revinrent peu à peu. (Bière; décoction de quinquina avec lichen carageen et teinture d'écorces d'oranges.)

L'écoulement devenant plus copieux et un peu fétide, on répéta deux fois par jour le pansement; il s'échappa à peu près chaque fois 180 à 240 grammes. Pour empêcher la plaie de se fermer, on plaça tous les jours un morceau d'éponge préparée entre les plaies; plus tard, pour faciliter l'écoulement, on introduisit une sonde élastique. Le malade avait tellement l'habitude d'expulser le liquide, qu'il le fit sortir jusqu'à la dernière goutte, ainsi que l'air qui s'y était introduit.

Le 21 mai, on remplaça l'éponge, qui est devenue douloureuse, par un bourdonnet de charpie; on supprima aussi la potion de quinquina.

Le 3 juin, le malade sortit pour la première fois; il respira librement et se loua beaucoup de son état; l'écoulement, clair et bien lié, n'était plus que de 15 grammes chaque fois; on n'interposa plus rien dans la petite plaie, qui se ferma bientôt.

Le côté droit de la poitrine qui, avant l'évacuation de liquide, avait 5 centimètres de plus de circonférence que le côté gauche sain, était maintenant de 3 centimètres moins large que le côté opposé.

Le décubitus est facile sur les deux côtés; toux presque nulle; respiration normale; percussion encore matte au tiers inférieur de la poitrine, sonore partout ailleurs; le bruit respiratoire, quoique encore faible, est distinct à la moitié supérieure; pouls et état général à l'état normal. Le malade, content et gai, demande avec instance à quitter l'hôpital.

Le 9 juin, il retourna dans ses foyers; mais déjà, le 16 du même mois, il revint; la plaie s'étant ouverte de nouveau, on introduisit une sonde élastique, par laquelle s'écoulèrent 240 grammes de liquide blanchâtre, ténu, semblable à une crême. Le malade avait une légère fièvre, la respiration était un peu gênée; au reste, son état général était assez satisfaisant. (Sulf. de quinine; herbes de digitale, de chaque, 5 centigrammes; sucre, 1 gramme deux fois par jour); sous l'influence de ces poudres, l'épanchement diminua de nouveau, la plaie était fermée le 14 juillet, les autres symptômes disparurent complètement, et toutes les fonctions étaient à l'état normal; son mat et absence du bruit respiratoire à la partie inférieure du poumon droit, probablement suite d'adhérences.

Le 17, le malade, content, guéri et bien nourri, quitta l'hôpital; vers la fin d'août, il put déjà rentrer au service militaire.

Cette observation est un nouvel exemple de l'heureux résultat qu'on peut retirer de l'opération de l'empyème, même dans les cas les plus désespérés; en effet, le malade dont il est ici question était voué à une mort certaine; la ponction faite, l'amélioration fut instantanée.

SUR LA TYMPANITE ABDOMINALE; par le docteur SCUHR.

L'auteur nous donne ici l'histoire de deux observations de tympanites survenues chez des enfans à la mamelle; chez l'un et l'autre, le ventre était uniformément distendu et les gaz semblaient s'être amassés dans la cavité péritonéale et non être contenus dans les voies digestives. Pour remédier à une suffocation imminente, M. Scuhr pratiqua sur l'abdomen du premier de ces enfans une ponction avec une lancette. Cette opération ne donna pas issue au gaz immédiatement; mais l'ouverture ayant été retenue béante à l'aide d'une mèche de charpie, il se forma une hémorragie assez abondante; celle-ci fut accompagnée de la sortie de beaucoup de gaz et le ventre s'affaissa considérablement. L'enfant quoique fortement affaibli se remit peu à peu, et guérit parfaitement.

Le second enfant succomba à la maladie, les parens n'ayant pas permis qu'on fît la ponction. A l'autopsie, M. Scuhr s'assura que les gaz étaient contenus dans la cavité péritonéale, qu'ils étaient inodores et ne provenaient pas des intestins qui étaient complètement vides.

Après avoir fait quelques remarques sur l'étiologie de la tympanite dans la cavité péritonéale, l'auteur donne le diagnostic différentiel entre cette maladie et le météorisme où les gaz sont contenus dans le canal intestinal, et il prétend que dans ce dernier cas le ventre n'est pas aussi uniformément distendu, qu'il n'existe pas de bourrelet au-dessous des côtes et que l'ombilic ne forme pas une saillie aussi prononcée. Cette saillie de l'ombilic serait même un signe pathognomonique de la tympanite péritonéale, et l'absence de borborygmes et d'éruption de gaz par les voies naturelles confirme encore le diagnostic.

DEUX OBSERVATIONS D'HÉMOPTISIE INTERMITTENTE; par le docteur CRAMER.

OBS. I. — St., âgée de 46 ans, toujours bien portante et convenablement réglée, fut prise un jour, sans cause connue, de toux accompagnée d'une très forte hémoptisie, de fièvre et de beaucoup de soif.

Le jour suivant, état très satisfaisant; mais le surlendemain, à sept heures du soir, légers frissons, oppression de poitrine, et mêmes symptômes que l'avant-veille. Un troisième accès survint encore avec type tierce. Guérison par le sulfate de quinine.

OBS. II. — De H., âgé de 20 ans, toujours bien portant, fut pris pendant sept jours de suite, le soir, entre sept et huit heures, de légers frissons, de chaleur, de toux avec expectoration sanguinolente; ces symptômes étaient suivis d'une légère transpiration; l'urine avait un sédiment rougeâtre. Guérison par le sulfate de quinine.

Nous trouvons dans le même journal une observation remarquable de dysenterie; les symptômes dans le principe continus et bénins devinrent très graves à une heure fixe et cédèrent à une potion d'arnica, de sulfate de quinine et d'opium.

EMPOISONNEMENS PAR LES VAPEURS ANTIMONIALES; par le docteur LOHMEIER.

M. Lohmeier a eu occasion d'observer pendant l'été de 1839 quatre malades qui ont présenté une série de symptômes dont l'ensemble ne pouvait être attaché à aucune maladie connue. Tous les quatre individus étaient fréquemment exposés à des émanations antimoniales dans un établissement où l'on préparait en grand du tartre stibié, du beurre et du verre d'antimoine, où l'on fondait de la poudre d'algaroth et où il se dégageait surtout des vapeurs d'acide antimonieux, d'acide antimoniaque et du chlorure d'antimoine.

Les quatre malades présentaient tous à une très légère différence près les symptômes suivans: douleurs dans la tête, difficultés de respirer, point de côté et douleur pongitive dans le dos, râle muqueux et sifflement dans la poitrine, expectoration difficile de quelques grumeaux tenaces, insomnie, sueurs abondantes et abattement général, anorexie, diarrhée,

dysurie avec écoulement de mucosités causant un sentiment de brûlure dans l'urètre, flacidité de la verge, dégoût du coït et même impuissance complète, pustules sur différentes parties du corps, mais principalement sur les cuisses et le scrotum; douleurs dans les testicules, atrophie de ces organes ainsi que du pénis.

M. Lohmeier a récemment cherché dans les auteurs la description de la maladie qu'il a eu occasion d'observer, ou un travail sur les effets des vapeurs antimoniales sur l'économie animale. On apprend seulement dans le MANUEL DE PHARMACOLOGIE de Gren qu'en 1566 le parlement de Paris fit défendre l'administration des préparations antimoniales à cause du danger de leur emploi, et M. Orfila dit, dans son TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, que les vapeurs antimoniales causent de la dyspnée, de l'oppression de poitrine, de la toux sèche avec imminence de pneumorrhagie, des coliques et de la diarrhée. Nulle part il n'est question de cet ensemble de symptômes observés par M. Lohmeier, et surtout de cette espèce d'impuissance ou de dégoût pour le coït, accompagné de douleurs dans les parties génitales et d'éruptions pustuleuses au scrotum; pourtant nous devons dire que les homéopathes semblent déjà avoir remarqué cette action de l'antimoine sur les organes de la génération, et encore bien plus les agronomes qui s'en servent habituellement pour engraisser les animaux; probablement parce que ce métal diminue l'appétit vénérien. Enfin il paraît qu'on en a fait usage autrefois dans les couvens, dans le but de diminuer les passions sexuelles, de là son nom d'antimoine.

Comme moyen prophylactique, l'auteur propose d'avoir soin de travailler l'antimoine sous des cheminées qui tirent parfaitement bien et de recommander aux ouvriers une extrême propreté, de se laver souvent et de prendre à l'intérieur une boisson contenant du tannin et de priser des poudres renfermant le même principe, qui est, comme on sait, le meilleur antidote contre les empoisonnemens par l'antimoine. Quant au traitement curatif, lorsque les symptômes sont développés, il veut qu'on ait recours aux antiphlogistiques, au lait, plus tard à l'opium, au tannin, principalement au quinquina administré à l'intérieur et en lotions. Si l'énergie des organes génitaux ne se réveille pas, il recommande la teinture de cantharide unie à l'opium et des lotions froides sur le scrotum.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ABDOMINALE; par le docteur SICHERER, à Heilbronn.

A plusieurs réprises, nous avons eu occasion de faire connaître à nos lecteurs les essais qui ont été tentés dans plusieurs contrées de l'Allemagne avec le calomel à très haute dose; M. Sicherer est le premier qui l'ait préconisé dans son pays, il y a déjà six ans. Aujourd'hui ce médecin résume, en aphorismes, il est vrai, longs et nombreux, toute sa doctrine sur la fièvre typhoïde abdominale; ces aphorismes étant fondés sur une vaste expérience, nous croyons devoir en faire ressortir ce qui nous a paru le plus frappant sous le rapport du traitement. Nous laissons de côté les vues théoriques de l'auteur sur la fièvre typhoïde abdominale; il en fait une maladie du sang qui n'envahit que secondairement le système nerveux, ainsi que les autres systèmes; elle ressemble beaucoup à la variole, et ne diffère des fièvres muqueuses, gastriques et nerveuses qu'en spéculation.

Le remède pour ainsi dire spécifique contre la fièvre typhoïde abdominale est le calomel à la dose d'un gramme donné à intervalles éloignés.

On doit se garder de le combiner à d'autres médicamens, surtout à l'opium.

Son emploi est surtout indiqué dans les sept premiers jours de la maladie; plus tard, lorsque l'état nerveux est déjà prononcé, que la langue est déjà brune et sèche, il faut y renoncer.

Pour empêcher la salivation, on enveloppera la poudre dans une hostie; lorsqu'il existe des nausées ou des saburres dans les premières voies, on fera précéder son administration d'un gramme d'ipécacuanha donné douze à vingt-quatre heures auparavant.

Le nombre des selles produit par le médicament varie selon la quantité de matière peccante; tantôt il y a quinze à vingt selles, tantôt une ou deux, rarement absence complète, même en répétant la dose.

Communément on donne 1 gramme de calomel tous les jours ou tous les deux jours.

Plus il y a de selles, plus on doit insister sur l'administration du remède; on ne cessera que lorsque les évacuations seront devenues naturelles; 2 à 4 grammes suffisent ordinairement; souvent il ne faut qu'un gramme; il est rare qu'on ait besoin d'y revenir cinq fois, et plus rarement encore six à sept fois. Chez des personnes faibles on peut réduire la dose à 75 centigrammes et à 50 chez les enfans.

Lorsque le médicament ne provoque pas de selles, on suspend son emploi, ou favorise les évacuations par des lavemens, et on ne reprend le calomel que plus tard.

Ordinairement l'auteur donne le premier jour un vomitif, le second 1 gramme de calomel qui provoque sept à douze selles, le troisième un second gramme qui est encore suivi, le même jour et le lendemain, de quatre à cinq selles; le quatrième jour pas de remède. Si les selles ne deviennent pas naturelles, on donne, le cinquième jour, une troisième dose qui purge encore une à trois fois. Une sueur critique survient au septième ou neuvième jour.

Si on est appelé à temps, on prévient par cette méthode la période nerveuse, contre laquelle le même remède est inefficace; pourtant, on peut encore le donner à la fin de la première période, pourvu que les symptômes nerveux ne soient pas encore entièrement déclarés.

Ce qu'il y a de plus important à savoir, c'est que le nombre des selles est en raison inverse de la quantité de calomel administrée jusqu'à ce que les évacuations redeviennent normales.

Dans l'unique but de captiver l'esprit du malade et de l'empêcher de commettre des indiscrétions de régime, M. Sicherer prescrit comme remèdes, qu'il appelle indifférens et innocens, du nitre, du sel ammoniac, des potions de Rivière, de l'ipécacuanha en infusion, de l'esprit de Mindérère à la dose de 24 grammes, etc. Au reste, le malade ne reçoit que de la soupe, de l'eau sucrée et du thé de guimauve; pendant les convalescences, il donne l'elixir acide de de Haller, jamais de toniques amers.

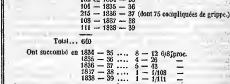
En cas de complication d'une pleurésie, de congestion de sang vers la tête, M. Sicherer fait appliquer des sangsues et recommande des frictions mercurielles; il n'a jamais encore été dans le cas de recourir à la saignée générale.

Il résulterait des autopsies que lorsque le calomel a été administré dans les premiers jours de la maladie, les plaques de Peyer n'avaient point la forme qu'on trouve chez des malades qui avaient été traités par d'autres méthodes; ces plaques étaient boursoufflées et ressemblaient à des condylômes larges; si, par contre, le calomel n'avait été donné que dans la seconde période, on trouvait dans les intestins des ulcérations déjà en pleine voie de guérison.

Comme remède prophylactique, l'auteur propose les bains, les soins de propreté, et surtout l'usage modéré des liqueurs fermentées. Si la maladie règne déjà dans une commune ou dans une famille, on prendra de temps en temps 1 gramme de calomel, qu'on répétera d'autant plus fréquemment qu'il produit des selles plus abondantes. Si les malades succombent, c'est parce que le calomel n'a pas été administré à temps, ou qu'il a été commis des indiscrétions de régime, ou qu'il existait des maladies antérieures ou concomitantes.

D'après l'auteur, ce seraient les Anglais qui auraient importé ce remède des Indes; Hamilton, et surtout Armstrong ont été les premiers à le préconiser; Jesser et Wolf le répandirent dans le nord de l'Allemagne, M. Sicherer dans le sud, où, depuis, il a été recommandé dans les écrits de Weber, Roesch, Reinhardt, etc.

Le résultat général des fièvres typhoïdes qui ont été traitées par cette méthode à l'hôpital de St-Paulin de Heilbronn est le suivant :



	102 en	1834 — 35	
	104 —	1835 — 36	
	215 —	1836 — 37	(dont 75 compliquées de grippe.)
	108 —	1837 — 38	
	111 —	1838 — 39	
Total...	640		

Ont succombé en	1834 — 35	8	— 12 6/8	proc.
	1835 — 36	4	— 26	—
	1836 — 37	5	— 43	—
	1837 — 38	1	— 1/108	—
	1838 — 39	1	— 1/111	—
Total...		19		

La période nerveuse devint de plus en plus rare, et dans les deux dernières années l'auteur dit ne l'avoir plus vue une seule fois avec des symptômes aussi prononcés qu'auparavant, où il l'avait observée dix, quinze, jusqu'à vingt-six fois.

En comparant la diminution de mortalité avec la quanité de calomel administré, nous trouvons pour

1834 35	78	grammes.
1835 36	192	—
1836 37	338	—
1837 38	300	—
1838 39	324	—
Total...	1230	

Nous avons fait connaître, avec quelques détails, la manière de traiter la fièvre typhoïde abdominale de M. le docteur Sicherer. Certes, le résultat que l'auteur nous donne est très brillant, et nous sommes loin de

le contester. Mais cette méthode serait-elle applicable dans tous les temps, dans tous les pays et pour toutes les constitntions? Cela nous paraît grandement problématique.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de juillet et d'août contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas d'invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon, du cæcum et du colon ascendant dans la partie inférieure du gros intestin, chez un enfant de onze semaines*; par le docteur Hachmann. (Le bout invaginé pouvait être touché dans le rectum, à l'aide du doigt, introduit dans l'anus, et de la main, appliquée sur la région iliaque gauche. L'enfant mourut, et on trouva l'intestin gangrené. L'auteur rapporte ensuite tous les cas d'invagination semblables qui sont à sa connaissance.) 2° *De l'eau bouillante comme moyen de guérison des fistules*; par le docteur Luppius. (L'auteur a guéri deux fistules, l'une (1814), recto-vaginale, l'autre (1827) anale borgne externe. en les cautérisant une seule fois, à l'aide d'une injection avec de l'eau bouillante. Ce moyen, qui a réussi, peut ne pas être sans danger, et peut fort bien être remplacé par d'autres, plus faciles à manier, et dont l'efficacité est plus généralement connue.) 3° *Tumeur lymphatique du genou gauche, alternant avec une gonorrhée*; par le docteur Spoerer. 4° *Observation de pneumo-thorax, avec épanchement liquide*; par le docteur Cantzler. 5° *Sur la syphilis*; par le docteur Rosenbaum. (Dans cet article, l'auteur fait voir que, pour arriver à une connaissance parfaite de la syphilis et de son histoire, il faudrait étudier les influences qu'ont sur elles les climats, le séjour sur mer, le scorbut, les saisons, les épidémies, et en général les différentes constitutions médicales. Il cite un grand nombre d'exemples pris dans les auteurs et qui ont rapport à cette matière.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

(L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Les correspondances écrites et manuscrites n'ont rien offert d'intéressant.

OBSERVATION DE LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE POUR UNE TUMEUR ÉRECTILE DE L'ORBITE, SUIVIE DE QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX POUR CONSTATER L'INFLUENCE DE LA CIRCULATION DES CAROTIDES SUR LES FONCTIONS. (Rapport par M. GIMELLE.)

Nous avons rendu compte assez au long du mémoire lu à l'Académie par M. Jobert. M. le rapporteur, après avoir rappelé l'observation intéressante qui en fait la première partie, rend compte des expériences contenues dans la seconde, et qu'il a été à même de vérifier, l'auteur les ayant répétées devant lui.

L'honorable rapporteur, jetant un coup-d'œil rapide sur l'histoire de la ligature de la carotide primitive, dit qu'il en existe à peu près 76 cas bien authentiques dans la science, parmi lesquels 4 ont été pratiqués pour des tumeurs érectiles, soit des paupières, soit de l'œil. Ces quatre opérations, dont l'académicien n'indique point la source, ont été suivies du même succès que l'opération de M. Jobert. Il y a plus : une fois les deux carotides primitives ont été liées chez le même sujet, à intervalles peu éloignés, pour une tumeur érectile sur le crâne. La tumeur continua de battre, et il fallut en venir à son extirpation. Parmi les accidens à noter à la suite de cette opération, l'hémiplégie et la perte de la parole, de la vue, tiennent le premier rang pour la gravité, mais heureusement sont assez rares.

Conclusions : remercier l'auteur, envoyer son mémoire au comité de publication, et inscrire son nom sur la liste des candidats à la place vacante.

M. VELPEAU : Je rappellerai que la tumeur ne diminua pas aussitôt après l'opération. Les battemens cessèrent aussitôt, mais la diminution ne commença que quinze jours ou trois semaines après. M. Gimelle porte au nombre de 76 les cas de ligature de la carotide; mais il en existe dans la science un plus grand nombre. Il est bon, d'ailleurs, de rappeler aux praticiens que cette opération est loin de l'espèce d'innocuité qu'on a l'habitude de lui attribuer; car elle donne une mortalité de 1/4 ou 1/3. L'opération de M. Jobert est la première qui ait été tentée en France pour la même maladie; mais, quelques jours après lui, j'en pratiquai une semblable à l'hôpital de la Charité. Les circonstances de la maladie sont assez curieuses pour que je les raconte à l'Académie. Le malade était un adulte, portant dans chaque orbite une tumeur érectile. A droite, la tumeur était saillante et volumineuse; elles offraient d'ailleurs des deux côtés tous les signes caractéristiques du tissu érectile. La compression de la carotide primitive droite arrêtait complètement les battemens et le souffle dans la tumeur de l'orbite gauche, et incomplètement à droite. Quand on comprimait la carotide primitive gauche, c'était le contraire qui arrivait. A gauche, la tumeur offrait encore quelques battemens, et ceux-ci disparaissaient entièrement à droite. Je liai la carotide primitive droite; aussitôt la tumeur du côté gauche cessa de battre. A droite, elle s'affaissa, ayant encore quelques battemens. Au bout de dix jours, il paraissait guéri, car les battemens avaient cessé. Le malade fit encore un séjour de six semaines à l'hôpital, et nous pûmes nous convaincre, pendant cet intervalle, que la guérison n'était point complète. Les battemens reparurent peu à peu à droite, le souffle s'y fit entendre de nouveau : en février 1840, le même état persistait; encore, à cette époque, la compression de la carotide gauche arrêtait les battemens et le souffle de la tumeur de l'orbite droit. Je proposai la ligature de cette dernière artère, mais cette opération fut refusée. Il est difficile, sans aucun doute, de s'expliquer l'effet réciproquement croisé de la compression des carotides primitives sur l'état des tumeurs de l'orbite. Il faut attendre que l'anatomie pathologique ait éclairé ce point de pathologie. Il est remarquable que dans les six ou sept cas connus de ligature de la carotide primitive pour des tumeurs érectiles, il n'y ait point eu à déplorer d'insuccès.

M. DUPUY : A propos de la ligature du pneumo-gastrique, je dirai que lorsqu'on coupe ce nerf au-dessous de l'origine du larynge supérieur, l'intégrité de cette branche, à côté de la section du laryngé inférieur, amène une fermeture de la glotte qui fait périr l'animal par asphyxie. Quand l'origine du laryngé supérieur est comprise dans la section, les choses se passent différemment. L'animal continue à manger, l'estomac, l'œsophage, le pharyx se remplissent, sans qu'il en ait conscience; puis les alimens débordent du pharynx dans le larynx, et l'asphyxie ne tarde pas. L'animal ne paraît nullement averti de l'entrée des alimens dans le larynx. Dans ces deux cas, la mort par asphyxie explique l'engorgement sanguin des poumons.

M. GIMELLE : Je me contenterai de répondre que la ligature du pneumo-gastrique a été faite au milieu du cou, et que jamais nous n'avons observé les phénomènes de fermeture de la glotte dont vient de parler M. Dupuy. Aussitôt après l'opération, les animaux allaient fort bien, mangeaient, et la gêne de la respiration ne commençait que sept heures, terme moyen, après la ligature des nerfs.

M. DUPUY : J'ai observé les phénomènes que j'ai racontés tout à l'heure dans plus de cinquante expériences.

REMÈDES SECRETS.

M. HAMEL lit plusieurs rapports en réponse à des lettres ministérielles qui consultent l'Académie sur des remèdes secrets.

ABRÉGÉ HISTORIQUE DES TRAVAUX CONNUS SUR LA VISION, PAR M. GERDY.

Ce travail de critique et d'érudition est le complément des différens mémoires lus par M. Gerdy sur la vision.

RAMOLLISSEMENT SPONTANÉ D'UNE PIERRE DANS LA VESSIE, PAR M. SÉGALAS.

M. SÉGALAS : La science possède un grand nombre de faits de *fragmentation* spontanée de la pierre dans la vessie; moi-même j'en ai recueilli une dizaine, et j'en ai rapporté plusieurs dans mon ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE; mais il n'existe pas, que je sache, d'exemple bien constaté de ramollissement naturel de la pierre dans les voies urinaires; aussi crois-je devoir faire connaître le suivant, qui s'est offert à mon observation au commencement de cette année.

Un homme d'une soixantaine d'années, opéré de la taille, il y a six ans, par M. Souberbielle qui lui avait retiré deux pierres d'acide urique, éprouve de nouveau les symptômes de la pierre; il les supporte pendant un mois sans réclamer de secours; puis il quitte Fosse, près de Marly-la-Ville, où il est fermier, et se transporte à Paris. Je lui reconnais dans la vessie une pierre volumineuse et sonore. Je le soumets d'abord au repos, aux boissons mucilagineuses et à un régime adoucissant; ensuite, le 28 décembre dernier, j'essaie la lithotritie.

La pierre est saisie à deux reprises; mais elle s'échappe chaque fois, et ne laisse sur les dents de la pince que de faibles parcelles de sa couche la plus externe; il ne s'en montre pas davantage dans les urines qui succèdent à la séance.

Cependant celles-ci se chargent d'un mucus puriforme; leur excrétion devient de plus en plus douloureuse, de plus en plus rapprochée; dès lors la lithotritie, inapplicable immédiatement, me paraît devoir être remplacée par la taille pour laquelle le malade n'a aucune répugnance. Je m'engage à aller lui pratiquer cette opération au sein de sa famille. Il s'y rend tout aussitôt et fait, comme pour venir à Paris, partie de la route à pied, partie en diligence.

Quelques jours après, le 8 janvier, je vais le joindre; il perdait les urines d'une manière continue, éprouvait les souffrances les plus vives, et se refusant à toute nouvelle tentative de lithotritie, il demandait avec instance de hâter le moment de sa délivrance par l'incision.

J'ouvris la vessie à la région sus-pubienne, et quand j'eus saisi la pierre avec les tenettes ordinaires, je la sentis céder à la pression. Je n'en retirai d'abord que le noyau; la plus grande partie, d'une consistance pâteuse, s'échappa de l'instrument et resta dans la vessie; c'est à grande peine que je parvins à l'extraire avec les pinces et la curette, aidées des doigts et des injections.

Ainsi, un calcul qui s'est montré assez dur pour résister au brise-pierre, dans une première tentative de lithotritie, à la vérité fort courte, s'est trouvé, onze jours après, ramolli au point de constituer une sorte de pâte à ses couches les plus externes, et de céder à la simple pression des tenettes, jusqu'à sa partie la plus centrale.

Sous l'influence de quelle cause s'est opéré ce changement si prompt? Je l'ignore. Tout ce que je sais, c'est que la masse calculeuse était composée de phosphate et de matière animale, ainsi que M. Lecanu s'en est assuré par l'analyse, que son ramollissement a coïncidé avec une inflammation catarrhale de la vessie; que cette inflammation, exaspérée par la fatigue du voyage et l'action des instrumens, a cessé presque aussitôt après l'extraction de la pierre, et que le malade, qui, lors de l'opération, était en proie à des douleurs intolérables, a recouvré par elle, pour la seconde fois et en moins de quatre semaines, une santé parfaite.

Voilà le fait tel que je l'ai vu. Je laisse à la chimie le soin d'en donner une ex-

plication satisfaisante, et d'en déduire les conséquences possibles, relativement à la question encore si obscure des lithontriptiques.

Peut-être que, nonobstant la nature phosphatique de la pierre, l'alcalinité des urines, alcalinité qui accompagne si souvent l'inflammation de la vessie, et qui était très-manifeste ici, n'a pas été étrangère au ramollissement; il y avait, en effet, beaucoup de matière animale dans le corps étranger, où elle semblait servir de lien aux matières salines, et l'on connaît l'action dissolvante de l'ammoniaque sur le mucus vésical, élément probable de cette matière animale.

Je ferai remarquer en passant la différence de composition des pierres extraites par M. Souberbielle, et de celle que j'ai retirée, et je saisirai cette occasion de dire que le changement dans la nature de pierres qui se succèdent chez un malade a lieu tout aussi bien après la taille qu'après la lithotritie. C'est là un fait bien établi pour moi, et fort important à noter dans l'examen comparatif des deux opérations; car, au premier abord, la lithotritie, par ses manœuvres répétées, semblerait devoir, plus que la taille, favoriser l'inflammation de la vessie, et, partant, prédisposer davantage à la précipitation et à la concrétion des élémens phosphatiques de l'urine.

Il est cinq heures, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE RELATIVE A UNE PARALYSIE COMPLÈTE DE LA CINQUIÈME PAIRE, DU CÔTÉ DROIT; communiquée par M. C. JAMES, interne à l'hôpital de la Charité.

Monsieur,

J'ai lu, dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE (p. 584) une OBSERVATION RELATIVE A UN CAS DE PARALYSIE DU NERF TRIJUMEAU, communiquée par M. le docteur Vogt. Cette observation est suivie de déductions physiologiques, que je crois fort contestables. En effet, de ce que la sensibilité gustative de la langue a pu être conservée, la sensibilité tactile étant abolie, l'auteur en conclut que la cinquième paire est étrangère à la perception des saveurs. Je ne veux point discuter ici la question relative aux nerfs du goût. Je me contenterai de dire quelques mots d'un malade placé au n° 9 de la salle St-Louis, à la Charité, dont l'observation se rapproche de celle qu'a publiée M. Vogt, et me semble de nature à en faire apprécier la juste valeur.

Ce malade, lors de son entrée à l'hôpital, offrait tous les signes d'une paralysie *complète* de la cinquième paire du côté droit. Ainsi, perte absolue de la sensibilité de toute la moitié de la face, y compris les organes des sens. En même temps, la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe, sont complètement détruits. Du côté gauche, au contraire, la sensibilité, tant spéciale que générale, est tout à fait intacte. Au bout de quelques jours de traitement, les sens avaient recouvré leur intégrité d'action, et pourtant la sensibilité tactile n'était pas revenue. Le malade pouvait voir, sentir, goûter, entendre très distinctement, mais il n'était point averti par la moindre sensation quand on irritait la conjonctive, la pituitaire, la moitié droite de la langue et l'intérieur du conduit auditif. Ce n'est que plus tard que la sensibilité tactile a reparu.

Ce peu de mots me suffisent pour établir ce fait important, à savoir, que la sensibilité spéciale, détruite en même temps et par la même cause que la sensibilité générale, a pu revenir alors même que celle-ci restait encore absente. Par conséquent, ces deux espèces de sensibilité ne sont pas nécessairement solidaires l'une de l'autre. Le retour de la première peut très bien coïncider avec l'absence de la seconde.

Que prouve donc l'observation de M. Vogt? Dirons-nous avec ce médecin que la cinquième paire est sans influence sur le sens du goût, par cela seul que la paralysie de ce nerf n'a entraîné, dans le cas qu'il cite, que la perte de la sensibilité tactile de la langue? Assurément non. Pour moi, je ne vois là qu'un exemple de paralysie *incomplète* de la cinquième paire. Dans l'observation que j'ai rapportée plus haut, la sensibilité gustative était aussi détruite; c'est une preuve que la paralysie offrait un degré de plus; voilà toute la différence. Eh! ne voyons-nous pas tous les jours des paralysies partielles de la septième paire? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la cinquième? Seulement, comme la septième paire n'est qu'un nerf moteur, sa paralysie ne se manifestera que par des lésions plus ou moins graves du mouvement. Au contraire, la cinquième paire, présidant à des fonctions très complexes, il pourra se faire que la paralysie de ce nerf ne porte que sur une seule de ces fonctions, et que les autres soient conservées intactes; et pourtant la paralysie n'en existera pas moins.

En résumé, je ne vois dans l'observation de M. Vogt et la mienne que deux degrés différens d'une même affection, la paralysie de la cinquième paire. Il y a même un moment où nos deux malades offrent à peu près des caractères identiques, c'est lorsque, chez tous les deux, la sensibilité générale se trouve seule abolie. Mais n'oublions pas que le mien avait déjà recouvré ce que celui de M. Vogt n'avait jamais perdu.

Je reviendrai sur ces questions en publiant les détails de mon observation, que je n'ai fait qu'indiquer ici. Je veux toutefois établir, dès à présent, les distinctions suivantes, que je crois propres à éclairer l'histoire des maladies de la cinquième, et qui résultent des recherches que j'ai faites à ce sujet. La cinquième paire peut, selon moi, offrir trois degrés différens de lésions:

PREMIER DEGRÉ. Paralysie isolée de la sensibilité spéciale ou de la sensibilité générale.

DEUXIÈME DEGRÉ. Paralysie simultanée de ces deux espèces de sensibilité.

TROISIÈME DEGRÉ. A la paralysie de la sensibilité spéciale et de la sensibilité générale se joignent des lésions dans la nutrition de la face.

Ce troisième degré est presque toujours incurable, car il se lie d'ordinaire à des altérations organiques de la cinquième paire.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES OVAIRES DANS L'ESPÈCE HUMAINE, CONSIDÉRÉS SPÉCIALEMENT SOUS LE RAPPORT DE LEUR INFLUENCE DANS LA MENSTRUATION; par C. NÉGRIER D. M. P. — 130 p. in-8, avec onze planches lithographiées. Paris 1840, Chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine.

Tous les anatomistes ont attaché une grande importance à l'étude de l'organisation de l'ovaire et des différentes modifications qu'il présente aux différentes époques de son développement; mais aujourd'hui un nouvel intérêt se rattache à cette étude, depuis que les travaux de MM. Négrier, John et Gendrin ont signalé l'ovaire comme l'organe dans lequel s'opère spécialement la menstruation et l'existence des vésicules de Graef comme intimement liée à cette fonction importante chez la femme; c'est même à la discussion qui s'éleva entre MM. Négrier et Gendrin sur la priorité de leurs travaux et qui eut lieu dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE (v. année 1839, p. 672 et 694), que nous devons la publication de l'ouvrage dont nous venons de donner le titre, et que sans cette circonstance l'auteur aurait probablement encore ajournée; mais ayant appris que la théorie de la menstruation qu'il regardait comme sienne, à l'appui de laquelle même il cherchait toujours de nouveaux faits, bien qu'il en eût tous les élémens depuis longtemps, venait d'être publiée dans le TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE, il se crut obligé, si non pour recouvrer le droit de priorité au moins pour éviter le reproche de plagiat, de publier ses propres observations.

Il n'entre point dans notre plan d'examiner ici lequel des deux auteurs a en le premier le mérite de l'invention; nous laissons au public ou aux auteurs eux-mêmes à résoudre cette question dont la solution serait peut-être difficile avec les matériaux que nous avons à notre disposition, et perdrait encore de son intérêt par les prétentions d'un troisième inventeur, lesquelles nous paraissent tout aussi fondées que celles des deux premiers.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, elle ne peut cependant être que profitable pour la science qui y gagnera des recherches nouvelles et plus étendues et de bons travaux, et si la nouvelle théorie de la menstruation ne reposait pas sur des bases aussi solides que le croient les auteurs, ce qu'il nous est encore impossible d'affirmer d'une manière positive, même après avoir lu attentivement le travail de M. Négrier, il resterait toujours un certain nombre de faits bien observés sur l'une des questions les plus controversées de la physiologie, celle qui se rattache au développement des vésicules de Graef et à l'origine de l'œuf animal.

C'est, en effet, presque uniquement des vésicules de Graef qu'il est question dans le travail de M. Négrier, que nous allons analyser, après avoir toutefois jeté un coup-d'œil sur l'histoire des travaux dont ces vésicules ont été l'objet, et sur les théories qui ont été émises à leur égard.

Pendant longtemps les vésicules furent regardées comme représentant, chez les mammifères, l'œuf que l'on trouve chez la plupart des animaux des autres classes, et cette opinion fut presque généralement admise jusqu'à l'époque où MM. Prévost et Dumas trouvèrent, dans deux cas, l'ovule dans

l'intérieur même de la vésicule. Elle ne fut cependant abandonnée qu'après les travaux de Baër, qui signala le point où se trouve l'ovule dans la vésicule, et le décrivit assez exactement; puis les travaux de M. Coste, et ceux de Valentin et Bernhardt, faits sur une plus grande échelle, signalèrent la vésicule proligère sur un point de cet œuf, déjà si petit, que ses dimensions proportionnelles ne dépassent pas, chez la femme, 376 dix-millièmes de ligne.

D'après l'opinion généralement adoptée, les vésicules de Graef se développeraient lentement dans l'ovaire, jusqu'au moment de la conception, où elles donneraient issue à l'ovule pour s'affaisser, puis présenter la disposition connue sous le nom de cicatrice jaune, et ensuite disparaître complètement. L'existence de ces vésicules se lie à un acte trop important dans la vie animale et même dans l'état social pour que l'on n'ait pas recherché avec grand soin les caractères qui pourraient les distinguer de toute autre disposition anatomique avec laquelle elles auraient pu être confondues. Dans plusieurs affaires criminelles même, on attacha une grande importance à l'état de ces cicatrices, qui, suivant beaucoup de physiologistes, seraient un indice certain qu'il y a eu conception chez la femme sur laquelle on les trouverait bien caractérisées. Depuis quelques années même, plusieurs travaux ont été publiés sur les moyens de distinguer les vraies cicatrices jaunes de celles qui ont été regardées comme fausses (*falsa corpora lutea*), et que l'on trouve dans l'ovaire des femmes qui n'ont jamais eu d'enfans, et même des vierges. Les médecins anglais surtout se sont livrés à ces recherches, et parmi eux, nous citerons le docteur Montgomery, à l'article *Signes de la grossesse*, dans le troisième volume du CYCLOPŒDIA OF PRACTICAL MEDECINE, où les différentes opinions émises jusqu'ici sur ce point sont exposées avec clarté et comparées avec soin; nous citerons encore le docteur Lee, qui a retracé l'histoire des vésicules de Graef, dans le vingt-deuxième volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES, et y a rapporté de nouveaux faits à l'appui de l'opinion généralement admise sur ces organes, et encore le docteur Paterson, dont les recherches ont été analysées dans les colonnes de cette feuille. (Voy. GAZ. MÉD., année 1840, p. 170.)

Tel était l'état de la science sur ce point, quand M. Gendrin publia, en 1839, dans le deuxième volume de son TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE, une nouvelle théorie de la menstruation, théorie qui renversait, si elle était vraie, tout ce que l'on croyait savoir des vésicules de Graef et des cicatrices jaunes qui leur succèdent. Cette théorie, indiquée dans l'analyse que donna la GAZETTE MÉDICALE de l'ouvrage du médecin de la Pitié, suscita la réclamation de M. Négrier, à laquelle nous avons déjà fait allusion, et, vers le même temps, un médecin anglais, le docteur Jones, donnait la même théorie dans un travail publié au commencement de 1839. (PRACTICAL OBSERVATIONS ON DISEASES OF WOMEN BY. William Jones, Londres, 1839.)

Nous ne pouvons, dans ce travail, examiner si la nouvelle théorie de la menstruation, présentée presque simultanément par ces trois auteurs, a été appuyée d'un assez grand nombre de faits et de preuves pour être adoptée, et pour que tout ce qui avait été établi sur les rapports du développement des vésicules de Graef, avec la conception, soit regardé comme erroné; nous devons nous borner à examiner les preuves que M. Négrier a apportées à l'appui de son opinion, et les faits sur lesquels il l'a basée. Suivons-le donc dans l'historique du développement de ces vésicules.

L'origine de ces organes remonte pour ainsi dire aux premiers temps de l'existence. Si le parenchyme de l'ovaire paraît homogène chez l'enfant qui vient de naître, au bout de quelques mois on y voit apparaître des granulations miliaires dont le nombre n'a rien de constant. Un peu plus tard, à ces granulations, entourées d'abord d'une zone opaque, on trouve accolé un petit globule vésiculaire dont les parois paraissent formées par cette zone. Ce globule contient une vésicule formée de deux membranes concentriques et contiguës. Vers 10 ou 12 ans, quelques vésicules s'accroissent; leurs membranes cessent d'être transparentes par l'intermédiaire d'une matière grise pulpeuse qui se répand entre elles. En même temps les vésicules augmentent plus rapidement de volume que leurs loges ne s'agrandissent; elles se froncent et forment de petites bourses comprimées, et, à l'époque où les premiers signes de la puberté se manifestent chez la jeune fille, la pulpe grise des vésicules passe graduellement à la couleur jaune.

Pendant cette même période, les vésicules éprouvent encore deux autres changemens importans. L'un, relatif à leurs adhérences au tissu de l'ovaire, et qui sont d'autant plus solides et plus nombreuses que leur développement est plus avancé, en sorte qu'il est plus difficile d'extraire de sa loge une bourse grise qu'une vésicule transparente, et qu'il est impossible d'en enlever une vésicule jaune sans la briser; l'autre, relatif à leur siége, qui varie également, suivant leur développement. Placées d'abord au centre ou vers le bord adhérent de l'organe, elles s'approchent ensuite de plus en plus de sa circonférence, et, lorsqu'elles passent à la coloration jaune, elles sont en contact avec les membranes propres de l'ovaire, qui, à cette époque encore, n'offrent aucune apparence de cicatrices à leur surface.

Tel est, en résumé, ce qui ressort des faits énoncés dans le premier chapitre. L'auteur, dans le second chapitre, a suivi la marche du travail ovarique, à l'époque de la puberté et pendant tout le temps de la fécondité des femmes. Il résulte des faits consignés dans ce chapitre, que pendant cette période de la vie de la femme, il s'opère, à certaines époques, un afflux d'un liquide transparent dans la cavité de la vésicule, et qui, par son accumulation, déprime la matière jaune, distend, amincit cette dernière vers le point qui présente le moins de résistance, celui qui répond aux enveloppes ovariques. L'afflux continuant, ces dernières sont enfin soulevées, distendues et rompues avec la vésicule. Suivant M. Négrier, cette rupture paraît déjà complétement cicatrisée au bout de huit à dix jours, au moins à l'extérieur et dans toute l'épaisseur de l'enveloppe péritonéale.

La rupture de la tumeur vésiculaire est suivie d'un léger épanchement de sang dans son intérieur, fourni par les vaisseaux de la vésicule, qui ont été déchirés pendant cette rupture. L'agglutination presque immédiate des bords de la déchirure s'oppose à ce que l'épanchement s'étende au-dehors de l'ovaire, et, dans les cas où la cicatrice ne s'opère pas, on trouve la cavité vésiculaire vide communiquant avec le péritoine, au moyen d'un petit canal par lequel le sang s'est échappé. Le volume du caillot sanguin qui résulte de cet épanchement est extrêmement variable, et, sous ce rapport, il est peu propre à faire apprécier l'époque de sa formation. Mais il est d'autres signes qui peuvent la faire présumer; telles sont la dissolution des couches extérieures du caillot, la destruction plus ou moins avancée des parois jaunes de la vésicule, et surtout la teinte de la cicatrice vue en dedans de la vésicule.

L'examen de l'ovaire chez les femmes mortes pendant la durée de la gestation et de la lactation démontre que si le développement des vésicules ovariques n'est pas entièrement suspendu pendant ces deux fonctions, il ne se continue que jusqu'à la dilatation de la vésicule, exclusivement, et qu'il est complétement arrêté à cette dernière évolution, qu'on n'observe jamais chez les femmes enceintes ou nourrices qui ne sont pas menstruées.

Il n'était pas moins intéressant d'observer les vésicules des ovaires après la cessation définitive des fonctions de ces organes; c'est-à-dire après que les femmes ont cessé d'être menstruées, et c'est ce que M. Négrier fait dans le quatrième chapitre. Dès que la vie fonctionnelle a cessé dans les ovaires, on ne trouve plus dans ces organes de vésicules récemment bisées, ou sur le point de se déchirer. Tout y annonce au contraire une cessation complète de travail, et, à partir de ce moment, les ovaires eux-mêmes, l'utérus et ses annexes commencent à éprouver un travail d'atrophie qui est en raison directe de l'âge.

Ces faits anatomiques, que nous venons de présenter d'une manière très sommaire, sont ceux qui servent de base au travail et à la théorie de M. Négrier. Dans la seconde partie de son mémoire, il expose les considérations physiologiques et les inductions qui découlent de ces faits, et dont la plus importante est que l'évolution vésiculaire est la cause de la menstruation.

La troisième période de cette évolution coïncide en effet avec les premiers commencemens de cette importante fonction. Pendant que, d'une part, l'une des vésicules augmente de volume et contracte une coloration nouvelle qui paraît exiger toute la synergie de l'ovaire, celui de ces organes où elle se développe est toujours plus injecté que son congénère. Bientôt toute l'économie participe à cette nouvelle vie dont le foyer part du bassin, et tous les caractères de la nubilité se dessinent de plus en plus: « qu'on examine alors l'ovaire, on voit que la vésicule, gonflée de plus en plus, vient toucher et soulever ses enveloppes; elle les distend, non sans réagir sur tout l'organe; car ses tuniques fibreuses doivent résister longtemps avant de se déchirer. » C'est à cette distension violente et souvent douloureuse des membranes et des parenchymes de l'ovaire que M. Négrier attribue la congestion générale des organes de la génération qui ne se termine qu'à l'apparition de la première hémorragie utérine.

« Les changemens éprouvés par les organes vésiculaires ne sont pas, dit l'auteur, moins remarquables que les phénomènes locaux et généraux avec lesquels ils coïncident. On les connaît déjà, ce sont: 1° la déchirure des tuniques de l'ovaire et de la vésicule; 2° la séparation de l'ovule de la première enveloppe. Les traces qu'on observe à la surface des ovaires ne peuvent laisser aucun doute sur le point de départ de ces fonctions si intimement liées à celles de la génération; aussi cette opinion suivant laquelle l'utérus serait le foyer d'action et le point de départ de l'établissement de la menstruation, ne peut plus se soutenir, surtout quand on con-

sidère, d'une part, l'existence des congestions partielles du tissu de l'utérus, bornées au côté qui correspond à l'ovaire siége de la rupture vésiculaire, et d'autre part, l'injection de plus en plus intense du tissu utérin, à mesure qu'on l'examine dans les points les plus raprochés de la trompe et de l'ovaire auquel elle correspond. Si l'*irritamentum* avait sa source dans l'utérus pourquoi l'un des ovaires échapperait-il presque constamment à cette turgescence de l'appareil génital interne? »

A ces faits importans dans la discussion agitée ici, l'auteur en joint quelques autres qui n'ont pas une moindre valeur: « Le premier, dit-il, constaté par moi, et qui est fondé sur des recherches assez multipliées pour qu'on doive le regarder comme certain, est celui-ci: *Jamais les ovaires des femmes menstruées, de quelqu'âge qu'elles soient, ne manquent de cicatrices vésiculaires.* L'hémorragie utérine est tellement dépendante des fonctions de l'ovaire que, si ces dernières viennent à tarder, les règles tardent aussi et si l'autopsie permet de constater l'avortement de quelques vésicules, on peut être certain que les retours menstruels ont offert des interruptions qui correspondent à ces avortemens. Lorsqu'on examine les ovaires des jeunes filles dont les règles sont précoces, on voit d'abord que ces organes sont volumineux et en tous points semblables à ceux des femmes entièrement nubiles.... Chez les sujets chez lesquels la menstruation s'établit, au contraire, tardivement et avec difficulté les ovaires sont petits, leur parenchyme n'offre que des traces d'évolutions vésiculaires mal dessinées et toutes en rapport avec la fonction mal établie. »

Si, à dater de l'époque de l'imprégnation, et pendant toute la durée de la gestation et de la lactation la fonction ovarique est suspendue comme le démontrent l'aspect de la dernière cicatrice qui est ancienne et la réduction du caillot sanguin et des débris vésiculaires, ce fait trouve son explication dans l'influence immense que doit avoir sur le travail des ovaires la diversion produite par l'accroissement rapide de l'utérus et de l'œuf qu'il contient, ou par les monvemens fluxionnaires dont les glandes mammaires sont le siége.

Lorsque la menstruation doit cesser par les progrès de l'âge, il est rare que l'hémorragie utérine soit supprimée subitement; elle ne revient plus avec la régularité ordinaire, et l'examen des ovaires dans ces circonstances laisse voir dans le développement des vésicules des irrégularités analogues. On en voit qui ont évidemment avorté avant leur entier développement et étaient restées les unes à l'état de bourses grises, les autres représentant des vésicules jaunes. Dès lors on conçoit que ce travail incomplet n'entraîne qu'une réaction incomplète. Cependant si quelques vésicules arrivent à une maturité parfaite, ce développement ne s'effectue qu'avec lenteur et peut déterminer cet état de pléthore des organes du bassin qui détermine les pertes sanguines graves qu'on observe souvent vers la fin naturelle de la menstruation.

Nous venons de faire connaître aussi exactement qu'il nous a été possible la manière dont l'auteur expose sa théorie de la menstruation et les faits sur lesquels il l'appuie. La plupart de ces faits il est vrai, de ceux au moins qui sont rapportés avec quelques détails, peuvent être également réclamés par les partisans de l'opinion qui ne voit dans la dernière période de l'évolution de la vésicule ou dans sa rupture qu'un effet ou un signe de la conception ou de l'imprégnation. Un seul de ces faits cependant semblerait appuyer exclusivement la théorie de M. Négrier, c'est le cas d'une vierge de cinquante ans chez laquelle la membrane de l'hymen formait encore un repli solide qui fermait au moins la moitié de l'orifice du vagin, et qui avait cessé d'être menstruée tout à coup et sans accident trois ans avant sa mort. Chez elle les ovaires avaient la grosseur d'une amande, étaient d'un blanc jaunâtre et leur surface était entièrement couverte à l'extérieur de cicatrices formant de profonds sillons; un d'eux portait en outre un petit noyau ayant la coloration et la dureté de la terre cuite.

Ce fait, en raison de l'âge du sujet, a moins de valeur que ne le pense l'auteur; car comment s'assurer que les nombreuses cicatrices que présentaient les ovaires étaient de vraies cicatrices des vésicules ovariennes et n'appartenaient pas aux altérations que les auteurs ont décrites sous le nom de *falsa corpora lutæa*? Le cas serait bien différent si le sujet était une jeune vierge, réglée depuis quelque temps et offrant indubitablement les traces d'une rupture récente des vésicules ovariennes, caractérisée par la pulpe jaune et les autres signes des cicatrices récentes. Mais nous avons cherché en vain un fait de ce genre parmi tous ceux que rapporte M. Négrier, et cependant celui-là seul prouverait réellement que les vésicules ovariennes se déchirent et laissent échapper l'ovule qu'elles contiennent sans que la conception ait eu lieu. Tous les autres quelque intéressans qu'ils soient par eux-mêmes n'apportent point une démonstration directe et nous paraissent également favorables aux deux opinions.

Quoi qu'il en soit et malgré l'absence de ces faits qui seule peut nous empêcher de ranger la théorie proposée par M. Négrier pour la menstruation au nombre des vérités démontrées, nous n'en devons pas moins reconnaître qu'il s'est approché très près de la démonstration et nous souhaitons que de nouveaux faits viennent appuyer cette théorie vraiment ingénieuse et qui a, en outre, le mérite d'expliquer certains faits restés jusqu'ici en dehors de toute explication et qu'il a signalés dans son travail. Nous aurions désiré arrêter encore l'attention de nos lecteurs sur quelques autres questions relatives au développement de l'ovaire, à l'anatomie et à la physiologie pathologique des ovaires que l'auteur y a soulevées; mais les longs développemens dans lesquels nous sommes entré sur la question principale ne nous permettent pas de nous arrêter plus longtemps sur ce travail et nous forcent d'y renvoyer le lecteur lui-même qui trouvera à la fin onze planches dont le dessin fidèle, bien que privé de couleurs, représente avec beaucoup d'exactitude les objets décrits dans le cours de l'ouvrage.

VARIÉTÉS.

EXTRAIT D'UNE LETTRE DE M. LE PROFESSEUR ET NATURALISTE OKEN (DE ZURICH) A M. J.-J. VIREY, A PARIS, TOUCHANT QUELQUES POINTS DE PHYSIOLOGIE ZOOLOGIQUE SUR LE SYSTÈME NERVEUX (1).

Monsieur,

.... Parmi les plus intéressantes publications modernes sur les sciences naturelles, il me fait beaucoup de plaisir de me voir d'accord avec un physiologiste qui a produit depuis grand nombre d'années tant d'idées nouvelles et ingénieuses............

A la vérité la masse nerveuse est la première substance de l'animal; elle est aussi l'universelle et même si l'on veut l'unique; car je considère tous les autres systèmes anatomiques comme n'en étant que la métamorphose. Il est donc juste et nécessaire d'établir la classification du règne animal d'après le système nerveux en total. Toutefois il me paraît qu'il ne s'agit pas ici seulement des nerfs, mais encore des autres systèmes qui sont émanés de cette masse nerveuse ou s'en sont dégagés, tels que l'appareil musculaire, le système osseux, etc.

Les classes des animaux se distinguent ainsi par l'addition des appareils anatomiques, plus encore que d'après les différentes formes du système nerveux général. Ces formes constituent les caractères subordonnés ou concomitans de l'organisme et dérivés de la prédominance des autres systèmes. Ainsi il existe, d'après ma manière de voir, des animaux caractérisés par la supériorité du système nerveux, d'autres par les muscles, par les os, ou par les vaisseaux, ou par l'appareil intestinal, etc. Les différentes formes du système nerveux n'ont pas cependant la valeur d'un système entier, parce qu'elles sont elles-mêmes des fractions de l'organisme universel de l'animalité. Il existe autant de classes d'animaux qu'il y a de systèmes anatomiques ou d'appareils organiques.

.... Votre mémoire sur le pôle cérébral et le pôle génital me paraît bien profond, et il éveillera beaucoup d'idées physiologiques sur la signification des parties sexuelles et leur corrélation avec la tête. Je reconnais avec vous que la queue n'est pas réellement le pôle antagoniste de la tête, mais elle n'est point, selon moi, seulement un organe de protection; elle a plus d'importance pour une multitude d'espèces, quoique cette partie n'existe pas dans notre organisation. Tous les organes ont une fonction assignée et ne sont pas autre chose que le produit de la fonction. Ainsi les poils étaient pour l'organisme des animaux inférieurs, des filamens respiratoires (comme dans les échinodermes). Or la queue est la colonne vertébrale des *branchies sexuelles*, car beaucoup d'animaux des classes inférieures respirent par les parties sexuelles, ou par la queue, tels sont plusieurs mollusques, les holothuries, les larves des diptères, des libellules et autres insectes, etc. La queue est un organe rabougri, oblitéré, comme chez l'homme, la glande thyroïde, les capsules surrénales, le thymus, l'ouraque, etc. De plus, la queue correspond au cou qui, chez les poissons, est la colonne vertébrale des branchies; la queue est ainsi le cou de la tête sexuelle qui manque......

Votre idée sur la relation du sperme aux nerfs est, d'après mon opinion, infiniment juste; il n'est que le *nerf fluide* qui agit sur le corps femelle, comme le cerveau sur le reste du corps. Il y aurait aussi beaucoup à dire sur cet article, mais cela serait trop long pour une lettre et le temps me manque ici. Cependant j'ai voulu vous exprimer le plaisir que j'ai ressenti pour la communication de vos idées spirituelles et vous offrir un témoignage de ma haute estime pour vos longs et constans efforts en physiologie aux progrès de laquelle vous avez concouru avec tant de succès. etc.

Agréez, etc.

OKEN.

(1) D'après les articles insérés dans la GAZ. MÉD., t. VIII, p. 517, et en mars 1840, etc.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Mémoire sur le traitement de la pneumonie des vieillards par les émissions sanguines et le tartre stibié à haute dose. — II. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Lettre sur l'emploi des injections intra-utérines. — Lettre sur la valeur de l'amputation dans les cas de carie scrofuleuse des os. — Observation d'hystérie grave avec paralysie, traitée par le magnétisme animal. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences : séances des 21 et 28 septembre. — Académie de médecine : séance du 29 septembre. — IV. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Guide médical des Antilles et des régions intertropicales, à l'usage de tous les habitans de ces contrées. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, et spécialement au Sénégal, ou essai statistique, médical et hygiénique sur le sol, le climat et les maladies de cette partie de l'Afrique. — V. FEUILLETON. Origine et progrès des sciences médicales aux Etat-Unis.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES ET LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; par J. MASCAREL, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (1re médaille d'argent).

Il est une maladie qui, à certaines époques de l'année, décime la population des hospices destinés à la vieillesse, et dont la fréquence et la gravité tout à la fois doivent être attribuées en grande partie à l'influence de l'âge : cette maladie est la pneumonie.

Notre intention n'est pas de faire une histoire complète de cette maladie à cet âge; nous voulons seulement exposer dans un cadre étroit le résultat de nos observations sur ce sujet, et faire remarquer les différentes formes sous lesquelles cette maladie peut se montrer, quelle devait être la difficulté de son diagnostic, bien plus encore que chez l'adulte, avant l'heureuse découverte de Laënnec; puis nous insisterons particulièrement sur les effets des émissions sanguines, combinées avec le tartre stibié à haute dose, dans le traitement de cette maladie. Enfin, nous rapporterons quelques observations, comme complément de ce mémoire, et comme venant à l'appui de nos assertions.

SECTION PREMIÈRE.

« Les altérations organiques sont de véritables hiéroglyphes représentant l'histoire des révolutions opérées dans les organes, leurs causes, leur date, leur influence..... » Tels sont les mots par lesquels l'auteur des RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES termine sa 7e lettre. (LALLEMAND, 7e lettre, p. 125).

Cette vérité a été si bien comprise par les médecins de notre époque, qu'aujourd'hui il se publie peu de travaux qu'ils ne soient précédés ou accompagnés de longs et minutieux détails d'anatomie pathologique. C'est qu'en effet, toutes les fois que le praticien habile pourra se représenter dans l'esprit les désordres matériels qui se sont traduits à l'extérieur par un ensemble particulier de troubles fonctionnels, il procédera avec plus de hardiesse et de sûreté.

Les lésions anatomiques de la pneumonie ont été si bien étudiées dans ces derniers temps, que nous nous bornerons à quelques particularités qui se lient aux conditions anatomiques des organes respiratoires des vieillards. Chez ceux qui succombent à la pneumonie, on trouve rarement l'inflammation circonscrite aux lobules pulmonaires; en d'autres termes, la pneumonie lobulaire n'est pas fréquente. Nous pensons cependant que la maladie débute souvent sous cette forme, mais seulement lorsqu'elle ne frappe pas sur ceux qui sont déjà retenus au lit par une affection grave : en effet, il n'est pas rare de voir des vieillards qui, sous le coup d'une fluxion de poitrine présentent un groupe assez intense de symptômes généraux qui ne sont nullement en rapport avec les signes tirés de l'auscul-

Feuilleton.

ORIGINE ET PROGRÈS DES SCIENCES MÉDICALES AUX ÉTATS-UNIS (1).

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Aussitôt après le retour de la paix, ceux qui, avant la guerre, avaient montré le plus d'activité pour l'amélioration de la profession médicale aux États-Unis reportèrent de nouveau leur attention vers le même objet. Les colléges de Philadelphie et de New-York furent réorganisés et de nouvelles écoles furent ouvertes à leur place; des sociétés médicales furent établies dans les différens états et dans les comtés; la littérature médicale fut cultivée avec une nouvelle ardeur; les transactions médicales et philosophiques reçurent des encouragemens, et enfin, la presse périodique prit, presque dès sa naissance, la place à laquelle elle avait droit. Quatre colléges furent établis sur une large base, et lorsque commença le dix-neuvième siècle, déjà leurs élèves avaient ajouté à la masse des connaissances existantes des dissertations spéciales sur le climat de l'Amérique, sur les maladies qui y règnent, sur les propriétés d'un grand nombre de plantes indigènes, pendant que les sociétés médicales appelaient de tous côtés les praticiens par la promesse de récompenses, et par d'autres moyens à accroître le cercle des connaissances utiles et originales. Déjà les docteurs Rush, Miller, Benjamin Barton, Mitchell et Elihu Smith commençaient à exercer par leurs travaux cette haute influence qui depuis a eu de si heureux résultats. Webster venait de publier son ouvrage très connu sur les maladies pestilentielles, et le MEDICAL REPERTORY comptait trois années d'existence.

Tel fut le point de départ de la science médicale et des institutions médicales des États-Unis au commencement du dix-neuvième siècle. Nous allons voir avec quelle rapidité ces institutions ont grandi et produit des résultats qui en promettent de plus grands encore pour l'avenir.

Nous ne pouvons ici décrire maintenant chacun des établissemens scientifiques des Etats-Unis; les *colléges de médecin* qui, au commencement du siècle, étaient au nombre de quatre, dépassent aujourd'hui celui de trente, augmentation que rien ne réclamait et dont l'effet a été plutôt nuisible qu'utile. Les principes de liberté et d'absence du monopole émis par Adam Smith, quelque bienfaisans qu'ils puissent être pour le commerce et les branches d'industrie auxquelles il aurait voulu qu'ils fussent appliqués ou pour les occupations dans lesquelles l'homme peut attendre directement un progrès convenable pour ses travaux, ont une influence nuisible et malfaisante sur les institutions scientifiques. On ne devrait jamais en faire l'application aux écoles d'enseignement et surtout à celles de ces institutions qui, en Amérique comme dans les autres contrées, ont plutôt besoin de protection et d'encouragemens que d'indifférence ou d'opposition.

La facilité avec laquelle on peut obtenir des chartes pour des écoles de méde-

(1) Ce feuilleton et le précédent sont extraits d'un article du NEW-YORK QUARTERLY JOURNAL (july 1839), par le docteur Watson.

tation et de la percussion; mais qu'on revienne à l'exploration quelques heures plus tard, et ces signes apparaissent dans tont leur jour. Nous allons successivement étudier l'engonement et l'hépatisation.

§ I. — ENGOUEMENT SIMPLE DES POUMONS.

Lorsqu'on fait l'examen cadavérique d'un poumon d'adulte qui a succombé dans le premier degré d'une pneumonie, il suffit que le tissu pulmonaire se laisse facilement déchirer sous le doigt qui le comprime, pour que de suite on en déduise la conséquence que cet organe a été enflammé. Ce serait tomber dans une grave erreur que de vouloir faire la même application chez le vieillard. Et, d'abord, commençons par établir que, se fondant sur des observations plns exactes, quelques pathologistes n'attachent plus autant d'importance an ramollissement d'un organe, et spécialement du poumon, comme étant la preuve irrécusable de son état inflammatoire. M. le professeur Andral s'est expliqué clairement à ce sujet dans la dernière édition de sa clinique: et, d'ailleurs, n'y a-t-il pas des ramollissemens du cerveau, rares à la vérité, qui reconnaissent pour cause autre chose que l'inflammation? En effet, chez des vieillards asthmatiques qui succombent an milieu d'un accès de dyspnée, on rencontre quelquefois les faces diaphragmatiques et postéro-inférieures des poumons, d'une couleur rouge uniforme plus ou moins intense, et ayant perdu leur degré de cohésion ordinaire. Chez une vieille femme qui succomba en quelques instans et sur place à une rupture du cœur, nous pûmes facilement faire passer le doigt au travers de l'épaisseur de la base du poumon droit, un fluide séro-sanguinolent spumeux ruisselant de la surface déchirée. Il n'est donc pas toujours facile de reconnaître à l'autopsie les premiers degrés de l'inflammation, et nous verrons en effet que l'examen des symptômes peut seul élucider la question.

Cet engouement peut être léger on intense, partiel on général, circonscrit on diffus. Dans le premier cas, le volume de l'organe n'est pas augmenté, sa consistance et son élasticité sont à peine altérées, il est crépitant : tout ce qu'on observe, c'est une teinte rouge ou vineuse plus ou moins intense, avec imprégnation de sérosité spumeuse légèrement sanguinolente. Dans l'engouement porté au dernier degré, la crépitation y est à peine sensible, mais il n'y a plus l'élasticité caractéristique de l'état physiologique. Il y a augmentation de volume et de poids; du sang noir, qui donne au parenchyme une teinte ardoisée ou violacée, s'échappe à la surface des incisions et des déchirures qu'on y pratique. De cet état, il n'y a pas loin à l'hépatisation rouge au deuxième degré de la maladie. Il est des poumons qui, bien que frappés d'une congestion sanguine active, sont encore élastiques; ils cèdent à la pression, mais ne s'écrasent pas : ce sont comme des fragmens d'éponge, ou bien encore comme certains champignons flétris, et qui, après avoir éprouvé un commencement de dessication, auraient été plongés dans un liquide coloré.

§ II. — HÉPATISATION DU POUMON.

Le second et troisième degré de la maladie, caractérisés, le premier, par l'hépatisation rouge, le second, par l'hépatisation grise, peuvent se présenter sous deux formes bien distinctes : la forme granitique et l'état planiforme.

La compacité, la friabilité, l'augmentation de poids et de volume, l'absence complète de crépitation dans des lobes pulmonaires, tels sont les caractères principaux assignés à l'hépatisation. Indépendamment de la couleur qui sert à établir la différence entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise, on remarque dans celle-ci une plus grande friabilité de tissu et la présence an sein du parenchyme d'une certaine quantité de pus liquide on concret, diffus on en noyaux. Mais l'aspect granitique que comporte avec lui le mot *hépatisation* ne se rencontre pas toujours. Dans les cas ordinaires, le poumon examiné par coupes régulières, on mieux par lacération, présente une foule de petites aspérités, de petits points granuleux, tous de même forme et de même volume, qu'on a comparé depuis Laënnec aux grains glanduleux du foie. Dans d'autres cas, au contraire, la granulation n'existe pas, la compacité du parenchyme est parfaitement lisse et uniforme; c'est à cet état qu'on peut appliquer, avec MM. Hourmann et Dechambre, la dénomination d'hépatisation planiforme. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve le pus ramassé en foyers. Dans la suppuration planiforme, on voit s'échapper en nappe, à la surface des incisions, un liquide grisâtre, onctueux, plus fluide que le pus phlegmoneux bien lié et semblable à du miel liquide.

Les altérations de la membrane muqueuse de la trachée artère et des bronches paraissent avoir été décrites par la plupart des auteurs, plutôt par analogie que d'après l'observation directe des faits. Si la membrane muqueuse qui se déploie sur les cordes vocales et dans toute la partie sous-glottique du larynx est trop mince et trop adhérente aux parties subjacentes, pour ne pas se tuméfier ordinairement et s'infiltrer de sang, de sérosité ou de pus, dans ce qu'on a appelé improprement, depuis Bayle, œdème de la glotte, celle dont elle est l'origine et la continuation, se trouvant dans des conditions analogues de texture, n'offre que par exception les différentes lésions propres aux autres tissus muqueux.

La vascularisation, le boursoufflement, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement et l'ulcération de la membrane qui tapisse l'intérieur des tuyaux bronchiques et de la trachée, sont loin de se rencontrer journellement à l'ouverture des cadavres. La rougeur se rencontre cependant presque constamment, surtout dans les tubes bronchiques qui plongent dans les parties hépatisées. Mais la teinte uniforme de cette coloration vineuse ou rouge foncé, l'absence d'arborisations, la difficulté de détacher avec les mors de la pince à disséquer des parcelles de la membrane, après l'avoir incisée, nous portent à penser qu'assez souvent cette coloration n'est qu'un phénomène des derniers momens, car les malades succombent presque toujours par asphyxie. Toutefois, ce que nous venons de dire n'est guère applicable qu'aux grosses bronches; car, dans celles de petit calibre, les traces de l'inflammation ne sont plus douteuses. Quant aux altérations de la plèvre, nous les passons sous silence pour arriver à l'étiologie de la maladie.

SECTION DEUXIÈME. — ÉTUDE DES CAUSES DE LA PNEUMONIE CHEZ LES VIEILLARDS.

Si maintenant nous recherchons les causes qui président au développement de la pneumonie chez le vieillard, nous verrons qu'il existe chez lui, par suite de l'influence de l'âge, une aptitude très grande à être pris de cette maladie.

La très grande majorité de ceux qui ont dépassé leur soixantième année sont atteints de lésions de l'appareil circulatoire : ce sont des dilatations partielles ou générales de l'aorte ou des gros troncs qui en partent, des érosions, des incrustations crayeuses, calcaires ou autres, des altéra-

---

cine dans les Etats-Unis et surtout dans celui de New-York n'a pas exercé une heureuse influence sur la profession, et leur établissement dans des villages inconnus, dans des lieux éloignés et à peine arrachés à l'état sauvage, où il n'y a ni infirmerie ni aucun moyen d'instruction pour les élèves, ne fait que nuire aux institutions plus anciennes et mieux organisées.

Les efforts faits par ces écoles situées au milieu des forêts ont un autre inconvénient fâcheux. Pour attirer quelques élèves elles sont obligées de promettre une diminution des frais exigés ailleurs et une moindre durée des études; dès lors les conditions qu'elles imposent à ceux qui veulent y prendre leurs grades ne sont pas assez élevées, et c'est ainsi qu'une foule d'hommes qui n'ont reçu qu'une éducation insuffisante sont jetés chaque jour dans la profession, tandis que dans les grandes villes où les professeurs sont ordinairement des hommes riches d'expérience ou d'instruction et où les hôpitaux, les dispensaires et les infirmeries fournissent abondamment les matériaux aux études cliniques, les colléges ont toujours mérité le respect et la confiance de la profession.

Sous le point de vue de la littérature périodique, les médecins américains ne sont inférieurs à ceux d'aucune autre nation. Ceux de New-York ont fondé et soutenu pendant plus de 29 ans l'un des premiers et à la fois l'un des meilleurs journaux de médecine qui aient été publiés.

Ce fut dans les derniers mois de 1796 que le docteur Elihu Smith conçut le projet d'une publication médicale périodique, et au mois d'août 1797 le premier numéro du NEW-YORK MEDICAL REPOSITORY était publié. Cet ouvrage, le premier de ce genre, fut accueilli avec empressement et dirigé avec habileté. On trouve dans ses numéros d'importans souvenirs sur les épidémies et les autres maladies qui ont régné aux Etats-Unis. Il contient l'histoire complète de la fièvre jaune depuis 1793 jusqu'à sa dernière apparition à New-York, ainsi que les plus riches documens qui existent sur la fièvre pétéchiale (spotter fever), maladie d'une funeste gravité qui régna dans les états du nord et de l'est depuis 1807 jusqu'à la fin de la dernière guerre. On y trouve des mémoires d'une grande valeur sur la pneumonie typhoide qui fit tant de ravages parmi les soldats américains et qui pénétra dans les différentes parties du pays pendant les années 1813 et 1814, et quelque temps ensuite. Il est riche en topographies médicales et contient l'histoire exacte des progrès de la chimie, car le célèbre Priestley fut un de ses collaborateurs les plus actifs.

Ce succès donna naissance à un grand nombre d'entreprises semblables en Amérique et dans les pays étrangers; aux Etats-Unis surtout ils se multiplièrent avec plus de rapidité encore que les écoles de médecine et avec les mêmes résultats. Aujourd'hui les journaux de médecine sont moins nombreux aux Etats-Unis qu'il y a quelques années; mais les intérêts de la profession n'ont point perdu à cette épuration, et si New-York avait un trimestriel médical bien dirigé, la science n'aurait rien de plus à désirer sous ce point de vue aux Etats-Unis.

La littérature médicale américaine s'est enrichie depuis quarante ans d'un certain nombre de résumés bien faits de toutes les branches des sciences médicales, de plusieurs traités originaux sur quelques-unes d'entre elles, d'un petit nombre d'ouvrages d'un rang plus élevé, contenant des recherches neuves, spécialement sur la jurisprudence, sur la théorie de la maladie et sur la philosophie des épidémies. Plusieurs mêmes des écrivains américains ont reçu en Europe un accueil plus favorable peut-être que dans leur propre patrie; c'est ainsi que l'anatomie de Wistar a été pendant quelque temps l'ouvrage élémentaire adopté par l'université d'Edimbourg, et que depuis quelques années et encore aujourd'hui, la fam-

tions des valvules ou des orifices, altérations qui toutes agissent de la même manière, en enrayant la circulation. Cette gêne se fait d'abord sentir sur l'appareil respiratoire et l'entretient dans un état de congestion sanguine permanent; de là la production de ces bronchites chroniques. C'est peut-être encore à cet affaiblissement sénile de l'appareil circulatoire qu'il faut attribuer ces flux muqueux ou muco-purulens, ces bronchorrées qui, dans certains cas, ne sont que des lésions de sécrétion. Joignez à cela l'atrophie du poumon, la diminution du nombre des cellules par suite de leur agrandissement. (Hourmann et Dechambre, RECHERCHES CLINIQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DES VIEILLARDS, ARCH. GÉN. DE MÉD., 2e série, t. VIII, p. 405); l'affaissement, la déformation et le rétrécissement de la cavité thoracique, qui ont pour effet de s'opposer à la libre circulation du sang dans les organes de l'hématose.

La solidarité d'action qui existe entre la peau et la membrane muqueuse pulmonaire est encore une cause de la sur-activité fonctionnelle de cette dernière : car, chez le vieillard, par suite de l'atrophie générale de toutes les parties sous-tégumentaire, la peau perd sa souplesse et son élasticité; elle se flétrit, se ride, se dessèche, s'amincit, devient demi-transparente, au point de laisser apercevoir facilement la blancheur des tendons et l'aspect ondulé et violacé des canaux veineux qui rampent sous sa profondeur, disposition que les peintres n'ont point négligée dans leurs tableaux. Les cryptes sébacés sont atrophiés, leur goulot oblitéré; ils ne versent plus à la surface de la peau le fluide onctueux destiné à en entretenir la souplesse et l'humidité. La perspiration cutanée se trouve singulièrement diminuée, et c'est le tégument interne du poumon qui est chargé d'y suppléer.

Il est facile de concevoir maintenant que la membrane muqueuse des voies aériennes se trouvant presque toujours dans un état extra-physiologique est très susceptible de se phlogoser, et si le travail phlegmasique, revêtant la forme aiguë, se propage de haut en bas, dans les bronches de petits calibres, il donne bientôt lieu à de véritables broncho-pneumonies, qui sont les avant-coureurs de l'inflammation du parenchyme pulmonaire lui-même.

Comme celle des autres âges, la pneumonie des vieillards se montre de préférence à la fin de l'hiver et au commencement du printemps; c'est moins par une température froide et humide que par un vent froid et sec, et surtout par le passage de l'un à l'autre, qu'on la voit se développer. Hippocrate, en parlant des vents a dit : « Austri auditionis hebetudinem,..... sin aquilonia tempestas fuerit, tusses movet, fauces exasperat, alvos indurat, urinam supprimit, horrores excitat, laterum et pectoris dolores. (Aphor, 5, section III.) »

Tous les observateurs ont vérifié l'exactitude de ces remarques, et cela même sous les latitudes les plus diverses. C'est ainsi que Sydenham, Baglivi et Huxham signalent l'influence du vent nord et nord-est sur la production de la pneumonie. Ce dernier surtout, qui écrivait sa dissertation sur les pleurésies et les péripneumonies, il y a environ un siècle, et qui a tracé avec une fidélité et une précision dignes de notre époque l'histoire de ces maladies, consacre les premières lignes à développer l'influence des saisons et des vents sur l'étiologie de ces mêmes maladies. (Huxham, ESSAIS SUR LES FIÈVRES, MDCCLII.)

Cette influence du froid se fait tellement sentir qu'à la Salpétrière, par exemple, depuis que, sur la demande des médecins, l'administration des hôpitaux a établi dans les dortoirs des appareils calorifères, la pneumonie y est devenue bien moins commune; elle le serait encore moins si on s'abstenait de cette pratique vicieuse qui consiste à laver les salles à grande eau et à ouvrir dès le matin plusieurs fenêtres avant que toutes les indigentes soient sorties du lit.

Malgré les difficultés que présente la recherche des commémoratifs chez les vieillards, en prenant toutes les précautions convenables pour arriver à la connaissance de la vérité, on ne tarde pas à être convaincu que les mêmes causes occasionelles de la pneumonie des adultes conservent ici leur part d'action; et elles agissent d'autant plus qu'elles trouvent des organes plus disposés par suite des circonstances que nous avons signalées.

Avant d'aborder la symptomatologie, nous plaçons sous les yeux du lecteur une observation de pneumonie lobulaire.

CATARRHE CHRONIQUE; PNEUMONIE LOBULAIRE; RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE SANS BRUIT MORBIDE AU COEUR.

OBS. I. — Gobert, âgée de 81 ans, petite de taille, d'une grande maigreur, à peau très sèche et amincie, intelligence médiocre, entra à l'infirmerie de la Salpétrière le 8 février 1839 pour y être traitée d'un catarrhe chronique.

A l'examen de la poitrine on constate en arrière, dans les deux tiers inférieurs des deux côtés, une sonorité très grande sans bombement du thorax et un bruit respiratoire faible, mais s'entendant partout; seulement à la base du poumon droit, il est remplacé par du râle sous-crépitant assez abondant qui existe à l'inspiration et à l'expiration. Rien de bien particulier en avant. L'expectoration amène difficilement quelques crachats opaques d'une légère teinte verdâtre et contenant fort peu d'air. La respiration est un peu accélérée. Le pouls dur, fréquent, sans beaucoup de chaleur. Les battemens du cœur sont forts et s'entendent dans toute l'étendue de la poitrine : ils sont prolongés et précipités, mais sans irrégularité et sans bruit anormal ni matité.

Langue humide, peu de soif, pas de nausées, pas de frissons, pas de diarrhée, ni constipation. (Pect. sp. 4 past. ipéca.)

Le soir, la peau est brûlante, la soif vive, la langue sèche, le pouls plein et fréquent. L'état du poumon n'a pas changé. (Saignée de 300 gr.)

Le 9, la malade se sent mieux, mais elle est très faible; la fièvre persiste encore et l'expectoration est difficile.

Pendant plusieurs jours, le soir, il y a augmentation de dyspnée, anxiété, fréquence et dureté du pouls, sécheresse de la peau et de la langue. (Jul. kermès, 3 décig, quelques bouill.)

Le 20, il y a un peu d'amélioration; les crachats ont toujours le même caractère. (Trois bouill., past. tolu., lait.)

Dans les premiers jours de mars, diarrhée.

Le 6, abattement profond, viscosité et teinte jaunâtre de quelques crachats (un changement s'était manifesté dans la température). A la base des poumons, en arrière, râle sous-crépitant abondant; à droite, seulement on entend quelques bulles de râle crépitant sec qui paraît se passer loin de l'oreille; nulle modification dans la voix ni dans la toux. (Ipéca., 1 gram.; tartre stibié, 5 centig., en trois verres d'eau tiède.

7 mars. Selles et vomissemens abondans. La fièvre persiste, la fatigue est considérable, la voix est cassée; il y a de la sueur.

Le soir, la langue est sèche; il n'y a plus de diarrhée; l'oppression est plus considérable que le matin; le pouls petit, fréquent. L'amaigrissement et la faiblesse sont grands. (Pect. s., trois potages, vin Collioure, 160 gm.)

La malade se soutient ainsi pendant une douzaine de jours.

Le 17 mars, diarrhée intense; exacerbation fébrile et dyspnéique, surtout le soir; la force de contraction du cœur contraste avec la faiblesse du pouls.

Mort le 23.

AUTOPSIE. Cavités pleurales sèches, adhérences générales filamenteuses et celluleuses anciennes, lobe inférieur droit peu crépitant, tuméfié, présentant à la

---

PRUDENCE MÉDICALE de Beck est l'ouvrage le plus populaire qu'il y ait sur ce sujet en Angleterre et en Irlande. Les ouvrages de Godman et d'Anderson sont quelquefois cités par les écrivains français, et ceux d'Edouard Miller, ancien président du collége de New-York, contiennent la base du système qui depuis a formé entre les mains de Broussais la doctrine physiologique.

Nous venons de nommer Edouard Miller; si le temps nous le permettait, nous parlerions avec plaisir du mérite de ce médecin que se rappellent encore ceux qui comptent plus de vingt-cinq ans de pratique, mais dont le nom est probablement inconnu de la plupart des autres. Rush a déclaré que « il n'était inférieur à aucun autre; » et ceux qui ont comparé les écrits de ces deux maîtres de la médecine américaine ont pu reconnaître que cette assertion de Rush était aussi vraie qu'elle était honorable pour lui.

Miller était un observateur exact et patient, et il a si bien scruté la pathologie de la fièvre que Broussais lui a depuis adjugé l'honneur d'être arrivé le premier à la connaissance de sa vraie nature. « Il est le premier, dit Broussais, qui ait mis l'estomac à sa véritable place dans l'ordre physiologique; sous sa plume les phénomènes des fièvres et le mode d'action des médicamens ont acquis un intérêt qu'ils n'avaient eu chez aucun des classiques, même les plus célèbres; comment donc est-il possible qu'ayant si heureusement débuté, il en soit resté là, et qu'il n'ait point découvert toute la doctrine physiologique que nous professons aujourd'hui? » Les élèves de ce célèbre théoricien qui l'ont, depuis longtemps déjà, abandonné n'auront pas de peine à trouver la réponse à cette apostrophe. Miller était trop admirateur de la vérité et un observateur trop exact de la nature pour se laisser entraîner par aucune théorie, même par la sienne, aussi loin que l'a fait depuis le chef de l'école physiologique. « Quelques avantages, dit-il, dans le prospectus du MEDICAL REPOSITORY, que l'on ait pu retirer momentanément de certaines théories, c'est surtout par les nouveaux points de vue qu'elles découvrent à l'esprit et par un plus sévère examen des phénomènes de la nature auquel elles ont excité les autres, qu'elles ont été réellement utiles. Notre connaissance de la nature est trop limitée, nos matériaux sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible à l'homme, même le plus intelligent et le plus actif, de former une théorie médicale d'une valeur certaine. »

Il est assez remarquable que Broussais ait pu trouver dans les écrits des médecins américains (Rush et Miller surtout) les élémens de tout ce que sa doctrine peut contenir d'utile et de vrai. Il a reconnu que Rush devait être rangé parmi ceux qui avaient contribué au renversement du système de Brown, et à l'admission de ce que tous les efforts de Sydenham avaient été impuissans pour introduire : le traitement antiphlogistique. Il admet que l'esprit philosophique de Rush brille par la manière dont il a combattu les classifications des nosologistes. « Mais, dit-il, malgré les services qu'il a ainsi rendus, Rush n'a pas accordé assez d'importance à l'irritabilité de l'estomac et des intestins dans la production des maladies, quoiqu'il ait exactement établi le traitement qui convient à celles qui sont aiguës. » Or nous venons de voir que, d'après Broussais, Miller avait accompli ce que Rush avait laissé imparfait.

C'est Benjamen Rush, à la doctrine duquel nous venons de faire allusion, qui promulgua ce qu'on a appelé assez inexactement « le système de médecine américaine », système qui ne fut jamais enseigné dans aucune autre université que dans celle de Pensylvanie. A l'époque où il commença sa carrière de professeur, les doctrines de Cullen jouissaient de la plus haute popularité ; car, bien que Brown eût déjà élevé son système contre elles, il n'avait pu encore les renverser,

surface d'une coupe un aspect marbré, non granitique, formé par des plaques ou noyaux rouges et gris; des stries ardoisées linéaires servent de moyen de séparation pour quelques-unes. Ces plaques qui résistent un peu à la pression avant de s'écraser sous le doigt, et qui ne plongent pas au fond de l'eau, laissent échapper, les unes, une sanie sanguinolente; les autres, une matière puriforme. La plus grande partie du lobe moyen est comme lardée de petits noyaux rouges indurés, séparés les uns des autres par du tissu pulmonaire crépitant. Les bronches sont enduites d'une matière épaisse, légèrement jaunâtre, tout à fait d'apparence purulente; le lavage laisse encore adhérer une couche qui ne s'enlève que par le raclage. La membrane muqueuse est blanchâtre dans les tubes de gros calibres; mais dans les petites ramifications elle est violacée, comme tuméfiée, mais sans ramollissement. Le cœur est peu volumineux, le ventricule gauche présente un peu plus d'épaisseur dans ses parois; épaississement blanchâtre et boursouflement de la valvule mitrale vers son bord libre et sa face ventriculaire; surface interne de l'aorte parsemée d'érosions et de concrétions athéromateuses. Injection violacée de l'intestin grêle et de la dernière partie du canal intestinal.

Nous venons de voir dans cette observation un catarrhe chronique qui, revêtant la forme aiguë, a nécessité l'entrée de la malade à l'infirmerie. On craint l'invasion d'une pneumonie, une saignée est pratiquée le soir, et procure un peu de soulagement. C'est quinze à vingt jours plus tard que la pneumonie se déclare. Quelque peu de râle crépitant fut entendu; il n'y eut ni souffle tubaire, ni bronchophonie, une seule fois seulement des crachats caractéristiques. La sonoréité du thorax était grande, et cependant l'examen nécroscopique nous a montré de l'hépatisation rouge et grise, disposée par places. Nous signalerons aussi dans cette observation l'existence d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche sans qu'il y ait eu de bruit morbide perçu à l'auscultation.

SECTION III. — SYMPTOMATOLOGIE.

Si chez l'adulte la pneumonie se montre avec un ensemble de symptômes toujours faciles à reconnaître, il est loin d'en être toujours de même à une époque plus reculée de la vie. Nous venons de voir tout à l'heure, après plusieurs jours d'une fièvre catarrhale intense, une phlegmasie du parenchyme pulmonaire prendre naissance et n'être annoncée que par un petit nombre de signes. Dans les observations qui vont suivre nous puiserons des preuves nombreuses à l'appui de cette dernière proposition.

Analysons maintenant chacun des symptômes de la maladie, en commençant par ceux qui frappent tout d'abord lorsqu'on approche du malade, par les symptômes généraux; mais auparavant disons un mot du décubitus et du facies.

Le décubitus dorsal, le tronc un peu relevé et la tête inclinée sur l'un ou l'autre côté, telle est l'attitude la plus commune que nous ont présentée les malades soumis à notre observation. Cette attitude nous est encore offerte par trois malades couchés dans ce moment dans nos salles. Chez tous les trois, la pneumonie occupe le sommet droit; parmi eux se trouvent deux femmes qui ont dépassé leur soixante-cinquième année, le troisième est un homme âgé de 62 ans. Les malades prennent le décubitus latéral correspondant ou non au côté affecté, plus rarement encore la position horizontale, si ce n'est lorsque les progrès incessans du mal les jettent dans l'adynamie.

Lorsque la pneumonie passe du deuxième au troisième degré, que l'expectoration se supprime, il est bien plus ordinaire de voir ces vieillards chercher la position assise (*situm erectum*), ce qui annonce une terminaison promptement fatale, comme Hippocrate nous l'apprend au chap. III de ses PRONOSTICS : *Ægrum vero residere velle, in ipso morbi impetu, pravum quidem in omnibus morbis acutis et pulmonum inflammatione laborantibus pessimum.*

De tout temps les observateurs ont recherché dans l'inspection de la face des caractères diagnostiques des maladies. Ici la meilleure description est insuffisante pour reproduire les changemens mobiles qui s'opèrent dans la physionomie, non seulement dans les maladies différentes, mais encore pendant le cours de la même affection. Le facies des vieillards pneumoniques a quelque chose d'indéfinissable qui ne se grave dans l'esprit que par l'habitude de voir. Les pommettes sont ordinairement plus ou moins animées, quel que soit le côté affecté; quelquefois il n'y en a qu'une ou bien la rougeur est inégalement repartie; la température y est un peu plus élevée; le reste de la face présente une certaine pâleur; la paupière est lâche, le miroir de l'œil n'est pas brillant comme dans la méningite, le regard est indifférent, les ailes du nez mobiles, la bouche est entr'ouverte, les lèvres sont sèches.

APPAREIL DIGESTIF. L'état de la langue fournit des signes d'une certaine valeur, Rarement au début, elle est sèche; elle est seulement moins humide, tantôt pâle et recouverte d'un enduit blanchâtre vers sa base, tantôt rouge vers les bords et à la pointe avec ou sans enduit, et alors elle est presque sèche. Vers le quatrième, cinquième ou sixième jour, lorsque le mal passe au deuxième ou au troisième degré, le plus souvent la langue est tout à fait sèche comme recouverte d'une couche épidermoïde crevassée et fendillée en divers sens, bien que l'adynamie n'existe pas encore. Les lèvres, les dents lorsqu'elles existent, la voûte palatine, participent plus ou moins à cet état de siccité. Ce dernier caractère de l'organe de la gustation est tellement constant qu'il suffirait presqu'à lui seul à défaut d'autres signes généraux pour mettre sur la voie de l'existence de la maladie, pourvu toutefois qu'il ne se liât point à un état adynamique avancé ou à une affection aiguë de l'encéphale.

Une soif vive, de l'inappétence, sont deux symptômes qui ne présentent ici rien de particulier, Toutes les fois que la langue est enduite d'une couche verte, porracée, ou d'une teinte jaune-verdâtre, des nausées, des vomissemens ou de la diarrhée se montrent, soit comme symptômes précurseurs, soit dans le cours de la maladie. Ces troubles gastro-hépatiques pourraient facilement donner le change en imprimant au mal une physionomie particulière sur laquelle nous aurons à revenir. Le ventre est souple, ordinairement indolent; presque toujours il y a de la constipation.

APPAREIL CIRCULATOIRE.—Un mouvement fébrile plus ou moins intense accompagne généralement le début de la phlegmasie; nous disons généralement parce qu'il est des cas où les malades ne se sont pas aperçus du plus léger frisson, et il est loin d'être rare de trouver tout un poumon hépatisé dans sa partie postérieure sans accélération du pouls, soit que cette accélération ait ou n'ait pas existé au début; nous remarquerons que cet état apyrétique de l'appareil circulatoire qui existe au moment de l'entrée de certains vieillards dans les hôpitaux cesse aussitôt l'emploi de quelques moyens énergiques (obs. 3). Il semble que l'affaiblissement sénile ait placé chaque organe dans une indépendance d'action, et que la réaction sympathique éteinte ne s'éveille que sous l'influence de tel ou tel agent.

Le pouls, qu'il soit ou non fébrile, présente souvent des irrégularités,

---

ni leur enlever les écoles; Rush fut plus heureux dans la guerre qu'il fit à ces doctrines et à celles de Brown.

L'objet du docteur Rush était d'établir l'unité de la maladie. « J'emploie le mot maladie, disait-il, pour me conformer à l'usage; car, à proprement parler, la maladie n'est pas plus multiple que la fièvre. Elle consiste tout simplement en une action morbide ou en une excitation sur quelque partie du corps. Ses différens siéges et degrés ne doivent pas plus être multipliés en différentes maladies que les divers effets de la chaleur et de la lumière sur le globe ne doivent être multipliés en autant de soleils. » Pour défendre sa doctrine, il porte de rudes coups à celles de ses prédécesseurs, et surtout des nosologistes. « Le rejet des arrangemens artificiels des maladies doit, disait-il, être suivi d'une révolution en médecine; l'observation et le jugement prendront la place de la mémoire et des lectures, et les prescriptions seront conformes aux circonstances. La route des connaissances en médecine sera, par ce moyen, considérablement abrégée, et le jeune étudiant acquerra les connaissances nécessaires pour la pratique, avec beaucoup moins de peine, d'argent et de temps; comme un enfant auquel on apprendrait à écrire en suivant l'alphabet romain, au lieu des caractères chinois. »

Est-il étonnant qu'avec des promesses si conformes à notre indolence naturelle les doctrines de Rush aient parcouru la nation avec la rapidité des météores lumineux, et se soient évanouies avec la même promptitude que ces lumières passagères? La révolution prédite par le réformateur americain s'est opérée; mais, en détruisant les anciennes doctrines, elle a entraîné celle de Rush lui-même, et il a vécu assez longtemps pour reconnaître son erreur et ses illusions. Quelque fausse que fût la théorie de Rush dès le principe, soutenue par son éloquence, son urbanité et ses vastes connaissances, elle attira près de lui plusieurs milliers d'élèves qui l'écoutèrent, et donna tout à coup à l'école de Philadelphie une immense popularité qui l'a soutenue jusqu'ici.

La théorie de la fièvre de Rush a été depuis longtemps abandonnée, nous ne la rappellerons donc pas; mais nous dirons que dans sa pratique, et surtout dans ses dernières années, il sut faire plier cette théorie devant le jugement et la raison. Il a laissé la description de plusieurs épidémies et de beaucoup de maladies particulières, qui offrent d'excellens modèles pour la fidélité avec laquelle il a traduit la nature et pour la justesse des indications thérapeutiques. Il a rendu de grands services à la science par le nombre immense de ses utiles observations; mais, dans les mains de ses premiers sectateurs, la simplicité de sa théorie a pu se prêter à tout, et la pratique qui en résultait a trop souvent eu de funestes résultats.

La littérature médicale d'Amérique est surtout riche en travaux sur les maladies épidémiques et endémiques; il n'y a pas de pays où l'on s'en soit autant occupé, et de toutes les villes des Etats-Unis, c'est à New-York que ces recherches ont été faites avec le plus d'exactitude et de succès. Les écrits de Bayley, de Rush, de Miller, d'Elihu Smith, de Seaman, de Pascalis, et de plusieurs autres, fournissent le fonds le plus riche en matériaux que possède la science sur ce sujet, et forment ce que Miller a appelé un peu emphatiquement « la doctrine américaine concernant l'origine et la propagation des maladies endémiques et pestilentielles. » Richard Bayley publia, en 1795, un ouvrage sur la fièvre jaune de cette année, et dans lequel il proposait d'établir une distinction entre les maladies contagieuses et les maladies produites par l'infection, « distinction, dit le doct. Hosack, qui approche plus près de la vérité, qu'aucune de celles établies par ses prédécesseurs, bien qu'elle ne comprenne pas encore tous les faits qui se rattachent à ce sujet. » Le docteur Miller, reprenant la question à ce point, a porté l'investi-

des redoublemens qui se lient le plus ordinairement à quelque désordre matériel de l'organe central de la circulation. Tantôt plein, dur, comme vibrant, tantôt petit, facile à déprimer, le pouls présente le plus souvent un état intermédiaire. Il y a des septuagénaires chez qui la circulation est plus ou moins ralentie dans ses canaux (obs. 6).

Le système capillaire facial imprime à la physionomie un cachet particulier sur lequel nous avons insisté plus haut. Les veines des membres, surtout celles des membres supérieurs, sont bleuâtres, distendues et roulantes sous la peau. Si on les pique en pratiquant une large ouverture on est tout étonné de voir le sang jaillir d'abord et ne plus sortir ensuite que péniblement et par une sorte de jet avorté. Le cœur présente dans son rhythme et dans son impulsion des troubles qui sont en rapport avec ceux des pulsations artérielles ou avec quelque altération du ventricule lui-même.

L'état du sang tiré des veines présente des caractères tellement différens, suivant qu'on examine celui de la première, de la deuxième ou de la troisième saignée, suivant le degré, l'étendue et la durée du mal et une foule d'autres circonstances, qu'il est très difficile de rien préciser à cet égard. D'après l'examen des faits qui sont sous nos yeux, il nous paraît résulter que si le sang de la première ou de la deuxième saignée, quelle qu'ait été d'ailleurs la quantité, présente un caillot adhérent au vase, mais non facile à écraser, sans couenne et sans sérosité, il faut s'abstenir de toute émission sanguine ultérieure sous peine de hâter la mort des malades. Le sang peut encore, sans présenter de pellicule couenneuse, être composé d'un tissu très-lâche, n'adhérer qu'en partie aux parois du vase et baigner dans une plus ou moins grande quantité de sérosité citrine et transparente. Une couenne complète et parfaite de quelques millimètres d'épaisseur et dont la circonférence est retroussée sur un caillot ferme et contracté, nageant au milieu d'une petite quantité de sérosité transparente, nous a paru être le cas le plus favorable à l'emploi réitéré des saignées. Il faut encore que la sérosité ne soit pas trop abondante (obs. 7), car dans deux cas, sous l'influence des émissions sanguines répétées dans ces conditions, nous avons vu la défaillance générale des forces être suivie ou accompagnée de suffusions séreuses et d'œdème général et chez l'un de nos malades, la pneumonie était en voie de résolution presque complète.

Il nous semble donc qu'on peut tirer de l'inspection du caillot quelque indication pour le traitement, en tenant compte des circonstances qui ont pu influer sur sa formation, comme la capacité et la forme du vase, l'ouverture de la veine, etc.

Sécrétions. Les sécrétions en général sont diminuées, l'urine est plus foncée en couleur et en quantité moindre, ce qui n'offre rien de particulier. La peau est presque constamment très sèche au début, et si la maladie est abandonnée à elle-même, rarement on voit apparaître des sueurs, si ce n'est plusieurs heures avant la mort. Les sécrétions buccales et labiales sont aussi diminuées, ainsi que nous l'avons déjà établi.

Fonctions intellectuelles. — Plus rarement qu'on ne le pense généralement, nous avons eu occasion d'observer le délire, à moins qu'on ne veuille confondre sous ce nom, déjà assez vague par lui-même, ces absences passagères de mémoire, ces quelques aberrations momentanées de l'intelligence qui rentrent dans les premiers degrés de l'enfance sénile, et qui sont indépendantes de la maladie. Ce n'est que dans quelques cas d'infiltration purulente du tissu pulmonaire, et surtout quand cette infiltration simple ou double occupe les lobes supérieurs, qu'on voit le délire éclater. Nous ne possédons qu'un seul exemple de complication de délire avec soubresaut des tendons, carphologie, expectoration puriforme et lie de vin, où la mort n'a pas eu lieu; c'est sur un chiffonnier, dont nous raconterons l'histoire.

Signes locaux. — Privés qu'ils étaient de nos moyens actuels d'investigation, les anciens ont dû plus d'une fois méconnaître l'existence de la pneumonie chez les vieillards, lorsque surtout il y avait absence de crachats caractéristiques. Ils cherchaient alors à s'éclairer par l'inspection du facies, qui fournit assez souvent des documens précieux. En effet, la plupart des signes dont nous avons parlé jusqu'à présent peuvent manquer, ou bien être si peu prononcés qu'ils peuvent à peine mettre sur la voie. Mais, depuis la découverte de Laënnec, ces difficultés n'existent plus, et Baglivi ne pourrait plus s'écrier aujourd'hui en parlant des maladies des poumons : *O quantò difficiliùs eosdem cognoscere et de iis certum dare præsagium! fallunt vel peritissimos et ipsos medicinæ principes.* Il faudrait qu'il fît au moins une exception pour la phlegmasie du poumon.

Douleur. — Moins fréquemment que chez l'adulte, les vieillards pneumoniques accusent de la douleur; ils affirment ne souffrir nulle part. On en voit qui présentent une respiration bronchique dans toute la face postérieure d'un poumon, et qui n'éprouvent ni anxiété ni oppression, bien que cependant la respiration soit plus fréquente et que l'autopsie révèle, dans quelques cas, une pleurésie partielle, compliquant l'hépatisation. C'est là une particularité qu'il ne faut pas oublier, car elle pourrait donner une sécurité trompeuse à celui qui négligerait les signes fournis par l'auscultation. Chez ceux qui accusent de la douleur, c'est tantôt un sentiment vague de gêne vers la partie correspondante au côté malade, sentiment qui augmente sous l'influence de l'effort; tantôt c'est un véritable point de côté qui coupe la respiration et brise promptement les forces. L'examen des cadavres dans ces cas montre une agglutination sèche ou membraniforme des plèvres interlobulaires entre elles, ou des adhérences récentes entre la paroi thoracique et la plèvre pulmonaire.

Toux. — La toux est toujours plus ou moins difficile; dans les cas où elle se montre par quinte réitérée, elle jette les malades dans une anxiété et une angoisse inexprimables; la voix devient voilée, le pouls irrégulier, la face s'injecte, des sueurs abondantes couvrent la surface du corps et l'adynamie survient. Cette toux saccadée n'est pas rare et est un signe important pour le diagnostic.

Expectoration. — Si la toux se montre pendant tout le cours de la maladie, il n'en est pas de même de l'expectoration. Non seulement elle peut presque manquer au début et lorsque la maladie prend une terminaison fatale, mais encore elle ne fournit pas lorsqu'elle existe ces crachats jaunes safranés ou rouillés, véritablement pathognomoniques. Les crachats pneumoniques ne se montrent quelquefois qu'un seul jour et sont ensuite remplacés par ceux de la bronchite. D'autres fois ils présentent une couleur jaune citron ou jaune d'ambre, mais cette coloration se montre assez rarement et ne persiste pas longtemps. Si, après quelques jours de durée, l'expectoration n'a pas lieu, c'est un signe du plus funeste présage, observation qu'Hippocrate avait déjà consignée au chapitre 3 de ses pronostics (trad. Foës). *Malum quoque ubi nil expurgatur neque ipsum projicit pulmo, sed propter multitudinem fervet in gutture.* Il n'y a certainement rien d'exagéré de remplacer le mot *malum* par ce-

---

gation plus loin encore, et a signalé des divisions parmi différentes classes d'infection. L'opinion du docteur Hosack n'était d'accord avec celle d'aucun de ces écrivains, ni avec celle du plus grand nombre des médecins de l'époque. Le sujet fut, à la fin, repris par un homme qui s'est montré à la hauteur de la question, et a prouvé qu'il était capable de la résoudre. On peut affirmer que l'ouvrage classique du docteur Smith contient la plus belle et à la fois la plus complète exposition des lois que suivent les maladies épidémiques dans leur production et leur propagation.

Les médecins américains ont introduit d'importantes améliorations dans l'étude et le traitement de plusieurs maladies; nous indiquerons spécialement, outre celles qui ont déjà été citées, le traitement des maladies pestilentielles, le traitement et la pathologie des hydropisies, et surtout de celles du cerveau, établis d'abord par Rush et adoptés depuis en Europe, le traitement du choléra des enfans suggéré par Miller, celui de la dysménorrhée par Dewees, du delirium tremens par Knapp, de l'hystérie par Smith, et de l'aliénation mentale, tel qu'il est adopté dans les asiles, et qui sont autant de jalons importans dans l'histoire de la médecine américaine.

La chirurgie, loin d'être restée, aux Etats-Unis, en arrière de celle des autres nations, est au contraire l'une des branches de la science médicale qui y a fait le plus de progrès, et il nous suffira de rappeler les nouvelles et importantes opérations, de citer les nouvelles méthodes de traitement qui ont permis d'éviter des opérations cruelles. Les additions faites à l'arsenal chirurgical, et le perfectionnement d'instrumens employés depuis longtemps prouveraient facilement que, sous ce point de vue, l'Amérique ne le cède à aucun autre pays. Les noms de Bayley, de Jones, de Physic, de M. Knight, de Dorsey, de Nathan Smith et de Hosack, parmi les morts, et de Mott, de Steven, de Micclellan, de Barton, de Rogers, de Warren, de Duddley, de Whitt, de Gibson, de Muzzi, et d'un grand nombre d'autres qui vivent encore, sont dignes d'être placés à côté de ceux qui occupent le premier rang dans la chirurgie moderne.

Si nous jetons un coup-d'œil sur quelques-unes des principales opérations pratiquées depuis quelques années aux Etats-Unis, nous reconnaîtrons que la chirurgie américaine n'a rien à envier à celle des pays où elle passe pour être le plus avancée; pour l'excision des os, par exemple, l'enlèvement de la clavicule, par le docteur Motte, en 1818; son opération pour l'ablation de la plus grande partie de la mâchoire inférieure, en 1821; l'opération du docteur Stevens, en 1823, sur la mâchoire supérieure; son extirpation de l'astragale, en 1826; l'enlèvement de l'omoplate et de la clavicule en même temps, par le docteur Muzzy, en 1837, et l'ablation du radius, par le docteur Butts, publiée en 1825, peuvent être regardées comme d'heureuses et originales innovations. Ne peut-on pas en dire autant de l'opération dans laquelle les docteurs Brown et Hunt enlevèrent la tête de l'humérus, et une partie de l'omoplate fracturée, sur un soldat blessé à la bataille de Plattsburg, en 1814, et qui eut pour dernier résultat de lui conserver le membre et l'usage de l'articulation?

Le docteur John Rhea-Barton a acquis une juste renommée par de belles opérations sur les articulations altérées. Son opération pour l'articulation artificielle de la jambe, en 1826, et celle par laquelle il redressa, en 1835, un genou ankylosé et fléchi, ont été remarquables par leur nouveauté et le succès obtenu. Le docteur John Kearny Rodgers, de New-York, a répété également avec succès la première de ces deux opérations, et ces deux chirurgiens sont les seuls qui aient encore pratiqué cette grande et belle opération.

lui de *pessimum*. Nous ne pensons pas avec le docteur William Stokes (ARCH. GÉN. MÉD., t. x, 2[e] série, p. 472), qu'il faille attribuer ce défaut d'expectoration à la paralysie des plans musculeux qui doublent la membrane muqueuse de l'arbre bronchique. Pour que l'expectoration puisse s'effectuer, il faut qu'une certaine quantité d'air se trouve derrière les mucosités sécrétées. Or, lorsqu'une partie du poumon est hépatisée, le mucus sécrété dans les dernières ramifications bronchiques ne peut être expulsé qu'autant qu'il remonte dans les bronches remplies de fluide élastique; ce transport a lieu non pas par la contraction des muscles de Reissessen, qu'il n'est pas facile de démontrer anatomiquement, et dont la présence n'est pas d'une nécessité absolue pour l'explication du phénomène, mais bien par le peu d'élasticité du tissu pulmonaire, qui existe encore, et surtout par la force incessante de sécrétion, véritable *vis à tergo*. Si la sécrétion vient à être diminuée ou presque suspendue, le poumon se trouvant toujours dans les mêmes conditions pathologiques, l'expectoration n'a plus lieu. Cette explication est d'autant plus plausible que c'est alors que la cavité buccale et l'isthme du gosier sont desséchés et semblent indiquer un état identique de la membrane muqueuse des bronches; c'est alors aussi que la peau devient moite. Si la maladie prend une terminaison heureuse, la sécrétion bronchique continue, l'expectoration a lieu. Ces considérations ne sont pas inutiles pour la thérapeutique.

DYSPNÉE. — C'est une chose digne de remarque de voir combien peu on observe la dyspnée lorsque toute une moitié de l'organe ne fonctionne plus. Dernièrement encore, 8 février 1840, était couché au n° 22, pavillon St-Augustin, hôpital Necker, un jardinier, âgé de 83 ans, assez bien conservé, d'une physionomie enjouée, et dont les facultés intellectuelles étaient intactes. Il racontait être enrhumé depuis près d'un mois et avoir gardé le lit depuis ce temps, sans prendre autre chose que du lait et du vin sucré. Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut une hémiplégie incomplète, avec déviation et sécheresse de la langue; le pouls était irrégulier, mais non fébrile; sans bruit anormal au cœur, la respiration ne paraissait pas gênée; la parole assez libre et joviale. Le lendemain soir, voulant recueillir l'observation de notre hémiplégique, nous constatâmes, à notre grand étonnement, une matité complète du côté droit de la poitrine et tous les signes de l'hépatisation et de l'engouement. Il succomba deux jours après, et l'autopsie montra les lobes supérieur et moyen entièrement convertis en pus, qui était presque ramassé en collection dans le premier. Le lobe inférieur était à peine crépitant et s'écrasait déjà sous le doigt. C'est une chose dont il faut être bien prévenu que l'absence apparente de dyspnée, nous disons apparente, car on trouve toujours une certaine accélération, 28, 30, 34 respirations par minute.

SIGNES ACOUSTIQUES. — Si la percussion fournit, en général, des données assez précises, il est des cas où elle n'apprend presqu'absolument rien, ce qui peut tenir aux viciations de la conformation de la poitrine, qui ont été si bien étudiées par MM. Hourman et Dechambre *(loc. cit.)*, au développement de l'emphysème, à l'atrophie du poumon, ou bien parce que les noyaux pneumoniques occupent la partie centrale des lobes et que le tissu cellulaire sous-cutané est doublé par une couche épaisse de vésicules adipeuses. En effet, la matité nous a paru se montrer plus fréquemment chez l'adulte que chez le vieillard. Toutefois cet ingénieux moyen est d'une utilité immense, puisque lui seul déjà peut préciser le côté malade et en déterminer les limites. Il est des cas où la matité *tanquàm percussi femoris*, comme on le dit vulgairement, est des plus tranchées, comme chez le jardinier dont nous avons parlé. Mais dans l'engouement simple, la diminution de son est souvent très difficile à percevoir; elle devient plus facile dans l'hépatisation, bien qu'il ne faille pas conclure directement de son absence que l'hépatisation n'existe pas. La diminution de sonorité ne traduit pas aussi fidèlement que chez l'adulte bien conformé la compacité du parenchyme pulmonaire induré. Lorsque la pneumonie se complique de pleurésie avec épanchement, la matité apparaît dans tout son jour.

Les signes fournis par l'application de l'oreille sur les différens points de la poitrine sont d'une importance telle qu'on a dit avec raison que leur découverte avait apporté dans la pathologie thoracique la certitude chirurgicale. L'oreille seule fournit des données plus précises que tous les autres signes; elle pose dès le début les limites de la maladie et permet facilement d'en suivre pas à pas toutes les différentes phases d'accroissement ou de déclin. Les modifications apportées dans le bruit respiratoire physiologique par l'état de sénilité apportent nécessairement quelques différences dans les bruits pathologiques, et c'est là encore une particularité qui différencie la pneumonie des vieillards de celle des autres âges. En effet, dans le premier degré par exemple, le râle crépitant parfait, que j'appellerai légitime, ne se montre pas aussi fréquemment que chez l'adulte. Nous dirons même que rarement on perçoit à l'oreille ce râle crépitant, sec, régulier, à petites bulles de volume égal, et que l'on compare si exactement avec le bruit qui résulte du froissement d'une mèche de cheveux près de l'oreille. Ce râle existe quelquefois seulement pendant qu'on fait tousser le malade; mais il est des cas où sa présence ne peut être constatée à aucune époque de la maladie, ce qui tient très probablement à l'état des cellules du poumon des vieillards. On conçoit encore que sa présence puisse être masquée par ces bruissemens secs, sonores, sibilans ou ronflans que l'on rencontre si fréquemment à cet âge.

Un râle plus humide que le précédent et moins fin, mais composé encore de petites bulles presque égales (rhoncus sous-crépitant) et s'entendant assez souvent aux deux temps de la respiration, est d'une observation presque journalière; tantôt il précède le râle légitime et s'associe ensuite avec lui, d'où résulte encore une autre variété de râle intermédiaire qui pourrait laisser un peu de vague dans l'esprit de l'observateur peu exercé à l'auscultation des vieillards. Nous ne trouvons pas ces difficultés chez l'adulte.

Relativement au souffle tubaire, à la bronchophonie, indices ordinaires des deuxième et troisième degrés de la maladie, il est une cause d'erreur dont il faut être prévenu, c'est la fréquence du retentissement bronchophonique et d'un certain degré de respiration bronchique, surtout dans la région du scapulum, lors même qu'il n'y a pas encore hépatisation; ce phénomène s'explique par une certaine augmentation de calibre des tuyaux bronchiques que l'on rencontre chez quelques vieillards. Lorsque cette disposition existe, le bruit respiratoire étant ordinairement augmenté d'intensité du côté non malade, elle le renforce encore davantage et pourrait faire porter un pronostic plus fâcheux. Mais le maximum d'intensité de ces retentissemens s'entend à la racine du poumon, au niveau et en dedans de la surface triangulaire qui termine l'épine de l'omoplate et presque jamais dans les régions antérieures de la poitrine.

La bronchophonie participe un peu du caractère saccadé de l'égopho-

---

La chirurgie des maladies des articulations a reçu d'importantes améliorations du traitement des affections des bourses séreuses et des hydarthroses, tel qu'il a été mis en pratique par le docteur Hubbard, du collége de Yale. L'appareil du docteur Physick pour le traitement de la maladie de la hanche est aussi une heureuse innovation. Il a été heureusement appliqué par d'autres chirurgiens, et surtout par le docteur Stevens, au traitement des maladies des autres articulations. L'opération du docteur Physick, pour les fractures non consolidées, est connue, approuvée, et a été appliquée avec succès en Amérique et à l'étranger.

Nous n'oublierons pas ici la méthode adoptée par le docteur Hosack, en 1813, pour arrêter l'hémorragie capillaire, en exposant la plaie à l'air pendant quelque temps, et qui facilite la réunion par première intention à la suite des grandes opérations chirurgicales; méthode qui a été recommandée depuis par les chirurgiens d'Edimbourg, et auxquels tout l'honneur en est resté.

Le docteur Sherwood opéra avec succès un cas de spina-bifida par incision, en 1811; et il y a à peine un an que le docteur Stevens obtint la guérison d'un cas rare de cette maladie par une modification de la méthode de sir Ast. Cooper, la ponction.

Les chirurgiens américains n'ont, il est vrai, aucun droit de priorité pour les amputations dans l'article; cependant il est bon de rappeler que l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale, pratiquée, en 1782, par le docteur Bayley, fut une des premières de ces amputations qui se terminèrent d'une manière heureuse. Nous en dirons autant de l'amputation dans l'articulation de la hanche par le docteur Mott et dans celle du coude par le docteur Kearny Rodgers pratiquées la première en 1824 et la seconde en 1825, et toutes deux avec succès.

Ce serait encore le cas de mentionner ici l'opération de l'anus artificiel pratiquée en 1809 par le docteur Physick, et que lui disputa Dupuytren; l'extirpation de la glande parotide, différentes opérations orthoplastiques, l'extirpation de l'utérus et des tumeurs ovariennes, la lithotritie, la lithotriptie, le perfectionnement de méthodes de lithotomie et l'extraction des calculs de la vessie sans le secours d'instrumens tranchans, le traitement de l'anévrisme par le froid, et des maladies de l'anus par la dilatation; l'opération césarienne pour l'extraction d'un fœtus extra-utérin, et une opération analogue pour l'extraction de corps métalliques logés dans l'intestin grêle, opérations qui ont toutes été pratiquées avec succès et montrent le degré de perfection que la chirurgie américaine a atteint de nos jours.

Les principes établis par Hunter pour les opérations sur les artères, et les règles prescrites par Abernethy et Cooper, sont suivies, et avec succès, par les chirurgiens américains, qui ont aussi été amenés, après un certain nombre d'expériences d'une grande hardiesse, à déterminer avec exactitude les tentatives qui peuvent encore être faites et celles qui doivent être entièrement abandonnées dans cette branche de la chirurgie. Les noms de Post, de Mott, de Muzzi, de Gibson, de White, et de plusieurs autres, ont acquis une juste célébrité par ces travaux.

Ici se termine l'exposé rapide et bien imparfait de quelques points les plus importans et les plus mémorables que présente l'histoire de la médecine aux Etats-Unis.

nie, sans pour cela qu'il y ait épanchement pleurétique, et cela chez les malades à parois thoraciques minces et sonores (obs. 6), et chez lesquels la voix dans l'état physiologique des voies aériennes présente quelque chose d'éclatant dans son timbre. Lorsque la pneumonie passe au troisième degré, ce qui n'arrive que trop souvent et que trop rapidement, il arrive quelquefois qu'on n'entend plus ni voix ni souffle bronchique (obs. 7). La toux est rare, humide et sans expectoration; la respiration est si faible qu'on l'entend à peine; elle s'accompagne à chaque inspiration de petits bruits de soupape ou de claquement, ce qui annonce que des mucosités épaisses et visqueuses sont agglutinées aux bronches. Plus tard survient le râle trachéal. Du côté sain, les diverses variétés du râle sibilant masquent le bruit vésiculaire qui est remplacé par une sorte de souffle rapeux, ascendant et descendant, égal en intensité et en durée à chaque temps de la respiration. C'est alors que l'anxiété est vive : les malades s'inclinent légèrement sur le côté, prennent la position assise ou presque droite sans pourtant se plaindre d'une grande dyspnée, bien que la respiration soit quelquefois à quarante et au-delà; d'autres, et c'est le plus grand nombre, tombent promptement dans l'adynamie et tous succombent par asphyxie. Le parenchyme pulmonaire devenant imperméable à l'air le devient pour le sang; celui-ci stagne dans les cavités droites et le cercle veineux se remplit de plus en plus; le cercle artériel est moins plein; le cœur gauche redouble en vain d'activité; les masses cérébrales ne reçoivent plus que du sang altéré dans sa quantité et dans sa qualité; en un mot, le trépied vital, comme le disait Bichat, n'est plus en équilibre, et la mort a lieu.

PNEUMONIE DU LOBE SUPÉRIEUR GAUCHE; ABSENCE DE CRACHATS CARACTÉRISTIQUES, DE DOULEUR ET DE DYSPNÉE; SAIGNÉE; TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; MORT LE HUITIÈME JOUR; HÉPATISATION ROUGE ET GRISE.

Obs. II. — Simon, âgée de 72 ans, d'une faible constitution et de peu d'embonpoint, n'était malade que depuis deux jours lorsqu'elle entra à l'infirmerie de la Salpêtrière (11 avril 1839) présentant l'état suivant : décubitus dorsal, face généralement pâle, halitueuse, très ridée, pommettes d'un rose également pâle; la physionomie exprime un peu l'inquietude; il n'y a pas de céphalalgie. La langue est peu humide et recouverte par places d'une exsudation blanchâtre. La soif est vive, le pouls fréquent et régulier, la peau chaude; pas d'oppression, pas de douleur nulle part; la respiration est à 34 par minute; la sonoréité est bien conservée partout. Du côté droit, en arrière, la respiration se fait mieux qu'à gauche, où l'on entend du râle sous-crépitant dans la moitié inférieure. Crachat de bronchite.

M. le docteur Prus redoute la pneumonie et prescrit : saignée de 240 grammes; pect.; diète. Le caillot est composé d'un tissu mou et lâche, sans couenne ni sérosité; le sang était sorti en partie en bavant. La fièvre persiste le soir.

Le lendemain, 12 avril, le pouls est petit, fréquent; la peau n'est pas chaude. (tartre stibié, 5 centigr.; ipecacuanha, 1 gram. dans trois verres d'eau tiède; bouillon.)

13 avril. Intermittence et fréquence du pouls; la respiration ne paraît pas plus gênée; diminution de son dans les fosses sus et sous-épineuses gauches; souffle tubaire pendant la toux et résonnance égophonique dans les [illegible]es points; quelques crachats muqueux, aérés, d'un jaune très pâle. (Tartre stibié, 1 gram.; sp. diac., 15 gram.; inf. till. et fl. or., 120 gram. par cuillerée à bouche toutes les vingt minutes.) Après la première cuillerée et les suivantes, vomissemens et selles très fréquens qui ont lieu pendant cinq heures et fatiguent beaucoup la malade. Le soir, le pouls était très petit, fréquent, la peau froide. L'état du poumon était le même. Pendant la journée, la pommette gauche fut plus rouge que l'autre.

14. Pas d'amélioration; crachats aérés, demi-transparens, peu adhérens au vase. (Looch avec oxyde blanc d'antimoine, 8 gramm.)

Le 15, même état, même prescription.

Le 16 avril, deux crachats blanchâtres, très aérés, pouls petit, fréquent, régulier. Du côté droit, en arrière, bruit respiratoire augmenté d'intensité. Du côté gauche, le souffle semble avoir un peu diminué dans la fosse sus-épineuse. A la base, râle crépitant. (Potion stibiée avec 1 gram. 3 décigr., à vingt minutes d'intervalle par cuillerée à bouche.)

17 Après la deuxième cuillerée, vomissemens et selles nombreuses, un seul crachat blanchâtre; la respiration paraît un peu gênée; le pouls est petit, fréquent, régulier; la langue sèche et recouverte de petites plaques jaune-d'ocre; l'état du poumon ne s'améliore pas; les traits s'effilent. (Potion stibiée, 1 gram. 5 décig.) Mort dans la nuit.

Autopsie. Les plèvres sont sèches et ne présentent ni adhérences ni fausses membranes récentes. Le lobe supérieur gauche est hépatisé en rouge, si ce n'est tout à fait au sommet; la partie inférieure de ce lobe est transformée en hépatisation grise, à forme granitique. Le lobe inférieur est profondément engoué, peu crépitant et très friable. Le poumon droit présente dans sa partie postérieure une teinte rouge marbrée assez vive; mais il ne se déchire pas sous la pression du doigt; du sang noir, spumeux, s'écoule de la surface des incisions qu'on y pratique. L'estomac et l'intestin grêle ne présentaient rien de particulier, à part l'injection des veines mésentériques.

PNEUMONIE DU SOMMET DROIT AU DEUXIÈME DEGRÉ; PAS DE FIÈVRE AU DÉBUT; TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE, SANS SAIGNÉE; MORT LE QUATORZIÈME JOUR DE LA MALADIE; HÉPATISATION DU LOBE SUPÉRIEUR DROIT; EMPHYSÈME VÉSICULAIRE.

Obs. III. — Guépard, ébéniste, âgé de 63 ans, était assez bien portant, lorsqu'il fut pris de frissons, le 2 avril 1840, à la suite d'un refroidissement; plus tard, d'un point de côté. Il resta chez lui quatre jours au lit sans rien faire. Entré à l'hôpital Necker, le 9 avril, il présentait l'état suivant : position demi-assise, tête inclinée à droite, face un peu animée et exprimant la souffrance. Endolorissement de la partie supérieure droite de la poitrine; point de côté en dehors du sein de ce côté augmentant par la toux; celle-ci est fréquente et difficile. Quelques crachats blanchâtres demi-transparens, au milieu desquels on en remarque deux qui sont rouillés. La respiration est régulière et ne paraît pas gênée, 28 par minute. Sur le trajet de la verticale abaissée du creux de l'aisselle du côté droit, on trouve dans l'étendue de quatre travers de doigt du souffle tubaire seulement à l'inspiration, accompagné de râle crépitant, sec au-dessus. La bronchophonie est imparfaite, il n'y a pas sensiblement de diminution de sonoréité. La respiration est augmentée d'intensité du côté gauche; la peau est fraîche; le pouls régulier, assez développé, à 70 par minute. Les battemens du cœur sont réguliers et forts. La langue est un peu humide, il y a de la soif et pas d'inappétence, pas de selles depuis plusieurs jours. (Gom. sp. pot. stib., 6 décigrammes, sp. diac., 30 grammes.)

10 avril. Plusieurs selles et vomissemens. Le douleur de côté est moins vive; la respiration se fait moins mal sous la verticale abaissée de l'aisselle; le souffle et la bronchophonie se manifestent maintenant autour de l'épine de l'omoplate du même côté; les symptômes généraux sont à peine marqués; on juge convenable de laisser reposer le malade.

Le soir, la respiration bronchique s'est étendue dans toute la fosse sous-épineuse; le son y est mat; il y a trois crachats rouillés. Le pouls est à 80, peu développé. La chaleur de la peau est halitueuse; la respiration est gênée; l'endolorissement persiste. (Pot. stib., 6 décigr., sp. ext. opium; 15 grammes par cuillerée chaque heure.)

11 avril. Tolérance; une seule selle; pas de vomissement. Le malade se trouve bien; le souffle tubaire a disparu de la fosse sous-épineuse, pour faire place à un bruit respiratoire, comme râpeux, sans bronchophonie, mais la respiration bronchique s'entend maintenant dans la fosse sus-épineuse et tout à fait dans le creux axillaire. Le bruit respiratoire ne s'entend que faiblement dans toute la région comprise entre la clavicule droite et la mamelle du même côté; cette partie est sonore et douloureuse à la percussion. (Pot. stibiée, 1 gram., sp. diacode, 15 grammes.)

12. Le malade a pris seulement la moitié de la potion; il se plaint de chaleur et de démangeaison dans l'intérieur de la bouche; la déglutition est gênée; on aperçoit quelques petites pustules çà et là disséminées; les crachats sont blanchâtres, très peu adhérens au vase; l'état du poumon a peu changé. Il n'y a que trois selles et pas de vomissemens. (Prescrip. : prendre le reste de la potion.)

13. Pas de vomissemens, deux selles; l'état local s'améliore, mais la toux devient sèche, très fréquente et très difficile; le pouls est petit. Le malade s'affaiblit. Le soir, il y a une vive anxiété et des sueurs visqueuses.

Mort le 15.

Autopsie. Le lobe supérieur droit présente dans la moitié supérieure de la face externe une hépatisation rouge. Coupée par tranches, cette partie offre l'aspect granulé et laisse échapper un peu de sérosité sanguinolente; le reste du lobe n'est pas engoué, mais les deux inférieurs ont un aspect d'un blanc rosé dans leur partie antérieure, ce qui paraît dû à quelques bulles d'emphysème vésiculeux. Dans la partie postérieure, le tissu est rouge, encore crépitant, mais se déchire sous le doigt en pressant fortement; les lobes gauche sont réunis entre eux par des adhérences anciennes; leurs bords antérieurs présentent de petits appendices emphysémateux; il n'y a pas d'engouement, leur couleur est d'un blanc rosé. Les plèvres ne renfermaient pas une goutte de sérosité, et étaient traversées en divers sens par des brides celluleuses et membraneuses très solides, de 10 à 15 millimètres d'étendue. Il n'y avait pas de traces d'injection. La membrane muqueuse de la trachée était blanchâtre et très ferme; celle des bronches avait une couleur vineuse d'autant plus intense qu'on se rapprochait plus de leur terminaison, mais il n'y avait pas de ramollissement ni de tuméfaction sensible. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle ne présentaient pas de pustules; le foie renfermait un peu de sang noir et comme poisseux.

Nous voyons, dans la première de ces observations, une de ces pneumonies à marche insidieuse, pendant tout le cours de laquelle il n'y a eu que des crachats négatifs. La maladie une fois révélée par l'auscultation, nous avons vu que le retentissement de la voix avait un caractère saccadé, et cependant, à l'autopsie, il n'y avait aucune trace d'épanchement récent. Les plèvres ne présentaient pas non plus de traces de phlegmasie récente; aussi, pendant le cours de la maladie, il n'y a pas eu de douleur de côté.

Dans l'observation 3, au contraire, de la douleur augmentant par la toux et par la pression, un sentiment de gêne très prononcé du côté malade, ont existé jusqu'à la dernière heure, et cependant les plèvres n'étaient pas même injectées. On peut admettre, dans ce cas, que le sujet, doué d'une très vive sensibilité, a été vivement ébranlé par une douleur qui aurait été à peine perçue par un autre. En montrant la communication nerveuse établie entre le poumon et la paroi thoracique par le grand sympathique, l'anatomie peut aussi mettre sur la voie d'une certaine irritation transmise directement aux nerfs des parois thoraciques. Cette question a été étudiée par M. Bassereau (Thèse inaug., Paris, 1840). Nous ferons aussi remarquer dans cette observation la fraîcheur de la peau et le pouls à 70, alors que la compacité d'une partie du poumon le rendait imperméable à l'air; une dose de tartre stibiée est administrée; le lendemain, le pouls est à 80, la chaleur de la peau est halitueuse.

SECTION QUATRIÈME. — DIAGNOSTIC; MARCHE, ETC.

D'après les détails dans lesquels nous sommes entrés, nous n'avons que peu de chose à dire du diagnostic et du pronostic de la maladie. C'est surtout dans les cas obscurs où les symptômes généraux sont peu marqués, qu'il ne faut pas négliger, chaque jour et à chaque visite, de promener l'oreille sur toute la périphérie du thorax : plusieurs fois, il nous est arrivé de percevoir la respiration bronchique, en plaçant le stéthoscope dans le creux axillaire, alors que toutes nos explorations antérieures avaient été infructueuses. Parmi les symptômes généraux, nous attachons une grande importance à l'état de la langue et du facies. Nous avons vu souvent M. le professeur Cruveilhier annoncer l'existence de la pneumonie d'après la seule inspection du facies.

Si l'inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire a été généralement regardée chez l'adulte comme une maladie grave, elle acquiert une bien plus grande gravité chez les vieillards, par suite des conditions anatomiques et physiologiques imprimées par l'âge. Inutile de dire que le pronostic est d'autant plus défavorable que le sujet est plus avancé en âge. La pleuro-pneumonie chez un sujet qui a dépassé sa soixante-cinquième année est généralement une affection très grave, si surtout le début a été méconnu, sans même qu'il existe de complication. Le passage de la période d'hépatisation rouge à celle d'hépatisation purulente se fait avec la plus grande rapidité, et si, dans ce cas, on a recours aux émissions sanguines, on hâte de quelques heures la mort des malades. La durée de la maladie, les effets du traitement employé, les symptômes généraux comparés à l'état local peuvent fournir quelques données pour établir ce diagnostic.

Malgré la difficulté de pouvoir toujours faire préciser à nos vieillards le premier point de départ de la maladie, nous pensons que le mal parcourt toutes ses périodes dans un délai encore plus court que chez l'adulte, d'où le précepte de chercher à le reconnaître le plus promptement possible et d'agir de même. C'est ici que le moindre retard a les plus funestes conséquences, et nous sommes convaincus que si tant de vieillards sont emportés par la maladie, c'est qu'un grand nombre peu habitués à s'observer ne se présentent dans les infirmeries qu'alors que le parenchyme pulmonaire commence à se convertir en suppuration, parce qu'alors aussi ils sentent les forces qui les abandonnent. Quand un vieillard est malade seulement depuis cinq ou six jours, et qu'un médecin appelé constate dans le tiers d'un poumon un souffle tubaire intense et sec, avec une diminution considérable de sonoréité et que l'expectoration est nulle, il est presque certain qu'il y a déjà suppuration (obs. 2).

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES; **communiquée par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de Lourcine.**

Monsieur le rédacteur,

La GAZETTE MÉDICALE vient de publier sur les *injections intra-utérines* une note rédigée avec un sens et un esprit que j'aurais voulu reconnaître et louer chez tous ceux qui ont pris la plume ou la parole à l'occasion de mes travaux sur le traitement des maladies de la matrice.

L'auteur de cette note est M. le docteur Duparque connu par un livre sur les maladies de l'utérus. Je lui dois une réponse qui pourra peut-être profiter à ceux qui s'intéressent à la solution de la question que j'ai agitée, car elle indiquera les progrès qu'elle a faits depuis la publication de ma brochure (1).

M. Duparque commence par une esquisse historique qui ne ressemble pas mal à un reproche à l'adresse de ceux qui, en écrivant sur les *injections intra-utérines*, n'ont pas cité les auteurs qui les avaient devancés. Dans mon opuscule, dans ma communication à l'Académie de médecine, règne, je crois, un désintéressement qui me met au-dessus de ce reproche. L'*avertissement* qui ouvre mon travail dit très clairement que mon but est de *conserver* à la thérapeutique et non de *donner* un moyen nouveau; j'insiste même pour qu'on sache bien que je ne fais qu'un *essai*. Ce sont, ai-je dit, *des expériences que je publie pour en appeler d'autres*. Voilà mes paroles. Et même, sans un motif impérieux, je me serais renfermé encore longtemps dans le silence d'une observation patiente et laborieuse, car je suis de ceux qui prennent le public au sérieux. Je ne croyais pas d'ailleurs que les *injections intra-utérines* en fussent déjà à leur période de convoitise. Je les croyais à peine à leur période de dépréciation. Il était donc généreux à moi de les soutenir alors. Mais voilà que MM. Mélier, Guillon et Ricord, viennent tous trois en même temps réclamer la priorité. Maintenant je laisserai à ces prétendans et à ceux qui se présenteront encore le soin de défendre les *injections intra-utérines*, car de quelque temps il me sera impossible de faire de la polémique. Ce qui prouve, et ils me l'ont assuré, qu'ils sont très partisans de ce moyen thérapeutique. Or on m'avait désigné ces praticiens comme des opposans. Je m'empare donc de leur adhésion, et je laisse à M. Duparque la difficile tâche de décerner à qui de droit l'honneur de la priorité. Elle serait due, selon l'auteur de la note, à M. Mélier, praticien distingué, lequel a présenté, en 1832, un mémoire à l'Académie sur ces injections. Si MM. Guillon et Ricord ont des dates antérieures à celles de M. Mélier, ils les feront valoir.

Il y a trois faits qui obscurcissent continuellement la question, tant qu'on les acceptera avec la légèreté avec laquelle ils ont été publiés. Un de ces faits est exposé dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES; il est question d'une injection dans l'utérus faite avec un clyso-pompe. Je ne suis pas le moins du monde disposé à faire la critique de la manière d'opérer d'un collègue; je prierai seulement M. Duparque de lire avec soin l'observation, et je me permettrai de lui demander si, après, un fait de cette nature pouvait autoriser qui que ce soit d'intituler un article : DANGER DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Quand j'ai parlé de mes observations et de mes expériences, il m'a été naïvement répondu que leur nombre, leur valeur ne pouvaient anéantir le seul fait dont il vient d'être question; quel que fût son isolement, il devait rester dans la science pour protester contre l'innocuité des *injections intra-utérines*. Comme l'a fait un clinicien habile dans l'ESCULAPE, je conteste fort la métro-péritonite qu'on a voulu donner à la femme qui a subi l'expérience ici rapportée, et je répète (cequi a été si souvent dit) que cette même femme est sortie de l'hôpital *parce qu'elle s'y ennuyait*. D'ailleurs je considère le procédé employé comme vicieux et dangereux; ce résultat ne peut donc pas être mis en ligne de compte quand on juge la question des *injections intra-utérines*.

Que diraient les modernes ténotomistes si, dans la question de la ténotomie, on leur jetait un fait d'opération, pratiquée d'après un procédé dangereux et tout à fait défectueux, par exemple, celui d'Isacius Minius? Que vous répondraient ces praticiens si on opposait une section du tendon d'Achille, avec dénudation de ce tendon, à des centaines d'opérations heureuses par la méthode sous-cutanée? Les ténotomistes répondraient ceci : « Vous en êtes à peine à la fin du dix-septième siècle, quand nous en sommes bientôt au milieu du dix-neuvième; votre procédé est très défectueux, et le fait que vous citez ne peut entrer en ligne de compte. »

Eh bien! je fais la même réponse, et, si je voulais profiter de ma position, je m'emparerais de ce fait pour démontrer d'une manière encore plus évidente l'innocuité des *injections intra-utérines*; car si, après le procédé employé par mon collègue, la malade en a été quitte pour des douleurs abdominales et pour un *ennui* qui lui a fait demander son *exeat*, c'est une preuve qu'il n'y a pas un grand danger à faire une injection, même forcée, dans la matrice. Mais n'abusons pas des armes que nous donnent nos adversaires; soyons praticiens avant tout. Que les erreurs des autres comme les nôtres soient profitables à nos malades. Faisons des *injections modérées à petites doses* et non *forcées et abondantes*.

Restent maintenant deux faits, appartenant à M. Bretonneau et à M. Tonnelé; on les invoque continuellement, et comme ils viennent de loin et de deux praticiens recommandables, dont l'un même porte un des plus beaux noms de notre époque médicale, on en abuse étrangement. Il serait temps cependant que ces faits fussent connus autrement que par une conversation d'un homme d'esprit, et dont l'imagination passe pour être remarquablement féconde.

M. Bretonneau devrait bien nous dire avec son talent et sa bonne foi si bien connus :

1° Combien il a été fait d'injections à Tours;

2° Les instrumens dont on s'est servi;

3° La nature, la quantité du liquide injecté;

4° A peu près la force employée et surtout la durée de cette opération;

5° Les phénomènes, les accidens observés, si accidens il y a eu.

M. Bretonneau devrait nous éclairer sur tous ces points, cela ne lui serait pas difficile.

Il est des paragraphes de la note de la GAZETTE MÉDICALE qui me laisseraient croire que je n'ai pas eu l'honneur d'être lu par M. Duparque, car ce praticien semble me faire dire que les malades n'éprouvent rien quand je les injecte. De là cette fausse conclusion que mes injections ne sont pas jusqu'au corps de la matrice. Or, il y a dans ma brochure un

(1) Voy. ESSAI SUR UN TRAITEMENT MÉTHODIQUE DE QUELQUES MALADIES DE LA MATRICE. Cette lettre est extraite d'une brochure qui vient de paraître chez J.-B. Baillière. On y trouve des développemens qui ne pouvaient entrer ici.

grand article destiné à l'exposition des effets des injections *intra-utérines*, effets que je divise en *instantanés primitifs* et *consécutifs*. « Les injections intra-utérines, ai-je dit, comme toutes les injections faites dans des parties vivantes, développent quelquefois des phénomènes plus ou moins apparens, plus ou moins sensibles. »

Vient ensuite la description de ces phénomènes, et je prouve que ce ne sont pas là des accidens, car, pour les appeler ainsi, il faut fausser le langage médical et observer fort légèrement. Je donne la véritable interprétation de ces phénomènes; je les considère comme essentiellement nerveux. C'est, d'ailleurs, là l'opinion de tous ceux qui ont su employer l'injection et observer leurs effets. M. Mélier, entre autres, qui s'en sert dans sa pratique depuis dix ans, n'a pas constaté un seul accident sérieux. MM. Roche et Jolly, praticiens, dont le mérite et la bonne foi ne sont mis en doute par personne, m'ont assuré qu'ils avaient connaissance des succès de M. Mélier.

L'erreur dans laquelle était M. Duparque sur le sens que j'attachais au mot *innocuité* m'a prouvé qu'il ne m'avait pas lu ou qu'il ne m'avait pas compris. Maintenant la modification qu'il propose prouve qu'il est partisan de la méthode du principe, ce qui m'est fort agréable; mais en même temps j'ai la preuve que cet estimable praticien n'est pas au courant des progrès qu'ont faits à Lourcine les injections *intra-utérines*. Ceci est plus pardonnable, car je n'ai rien dit publiquement depuis ma brochure, et l'accès de notre hôpital est difficile (1). M. Duparque a imaginé un *mezzo termine*, ce qui, dans notre langage, veut dire, je crois, un juste milieu. «Au lieu de pousser doucement et lentement le liquide, dit l'auteur de la note, je le projette vivement et par secousses brusques, mais peu étendues, en ne faisant avancer le piston de la seringue à chacune d'elles que de deux à cinq millimètres; je laisse écouler quelques secondes entre chaque secousse, de manière à laisser le temps à la portion du liquide projetée de s'écouler au dehors, ce qui prévient une accumulation dangereuse dans la cavité utérine. » (GAZETTE MÉDICALE du 19 septembre 1840.) Ce passage de la note prouve que M. Duparque a parfaitement compris le mécanisme des injections *intra-utérines* et les principes qui doivent diriger le praticien dans leur emploi. *Il faut qu'elles aient très peu de durée et qu'elles soient peu abondantes.* Je suis vraiment émerveillé que M. Duparque soit venu de lui-même et comme par improvisation à une pratique que je cherchais depuis longtemps, et qui a coûté beaucoup de temps et beaucoup d'expériences. Aussi ne sais-je comment lui dire que depuis plus d'un mois le procédé qu'il invente aujourd'hui est suivi dans mon service de Lourcine.

Voici comment j'y suis arrivé :

Les expériences que j'ai d'abord instituées et qui ont été faites sur le cadavre ont été divisées en deux séries :

1° INJECTIONS FORCÉES avec une forte seringue, dont la canule était introduite dans le col de l'utérus, lequel était lié sur cette canule. On poussait avec la plus grande force que puisse employer un homme vigoureux;

1° INJECTIONS ABONDANTES faites avec une seringue qui avait une capacité double de la seringue à injections urétrales. On poussait avec une force modérée;

3° INJECTIONS MODÉRÉES. Elles étaient faites avec un petit tube et une seringue qui ne contenait que vingt grammes de liquide. On poussait doucement, tout au plus avec la force qu'il faut pour injecter dans l'oreille.

Voici les résultats fournis d'abord par ces trois séries d'expériences :

A. INJECTIONS FORCÉES. Le liquide et l'air contenus dans les veines passaient quelquefois plutôt dans les veines de l'utérus que dans les trompes. Il arrivait aussi qu'ils passaient par ces trompes pour se rendre dans le péritoine;

B. Pour les INJECTIONS ABONDANTES, le liquide refluait souvent par le col pour tomber dans le vagin, mais quelquefois il filait aussi par les trompes et passait dans le péritoine;

C. Enfin les INJECTIONS MODÉRÉES ne produisaient jamais ce dernier phénomène.

Je dus donc choisir ce procédé pour l'employer sur le vivant, car les canaux qui jouissent de la vie doivent être moins perméables que sur le cadavre. J'en étais là quand j'ai publié ma première brochure. Cependant comme je sais qu'on ne pourrait trop multiplier les expériences, je dis que les miennes n'étaient *faites que pour en appeler d'autres*, et même après avoir indiqué les résultats de la troisième série, je dis très positivement : *ces expériences devront encore être répétées;* c'est ce que j'ai fait. Eh bien! il est arrivé que, dans le plus grand nombre des cas, si les parties n'étaient pas séparées du cadavre, et si on suivait les conseils que j'ai donnés dans ma brochure, le liquide ne passait pas dans le péritoine. Cependant, il est arrivé aussi que, malgré ces conseils, il passait aussi, très rarement à la vérité et quand on voulait épuiser la seringue, quand on injectait lentement. Mais il est sorti de ces expériences un fait qu'on ne perdra pas de vue, et qui vient à l'appui de la modification que M. Duparque croit avoir inventée : c'est que, pour parcourir les trompes et pour arriver au péritoine, il faut un certain temps au liquide injecté; aussi quand on prolonge les injections, quand on les fait avec une *certaine lenteur*, même avec une force très modérée, on arrive parfois au péritoine, tandis que, si on les fait *d'un seul jet avec une très petite seringue*, le liquide n'a pas le temps de cheminer dans les trompes, il retourne par le col et retombe dans le vagin.

CONCLUSION.—Convaincu : 1° qu'il y a de grandes variétés dans l'état des trompes de Fallope, et que les *femmes sont très différemment perméables*; 2° que le degré de perméabilité ne peut être prévu, du moins jusqu'à présent, j'ai mesuré la capacité d'un bon nombre de matrices, et je n'injecte que le liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfans. Cette capacité est on ne peut plus bornée, elle peut admettre tout au plus 9 grains de liquide. En n'injectant que cette quantité, on a donc la certitude de ne pas aller jusqu'au péritoine. Mais pour que le liquide atteigne la cavité de la matrice, il faut que le col soit débarrassé des mucosités, qu'il soit convenablement *mouché*, ce qui n'est pas toujours facile. Cependant, par le moyen des *injections intra-vaginales*, telles que je les ai décrites, les difficultés seront levées (1).

On conçoit qu'avec un clyso-pompe ou une seringue à hydrocèle, il est impossible de faire, d'une manière mesurée, des injections; à si petite dose, le coup de piston est trop fort. J'ai fait faire, pour cela, de petites seringues en verre, qui ressemblent aux seringues pour l'oreille; j'ai prolongé la canule, afin de pouvoir me dispenser d'un tube pour ajoutage. Dès que j'ai eu la plus entière certitude que les injections, ainsi mesurées, ne pouvaient pénétrer dans le péritoine, j'ai rendu plus excitant le liquide injecté, je l'ai même rendu caustique. Ainsi, maintenant, pour les catarrhes utérins anciens, j'injecte la dissolution de nitrate d'argent très concentrée. Cette dissolution est faite au moment même où les injections vont être poussées dans l'utérus. Je jette alors dans un tiers de verre d'eau le fragment de nitrate d'argent que contient mon porte-caustique; à l'instant, il est dissous, et je charge la seringue avec ce caustique, qui est devenu liquide.

Les résultats favorables obtenus par cette injection caustique sont très prompts. Déjà plusieurs observations ont été rédigées par M. Estival, un de mes élèves. Quand il en sera temps, je publierai ces faits (2). Les effets immédiats et primitifs ne sont pas différens de ceux que j'observais à la suite des injections avec l'iode. La guérison est beaucoup plus prompte. Maintenant, ce serait le moment de déterminer les cas qui nécessitent réellement l'emploi de ces injections. D'abord, je les ai employées dans presque tous les cas d'affection de matrice qui produisaient ce qu'on appelle des *flueurs blanches*. J'ai dit, dans ma première brochure, que plus tard j'en viendrais *à faire des exceptions*. Je sais, comme M. Duparque, qu'il est beaucoup d'affections de la matrice bornées à l'extérieur ou à l'intérieur du col. Je ne doute pas, dans ce cas, de l'efficacité des topiques et de mille autres moyens qui peuvent remplacer les injections intra-utérines. Ces moyens, je les connais, j'en fais usage, je sais les apprécier; mais c'est quand ils font défaut, quand le catarrhe utérin vient de la matrice même, qu'il faut toucher toute la matrice. Or, les injections, et les injections seules, pourront arriver sur tous les points de la paroi interne de cet organe.

Je suis, etc.

LETTRE SUR LA VALEUR DE L'AMPUTATION DANS LES CAS DE CARIE SCROFULEUSE DES OS; par M. le docteur TAUFFLIEB, médecin à Barr (Bas-Rhin).

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous faire part de quelques réflexions que m'a suggérées la lecture de l'intéressant mémoire de M. Tavignot sur *la valeur thérapeutique de l'amputation sus-malléolaire*, mémoire inséré dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE (29 août 1840).

Faisant abstraction de la question purement chirurgicale qui domine le travail de M. Tavignot pour ne considérer les faits cités par l'auteur que sous le point de vue de la thérapeutique en général, je me suis demandé pourquoi de nos jours encore l'amputation serait considérée comme

(1) Il faut une permission de l'administration pour entrer dans cet hôpital.

(1) A cette occasion, je suis fâché de répéter à M. Duparque, qu'avant de critiquer un auteur, il convient de le lire, si on veut que les critiques soient sérieuses et profitables.

(2) Ma dernière brochure en contient un qui pourra compter dans l'application des injections en question.

la seule planche de salut pour les malheureux affectés de carie, même spontanée, des os du tarse. La carie scrofuleuse, par exemple, la plus fréquente de toutes, est-elle réellement une maladie tellement au-dessus des ressources de la médecine, qu'elle ne puisse être guérie que par le sacrifice du membre malade, et que le choix d'un procédé opératoire plus avantageux que l'ancien soit aujourd'hui la seule consolation que l'on puisse offrir aux malades affligés de ce genre de carie ?

Des observations multipliées et très concluantes prouvent que fort heureusement il n'en est pas ainsi, et que l'altération scrofuleuse des os et des articulations peut très bien guérir sans le secours des moyens extrêmes que nous empruntons à la chirurgie.

Cependant une opinion tout opposée paraît encore prévaloir dans les grands hôpitaux de Paris, à en juger d'après le résumé clinique de M. Tavignot. La promptitude avec laquelle on se décide généralement à procéder à l'amputation des membres cariés témoigne assez du peu de confiance que beaucoup de nos chirurgiens paraissent concéder à un traitement médical quelconque, et de l'idée d'incurabilité qu'ils attachent à la carie scrofuleuse des os.

Il serait temps qu'un préjugé, fatal à un si grand nombre de malades, disparût enfin devant l'autorité des faits et fît place à une appréciation plus impartiale des moyens moins violens et moins dangereux que l'art possède aujourd'hui, et dont l'efficacité nous est suffisamment garantie par l'observation patiente et assidue d'un grand nombre de médecins dignes de foi.

Je ne rappellerai pas tout ce qui a été écrit, depuis 1824, sur l'action médicamenteuse de l'huile de foie de morue, que Schenck appelle le remède spécifique de la carie scrofuleuse. Les lecteurs, familiarisés avec la langue allemande, trouveront dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 502, année 1837) l'indication des ouvrages et écrits périodiques dans lesquels se trouvent consignés les nombreux faits cliniques qui mettent hors de doute l'efficacité de cet agent thérapeutique. J'ai fait connaître dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 502, année 1837, et p. 705, année 1839) les observations que j'ai pu recueillir dans ma propre pratique. Je dois ajouter que depuis cette époque de nouveaux faits se sont présentés à l'appui de ceux dont j'ai déjà parlé.

Trois malades ont été soumis à un traitement général par l'huile de morue et en même temps au traitement local, sur l'emploi duquel j'ai donné des détails dans les numéros déjà cités de la GAZETTE MÉDICALE.

L'un de ces malades, âgé de 28 ans environ, était affecté depuis près d'une année d'une carie très avancée du tibia. La jambe avait acquis un volume énorme, par suite du gonflement de l'os et des parties molles qui étaient traversées par six trajets fistuleux. La guérison a été obtenue après un traitement de neuf mois. On peut facilement constater aujourd'hui, à travers la peau qui recouvre le tibia, les pertes de substance que cet os a éprouvées dans plusieurs parties de son étendue.

L'autre cas est celui d'une petite fille, âgée de 3 ans, affectée d'une carie spontanée des os du tarse, et qui guérit sous l'influence du même traitement dans l'espace de huit mois. Je dois faire observer que cette petite fille, quoique d'un tempérament lymphatique, ne présentait cependant ni engorgement des ganglions lymphatiques, ni, en général, aucun des caractères de la maladie scrofuleuse, à l'exception de la carie des os du tarse dont nous avons parlé.

Le troisième malade, un homme cachectique, âgé de 55 ans, éminemment scrofuleux, ainsi que toute sa famille, était atteint d'une carie de tous les os du tarse et de plusieurs os du métatarse du pied gauche. J'ai trouvé le malade dans un état pitoyable et tellement épuisé par de longues souffrance et par une abondante suppuration que l'amputation n'eût pas même été praticable chez lui, si elle avait été indiquée. Sous l'influence du traitement déjà mentionné la maladie locale s'est amendée lentement, mais progressivement. Aujourd'hui le malade est hors de danger, et son état général est tellement satisfaisant, que j'ai lieu d'espérer que nous obtiendrons une guérison complète qui ne sera pas trop éloignée.

Je ne sais pourquoi des faits de cette nature ne suffiraient pas pour faire admettre aux esprits les plus incrédules la curabilité de la carie spontanée par un traitement médical. Comment se fait-il cependant que, par une prévention inconcevable, beaucoup de personnes persistent encore à nier la possibilité de cette influence salutaire d'un traitement médical? Ne voyons-nous pas, par exemple, que la plupart des malades atteints de carie scrofuleuse, cités dans le travail de M. Tavignot, furent amputés après un séjour de quelques semaines seulement dans les hôpitaux? Chez aucun de ces malades, on n'a seulement cru devoir essayer l'emploi des moyens curatifs dont nous venons de parler, et dont l'efficacité est cependant attestée par de si nombreux témoignages.

Je comprends d'autant moins les motifs d'un dédain ou d'un scepticisme poussé si loin, que l'amputation, ressource extrême qui ne compromet que trop souvent la vie des malades, ne peut être considérée, après tout, que comme un traitement palliatif, puisqu'elle n'empêche pas la reproduction du mal. Faut-il rappeler, à l'appui de cette assertion, l'histoire de cette malheureuse fille scrofuleuse, reçue à l'Hôtel-Dieu de Paris au mois d'avril 1835, chez laquelle on amputa successivement, à trois époques différentes, le premier métacarpien de la main droite, le premier métatarsien de la main gauche, et, plus tard, enfin, le pied du même côté, par la méthode de Chopart, et qui, assez heureuse pour résister à toutes ces opérations, vit néanmoins l'altération des os se reparaître presque immédiatement après que la dernière de ces amputations eut été pratiquée? (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, mai, 1837, p. 190.)

Le malade Foret, de l'observation 14, dont parle M. Tavignot, après avoir subi l'amputation sus-malléolaire pour une carie des os du tarse, fut atteint d'une tumeur blanche du coude. Procédera-t-on, chez ce malade, à l'amputation du bras? Et si, par hasard, après cette seconde amputation, le genou du côté sain vient à se prendre, que fera-t-on?

M. Brefeld cite l'observation d'une femme scrofuleuse, âgée de 40 ans, chez laquelle on avait amputé l'index de la main droite dans son articulation avec le métacarpien correspondant, pour une carie de la première phalange de ce doigt. Cette opération n'empêcha pas la maladie de se propager aux os du carpe et du métacarpe. Plusieurs années s'écoulèrent et la carie continua à exercer ses ravages. L'auteur, à qui la malade fut présentée, au lieu de pratiquer l'amputation de la main, soumit cette femme à un traitement général ou interne par l'huile de morue. Non seulement l'affection locale guérit à la longue, mais l'état général de la malade s'était notablement amélioré. (DER AOCKFISCH-LEBERTHRAN UND SEINE HEILWIRKUNGEN. Von Fr. Brefeld. Hamm, 1835, p. 106.)

J'ai dit plus haut que l'ablation d'un membre doit toujours être considérée comme une ressource extrême et dangereuse, quelles que soient l'habileté de l'opérateur et l'excellence de la méthode opératoire. La vérité de cette proposition ne sera contestée par personne. M. Tavignot est obligé d'avouer que, par l'amputation sus-malléolaire, on perd encore à peu près un malade sur quatre, quoique, suivant son relevé statistique, cette méthode opératoire compte un plus grand nombre de succès que la méthode ordinaire.

Pourquoi donc faire intervenir la chirurgie, qui fait tant de victimes, dans le traitement d'une maladie qui peut guérir par le seul secours de la médecine, ainsi que cela est prouvé par des faits nombreux et irrécusables?

Que nous importe si, jusqu'à présent, ni la chimie, ni la pharmacologie n'ont pu nous rendre compte, d'une manière satisfaisante, du mode d'action de l'huile de morue employée contre l'altération scrofuleuse des os et des articulations? L'analyse chimique a-t-elle donc atteint les dernières limites de sa perfectibilité? Ne se rappelle-t-on pas, par exemple, que les cendres de l'éponge marine ont été employées avec confiance et avec succès dans le traitement du goître, longtemps avant que la découverte de M. Courtois nous eût révélé l'existence du principe médicamenteux contenu dans ce résidu de la combustion? Ce serait se faire étrangement illusion que de croire que l'art de guérir ne saurait exister sans le secours des théories et des explications que nous empruntons aux sciences naturelles.

La carie et les tumeurs blanches, je le répète, doivent être considérées, dans l'état actuel de la science, comme des maladies curables par des moyens médicamenteux et qui ne réclament plus l'intervention de la chirurgie, ou qui ne la réclament que rarement, dans des circonstances extraordinaires. Mais il est essentiel d'ajouter que, pour arriver à un résultat aussi avantageux, il faut nécessairement de la patience et de la persévérance dans l'emploi de ces moyens. Ce n'est pas après un traitement de cinq à six semaines qu'il faut s'attendre à des effets marquans. Il est évident que ce n'est pas dans un aussi court espace de temps que l'on parviendra à modifier la constitution générale d'un malade scrofuleux, modification importante qui précède toujours l'amélioration de la carie. Mais quelle que soit la longueur d'un pareil traitement, rappelons-nous ce que les intérêts sacrés de l'humanité ont le droit de réclamer de nous. Ne perdons jamais de vue que le malheureux qui s'est aveuglément confié à nos soins ne consent au sacrifice douloureux et irréparable d'un de ses membres que sur notre assurance formelle que ce parti extrême est le seul moyen de sauver ses jours, et qu'il n'existe pas d'autre remède pour le guérir.

Les réflexions que je viens de vous soumettre, Monsieur le rédacteur, ne portent pas, comme vous le voyez, sur le fond du travail de M. Tavignot, et ne diminuent en rien le mérite des intéressantes recherches de l'auteur sur la valeur thérapeutique de l'amputation sus-malléolaire dont je suis loin de vouloir contester les avantages pour les cas dans lesquels ce procédé opératoire peut trouver son application.

Agréez, etc.

OBSERVATION D'HYSTÉRIE GRAVE AVEC PARALYSIE, TRAITÉE PAR LE MAGNÉTISME ANIMAL; communiquée par M. le docteur JACQUEZ, médecin à Lure (Haute-Saône).

L'impartialité dont la GAZETTE MÉDICALE a toujours fait preuve, la réserve tout à fait philosophique qu'elle a apportée dans tous les débats qui se sont élevés pour et contre le magnétisme, me font espérer qu'elle voudra bien accueillir l'observation suivante. Les détails qu'elle renferme seront, à la vérité, de nulle valeur aux yeux des hommes qui portent le scepticisme jusqu'à ne vouloir pas même douter; mais les médecins sans préventions, ceux surtout qui, guidés seulement par l'amour du vrai, ont expérimenté ou observé avec conscience et sont demeurés convaincus qu'il y a dans le magnétisme quelque chose de réel, porteront sur mes assertions un jugement moins défavorable. Quelques-uns, j'espère, en répétant mes essais, s'ils en trouvent l'occasion, parviendront à réussir aussi bien et peut-être mieux que moi.

Je me croirais coupable envers la science si, cédant à la crainte du persiflage, je ne faisais pas connaître au public médical ce que j'ai vu, et bien vu.

OBS. — Joséphine Duchemin, de Lure, couturière, âgée de quinze ans, taille moyenne, embonpoint médiocre, tempérament très nerveux, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de douze ans. A cette époque elle eut, pendant environ douze jours, des attaques d'hystérie, à la suite desquelles la jambe gauche fut paralysée. Dans l'espace de deux mois, ce membre recouvra graduellement l'entier exercice de ses fonctions.

Dans le courant de mars 1838, Joséphine était bien portante, bien développée; les règles parurent pour la première fois sans accidens et revinrent en avril; mais au quinze mai, époque où les menstrues auraient dû se montrer de nouveau, la jeune fille tomba malade et présenta les symptômes suivans:

Céphalalgie, face rouge, soif, inappétence, vomissemens fréquens, douleur épigastrique, toux sèche, spasmodique, chaleur de la peau, pouls fort, à 85 par minute. (Prescription: saignée du bras, diète, eau fraîche pour boisson, hydrogale, quelques cuillerées.)

Le 19, amélioration légère dans tous les symptômes.

Le 21 mai, douleur à l'hypochondre droit; trois convulsions hystériques, qui ne durent que quelques minutes. Le lendemain et les jours suivans la fièvre augmente, les accès hystériques deviennent plus intenses, plus longs, plus fréquens; chacun de ces accès présente à peu près les phénomènes suivans: au commencement de l'invasion, Joséphine semble entrer en contemplation, elle pâlit, sa bouche s'entr'ouvre, ses yeux, fixes, largement ouverts, sont dirigés vers le ciel du lit, comme si un objet y attirait fortement l'attention de la malade; bientôt les deux mains s'élèvent et se rapprochent, les paupières supérieures se rétractent davantage, les globes oculaires sont convulsés en haut; les doigts se contractent, les deux mains se saisissent, se tordent et semblent vouloir se déchirer avec les ongles. La malade grince les dents; celles-ci, fortement serrées par le rapprochement convulsif des mâchoires, font entendre quelquefois des craquemens effrayans. La respiration est haletante; la tête est portée en arrière; le tronc se courbe dans le même sens et revient parfois dans un sens opposé. Toutefois les mouvemens de la malade, quoique désordonnés et souvent très brusques, ne sont pas tellement violens qu'on ne puisse facilement la contenir dans son lit. Après un temps, qui varie ordinairement de quatre à huit minutes, Joséphine semble de nouveau entrer en contemplation: la respiration cesse, le corps et les membres sont raides et étendus; puis enfin cette raideur se dissipe, la malade tourne la tête, regarde les assistans, les examine avec un air de frayeur ou un rire sardonique, prononce quelques mots inintelligibles, appelle souvent sa mère et bientôt tout est rentré dans le calme.

26 mai. Les antispasmodiques ayant été sans succès, deux saignées de 62 grammes ont un peu calmé la fièvre et produit peu de changement dans l'état nerveux.

29. Une application de huit sangsues à la vulve est suivie de l'apparition des menstrues, qui donnent pendant deux jours, mais très peu. Dès-lors, soulagement marqué; la chaleur de la peau est à l'état normal; la rougeur des joues est dissipée; les attaques sont bien moins fréquentes; cependant, trois jours après, la névrose devient plus grave; les convulsions sont effrayantes; le tronc se courbe fortement, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre; les mouvemens des membres sont brusques et violens. La malade se frappe contre le mur, brise son lit, et pour lui éviter des contusions dangereuses, on est obligé de la placer sur des matelas, au milieu de la chambre. Ces attaques durent pendant environ un quart d'heure, et se répètent quinze ou vingt fois dans les vingt-quatre heures. La langue commence à être moins libre. Les antispasmodiques (assa-fœtida, camphre, castoréum, éther), par la bouche, en lavemens, en frictions, et l'opium à l'intérieur, à dose croissante, jusqu'à 6 grains par jour, semblent aggraver son état.

Le 3 juin, un vomitif produit de bons effets.

Du 5 au 7 juin, la malade, ordinairement couchée sur le dos, est agitée par des mouvemens de chorée, dans l'intervalle des attaques seulement. Sa face se porte alternativement d'une épaule à l'autre, tandis que ses jambes, presque toujours demi-fléchies, tournent sur leurs extrémités dans le même sens que la tête. Joséphine, du reste bien élevée, profère des juremens devant tout le monde, rit souvent aux éclats, ou pleure sans raison. Elle est très irritable et passe rapidement de la gaîté à la colère. Sa prononciation est brusque, saccadée et très embarrassée; la moitié des syllabes lui échappent, en sorte qu'on peut difficilement la comprendre. Les accès hystériques, moins forts, moins longs, reviennent encore huit à dix fois dans les vingt-quatre heures. Leur mode est changé: après quelques faibles contorsions, Joséphine se met à vociférer de toutes ses forces; en même temps ses jambes frappent fortement en cadence sur son lit, tandis que ses bras, s'agitant plus lentement, frappent aussi les couchages en s'élevant et s'abaissant alternativement, comme pour marquer la mesure. Quand l'attaque tire à sa fin, ces divers mouvemens se ralentissent, et bientôt tout le corps tombe pour un instant dans un prolapsus complet.

7 juin. La malade n'a pas dormi depuis plusieurs jours. Une friction sur l'hypogastre, avec acétate de morphine, demi-grain, dissous dans l'alcool, procure quelques heures de sommeil. Les jours suivans, on porte la dose d'acétate de morphine à 2 grains par vingt-quatre heures, en deux frictions.

Le 10, les attaques hystériques et la chorée ont cessé, mais le membre inférieur gauche est complètement paralysé: il est insensible et ne peut exécuter aucun mouvement. La prononciation est toujours très défectueuse.

Dans la dernière quinzaine de juillet, la jeune fille s'est rendue aux eaux minérales de Luxeuil; mais le lendemain de son arrivée, en se rendant aux bains, les accès hystériques, qui ne s'étaient pas montrés depuis quarante jours, ont paru de nouveau. M. Odelph, docteur en médecine à Luxeuil, et M. Reveillonx, médecin-inspecteur de l'établissement thermal, l'ont vue dans cet état. Quelle que fût la force des convulsions, la jambe droite se raidissait et s'agitait seule, tandis que la gauche, conservant sa flaccidité, ne donnait aucun signe de mouvement. Lorsque la malade marchait dans la rue, à l'aide de béquilles, son pied traînait derrière elle comme s'il eût été seulement suspendu à une corde. L'immersion dans l'eau renouvelant les attaques, Joséphine revint à Lure au bout de quatre jours.

Depuis longtemps, le magnétisme animal était pour moi une réalité; sans être sectaire illuminé, j'étais bien convaincu, d'après mes propres expériences, qu'il imprimait au système nerveux une modification, peu connue à la vérité, mais réelle et puissante. L'état grave de cette jeune fille me fit donc penser, en désespoir de cause, au somnambulisme artificiel, et, sans trop cependant compter sur son efficacité, je résolus de l'employer.

Le 25 juillet, à cinq heures du soir, je me rendis chez Joséphine Duchemin. Elle avait eu huit attaques dans le courant du jour. En peu de minutes, je parvins à l'assoupir: elle eut alors, aux membres supérieurs, plusieurs secousses convulsives, semblables à celles qui résultent d'une forte décharge électrique. Ces secousses la réveillèrent plusieurs fois. Quand je la quittai, rien n'était changé dans son état.

Le lendemain, 26, à huit heures du matin, elle n'avait eu qu'une attaque depuis la séance de la veille. La paralysie était toujours complète. J'obtins un sommeil plus profond: des soubresauts se manifestèrent dans les membres sans la réveiller. Après l'avoir laissée pendant huit minutes dans cet état, je lui saisis le genou gauche et l'engageai à remuer la jambe: le sommeil cessa, et à l'instant même elle put faire exécuter, au membre paralysé, de grands mouvemens d'abduction et d'adduction; le pied pouvait facilement se mouvoir en tous sens sur l'articulation tibio-tarsienne; mais cette jambe, quoiqu'elle ne fût plus traînante et s'appuyât facilement sur le sol, n'avait pas encore assez de force pour soutenir la malade, quand celle-ci essayait de marcher sans béquilles.

Le même jour, à six heures du soir, je déterminai, en quelques secondes, un sommeil profond. Tout se passa comme dans la séance précédente; mais, à son réveil, qui fut moins facile, la malade agita sa jambe en tous sens; elle se leva, fit quelques tours dans la chambre et alla, sans appui, se promener dans la rue. Deux heures plus tard, elle vint chez moi avec sa mère; je la magnétisai de nouveau; sa prononciation étant toujours très défectueuse, elle répondit à mes questions sans parler mieux que dans l'état de veille; je l'engageai à prononcer plus correctement. Après quelques efforts, elle y parvint, et, à son réveil, elle articulait très bien toutes les syllabes.

Le 27 juillet, à huit heures du matin, elle fut saisie en ma présence d'une attaque d'hystérie. Les convulsions commençaient, lorsque l'idée me vint de la magnétiser: à peine lui eus-je placé mes mains sur le front que ses yeux se fermèrent; tout son corps tomba dans l'affaissement: elle dormait. Après son sommeil, que je fis cesser au bout de dix minutes, l'attaque interrompue ne reparut pas.

Les 28, 30 juillet et 2 août, j'arrêtai encore, comme la première fois, trois de ses accès par le magnétisme.

Lorsqu'une attaque était imminente, la malade disait souffrir beaucoup à l'estomac; sa jambe gauche devenait plus faible: si alors je la mettais en somnambulisme pendant un temps un peu long, la douleur épigastrique était calmée à son réveil, et la jambe avait recouvré toute sa force, tandis qu'un sommeil de quelques minutes n'apportait aucun changement dans son état, et n'empêchait pas les convulsions de se déclarer peu d'instans après.

Les accès hystériques, assez rares dans les six derniers jours de juillet, étaient devenus, depuis, beaucoup plus fréquens.

Le 8 août, à neuf heures du matin, elle en avait déjà eu quatre. La douleur d'estomac était continuelle: la jambe gauche était tellement faible que la malade pouvait difficilement marcher sans appui: sa vue, très obscurcie, ne lui permettait pas de distinguer une aiguille. Je la magnétisai sur son lit et la laissai dans cet état. A quatre heures du soir, elle était levée; son sommeil avait cessé à midi: sa physionomie était plus gaie; elle ne souffrait plus; la vue était bonne et la jambe très libre. Elle n'avait pas eu de convulsions. Il n'y eut qu'une attaque très faible à dix heures du soir.

Le lendemain, à huit heures du matin, je la fis dormir de nouveau; elle s'éveilla encore à midi. Il n'y eut pas d'accès hystériques dans les vingt-quatre heures qui suivirent.

Au 11 août, le bras gauche était douloureux, et, le même jour, après une attaque, il se trouva paralysé; il resta ainsi jusqu'au vingt-neuvième jour, où il re-

convra en partie ses mouvemens par le somnambulisme, que j'avais fait intervenir pour arrêter un accès à son début.

Le lendemain, 30, une nouvelle séance magnétique fit disparaître les restes de la paralysie. Mais, cinq jours plus tard, de fortes convulsions détruisirent de nouveau la motilité dans le même membre. Quelques jours après, douleur et engourdissement à l'épaule droite; sur le soir, paralysie des deux bras.

La maladie ayant été abandonnée à elle-même, le 20 septembre, après un accès très fort et très long, les bras recouvrèrent leur liberté. Le membre inférieur gauche a été encore une fois paralysé pendant quelques jours. Maintenant, Joséphine a repris plus d'embonpoint qu'elle n'en avait perdu dans le premier mois de sa maladie. Les règles se sont un peu montrées dans le milieu d'octobre, et, dès-lors, les membres ont été libres, les attaques d'hystérie moins fréquentes, les convulsions très faibles et peu durables.

Les 7 et 13 novembre, j'ai encore interrompu deux accès par le somnambulisme; j'ai toujours réussi à arrêter ainsi les attaques; mais le sommeil (sans que j'aie pu en reconnaître la cause) était quelquefois très léger et très court; dans deux cas, les convulsions ont reparu au bout d'un instant; cependant, j'en ai toujours triomphé.

Dans l'état actuel des choses, il faut avoir un certain courage pour livrer à la publicité des faits en faveur du magnétisme. Je sais que plus d'un confrère rira ou restera incrédule en lisant cet article et que quelques-uns même m'associeront de bonne foi peut être à ces médecins spéculateurs qui fabriquent du merveilleux pour l'exploiter à leur profit; mais je n'en dirai pas moins ce que j'ai vu, et ce que bien d'autres ont vu comme moi; car je n'ai rien fait sans témoins. Je ne tiens nullement à exagérer les résultats que j'ai obtenus; je les livre tels qu'ils sont à l'attention des hommes qui ne sont pas assez prévenus pour nier sans examen. J'espère, du reste, que d'autres faits recueillis tôt ou tard par d'autres viendront corroborer mes résultats. Les affections hystériques ne sont pas très rares, surtout dans les grandes villes; j'engage donc mes confrères à répéter mes expériences, il s'en trouvera, je pense, d'aussi heureux que moi.

Je ne pense pas que mon observation ait tout le mérite de la nouveauté; car on a déjà parlé d'un certain nombre de guérisons, plus ou moins authentiques, opérées par le magnétisme, dans les maladies nerveuses; cependant les avantages que j'ai obtenus dans ce cas, quoique bornés et non suivis de tout le succès désirable, ne méritent pas moins d'être notés.

Je crois que si un certain nombre de médecins regardent le magnétisme comme une jonglerie, c'est 1° parce qu'on a fait sa cause trop belle et qu'on a beaucoup exagéré les résultats qu'il produit; 2° parce que le charlatanisme s'en étant emparé, on éprouve de la répugnance à s'occuper sérieusement d'une chose avec laquelle il a fait tant de dupes; 3° parce qu'on a cherché souvent et à tort la preuve de son existence dans la manifestation de ses phénomènes les plus rares (si toutefois ils existent), tels que, par exemple, la faculté de lire les yeux bandés; 4° enfin parce que la plupart des hommes qui ont voulu s'assurer de la vérité n'ont pas essayé par eux-mêmes, et se sont contentés d'assister à des séances de magnétiseurs: or c'est précisément le moyen de ne rien croire; car en allant voir un somnambule, on s'attend à être témoin de toutes les merveilles que le charlatanisme ou la crédulité ou au moins l'exagération ont débitées sur le magnétisme, on est presque toujours grandement désappointé, et l'on rentre chez soi plus incrédule que jamais.

S'il y a de la fourberie dans le somnambulisme artificiel, elle ne peut venir que du magnétiseur ou du magnétisé. Il faudrait donc, pour arriver à la vérité, 1° magnétiser soi-même; 2° choisir pour sujets d'épreuves des individus incapables de tromper, prendre ceux qui n'ont aucune idée du magnétisme et de ses phénomènes, et qui, par leur âge et une constitution nerveuse, sont le plus susceptibles d'en recevoir l'influence. On réussit rarement chez les hommes, tandis que les jeunes personnes de l'autre sexe n'y résistent presque jamais plusieurs fois de suite.

Après une ou plusieurs séances, on finirait certainement par amener un sommeil quelquefois léger, le plus souvent profond. Dans ce dernier cas, les somnambules parlent tous lorsqu'on les interroge. Quoique parfois ils se fassent un peu prier, ils ne donnent pas moins des réponses à toutes les questions, surtout lorsqu'on paraît en être satisfait. Interrogez-les sur l'avenir, ils vous répondront également; mais ils prophétiseront des probabilités, et rien de plus. Joséphine, questionnée sur le nombre des attaques qu'elle devait avoir le même jour ou le jour suivant, n'est tombée juste qu'une fois sur cinq ou six. Si l'on présente aux magnétisés des objets derrière la tête ou ailleurs, et qu'on leur demande le nom de ces objets, ils se tromperont au moins dans les trois quarts des cas: leurs erreurs seront assez fréquentes pour faire imputer au hasard leurs réponses justes. Il faut convenir cependant que quelques-uns font preuve d'une intelligence et d'une lucidité extraordinaires; mais ils sont assez rares et ne se trouvent pas moins encore souvent en défaut.

D'autres phénomènes, plus appréciables pour le médecin, se manifestent chez la plupart de ces somnambules, surtout dans les premières séances. Ainsi la face est rouge et chaude, le pouls plus développé, lent ou fréquent; la respiration est plus haute, ordinairement ralentie, quelquefois, au contraire, et par intervalles, accélérée. J'ai compté chez Joséphine Duchemin jusqu'à quarante-cinq inspirations par minute. Il y a insensibilité plus ou moins complète de la peau. Enfin, assez fréquemment des secousses convulsives brusques et légères se manifestent dans différentes parties du corps. J'ai même vu, chez un élève en médecine très nerveux, survenir des convulsions et des vomissemens.

Le magnétisme consiste donc dans une série de phénomènes plus ou moins extraordinaires, mais assez variables. Ils sont d'autant plus facilement produits que le sujet est plus nerveux, plus sensible: ils donnent pour ainsi dire la mesure de son impressionnabilité. Il faut, pour les développer, agir presque toujours, pour la première fois au moins, sur les nerfs, au moyen du toucher ou de frictions très légères; ensuite, il suffit souvent de s'adresser au moral, à l'imagination. Dans l'un et l'autre cas, c'est le cerveau qui a été influencé; et cette influence il l'a reçue par ses agens ordinaires, par les sens. Au moyen de ces frictions, on détermine dans l'encéphale une modification particulière, qui ensuite se reproduit facilement; je n'y vois pas d'autre merveille. N'ayant jamais pu magnétiser à distance, sans que le sujet fût prévenu, je suis porté à croire que le fluide spécial, auquel on a eu recours, n'est qu'une difficulté de plus dans la question. L'intervention des sens me semble suffire pour expliquer, aussi bien que possible, comment le cerveau peut être ainsi influencé; la manière dont tous les agens extérieurs peuvent impressionner cet organe ne nous est pas mieux connue. Ne sait-on pas que chez des personnes nerveuses et craintives la vue d'un être malfaisant ou effrayant peut causer dans l'économie un bouleversement instantané et quelquefois funeste? Dans l'état actuel de nos connaissances, un tel phénomène n'est guère mieux expliqué que le magnétisme, et pourtant il n'est pas un sujet de doute.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE.

DE QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LA RAGE.

M. Breschet promit, il y a quelque temps, à propos d'allégations fort étranges, fruit d'un scepticisme outré, émises par un ou deux médecins, d'exposer les résultats de ses recherches particulières sur ce sujet, de manière à fixer l'opinion du public à cet égard et à le mettre en garde contre des espérances fallacieuses et de funestes erreurs. Ces novateurs ne promettaient rien moins, en effet, que de prouver la non-contagion de la rage et la possibilité de sa guérison radicale. Les observations de M. Breschet se sont fait longtemps attendre. Nous pensions que le retard qu'il mettait à sa communication était motivé par quelques recherches importantes, propres à apporter sur ce terrible chapitre de la pathologie quelques lumières nouvelles; mais il n'en est rien. Les expériences de l'académicien nous reportent à l'état de la science en 1813 et 1814: elles ont été faites en commun pour la plupart par lui et d'autres expérimentateurs.

M. Breschet partage l'opinion commune que la véritable rage n'est jamais spontanée dans l'homme. Il fait observer que l'opinion contraire n'a pu, sans doute, s'établir dans quelques esprits que parce qu'ils n'ont pas suffisamment tenu compte de la différence énorme qui existe entre les affections nerveuses où se manifestent souvent sans danger l'horreur des liquides, la difficulté d'avaler, et la redoutable maladie où se voient des symptômes analogues, mais qui ne pardonnent jamais. Il cite des faits connus qui prouvent que les affections morales, que l'imagination n'est pour rien dans la production de la rage; ceux, par exemple, des jeunes enfans, d'enfans à la mamelle, mordus par des chiens enragés, et que la cruelle affection, dont ils ne pouvaient avoir aucune crainte, aucune idée, est venue enlever au bout de peu de jours. Il rapporte ensuite une foule de faits qui mettent hors de doute l'existence du virus rabique, et conséquemment la nature essentiellement contagieuse de la maladie.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE.

ESSAI D'UNE THÉORIE GÉNÉRALE DES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES DU SYSTÈME OSSEUX CHEZ LES MONSTRES, LE FOETUS ET L'ENFANT; PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Dès l'année 1836, l'auteur avait été conduit à ramener toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, à une origine commune. Les premières bases de cette doctrine avaient été exposées dans le travail présenté par lui à l'Académie, pour le concours du grand prix de chirurgie. Depuis cette époque, il en avait fait plusieurs applications aux difformités particulières du squelette, dans une série de mémoires sur le *torticolis*, les *déviations de l'épine*, les *luxations congéniales* et les *pieds-bots*; le travail qu'il vient de lire devant l'Académie a pour but de reconstruire sa théorie dans son ensemble et ses proportions définitives, de la formuler dans ses termes les plus généraux, et de l'entourer de toutes les preuves qui servent à l'établir.

M. J. Guérin s'est proposé de démontrer:

Que toutes les difformités articulaires du système osseux chez les monstres, le fœtus et l'enfant, sont le produit de la rétraction active des muscles, provoquée par une lésion du système nerveux, soit du cerveau ou de la moelle, soit des nerfs eux-mêmes; et les variétés de ces difformités, le produit de la rétraction différemment combinée et distribuée dans les muscles du tronc et des membres.

L'auteur a recueilli un grand nombre d'observations, offrant toutes les formes imaginables des difformités du système osseux, depuis le degré le plus faible de la difformité isolée, jusqu'à la déformation la plus complète de toutes les articulations du squelette chez le même individu. Il a disposé cette collection de faits suivant une série régulièrement décroissante entre les deux manifestations extrêmes de l'action de leur cause commune, de manière à montrer la liaison intime et dépendance respective de chacun de ses effets intermédiaires, et de manière à nouer par une chaîne non interrompue les résultats de son action la plus profonde et la plus générale, sur la totalité du squelette, avec ceux de son atteinte la plus faible, sur une seule portion de ce système. Cette série, qu'il appelle la *série étiologique*, lui a permis d'abstraire, de chacun de ses termes, et de composer, d'après l'analyse de chacun d'eux, une formule générale renfermant quatre ordres de caractères propres à établir et à vérifier la communauté d'origine des difformités chez les monstres et le fœtus d'abord, puis chez l'enfant ensuite. Ces quatre ordres de caractères sont : 1° les caractères de la cause éloignée ou de la lésion du système nerveux; 2° les caractères de la cause prochaine, rétraction musculaire; 3° les caractères de relation de la cause éloignée, lésion nerveuse, avec la cause prochaine, rétraction musculaire; 4° les caractères de relation ou d'harmonie de la cause prochaine, rétraction musculaire, avec ses effets immédiats, les difformités.

1° Caractères de la cause éloignée, de l'affection nerveuse.—Ce premier ordre de caractères est fourni successivement par les enveloppes osseuses et membraneuses du cerveau et de la moelle, par le cerveau et la moelle, et, en dernier lieu, par les nerfs.

Le crâne est tantôt développé outre-mesure, comme dans l'hydrocéphale générale; tantôt l'une de ses deux moitiés est déprimée, l'autre saillante; tantôt les deux moitiés semblent avoir chevauché suivant un plan vertical, de manière à offrir une double saillie opposée, du frontal d'un côté, et de l'occipital de l'autre. Souvent les os sont disjoints et maintenus en rapports médiats par la dure-mère très dilatée. Dans tous les cas la consistance des os est non seulement diminuée par suite de leur élargissement, mais l'ossification y paraît retardée; on y voit des îlots osseux en grand nombre, comme si les os avaient été le siége de fractures considérables. Dans d'autres circonstances, le crâne est largement ouvert, ses os renversés et à moitié développés ou à moitié détruits; ou bien ils sont affaissés sur la base du crâne; mais quels que soient la forme et le degré de l'anencéphalie, il est presque toujours possible d'en retrouver les rudimens à l'aide d'un examen attentif, ce qui établit bien le fait de la disjonction, de la destruction, et non celui d'une absence complète de développement.

La colonne vertébrale, conserve toujours aussi le nombre de ses élémens, au moins à l'état rudimentaire: corps vertébraux, apophyses transverses, apophyses épineuses, peuvent être retrouvés dans les cas de spina-bifida, avec ou sans courbures de la colonne. Les apophyses épineuses, divisées à leur sommet, n'offrent pas, comme on l'a dit, un défaut de soudure, de réunion, par arrêt de développement de leurs parties, mais sont violemment disjointes, renversées, entraînées dans le sens de certains muscles, ou aplaties sur les côtés, et offrent leur entier développement jusqu'à leurs tubercules terminaux; leur écartement même dans les spina bifidas très complets est presque toujours très considérable, et accuse une force de disjonction active, et non un simple défaut de réunion passive. Somme toute, le caractère général des enveloppes osseuses du système cérébro-spinal, c'est la disjonction, le déplacement, l'altération, la déformation, mais avec persistance, à l'état rudimentaire au moins, et non absence complète de développement.

Les méninges du cerveau et de la moelle offrent des caractères analogues et de même signification. Jamais absence complète de développement, mais traces d'altération ou de destruction. La dure-mère cérébrale sert souvent d'enveloppe au liquide tenant en suspension les résidus du cerveau. Quand il n'y a plus de poche encéphalique, on retrouve sous les os craniens affaissés tout ou partie de la dure-mère. Il en est de même des autres membranes du cerveau, qui forment, avec le paquet des vaisseaux, un lascis inextricable, frangé, couronnant la base du crâne. La dure-mère et les autres méninges rachidiennes se retrouvent aussi, même dans les spina bifidas complets. Ces membranes sont déchirées, amincies, ouvertes à la partie postérieure, et collées contre la paroi restante du canal, mais on les retrouve constamment. C'est surtout dans les spina bifidas incomplets qu'on peut le mieux saisir le caractère essentiel de leurs modifications. A l'extrémité des parties saines qui continuent à envelopper la moelle, d'autres portions amincies, frangées, à moitié détruites, ou quelquefois épaissies, correspondent aux interruptions de la moelle et à ses parties altérées, ramollies. En résumé, les membranes, comme les os du système cérébro-spinal, s'offrent avec un seul et même caractère : déplacement, altérations de texture, destruction incomplète, mais toujours persistance partielle ou existence rudimentaire des parties.

Mêmes caractères dans le cerveau et la moelle. Altération de texture sous toutes les formes et à tous les degrés, depuis la simple injection vasculaire jusqu'au ramollissement le plus profond, depuis la destruction de quelques points périphériques jusqu'à la disparition presque complète de la matière pulpeuse, réduite pour le cerveau à un liquide gélatiniforme, renfermé dans les membranes, ou à de simples et rares résidus cachés sous les voûtes crâniennes affaissées. Mêmes indices d'altération et de destruction morbides pour la moelle, et d'autant plus sensibles dans cette dernière qu'elles se circonscrivent plus fréquemment sur une portion de sa longueur.

L'état des nerfs complète bien la signification de tous ces caractères: ils sont gros, raccourcis, tendus, principalement dans les cas où les muscles sont rétractés; ou bien ils sont réduits de volume, flétris dans les cas où la rétraction a fait place au relâchement et à l'atrophie paralytique.

Tels sont les caractères de la cause éloignée ou de l'affection nerveuse.

2° Caractères de la cause immédiate, ou de la rétraction musculaire.— Les muscles sont raccourcis, tendus. Leur raccourcissement n'a pas lieu seulement dans le sens des mouvemens physiologiques, et comme pour rendre permanente une position normale; il peut s'effectuer dans toutes les directions à la fois, et être porté à un degré extrême dans le sens opposé aux mouvemens normaux, et déterminer dans ce sens des flexions permanentes ou des déplacemens articulaires et même des fractures des os longs. La trame musculaire commence à passer à l'état fibreux, comme dans tous les cas où les muscles sont soumis à des tractions permanentes exagérées.

3° Caractères de relation de la cause éloignée avec la cause prochaine. — Les caractères de la lésion du système nerveux, rapprochés de ceux de la rétraction musculaire, établissent bien la relation essentielle de ces deux ordres de faits, et la subordination des seconds aux premiers. Avec une lésion profonde ou destruction complète des organes centraux de ce système, rétraction générale et énergique de tous les muscles; avec une lésion profonde ou destruction d'un des côtés du cerveau, rétraction des muscles d'un des côtés du corps; avec une lésion profonde ou destruction de la partie déclive de la moelle, rétraction d'une partie des muscles du tronc et de ceux des membres inférieurs; avec altération de la partie inférieure d'un des faisceaux antérieurs de la moelle et des racines nerveuses qui en naissent, rétraction et paralysie des muscles du membre inférieur correspondant. En d'autres termes, relation intime entre l'étendue, le siége, le degré de la lésion du système nerveux, et l'étendue, le siége et le degré de la rétraction musculaire, et relation confirmative, du reste, des rapports établis par la physiologie entre ces deux systèmes.

4° Caractères de relation ou d'harmonie entre la cause prochaine, la rétraction musculaire, et ses effets immédiats, les difformités. — Il n'y a pas seulement un rapport exact et intime entre la somme des muscles rétractés et le nombre des articulations déplacées, le siége spécial de la rétraction et la direction spéciale des déplacemens; mais il existe une harmonie parfaite, essentielle, entre l'action spécifique, isolée ou collective des muscles rétractés et la forme spécifique partielle ou totale des difformités; de telle manière que chaque difformité, considérée dans tous les élémens constitutifs de sa forme, c'est-à-dire dans les rapports nouveaux et permanens, imprimés aux différentes surfaces articulaires, aussi bien que dans l'expression d'ensemble résultant de ces divers déplacemens, offre la représentation exagérée, mais exacte, des formes affectées aux mouvemens physiologiques résultant de la contraction normale des mêmes muscles, et du déplacement temporaire des mêmes surfaces, d'où la confirmation de cette loi que l'auteur a formulée depuis longtemps, à savoir : « Que les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. »

Après avoir cherché à démontrer, à l'aide de cette formule établie par l'observation et l'analyse, que les difformités chez les monstres et le fœtus sont dues à la même cause, l'auteur s'applique aux difformités congéniales et consécutives chez l'enfant; il signale chez celui-ci un dernier ordre de caractères *extérieurs*, appréciables pendant la vie, destinés à compléter et à suppléer les premiers; il termine en présentant une dernière série de preuves tirées d'observations qui se sont offertes à lui avec quelques-uns des caractères de l'expérimentation directe.

Parmi les observations de difformités que M. J. Guérin a vues se développer après la naissance, plusieurs sont survenues à la suite de lésions traumatiques matérielles du cerveau ou de la moelle, produites par des accidens instantanés. Dans un cas c'est une chute d'un lieu élevé sur la tête, qui donne lieu aux symptômes cérébraux les plus intenses, et simultanément à la contracture de presque tous les muscles du corps. Avec la disparition des accidens nerveux, la contracture a cessé dans un certain nombre de muscles, et elle a persisté, au contraire, dans un grand nombre d'autres, et a réalisé une difformité générale de presque toutes les articulations, dont le développement s'est accru et complété par la croissance du sujet. Dans un autre cas, c'est encore une chute d'un lieu élevé, mais sur la partie inférieure de la colonne. Une fracture incomplète des vertèbres a produit immédiatement de la paralysie, laquelle, à mesure que la colonne s'est consolidée dans sa direction normale, s'est graduellement dissipée et a été remplacée par la contracture des muscles des jambes, et finalement par la rétraction réalisant les pieds-bots les mieux caractérisés.

Que manque-t-il à ces faits, choisis exprès aux deux extrêmes de la série étiologique, pour avoir le caractère d'expériences directes? C'est bien la lésion du système nerveux, provoquée en quelque façon artificiellement, et reproduisant artificiellement, avec les mêmes symptômes, les mêmes caractères, c'est-à-dire avec des résultats semblables, pour ne pas dire identiques, la maladie cérébro-spinale spontanée, qui est produite par cause interne, et révélée seulement par ses effets. Il n'y a d'autre différence entre ces expériences, dues au hasard, et celles qui pourraient être instituées directement, si ce n'est que les premières peuvent être multipliées et reproduites à volonté, et, par conséquent, conduire à une détermination rigoureuse des conditions où la provocation artificielle donnera à coup sûr les mêmes effets. Mais ceci est un autre ordre de faits encore. Ce qu'il importait d'établir expérimentalement, c'est qu'une lésion traumatique du cerveau ou de la moelle peut réellement produire les résultats que l'induction avait permis de conclure de l'analyse des faits spontanés par cause interne; c'est que la contracture est une phase, un mode particulier de la paralysie; c'est que les muscles rétractés produisent les difformités; c'est que la rétraction frappe les muscles d'un arrêt de développement, en vertu duquel ils ne peuvent suivre la croissance du squelette, et complètent progressivement le développement des

difformités. Toutes ces conclusions de l'observation ne ressortent-elles pas directement des deux ordres d'expériences que l'auteur vient d'analyser?

Voilà donc les trois premiers termes de la formule étiologique expérimentalement reproduits avec les caractères formulés par l'observation, à savoir, la lésion nerveuse, ou cause éloignée, la rétraction musculaire, ou cause directe, et la relation essentielle de ces deux faits. Pour compléter cette démonstration expérimentale, il faudrait pouvoir reproduire instantanément les formes spécifiques des difformités dans leurs rapports avec les élémens mécaniques de la cause immédiate, c'est-à-dire avec la rétraction nettement spécifiée, localisée dans certains muscles. Cette dernière expérience, quoique impossible dans la généralité des cas, parce que les difformités reçoivent, pour l'accomplissement successif de leurs formes caractéristiques et définitives, le concours de causes intercurrentes, peut néanmoins être réalisée dans certaines conditions, comme on va le voir.

Il existe un mode particulier de rétraction, que M. J. Guérin appelle la *rétraction spasmodique intermittente*, caractérisée par un raccourcissement des muscles, assez facile à vaincre, mais qui se reproduit instantanément, en l'absence de la volonté, sous l'influence d'une secousse du membre ou d'une cause morale. Les difformités, les pieds-bots, par exemple, produits par ce mode particulier de rétraction chez les jeunes sujets, peuvent, après quelques efforts, être réduits plus ou moins complètement avec la main. Tout-à-coup le spasme musculaire revient, s'accuse par la tension et le soulèvement des muscles, et reproduit exactement, sous les yeux de l'observateur, la difformité avec les caractères spécifiques qu'elle avait avant l'expérience, caractères qui répètent rigoureusement ceux des autres difformités analogues. L'auteur a répété plusieurs fois cette expérience sur certains pieds-bots. Est-il possible de méconnaître la rétraction musculaire expérimentant et mettant hors de doute, par ses alternatives de relâchement et de retrait, la subordination de la difformité à la rétraction des muscles, et le rapport immédiat, l'harmonie profonde entre l'action spécifique de ces muscles et la forme spécifique de la difformité, rapport qui s'observe d'une manière permanente avec la rétraction continue dans les difformités permanentes? Ne sont-ce pas, de part et d'autre, les mêmes formes, les mêmes directions? Les degrés et la durée seuls varient. La même expérience, à peu près, se répète à chaque instant dans les pieds-bots les plus ordinaires chez les enfans, et surtout pendant le traitement de la difformité : tout-à-coup la rétraction des muscles dont elle dépend s'exagère sous l'influence des mouvemens volontaires ou pendant les pleurs de l'enfant, et avec elle, le pied-bot, partiellement réduit par les machines ou diminué par le relâchement du repos, reparaît plus prononcé qu'auparavant et avec tous les caractères de forme, de direction qui dépendent de l'action spéciale et de l'intensité d'action des muscles qui sont le siége de la rétraction.

Aux faits qui précèdent, considérés comme des expériences, l'auteur en ajoute un dernier qui complète leur signification. « J'eus à traiter, dit-il, deux enfans jumeaux, atteints chacun d'un double pied-bot congénital : je les guéris complètement de leur difformité à l'aide du plâtre coulé et des machines. Le traitement était terminé depuis six mois, lorsque l'un des deux fut pris d'une affection cérébrale convulsive, qui reproduisit en trois jours les deux pieds-bots, tels qu'ils avaient été avant leur redressement. Je les traitai et les guéris de nouveau, et, comme si la première expérience n'avait pas suffi, un an après le même sujet fut repris de convulsions moins fortes que les précédentes, et l'un des pieds-bots seulement, celui qui avait été le plus prononcé, revint, mais à un degré moindre que la première fois. Dans les trois cas, c'est-à-dire à la naissance, après la première et la seconde attaques de l'affection cérébrale, les pieds-bots s'étaient présentés avec les formes et les élémens anatomiques les plus exactement semblables. Cependant, à la naissance, ces deux jumeaux offraient les apparences de la plus parfaite santé, et leur double difformité était la seule trace qu'ils présentassent de l'affection intra-utérine qui l'avait produite. » Cette dernière expérience, la plus complète et la plus concluante de toutes, n'offre-t-elle pas à elle seule la reproduction des quatre termes de la formule étiologique dans leurs caractères propres, et leurs caractères de connexion et de relation essentielle : n'y lit-on pas en toutes lettres la maladie cérébrale, la contracture musculaire, cette contracture procédant de la lésion nerveuse, et les difformités mécaniquement produites par les muscles rétractés, le tout offrant la répétition matérielle d'un fait qui s'était passé pendant la vie intra-utérine?

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Le procès-verbal adopté sans discussion, M. le secrétaire perpétuel annonce l'envoi d'une lettre cachetée de M. Orfila. M. le doyen prie l'Académie de conserver ce paquet jusqu'au rétablissement de sa santé dérangée depuis quelques jours.

ORDRE DU JOUR. — RECHERCHES SUR LES LÉSIONS DU CERVEAU CHEZ LES ALIÉNÉS; PAR M. SCIPION PINEL.

M. Rochoux rend compte de ce travail qu'il a été chargé d'examiner de concert avec MM. Ferrus et Bouillaud. M. le rapporteur commence par définir la folie qui n'est pour lui qu'une des formes du délire. Cette maladie si obscure encore sous le rapport d'anatomie pathologique a été, dit M. Rochoux, le texte des travaux de beaucoup de médecins de notre époque. M. Pinel a cherché à démontrer que l'œdème cérébral était une lésion que l'on rencontrait fréquemment chez les aliénés et à lui rattacher un groupe de symptômes caractéristiques. Ce travail paraît à M. Rochoux contribuer aux progrès de l'anatomie pathologique, et il propose de remercier l'auteur et d'envoyer le mémoire au comité de publication.

Après quelques observations de MM. Castel, Londe, Ferrus et Bouillaud, les conclusions du rapport sont adoptées.

DE L'INFLAMMATION DES FOLLICULES VULVAIRES, PAR M. ROBERT.

Les anatomistes modernes et plus encore les pathologistes modernes ont négligé les petits organes, qui cependant sous ces deux points de vue méritent un égal intérêt. On les trouve disséminés en nombre variable autour de la région vertébulaire et surtout au pourtour du méat urinaire; tantôt simples, tantôt rameux, ils ont été considerés par beaucoup d'auteurs comme les conduits excréteurs de petites glandes. C'était l'opinion de Duverney, de Santorini, de Cooper. Leur nombre sur le vertébule et autour du méat urinaire est le plus souvent de sept ou huit. Deux d'entre eux, par la constance de leur siége, de leur direction par leur diamètre méritent une mention spéciale. On les voit de chaque côté de la vulve, dans le ressort qui sépare les débris de l'hymen des petites lèvres. Un stylet peut être facilement introduit dans leur orifice qui mène dans un canal dirigé en bas et en arrière. La longueur de ces canaux est variable de 11, 14 et 18 millimètres. Haller qui les connaissait déjà les a vus aller jusqu'auprès de l'anus. Morgagni en a également parlé, et il les aurait vus se terminer à une petite glande. Leur intérieur est lubrifié par un liquide alcalin qui s'échappe de leur orifice. Cette sécrétion, très abondante chez quelques femmes, est à peu près nulle dans l'enfance; mais prend surtout une grande activité chez les femmes enceintes.

Sous le rapport pathologique, ces follicules ont été encore plus oubliés. Enflammés tantôt seuls, tantôt avec d'autres organes voisins, ils ont donné lieu à beaucoup de confusions : 1° dans la blennorrhagie, ils sont fréquemment pris d'inflammation, surtout ceux qui avoisinent le méat urinaire. Outre la douleur et le prurit ressentis alors par les malades, la pression exercée aux environs du méat ou sur l'urètre procure l'issue d'un liquide jaunâtre que l'on croit facilement venir de l'urètre. C'est là sans doute ce qui a fait dire à quelques chirurgiens que toutes les blennorrhagies chez la femme étaient accompagnées d'urétrites. On trouve, dans une observation de Graef, qu'il avait vu ces follicules malades, le vagin étant parfaitement sain. En juillet 1837, j'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, une femme chez laquelle leurs orifices étaient rouges, les follicules eux-mêmes hypertrophiés, et la malade souffrait depuis cinq mois d'intolérables cuissons dont on n'avait pu la débarrasser. 2° Plus rarement, à l'inflammation des follicules vertébulaires, se rattache une ulcération simple ou granulée du col utérin. 3° Assez fréquemment on voit deux follicules latéraux de l'ouverture vulvaire isolément enflammés, et, dans ce cas, si la sécrétion folliculeuse est abondante, elle peut être prise pour une sécrétion vaginale, suite de blennorrhagie. Pour s'en convaincre, il faut presser sur le trajet des canaux des follicules, et l'on peut même y introduire le stylet. Les premières fois que je remarquai les orifices de ces follicules, ils étaient enflammés, et je les pris pour des orifices fistuleux, de ces abcès que Hunter a dit si fréquens pendant le cours de la blennorrhagie chez la femme, et sur lesquels M. Vidal (de Cassis) a de nouveau attiré l'attention. L'invariabilité de leur direction m'apprit bientôt que ce n'étaient point des trajets fistuleux, mais des canaux naturels. 4° Les accouchemens laborieux et l'inflammation de la muqueuse utérine sont, avec la blennorrhagie, les causes les plus fréquentes des irritations de ces follicules. Seulement, ces derniers survivent aux premières. Des douleurs assez vives, de la cuisson, la sécrétion blanchâtre, symptômes que la marche et les fatigues exaspèrent, peuvent faire soupçonner la maladie qui nous occupe. L'œil et le stylet confirment le diagnostic.

Quand ces inflammations ont persisté et sont devenues la seule affection des voies génitales, elles méritent un traitement à part. Le plus efficace est le suivant : on introduit un stylet fin jusqu'aux limites postérieures du follicule, qu'on ouvre dans toute sa longueur avec le bistouri. L'intérieur est ensuite cautérisé avec le nitrate d'argent.

MM. Velpeau, Bérard, Lagneau, sont chargés de rendre compte de ce travail.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

GUIDE MÉDICAL DES ANTILLES ET DES RÉGIONS INTERTROPICALES, A L'USAGE DE TOUS LES HABITANS DE CES CONTRÉES; renfermant des études spéciales sur les maladies des colonies en général et en particulier, sur celles qui sont propres à la race noire, avec le traitement qui convient à chacune de ces affections; et un formulaire approprié à la médecine pratique de ces pays; par M. LEVACHER. Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée; 450 pages in-8. Paris, 1840. — Chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

TRAITÉ DES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS, ET SPÉCIALEMENT AU SÉNÉGAL, OU ESSAI STATISTIQUE, MÉDICAL ET HYGIÉNIQUE SUR LE SOL, LE CLIMAT ET LES MALADIES DE CETTE PARTIE DE L'AFRIQUE; par J.-F. THÉVENOT, chirurgien de première classe de la marine, publié par ordre de M. le ministre de la marine et des colonies. 400 pages in-8. Paris, 1840. — Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 19.

Trop de questions importantes qui se lient aux plus hauts intérêts scientifiques et nationaux se rattachent au sujet traité dans ces deux ou

vrages, pour que nous ne saisissions pas l'opportunité d'examiner quelques-uns des points qui nous ont le plus frappé à leur lecture. Les matériaux qu'ils contiennent nous ont même paru assez nombreux et d'une assez bonne qualité pour fournir au besoin les élémens d'une étude presque complète de ce qui est relatif à l'hygiène et à la pathologie des pays chauds. Les publications sur ce sujet étant fort rares en notre langue, nous allons, sans prétendre nous élever à cet examen complet, nous arrêter sur quelques-unes des questions qui s'y rattachent, avec tout l'intérêt et les développemens qu'elles méritent, après avoir, toutefois, dit quelques mots sur chacun de ces ouvrages.

Le premier, ou le GUIDE MÉDICAL DES ANTILLES, reçut, dans les colonnes de cette feuille, lors de la première édition, un accueil favorable; nous nous félicitons d'avoir contribué à son succès; car sa seconde édition présente de nombreuses additions, qui permettent à l'auteur de dire avec vérité qu'elle a été *revue et considérablement augmentée*.

Le second, ou le TRAITÉ DES MALADIES DES EUROPÉENS DANS LES PAYS CHAUDS, publié par ordre du ministre de la marine, est plein de documens intéressans sur le sol, le climat et les maladies du Sénégal, et qui peuvent fournir d'utiles leçons à l'administration, à une époque où l'on parle d'importantes colonisations dans cette Afrique, qui, jusqu'ici, s'est montrée si réfractaire à presque toutes les entreprises de ce genre qu'ont faites les Européens.

Avant d'entamer la partie relative aux maladies propres aux deux contrées dont il est question dans ces deux ouvrages, nous allons jeter un coup-d'œil rapide sur les recherches topographiques, hygiéniques et statistiques que les deux auteurs ont cru, et avec raison, devoir placer en tête de leurs ouvrages.

Le séjour de quatre années que M. Levacher a fait à Ste-Lucie l'a mis à même de recueillir des faits qui sont également applicables à la Martinique, à la Guadeloupe, à la Guiane française et à toutes les parties du sud et sud-ouest du continent d'Amérique, et c'est surtout aux médecins qui seraient appelés à exercer leur art dans ces contrées que les documens que contient son livre seront d'une utilité indispensable. Quant à Ste-Lucie elle-même, depuis qu'elle a passé au pouvoir de la domination anglaise, en 1814, la diminution de sa population, la perte de son ancienne splendeur, et tous les signes d'un sol qui semble retourner à l'état sauvage d'où la civilisation l'avait retiré, doivent en détourner les médecins qui seraient tentés de s'expatrier; ils n'y trouveraient ni considération, ni richesse.

Le tableau que nous offre M. Levacher de la population des Antilles, de celle surtout qui leur est devenue propre par l'acclimatement, nous prouve que le climat est loin d'y être défavorable à la race humaine, sur lequel il agit d'une manière spéciale pour produire dès la première génération, et même quelquefois dès l'acclimatement, une constitution tout à fait spéciale, la constitution créole. Si cette constitution ne peut que rarement se parer des formes mâles et athlétiques de l'Europe, elle n'affaiblit cependant et n'altère en rien les ressorts de l'intelligence humaine; elle offre même un cachet original digne de toute notre attention, et dont les créoles peuvent s'enorgueillir comme d'un type national. Dans les Antilles, même les plus malsaines, là où règnent continuellement les fièvres intermittentes et les engorgemens des viscères qui leur succèdent, on ne rencontre pas, comme en Europe, la série d'infirmités et de faiblesses qui végète à côté de la force et de la santé. On y aperçoit rarement un bossu et rarement un paralytique; l'on n'y voit point le rachitis et le scrofule avec leur hideux cortége, et jamais on n'y retrouve ni le goître, ni le crétinisme, maladies si communes dans les grandes villes et dans plusieurs vallées d'Europe. La fertilité du sol, qui fournit facilement à tous les besoins, et la douceur du climat, sont sans doute les principales causes de cette modification. Ces différentes circonstances en déterminent d'autres qui ne sont peut-être pas moins importantes, mais qui sont moins connues. La coloration noire des cheveux, une puberté plus hâtive, la précocité d'une barbe très fournie, et la teinte uniformément brune de la peau, caractères qui distinguent en général les habitans du midi de l'Europe des peuples du Nord, disparaissent presque entièrement et d'une manière fort remarquable sous le climat brûlant des colonies, où elles sembleraient au contraire devoir se développer avec plus d'activité. La puberté n'est pas, chez les créoles, aussi précoce qu'on le croit communément, M. Levacher la fixe vers l'âge de 15 à 17 ans pour le sexe masculin, et de la douzième à la quinzième année chez le sexe féminin. Comme en Europe, encore, et avec des exceptions en tout point semblables, le caractère de la nubilité disparaît chez les femmes vers l'âge de 40 à 46 ans, mais le climat les flétrit jeunes encore et paraîtrait vouloir leur tenir compte de ses rigueurs en les conduisant souvent à des longévités surprenantes.

Quelque élevée que paraisse pour nous la température des Antilles, celle du Sénégal l'est bien plus encore, ainsi qu'il ressort du tableau suivant, que nous empruntons au travail de M. Thévenot.

	MARTINIQUE.		CAYENNE.		SÉNÉGAL.	
Maximum....	28°	en sept.	23°	en nov.	35°	en févr.
Minimum....	16° 44	janv.	19°	mars.	11°	id.
Moyenne....	21° 79	mars.	20°	id.	25°	id.

Il résulte de ce tableau que la température moyenne est plus élevée au Sénégal qu'aux Antilles, et que le maximum surtout est bien plus grand. Ces différences servent à expliquer en partie celles que présentent certaines maladies, là très bénignes, ici presque toujours mortelles.

La température élevée n'est pas la seule cause de la gravité qu'offrent la plupart des affections au Sénégal, dont le sol brûlé par le soleil dans la saison sèche est inondé par les eaux dans l'hivernage, et qui offre tous les dangers des terrains bas, plats et marécageux. La chaleur de la zone torride, la direction de certains vents, etc., sont les causes secondaires qui en développent l'insalubrité, ainsi que le démontrent les recherches météorologiques et topographiques que M. Thévenot a placées au commencement de son volume, et dont les principaux résultats diffèrent peu de ceux auxquels était arrivé Lind, l'un de ceux qui ont le mieux étudié les pays chauds.

Une autre cause non moins active de maladies, au milieu de ces terres envahies par les sables, ou par l'Océan, desséchées par un soleil dévorant ou submergées par les pluies, c'est l'activité avec laquelle marche la végétation pendant les trois ou quatre mois d'hivernage et la rapidité avec laquelle leurs débris se décomposent et fournissent des miasmes délétères. Depuis la plus humble plante jusqu'au baobab gigantesque, et dont plusieurs qui existent aujourd'hui passent pour avoir été contemporaines du siècle auquel les traditions bibliques rapportent la création, en trois mois les végétaux parcourent leurs périodes d'accroissement.

M. Thévenot, après être entré sur la végétation du Sénégal et des contrées qui le dominent dans des développemens pleins d'intérêt, et où nous avons surtout remarqué ce qu'il dit du baobab, dans le tronc duquel les indigènes se creusent de grandes salles pour leurs conseils, sur l'origine de la gomme, qui n'est qu'une exsudation morbide, une espèce d'hémorragie des sucs nourriciers de l'arbuste qui la produit, lequel reste toujours faible et rabougri, et sur les plantes alimentaires, qui ne sont qu'en petit nombre au Sénégal, donne la liste des animaux qui vivent dans ces contrées. Parmi ces derniers, nous avons remarqué une espèce de sangsues, qui abondent dans les marais du Sénégal, mais sont douées de peu d'activité; il en faut, suivant l'auteur 80 ou 100 pour produire l'effet qu'on obtiendrait avec 25 ou 30 sangsues de France. La découverte de ces annélides précieux remonte seulement à 1819, mais l'emploi n'en fut généralisé à St-Louis que huit ans plus tard.

Nous trouvons des documens intéressans dans la statistique comparée des habitans du Sénégal qui vient ensuite, sur les races auxquelles appartiennent les habitans du Sénégal, ce qui amène l'auteur à jeter un coup-d'œil sur les différentes races noires qui habitent ces contrées de l'Afrique, et parmi lesquelles il en distingue deux spécialement : celle qui habite les hautes plaines de l'Afrique et celle qui vit sur les plaines littorales. Les premiers, qui occupent le plateau de l'Éthiopie, et sont disséminés sur les terrasses supérieures du Soudan occidental, et sont plutôt cuivrés que noirs, sont les plus favorisés par la nature de leur climat. Les seconds, tous plus ou moins noirs, sont doués d'une conformation spéciale, qui les met au-dessous des premiers. Une élévation de 800 toises au-dessus de la mer serait, d'après M. Thévenot, la cause réelle qui sépare le nègre de l'Abissynie de celui du Sénégal, tous deux placés sous une latitude semblable. De là une couleur, des traits, une intelligence qui fondent réellement deux races ou deux variétés bien distinctes, dont l'une serait le passage naturel vers la race blanche. Quant au nègre lui-même, considéré d'une manière générale, et comparativement au blanc, M. Thévenot croit qu'il est difficile de ne pas admettre chez lui un degré d'infériorité; mais il est porté à penser que le défaut d'excitation est plutôt la cause du défaut de développement que l'organisation primordiale.

Les recherches statistiques que M. Thévenot a tentées sur les indigènes ne nous fournissent aucun résultat important. Les noirs, qui font les onze douzièmes des habitans de St-Louis, sont les plus insoucians comme les moins éclairés des hommes. On n'a pu jusqu'à présent les soumettre à déclarer les naissances ou les décès. Leurs mariages, ou plutôt l'union temporaire qu'ils forment avec plusieurs femmes, échappent surtout aux recherches qu'on pourrait faire. D'un autre côté, un grand nombre d'étrangers, noirs ou Maures, affluent chaque jour, séjournent et partent, sans donner avis de leur présence, de sorte que le chiffre réel de la population noire est lui-même incertain. Il en est de même de la population blanche, qui se compose de Maures et d'Européens sédentaires. Les premiers, placés en-dehors de nos lois, et toujours nomades, ne peuvent

fournir les élémens d'aucune recherche statistique. Parmi les derniers, un grand nombre quittent la colonie ou y arrivent pour se faire inscrire sur les registres de la police. Aussi, malgré toutes les peines qu'a prises M. Thévenot pour rechercher les lois de la mortalité qui pèse sur ces différentes classes, nous n'arrivons sur beaucoup de points qu'à des documens fort imparfaits. Il paraît cependant probable que les Européens peuvent espérer de vivre au Sénégal aussi longtemps que les indigènes. Voici sur l'âge auquel ces derniers arrivent ce que nous trouvons de plus positif. L'âge le plus avancé pour 82 indigènes est 75 ans; sur ce nombre, 7 avaient passé l'âge de 60 ans et trois étaient échelonnés de 70 à 75. L'âge le plus avancé présenté par 100 femmes indigènes est 100 ans; sur ces 100 femmes, 13 avaient passé 60 ans et étaient distribuées dans l'ordre suivant :

De 60 à 69	4
70 à 87	6
90 à 95	2
100	1

Le document le plus important qui ressort des recherches de M. Thévenot sur ce sujet est ce qui est relatif à l'influence qu'exerce le lieu d'où viennent les Européens qui se rendent au Sénégal sur la proportion des décès. Ce fait, qui a été déjà signalé ailleurs, est d'une grande importance, et devrait être connu et médité de tous ceux qui s'occupent de projets de colonisation, de ceux surtout qui sont chargés de les mettre à exécution. Il résulte, en effet, des observations recueillies au Sénégal que la plus grande mortalité pèse surtout sur les hommes du nord et de l'ouest de la France.

Ce fait ressort d'une manière non douteuse de la mortalité des Européens établis au Sénégal et de celle des marins qui n'y font qu'un séjour passager. Un autre fait qui n'a point échappé à l'attention de M. Thévenot et qui avait été déjà signalé par Lind, c'est la condition défavorable dans laquelle se trouvent les individus qui vont des états marécageux de l'Europe au Sénégal. « Les fièvres intermittentes contractées en Europe se réveillent sur le sol de l'Afrique, et bientôt s'accompagnent d'affections plus graves; c'est ce qui est arrivé à la fin de 1837. Sur quinze hommes venant de Rochefort et à peine convalescens de fièvre avec ou sans diarrhée, trois à peine étaient restés valides après six mois de la meilleure saison; cinq étaient morts de dysenterie aiguë ou chronique consécutive à la fièvre; deux avaient eu des hépatites très graves. » Le tableau suivant reproduit la mortalité des différentes classes d'Européens.

Européens sédentaires	1	sur	20
Marins de l'état	1		160
Marins du commerce	1		160
Soldats d'infanterie	1		7
Soldats d'artillerie	1		5
Officiers divers	1		200
Agens divers	1		5

Il y a dans ce tableau, qui est le résumé d'une partie importante du travail de M. Thévenot, des disproportions qui paraîtront presque incroyables, mais dont il rend parfaitement compte par les différences d'occupations, d'exposition aux causes d'insalubrité, d'éducation, de discipline, etc.

La mortalité qui frappe les simples soldats de la garnison, soit à Saint-Louis, soit à Gore, est surtout effrayante. Il y a peu d'hommes qui passent un hivernage sans entrer à l'hôpital; beaucoup y viennent cinq ou six fois. M. Thévenot a reconnu sur un calcul de six années que chaque homme de la garnison a, terme moyen, deux maladies et demie par an; mais ce qui, selon lui, doit le plus étonner, c'est bien moins le grand nombre de malades fournis par une si faible garnison que la grande résistance qu'opposent à la mort ceux qui sont si souvent frappés; « elle est telle que communément il ne faut pas moins de trois maladies pour tuer des hommes que la nostalgie et les excès devraient avoir affaiblis. Si la plupart des malades meurent de rechutes, il en résulte une conséquence bien intéressante, c'est qu'en prévenant celles-ci on préviendrait souvent la mort. On n'y parviendra qu'en disposant d'avance ce qui est nécessaire à l'évacuation des convalescens. Les soldats seront alors dans le cas des autres Européens qui, à peine frappés, fuient à la mer l'ennemi dont ils savent bien qu'ils ne se débarrasseront que par ce moyen. »

Ne terminons pas ce qui a rapport à la statistique de ces pays qui dévorent si rapidement l'existence des hommes, sans dire que M. Thévenot a prouvé par la comparaison de deux séries de six années chacune, que la mortalité a diminué au Sénégal depuis sept ans,

A Saint-Louis, de	1/2 pour 100;
A Gore	1/4 pour 100.

Et cependant il indique un bon nombre d'améliorations qui pourraient être apportées, tant dans l'organisation civile et militaire que dans les habitudes hygiéniques de la population. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette partie de ce travail que nous recommandons à ceux que ces questions intéressent, espérant que la bonne volonté du gouvernement se manifestera autrement que par des efforts impuissans; impuissance qui résulte nécessairement de la mauvaise direction qu'on leur a donnée. La décision du ministre de la marine qui a ordonné la publication de ce travail nous semble une garantie que les vœux de l'auteur seront accomplis.

Nous avons assez longuement parlé jusqu'ici de l'hygiène et de la mortalité des pays chauds, il nous reste à examiner ce qu'il peut y avoir de nouveau dans ces deux ouvrages sur les maladies de ces pays.

Un chapitre spécial est consacré dans l'ouvrage de M. Thévenot aux maladies propres aux colonies et spécialement au Sénégal, et nous y trouvons que *la fièvre rémittente et intermittente, la dysenterie, l'hépatite* et *la colique nerveuse* y sont les ennemis les plus redoutables des Européens. « La clé de la pathologie au Sénégal, dit l'auteur, est toute dans l'étude des fièvres intermittentes. Ce sont elles qui font la gravité de toutes les autres maladies; car il en est bien peu qui n'en dérivent plus ou moins directement; aussi la dysenterie, l'hépatite, les coliques nerveuses ne sont si souvent mortelles qu'à cause de la préexistence des fièvres. »

Les maladies cutanées sont rares au Sénégal; M. Thévenot n'y a jamais vu l'érysipèle de la face, la rougeole, la scarlatine, ni la miliaire; la variole, au contraire, est assez commune dans les villages voisins de Saint-Louis où les marabouts s'opposent à l'introduction de la vaccine.

Les bronchites et les maladies pulmonaires sont communes chez les noirs, mais la phthisie paraît être rare chez eux. Les mêmes maladies sont rares chez les Européens résidant au Sénégal, car le refroidissement de la peau en sueur qui produit chez l'Européen en Europe et chez le noir dans sa patrie une phlegmasie thoracique produit plutôt une hépatite chez l'Européen au Sénégal. Singulier effet de l'acclimatement qui change et renverse ainsi l'activité des organes et leurs sympathies. Si les phlegmasies cérébrales et la folie sont rares chez les noirs, si dans leurs fièvres le délire n'offre ni l'activité ni l'énergie qu'il présente chez les blancs, chez eux les affections convulsives prédominent; c'est le système cérébro-spinal qui s'affecte chez eux comme le cérébral chez l'Européen. Si la folie est rare chez eux, l'idiotisme est, au contraire, assez commun.

La fièvre jaune, lorsqu'elle se manifeste au Sénégal, n'épargne pas les indigènes.

Nous retrouvons dans le travail de M. Levacher toutes les maladies que nous venons d'indiquer sommairement et beaucoup d'autres encore classées et décrites avec assez de développemens pour qu'on puisse les y étudier avec avantage. Quelques-unes mêmes et celles surtout qu'on sait être particulières à la race noire ont été traitées avec beaucoup plus de développemens qu'elles n'en avaient reçu dans la première édition et que ne leur en ont donné le petit nombre d'écrivains qui s'en sont occupés jusqu'ici; nous signalerons entre autres les articles *mal d'estomac, crabe* et *pian*. Cette dernière surtout y est présentée sous un jour tout nouveau. Nous avons lu avec intérêt l'historique de cette maladie qu'on croyait à tort originaire des côtes occidentales de l'Afrique, tandis qu'il est probable qu'elle existait et était même très répandue en Europe à une époque déjà fort reculée; ainsi qu'il ressort de son étymologie même qui vient d'être fixée avec un rare bonheur par l'auteur; en effet le mot *pian* est un mot de l'ancien celtique qui signifiait *peine, trouble, angoisse*, et a conservé cette signification dans la langue irlandaise.

Quelques mots sur les poisons des Antilles et un formulaire qui occupe près de cent pages terminent le travail de M. Levacher, qui a réellement gagné beaucoup à cette seconde édition; elle aura, nous n'en doutons pas, tout le succès qu'a eu la première, et auquel les travaux consciencieux de l'auteur lui donnent de justes droits.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies. (Fin.) — Mémoire sur le traitement de la pneumonie des vieillards par les émissions sanguines et le tartre stibiéà haute dose. (Fin.) — II. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences: séance du 28 septembre. — Académie de médecine: séance du 6 octobre. — III. CORRESPONDANCE MÉDICALE. Observation de toux qui a duré quatre ans. — IV. VARIÉTÉS. — V. FEUILLETON. Lettre sur les sociétés de secours mutuels.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

EXAMEN DES DOCTRINES REÇUES JUSQU'À CE JOUR SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES; lu à l'Académie royale de médecine le 13 juillet 1840; par J.-F. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

(Suite et fin. — Voir les numéros 37 et 39.)

QUATRIÈME ÉPOQUE. — DE 1750 JUSQU'À NOS JOURS.

Avant d'entrer dans l'examen des travaux de cette dernière époque, jetons un coup d'œil rétrospectif sur celles qui l'ont précédée, et essayons d'en bien déterminer le caractère.

Dans l'époque ancienne, les praticiens ne connaissent ni l'anatomie normale ni l'anatomie pathologique; ils n'ont pas même cette ressource de l'opération qui met au moins la hernie à nu; ils en sont réduits aux phénomènes extérieurs: la dureté de la tnmeur, qn'ils interprètent par l'accumulation d'excrémens durcis, et la douleur qu'ils interprètent par l'inflammation.

Dans la deuxième époque, l'anatomie normale ou pathologique fait défaut encore; mais comme on a la hardiesse d'opérer, on s'aperçoit facilement que l'intestin hernié est plus distendu par des gaz que par des matières, et que la réduction exige quelquefois le débridement de l'orifice abdominal. On réunit alors pour expliquer la dureté de la tumeur les flatuosités aux matières fécales, et à l'inflammation on ajoute l'étroitesse de la rupture supposée du péritoine.

Dans la troisième époque, on commence par faire table rase des opinions antérieures. La nécessité du débridement frappe seule les opérateurs; mais privés tout d'abord des secours de l'anatomie phathologique, ils se confient aux fausses clartés d'une anatomie descriptive mal faite; tant que celle-ci décrit trois anneaux, on admet un étranglement multiple; quand le scalpel ne trouve plus qu'un seul anneau, on revient à l'étranglement simple. Cependant l'anatomie pathologique apporte lentement ses enseignemens directs; on commence par négliger les premiers faits, on interprète mal les seconds; et quand enfin ils se sont assez multipliés pour forcer les convictions, tout au plus leur fait-on une place dans la théorie ancienne, mais en conservant à cette théorie une valeur égale ou même supérieure à celle des faits qui tendent à la détrôner.

Et maintenant quel sera le rôle de l'époque moderne? Va-t-elle enfin ouvrir les yeux à la lumière, rejeter dans l'ombre les présomptions hypothétiques, les faits incomplets et sans valeur, pour mettre au premier rang les faits directs, authentiques, incontestables? Hélas! nous n'en sommes pas encore là. Nos prétendus sectateurs de Bâcon tiennent de trop près à l'école cartésienne; et ils tiennent davantage à une hypothèse qui satisfait leur *raison* qu'à un fait positif qui les dérange. Nous avons hérité de toutes les doctrines du dix-huitième siècle, sans prendre la peine de les vérifier; et si nous y avons ajouté quelque chose, c'est encore le plus souvent en suivant la même marche, et procédant par voie d'hypothèse et de dédnction.

Pour ce qui regarde l'étranglement par le collet du sac, il est resté

Feuilleton.

LETTRE SUR LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Par M. le docteur PADIOLEAU, de Nantes.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser quelques observations sur une institution dont les journaux de médecine ne s'occupent guère, et qui me semble pourtant avoir une grande importance sociale, puisqu'elle embrasse la classe des ouvriers tout entière, et qu'elle peut influer sur la santé, sur la vie, sur le bonheur de chacun d'eux, d'une manière bien puissante, tout en offrant à la médecine un champ d'observations nouvelles.

Ce sont les sociétés de secours mutuels établies aujourd'hui dans plusieurs villes de France, mais dont Nantes peut se glorifier à bon droit d'avoir été une des premières à en comprendre l'utilité et à en signaler les avantages.

Dirigé par des hommes pleins d'activité, dont la sollicitude paternelle, bienveillante et éclairée s'étend à tous, le comité des secours mutuels de notre ville a trouvé dans l'appui du conseil général et du conseil municipal, de même que dans les ressources de la philantropie publique, les moyens de se soutenir, de s'accroître, et d'assurer ainsi son existence.

Treize francs par an, telle était d'abord la rétribution exigée de chaque ouvrier qui désirait se faire recevoir sociétaire; mais l'expérience ayant prouvé que cette somme n'était pas suffisante, puisque les dépenses s'élevaient toujours au-dessus des recettes, on demande actuellement seize francs par an, et, de plus, cinq francs de droit d'entrée par chaque nouvel associé.

Et avec cette faible rétribution, chaque ouvrier a droit, en cas de maladie, aux soins du médecin, à tous les médicamens qui lui sont nécessaires, et, de plus, il reçoit un franc par jour pendant tout le temps que son travail reste interrompu.

Ces avantages, déjà si grands, ne sont cependant pas les seuls que trouve l'ouvrier en entrant dans la société des secours mutuels.

Et, en effet, il reçoit au sein de sa famille des soins assidus et constans qu'il eût été obligé d'aller chercher à l'Hôtel-Dieu qui, dans une foule de circonstances, ne peut satisfaire, faute de lits, aux besoins de la classe indigente; car, si l'on en excepte l'hospice des aliénés, nous n'avons à Nantes qu'un seul hôpital beaucoup trop petit pour une population de 70 à 80 mille âmes.

Aussi, tandis que le malheureux attend, pour entrer à l'hôpital, une place réclamée quelquefois par quatre ou cinq individus, dans la saison des maladies, l'ouvrier sociétaire, sans quitter sa famille, sans abandonner ses habitudes, appelle, dès les premiers jours de sa maladie, le médecin de sa section qui lui pro-

universellement admis à partir de 1750, mais dans des conditions variables, et deux opinions se partagent encore aujourd'hui notre monde chirurgical. La première est celle de l'école française, représentée par l'Académie royale de chirurgie, suivie en Italie et en France; elle professe que l'étranglement par le collet est plus fréquent que celui par l'anneau ou les anneaux, tandis que l'école anglaise enseigne la proposition contraire. Il ne sera pas sans intérêt de rechercher comment les deux partis en sont arrivés à des conclusions si opposées.

L'Académie de chirurgie n'avait rien publié sur ce sujet depuis le mémoire d'Arnaud; on ne trouve même rien qui y ait rapport dans le fameux mémoire de Goursaud, sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure: REMARQUES SUR LA DIFFÉRENCE DES CAUSES DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES. Mais à côté de ce mémoire, dans le même volume publié en 1768, il y a un travail de Louis qui nous montre le chemin qu'avaient fait à Paris les idées de Ledran et d'Arnaud. Louis combat la méthode de débridement proposée par Petit sans ouverture du sac; *l'on ne peut nier*, dit-il, *que le rétrécissement du sac dans le passage ne soit une cause très fréquente d'étranglement*; et un peu plus loin, il ajoute:

« On ne disconvient pas qu'en beaucoup de cas la hernie ne puisse être réduite après qu'on a ouvert le sac herniaire, sans faire incision à l'anneau; les parties sont sous les yeux; c'est souvent leur *implication*, ou la surcharge des matières qui empêche la réduction, *ce n'est presque jamais le resserrement de l'anneau; il arrive au contraire très communément qu'il est beaucoup plus dilaté dans le cas d'étranglement que dans l'état ordinaire qui permet librement l'issue et la rentrée des parties*; on peut donc quelquefois les dégager et les réduire sans débrider l'anneau. »

Plus loin encore: « *Le sac herniaire a plus souvent besoin d'être incisé dans le détroit de l'étranglement que l'anneau même.* » Et enfin comme conclusion: « *La nécessité d'inciser l'anneau et le sac herniaire à l'endroit de l'étranglement fera toujours prévaloir le procédé ordinaire* (1). »

Cela est net et tranchant; mais bien que ces paroles de Louis semblent le rapprocher de l'opinion que je mets en avant, je ne saurais leur accorder scientifiquement plus de valeur qu'elles n'en méritent. Le sac herniaire a plus souvent besoin d'être incisé que l'anneau même! Et qu'en savait Louis? Quelles recherches avait-il faites à cet égard? Avait-il seulement bien étudié le canal inguinal? Savait-il qu'au-delà de l'anneau du grand oblique il y en avait un autre, tout aussi capable de produire un étranglement? Non, en aucune manière; et j'ajouterai quelque chose de plus étonnant: Louis n'avait pas même suffisamment étudié et compris les observations de ses devanciers; il niait les plus importantes.

Nous avons rapporté les cas de hernies réduites en masse observées par Ledran et Arnaud, et particulièrement celui où cette rentrée en bloc fut constatée par l'autopsie. Mais cela choque les idées de Louis; il ne comprend pas un pareil phénomène, donc le phénomène est impossible; donc ceux qui l'ont vu ne l'ont pas vu. Il rapporte littéralement ce passage si clair, dans lequel Ledran raconte que, pour extraire l'intestin, il lui fallut ouvrir le sac avec des ciseaux; et il traite ceci *d'erreur grossière*; et il s'écrie: *Laisserons-nous dégrader l'art le plus utile à l'humanité en tolérant des principes aussi défectueux* (1)?

Il n'y avait là ni principes, ni dégradation; il y avait un fait nouveau et conséquemment un progrès de l'art, et ce fait s'est tellement répété depuis qu'on rirait du chirurgien qui oserait encore le nier. Mais c'était ainsi qu'on traitait alors la science, tant la trompeuse philosophie de Descartes avait dominé les plus heureuses intelligences; et cette façon de raisonner n'était pas seulement propre à la France; Percival Pott, en Angleterre, niait également les faits de Ledran par cette raison miraculeuse qu'il ne les comprenait pas!

Un partisan plus éclairé de l'étranglement par le collet du sac fut Scarpa. Il avait étudié les observations de ses devanciers; il avait disséqué un grand nombre de sujets atteints de hernies inguinales, et plusieurs qui avaient souffert l'étranglement; et il était en droit de conclure que *le resserrement du col du sac herniaire ne doit plus être regardé comme un accident rare, mais bien comme une des causes* LES PLUS FRÉQUENTES *de l'étranglement* (2). Quant à l'étranglement par l'anneau dans les hernies inguinales et crurales, Scarpa n'y arrête point son attention; il l'accepte comme démontré, et s'abstient d'en administrer aucune preuve.

Enfin, Dupuytren a été plus loin, et a essayé de fixer le rapport de fréquence de l'un et de l'autre étranglement. Ses dissections lui ont prouvé, dit-il, *que, dans le plus grand nombre des cas, le collet du sac hernié était la cause des accidens*, et il ajoute: « Le temps a sanctionné mes idées sur ce point, et je crois pouvoir maintenant établir que, sur neuf cas d'étranglement, *il y en a au moins six* qui sont dus à la constriction par le collet du sac. »

J'ai deux remarques importantes à faire sur ce texte: la première est que toutes les dissections rapportées par Dupuytren ont rapport à des étranglemens par le collet du sac, pas une seule à l'étranglement par les anneaux. Ainsi le grand chirurgien du dix-neuvième siècle se trouve dans la même direction et occupé au même travail que ses devanciers du dix-huitième; il est enchaîné par une théorie qu'il a reçue de tradition, et il accumule péniblement des faits positifs pour diminuer le domaine de l'hypothèse, sans se demander si cette hypothèse, qu'il n'ose attaquer de front, est appuyée sur quelque chose ou sur rien. Et là se trouve la justification de cette longue discussion que j'ai entreprise: Ledran, Arnaud, Scarpa, Dupuytren, et mille autres après eux, n'auraient jamais réussi à détruire la théorie ancienne, eussent-ils réuni des milliers de faits, parce qu'on leur aurait toujours opposé l'expérience contraire. Il s'agissait de faire voir en quoi consistait cette prétendue expérience, qui ne compte pas encore aujourd'hui un fait irréfragable pour la soutenir.

Une deuxième remarque, c'est que la proportion indiquée par Dupuytren est purement hypothétique, et n'a pas la moindre valeur positive. S'il avait consulté seulement ses dissections, il fallait dire que les anneaux ne produisaient jamais l'étranglement. S'il s'en rapportait à ses opérations, il n'était plus en droit de rien conclure. En effet, il est très certain que Dupuytren avait commencé l'étude des hernies inguinales sans connaître l'anatomie du canal inguinal, que sir A. Cooper n'avait pas encore

(1) MÉM. DE L'ACAD. ROY. DE CHIRURGIE, t. IV, p. 294, 295 et 297.

(1) Ibid, p. 307 et 309.

(2) Scarpa, TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, trad. française, p. 112 et suivantes.

digue les soins les plus assidus, et lui fait délivrer des médicamens préparés avec la plus scrupuleuse attention.

Il a pour garde-malade sa femme ou ses enfans, et se procure des secours hygiéniques qui favorisent la prompte et heureuse terminaison du mal dont il est atteint,

A l'hôpital, au contraire, où il ne se rend qu'alors que ses forces et ses ressources commencent à s'épuiser, et quand il souffre déjà depuis longtemps, il est déposé dans un espace encombré de malades, où il subit nécessairement l'influence du froid et toutes ses conséquences, en se levant pour satisfaire ses besoins, et en ne se couvrant pas suffisamment, faute de vêtemens de laine indispensables, quand il se trouve placé surtout dans le voisinage des fenêtres que la nécessité de renouveler l'air des salles oblige de tenir souvent ouvertes: il respire des miasmes malfaisans, malgré toutes les précautions possibles, et il vit constamment dans une atmosphère morbifique.

Puis, pense-t-on que des infirmiers à gages, restant rarement plus de trois à quatre mois dans les hôpitaux, et ne remplissant leur emploi que comme une corvée dont ils font supporter au pauvre patient le dégoût et l'ennui, puissent remplacer l'effet moral que les parens, par leurs soins et leur présence, produisent sur les malades?...

Aussi est-il facile de prévoir les heureux résultats d'une semblable institution. Sur 1,000 individus, depuis l'âge de 20 à 30 ans, il en meurt annuellement dans la vie civile de 12 à 14.

Eh bien! depuis dix ans bientôt que la société des secours mutuels est instituée, nous n'en avons encore perdu que 11 à 12 sur 1,000, comme il est facile de s'en convaincre par le tableau suivant:

2	décès en	1833	sur	259	ouvriers.
6	—	1834	—	563	
4	—	1835	—	812	
15	—	1836	—	978	
15	—	1837	—	1045	
19	—	1838	—	1045	
8	—	1839	—	1200	

Il est vrai que les ouvriers ne doivent être atteints, au moment de leur admission, d'aucune affection aiguë ou chronique; mais 1° cette règle n'a pas toujours été observée; aussi en a-t-on reçu dans le principe un très grand nombre d'une mauvaise constitution; de là le chiffre élevé de la mortalité dans plusieurs années, car nous verrons plus tard la phthisie pulmonaire décimer ces malheureux ouvriers.

2° Ce ne sont pas tous de jeunes hommes de 20 à 30 ans; car leur âge est compris entre 18 et 50.

Remarquons encore que ce sont des hommes qui composent le personnel de la société des secours mutuels. Or, nous savons que les chances de mortalité pèsent bien plus sur l'homme que sur la femme. Même à l'époque de la vie la plus critique pour la femme, M. Finlayson a constaté qu'en Angleterre la mortalité était chez elle inférieure à celle de l'homme. Et M. de Feligny a également prouvé que

déconverte ; et il ne paraît pas moins certain que plus tard, ses premières idées réagissant malgré lni sur ses nouvelles notions anatomiques, il ne distingnait pas soffisamment ce qui pouvait être attribué à l'anneau abdominal on au collet dn sac. Voyez plutôt la différence qu'il établit entre l'étranglement par *l'anneau :* il dit *l'anneau*, comme s'il n'en existait qu'nn.

« M. Dupuytren a encore rencontré nn grand nombre de fois la constriction à l'orifice de l'annean inguinal. Lorsque l'étranglement existe *à l'anneau*, c'est-à-dire à l'orifice inférieur du canal inguinal, la tumeur formee par la hernie ne s'étend pas au-dessus de ce point; tout le trajet du canal inguinal est vide, souple, indolent au toucher, et l'annean paraît serré, dur et tendu. Au contraire, lorsque l'étranglement est situé au collet du sac herniaire, *c'est-à-dire à la hauteur de l'orifice supérieur du canal inguinal*, ce canal est constamment plein, dur, doulonreux, et offre au toucher la sensation d'une tumeur cylindrique, dirigée de has en hant et de dedans en-dehors... Ces indications n'ont jamais trompé M. Dupuytren, et nous avons constamment vu l'opération justifier le diagnostic qu'il avait porté d'avance sur le siége de l'étranglement.

« Avec tont le respect que je porte à cette grande renommée, qu'il me soit permis pourtant de dire que cette symptomatologie aurait besoin d'être redressée en plus d'un point. Mais ce qui importe pour le présent, c'est de noter que Dupuytren, dans son diagnostic, confond absolument l'étranglement par le collet du sac et celui de l'annean abdominal, et qu'il expose ainsi sa doctrine à toutes les objections de l'école anglaise contemporaine.

Je ne saurais non plus omettre une assertion de Dupuytren, où certainement la théorie anatomique l'a emporté dans son esprit sur l'observation pratique. Il n'admet l'étranglement aussi fréquent par le collet du sac que pour les hernies inguinales : *cette disposition se retrouve plus rarement dans les hernies crurales et ombilicales : la structure des parties rend très bien compte de ces différences* (1). En ce qui concerne les hernies crurales, c'est une double erreur, erreur anatomique et erreur clinique. Dans cet article même, on rapporte trois observations de Dupuytren, dans lesquelles les hernies crurales étranglées au collet étaient rentrées en masse ; et toute proportion gardée, cet accident paraît plus fréquent pour les hernies crurales que pour les inguinales. Ajoutez que l'annean crural est beaucoup plus large dans l'état naturel qu'aucun des autres anneaux vasculaires.

Revenons maintenant à l'école anglaise, et voyons par quelle ligne de succession ses idées actuelles lui sont arrivées.

Peu d'années après la publication du traité d'Arnaud, en 1756, Percival Pott avait mis au jour un traité des hernies, qui fut réimprimé, avec des augmentations, en 1763. Il serait curieux peut-être de comparer les deux éditions, et de constater si la doctrine de l'auteur avait subi des modifications de l'une à l'autre. Mais je n'ai sous les yeux que la traduction française, et, en conséquence, c'est la doctrine définitive de Pott que je vais exposer. Or, le point capital de cette doctrine, c'est l'étranglement par l'annean, par un annean unique : car ceux qui en ont décrit trois, et notablement Chéselden, « ont suivi leur imagination plutôt que la nature. » Pott admet que l'action du bandage peut resserrer cet anneau, idée qui

(1) Leçons orales de Dupuytren, 2[e] édit., t. III, p. 543 et 548.

était venue aussi à J.-L. Petit. Il n'ignore pas cependant les observations de Ledran, et il a une section spéciale où il traite *de l'étranglement de l'intestin causé par le col du sac herniaire*. Mais on dirait qu'en cet endroit l'écrivain anglais obéit à je ne sais quelle aveugle jalousie nationale, tant il cherche à rabaisser la découverte du chirurgien français. Il avance que cette sorte d'étranglement était connue bien avant Ledran, et que c'était une des raisons pour lesquelles les praticiens avaient toujours conseillé de diviser le sac ; et plus loin il ajoute, que *cette découverte supposée* ne peut être pour l'opérateur *absolument d'aucune conséquence.* Tout cela ne prouve qu'une connaissance fort peu exacte de l'histoire de la chirurgie, et une grande légèreté à conclure. Pott lui-même s'était exprimé d'une façon un peu différente dans son travail sur la hernie inguinale. « Comme cette espèce de hernie, disait-il, est sujette à l'étranglement et à toutes ses suites fâcheuses, et qu'elle est, par conséquent, dans le cas d'avoir besoin de l'opération chirurgicale, *il est très à propos que le chirurgien sache qu'une vieille hernie, qui était originairement congéniale, est exposée à un étranglement causé par le sac lui-même*, et indépendant du tendon abdominal, aussi bien qu'à celui qui est occasioné par ce tendon (1). »

Ainsi, ce que Nuck avait fait pour la hernie congéniale chez la femme, Pott à son tour le faisait pour celle de l'homme. Que l'on se demande maintenant pourquoi la possibilité de l'étranglement par le collet du sac, si insignifiante quand elle résulte des observations de Ledran, acquiert, au contraire, de l'importance quand c'est Pott lui-même qui croit l'avoir découverte ; c'est une de ces petites difficultés que l'amour-propre des auteurs a rendues trop fréquentes dans les sciences. Contentons-nous de constater que le chirurgien anglais a reconnu par des autopsies directes l'étranglement du collet chez les enfans ; et ajoutons que, s'il admet encore chez eux l'étranglement par l'anneau, c'est qu'il est sous l'influence de la doctrine traditionnelle. Il rapporte, en effet, quatre observations de hernies congéniales. Dans un cas, il n'y avait pas d'étranglement ; on opéra néanmoins ; mais comme il n'est pas fait mention de l'état du collet, nous n'en pouvons rien conclure. Dans un autre cas tout semblable, l'opération également faite, *la partie supérieure du sac était si étroite qu'on aurait bien pu se tromper en la prenant pour un étranglement fait par le tendon*. Enfin, dans les deux autres observations, la hernie était étranglée, et l'autopsie fit voir que l'étranglement siégeait au collet du sac (2).

Vous le voyez, nous arrivons toujours au même résultat ; le rétrécissement du collet constamment révélé par les autopsies ; l'étranglement par l'anneau demeurant toujours admis par la seule force du raisonnement et de la tradition. Voulez-vous un autre exemple de la manière dont les chirurgiens du dix-huitième siècle traitent les questions les plus positives? Pott déclare que *la hernie crurale n'est pas si sujette à l'étranglement que la hernie inguinale* ; et sur quoi se fonde-t-il? C'est que la hernie passe entre le ligament de Fallope et l'os iliaque ; ce ligament, *dans tout l'espace qui est entre ses deux points de connexion* (c'est-à-dire, selon Pott, entre l'épine iliaque et la symphyse pubienne), *est lâche et n'adhère à aucun os* ; le vide qui existe entre lui et l'os

(1) Œuvres chir. de P. Pott, trad. française, t. I, p. 289, 314, 382, 398.
(2) Ouvr. cité, p. 400, 464 et suiv.

---

la femme a un grand avantage sur l'homme, non seulement pour la vie probable après 40 ans, mais encore pour la vie moyenne ou la durée absolue.

Devons-nous, au reste, être surpris que la loi de mortalité sévisse avec plus de rigueur sur l'homme que sur la femme, quand nous savons que c'est lui qui est chargé des travaux les plus rudes, et qui s'abandonne plus facilement aux excès de tout genre? Aussi Hésiode avait-il remarqué que l'homme est l'abeille ouvrière et que la femme est le frélon qui dévore le miel que le premier a recueilli.

De plus, de toutes les conditions, n'est-ce pas celle de l'ouvrier qui doit offrir le plus de chances de mortalité. Sans parler, en effet, de tous les dangers auxquels l'expose à chaque instant sa profession, il est généralement mal nourri, mal logé, mal vêtu. Obligé de travailler continuellement pour vivre, il ne peut se donner ni les jouissances du riche, ni le calme laborieux du vigneron ou du laboureur. Aussi, cette matérialisation sans contrepoids, cet abus des forces physiques, et cet oubli des facultés morales qui émanent du génie même de l'époque actuelle, transforment pour ainsi dire l'ouvrier en une espèce de rouage occupé à créer aveuglément des richesses dont lui seul ne peut jouir. Les enfans, tout jeunes encore, sont exposés à un travail prématuré pour suppléer aux dépenses que nécessitent trop souvent l'inconduite et le désordre des parens.

De là il doit nécessairement résulter, comme l'ont démontré d'ailleurs les recherches de M. Ch. Dupin, que sous le rapport de la force, de la constitution, du développement physique, les populations industrielles offrent une différence affligeante avec celles des populations agricoles. Dans le tableau comparatif qu'il a pris soin de dresser entre dix départemens agricoles et dix manufacturiers, les premiers ne présentent, dans les conseils de révision, que 4,029 infirmes ou difformes, tandis que les derniers en offrent 9,930.

Comparez les habitans de Lausanne et de Neuchatel avec les mineurs du Cornouailles et du pays de Galles, avec les ouvriers de Liverpool, de Manchester, de Londres, etc. L'heureux habitant de la Suisse qui trouve le temps de se reposer, de lire, d'apprendre, de connaître, d'aimer, n'a rien de cette ardeur rénovatrice qui anime l'ouvrier d'outre-mer.

C'est que chez le premier, on trouve travail et repos, devoirs et plaisir, discipline et dignité; c'est que la pensée religieuse est profondément empreinte au fond de cette existence tout à la fois poétique et utile, tandis que le second n'a ni le sentiment du devoir, ni peut-être même celui d'une autre vie.

Aussi cette existence toute physique, sans repos, sans espoir, ne vaut-elle pas pour lui la peine d'être conservée. De là ces révoltes qu'engendre le terrible ferment de la misère et de la maladie.

C'est donc une pensée pleine de grandeur et d'utilité que celle qui a présidé à cette institution dont le but est de réunir un grand nombre d'ouvriers afin qu'ils puissent s'assister les uns les autres en se prêtant des secours mutuels. Elle est pleine de grandeur, puisqu'elle tend au perfectionnement moral et au bonheur de l'homme; elle est pleine d'utilité, médicalement parlant, par les documens scientifiques que cette institution peut fournir à l'hygiène et à la thérapeutique.

Et, en effet, que de questions incomplètes ne nous sera-t-il pas permis d'éclaircir, en répétant des recherches statistiques qui jusqu'ici ne paraissent pas assez rigoureuses ou qui laissent quelques doutes dans l'esprit d'un assez grand nombre de médecins ! En explorant, par exemple, les causes de la détérioration

iliaque *est rempli par la membrane cellulaire, la graisse et les glandes*; et, par une conséquence naturelle, *l'intestin y jouit d'un plus grand espace* (1). Pott a oublié cependant d'expliquer comment l'étranglement pouvait avoir lieu dans un espace aussi large; et si quelque élève l'eût interpellé à cet égard, il aurait été fort embarrassé de répondre.

C'est donc ainsi que procédait le premier des grands chirurgiens anglais du dix-huitième siècle qui se soit occupé spécialement des hernies. A son exemple, ceux qui le suivirent regardèrent comme une exception assez rare et de peu d'importance l'étranglement par le collet du sac. B. Bell attribuant, dans la plupart des cas, l'étranglement *au resserrement de l'ouverture de l'oblique externe*, racontait cependant qu'il avait vu *un exemple* d'étranglement par le collet; *et je sais*, ajoutait-il, comme s'il eût craint de porter seul la responsabilité d'un fait aussi extraordinaire, *que d'autres ont fait la même observation* (2). Hey, dans le remarquable chapitre qu'il consacre à la hernie étranglée, ne mentionne cet accident qu'une seule fois, en passant; et pour frapper son attention, il fallut que, dans le cours de l'opération, le col du sac herniaire au-dessous de l'anneau formât un rétrécissement si considérable qu'il eût peine à y introduire la sonde cannelée pour diriger le bistouri (3). Ainsi, tandis qu'en France la doctrine de l'étranglement par le collet du sac gagnait peu à peu du terrain sur celle de l'étranglement par l'anneau, en Angleterre, au contraire, elle semblait reculer. Nous avons vu jusqu'où Dupuytren avait fait progresser l'idée de l'école française; l'idée anglaise va être formulée d'une manière non moins tranchée par sir A. Cooper.

Sir A. Cooper venait cependant de faire faire un pas immense à l'histoire des hernies; il avait découvert le canal inguinal; il avait décrit deux anneaux au lieu d'un seul, et par là même tout ce que ses devanciers avaient écrit touchant l'étranglement par un anneau unique se trouvait frappé d'inexactitude, et, si j'ose ainsi parler, de déchéance. Deux anneaux, cela impliquait deux siéges de l'étranglement : et comme les esprits les plus élevés se laissent fréquemment entraîner à caresser leurs découvertes, A. Cooper fait une large part à l'anneau qu'on avait méconnu jusqu'à lui. « C'est à l'anneau inguinal, dit-il, que l'étranglement siége le plus habituellement dans les hernies anciennes et volumineuses; mais, *dans tous les autres cas*, son siége le plus ordinaire est à l'anneau abdominal. » Et plus loin : « ce n'est pas à l'anneau inguinal que se trouve le siége le plus habituel de l'étranglement, c'est plutôt à un pouce et demi, à deux pouces au-dessus, dans le lieu où le sac communique avec la cavité de l'abdomen. » Que restera-t-il donc pour le collet du sac? Sir A. Cooper veut bien admettre que « il est incontestable que l'étranglement a lieu *quelquefois* dans l'intérieur du sac; » et il en rapporte même quatre exemples; « *mais j'ai déjà dit*, ajoute-t-il, *que ce mode d'étranglement est beaucoup moins fréquent qu'on ne l'a avancé.* » Ceci n'est applicable cependant qu'à la hernie inguinale; le resserrement de l'orifice du sac *s'observe beaucoup plus fréquemment dans la hernie crurale*; et je ne veux pas oublier de dire que sir A. Cooper, en contradiction avec Pott et Dupuytren, mais, à mon avis, en complet accord avec les faits, insiste d'une manière toute particulière sur l'*imminence* de l'étranglement, sur la *facilité* de l'étranglement dans les hernies crurales (1).

Si vous dégagez des opinions théoriques qui les obscurcissent les assertions de Dupuytren et de sir A. Cooper, vous verrez que leur apparente contradiction voile en réalité une complète ressemblance. Que dit Dupuytren? Dans les six dixièmes des cas, l'étranglement siége plus haut que l'anneau inguinal. Que dit A. Cooper? Le plus habituellement, l'étranglement est à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus du même anneau. Jusque-là, ils expriment le fait pur et simple; ils sont d'accord. Mais vient la théorie, et Dupuytren dit : c'est le collet; tandis qu'A. Cooper répond : c'est l'anneau abdominal. Nous avons demandé au premier les preuves de sa théorie, et nous n'avons trouvé que des réponses incertaines. Sir A. Cooper sera-t-il plus positif? Je cherche dans tout son livre par quel moyen il s'assure que l'étranglement siégeant à cette hauteur est dû à l'anneau et non point au collet, et je ne trouve que ces quelques mots : « Le chirurgien (dans l'opération) porte le doigt dans le sac afin de reconnaître le siége de l'étranglement. Il le trouvera, soit à l'anneau inguinal, soit à un pouce et demi ou deux pouces de cet anneau (2); » et, dans ce dernier cas, l'auteur accuse l'anneau abdominal.

Mais s'est-il convaincu, par quelques autopsies, qu'alors en effet il avait affaire à l'anneau et non au collet? Il n'en rapporte pas une seule en preuve de son dire. Mais, dans ses opérations, a-t-il pris quelques précautions pour éviter la méprise? En aucune façon; et cette méprise, il ne l'a pas même soupçonnée. En résumé, il est besoin de l'en croire sur parole, et, à notre époque, cette garantie ne suffit pas. D'ailleurs, pour les partisans les plus effrénés de l'autorité, qui croire de préférence, de sir A. Cooper ou de Dupuytren?

Je répondrai sans aucune réserve : pas plus à l'un qu'à l'autre, lorsqu'ils s'écartent des faits. Or, j'ai lu et médité attentivement, une à une, toutes les observations de sir A. Cooper; il n'y en a pas une qui puisse faire preuve de l'étranglement par l'un ou l'autre anneau; bien plus, il a regardé la chose comme si bien admise, qu'il n'a pas seulement songé qu'elle eût besoin de preuve.

J'arrêterai ici cette exposition des doctrines modernes sur la question du siége de l'étranglement; non pas qu'il ne se trouve encore après Dupuytren et sir A. Cooper plus d'un nom illustre à jeter dans l'un ou l'autre plateau de la balance, s'il s'agissait ici de compter les voix. Mais je ne sache pas que personne, dans ces derniers temps, ait fixé une attention spéciale sur notre problème; chacun a gardé son opinion telle qu'il l'avait reçue, et nul n'a produit de faits nouveaux à l'appui.

Qu'il me soit permis cependant de faire remarquer que les partisans de l'étranglement par les anneaux n'ont pas suffisamment réfléchi à certaines considérations d'anatomie et de pathologie, qui ne s'accordent guère avec leur hypothèse. Les grands anneaux du ventre par lesquels s'échappent les hernies sont tous disposés pour livrer passage à des vaisseaux importans, et, à l'exception d'un seul, l'anneau ombilical, qui a une ten-

(1) Ibid, p. 390.

(2) B. Bell, Cours complet de chirurgie, traduit par Bosquillon, tom. I, p. 189.

(3) Hey, Practical observ. on surgery, 3e édit., 1814, p. 195.

(1) Œuvres chir. d'A. Cooper, trad. par MM. Chassaignac et Richelot, p. 236, 247, 248, 308 et suivantes. Voyez aussi, pour la fréquence de l'étranglement à l'anneau abdominal, une note d'A. Key, p. 220.

(2) Ouvrage cité, p. 246.

de l'espèce humaine, et de cette dégénération affligeante des classes laborieuses dans nos grandes villes, nous verrons si nous devons les rapporter uniquement à la disette et à la misère, comme tendent à le démontrer les recherches du docteur Villermé, et si on ne doit pas tenir compte d'autres circonstances qui ne paraissent pas moins importantes.

En multipliant les expériences de Fodéré, nous serons à même de nous assurer s'il est vrai que l'existence des ouvriers dans les villes est moins favorable à la longévité que dans les campagnes, et jusqu'à quel point la vie de communauté est préférable à la vie isolée; or c'est ici surtout qu'il nous sera facile d'étudier l'influence exercée par l'usage journalier de l'air, des alimens, de la veille, du sommeil et des travaux.

L'étude des diverses professions, sous le rapport de la santé, pourra nous fournir des documens précieux, en les considérant relativement aux lieux où on les exerce, aux gaz qui sont respirés et aux différentes attitudes qui peuvent altérer le développement de quelques-unes des parties du corps.

Les diverses préparations de cuivre, de plomb, de mercure donnent lieu à des phénomènes intéressans et qu'il convient d'étudier sur une large échelle. Que d'inductions utiles ne peut-il pas en résulter pour la thérapeutique! S'il est certain, comme l'a prétendu Ramazzini, que les ouvriers qui travaillent au cuivre n'ont jamais mal aux yeux, nous serons dès lors conduits à essayer le sulfate de cuivre dans les ophtalmies. Et déjà des praticiens distingués en ont vanté les excellens effets.

L'hérédité des maladies, la production des tubercules pulmonaires intéressent au plus haut degré la société tout entière. Que de faits n'aurons-nous pas à notre disposition pour résoudre ces différentes questions! Déjà le docteur Lombard, de Genève, a recueilli un assez grand nombre d'observations qui tendent à prouver combien la phtisie, si fréquente parmi les ouvriers soumis à l'influence des substances pulvérulentes, est rare parmi les bouchers, et combien est éloigné de la saine expérience le préjugé qui attribue à cette dernière classe d'hommes un caractère sanguinaire, uniquement peut-être parce qu'ils sont continuellement en présence de tableaux de destruction, et parce qu'il semble sans doute que tout doit concourir à leur endurcir le cœur et à glacer en eux presque toutes les émotions de la pitié. Enfin nous noterons avec soin ce qu'il y a de réel ou d'exagéré dans cette opinion qui attribue des effets si pernicieux aux établissemens d'où se dégagent des odeurs désagréables, ce qui donne lieu à de si nombreuses réclamations et à tant d'enquêtes. Nous n'oublierons pas non plus dans nos recherchcrches l'influence que peuvent exercer sur les dispositions morales des individus, et par suite sur celles des nations les habitudes journalières et la nature des diverses occupations.

Si nous ne nous abusons pas, le résultat d'un semblable travail sera une collection de faits d'une grande utilité pratique et peut-être même la source de découvertes importantes qui, tout en éclairant l'hygiène et la thérapeutique, pourront influer plus directement sur la santé et la vie de l'espèce humaine en général, et contribuer davantage au bonheur des individus, en fournissant au moraliste philosophe de nouveaux sujets de méditations.

Si des généralités nous descendons aux détails de l'application, nous allons nous convaincre de suite de la vérité et de la justesse de nos assertions.

dance naturelle à s'oblitérer, du moins dans le jeune âge, parce que ses vaisseanx sont oblitérés enx-mêmes, les antres ont été constitnés pour rester libres et onverts, parce que leurs vaisseaux subsistent et ne sanraient snbir de constriction sans donner lien à de graves désordres. Qu'arriverait-il du testicule, si l'anneau inguinal jouissait chez l'homme de la propriété de revenir snr lui-même comme l'annean ombilical? Que deviendraient les membres inférieurs, si l'annean crural, en se rétrécissant, allait étreindre à la fois la veine et l'artère crurales? Je ne sache pas qne pareille chose ait jamais été vue, et cependant, snivant la doctrine actuelle, c'est ce qui devrait arriver dans tous les cas d'étranglement herniaire par l'un des anneanx. Qnoi! la hernie inguinale serait serrée jusqu'à la gangrène, et le cordon testiculaire, nécessairement compris dans la même striction, la supporterait impnnément? Qnoi! l'étranglement porté dans la hernie crurale jusqu'à couper les tuniques internes de l'intestin, et tout à côté, et dans le même annean, la circolation s'exerçant sans trouble et saos effort dans l'artère et la veine? S'il en était ainsi, il y aurait dn moins dans la doctrine actuelle nne lacune à combler; il fandrait nous expliquer ces étranges immunités des vaisseaux cruranx et du cordon testiculaire, parfaitement rebelles à la théorie, qnoique si bien établies par l'expérience.

Mais, après tout, ce ne sont plus des théories et des explications, ce sont des faits qu'il faut à cette heure; et afin que les faits à venir se prodnisent avec tonte leur netteté et toute lenr pnissance, il est essentiel encore que nous fassions justice de denx antres hypothèses qui ponrraient jusqu'à un certain point inflnencer le jugement des observateurs. Comme elles sont plus récentes, elles n'ont pas en jusqu'ici autant de succès qne leur aînée, et, toutefois, elles se présentent aussi sous d'illnstres patronages. La première a été établie par l'Académie royale de chirurgie, et elle a principalement trouvé créance dans l'école française; l'antre est d'origine germanique, et sir A. Cooper a cherché à la propager.

En 1768, dans le qnatrième tome des MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE, il parut un mémoire de Goursaud, chirnrgien d'ailleurs pen connu, *sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies.* L'autenr n'y touche pas même à la question de l'étranglement par l'annean on par le collet; quel qne soit l'orifice constricteur, il cherche par quel mécanisme la hernie s'étrangle. Alors déjà Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie, avait imposé à ses collègues nne nouvelle allure scientifiqne; il avait remis en honnenr une sorte d'érudition d'assez bas aloi, qui cherchait dans les autenrs des siècles passés des faits et des théories en accord avec les théories nonvelles, sans trop se soucier de remonter aux sources primitives et de vérifier la valeur de ses emprnnts. Nous avons vu que l'idée favorite des anciens, l'accnmulation des matières fécales dans la hernie, déjà un peu déchne an seizième siècle, avait été entièrement rejetée an dix-septième; le mémoire de Goursaud était destiné à la remettre en vigueur. On reconnaît ce bean dessein dès les premières lignes du mémoire :

« Les anciens ont été fort attentifs à distingner les différentes causes de l'étranglement dans les bernies, et à donner les signes par lesquels elles se manifestent. Cette maladie est si commune qne les occasions de l'observer sont pour ainsi dire journalières; cependant la doctrine des anciens maîtres, fondée en expérience et en raison, a été entièrement négligée dans la pratique au grand préjndice des malades. »

Le lecteur sait à quoi s'en tenir sur la doctrine si bien fondée des anciens maîtres; voyons quelle va être celle de Goursaud.

Il y a deux espèces d'étranglemens : l'un *par inflammation*, quand la coustriction est forte; tels sont les cas où l'on a vn la gangrène survenir an bout de trente-six heures. Vous imaginez-vous que l'auteur se mette en peine de pronver que l'inflammation est ici la cause des accidens? Vous seriez dans une grave errenr; il affirme, et ne rapporte pas même nne seule observation en preuve. La deuxième espèce est dite *par engouement de matières;* elle est établie sur nn passage de Franco, appuyé de l'antorité de Couillard, et de quelques observations parfaitement insignifiantes ponr l'objet en discussion, savoir : que l'étranglement est causé par nn engouement des matières. Chose étrange! il a cependant suffi d'nne simple et pnre allégation de Gonrsand pour faire admettre en France une théorie aussi peu fondée; théorie qne la pratique seule aurait suffi à renverser, et qui n'a pn tenir contre les plus simples expériences. J'ai rapporté dans mon ANATOMIE CHIRURGICALE les expériences de B. Travers, corroborées par celles de M. Jobert; sans doute il y a plus d'un reproche à leur faire, et je ne voudrais pas dire qu'elles représentent toujonrs exactement ce qui se passe chez l'homme; mais enfin ce sont les seuls faits directs qne possède encore anjourd'hui la science; et de ces premiers faits il résnlterait que dans le prétendn étranglement par l'inflammation, il n'y a pas inflammation, mais gangrène; que dans l'étranglement par engouement des matières, il n'y a pas engonement des matières, mais inflammation.

L'antre hypothèse est due à Richter, qnl, à la suite des chirnrgiens anglais, niait la fréqnence de l'étranglement par le collet, mais qui admit, en revanche, un étranglement *spasmodique*, un étranglement *bilieux*, et qnelques antres dn même genre. L'argumentation de Richter est curieuse.

« Il y a nn étranglement bilieux; et ponrquoi l'irritation biliense ne produirait-elle pas aussi bien un étranglement de hernie qu'un miserere? »

Saisissez-vous la force de cet argument : *et pourquoi pas?* J'admets telle chose, prouvez-moi que j'ai tort, bien qu'il me soit impossible de démontrer qne j'ai raison. Hélas! nons sommes rédnits pour riposter à Richter à recourir à cet axiome de l'école : *quod gratis affirmatur, gratis negatur.*

L'étranglement spasmodique est tont aussi positivement établi. *Il me paraît vraisemblable que telle et telle chose indique un étranglement spasmodique... Il ne paraît point invraisemblable que le siége du spasme est surtout dans les muscles du bas-ventre;* à quoi le tradncteur Rougemont ajoute très sériensement en note : *Schmidt confirme le sentiment de notre auteur.* Ainsi voilà *le sentiment* de Richter confirmé par *le sentiment* de Schmidt, qui probablement n'aura pas manqué de s'appnyer à son tour du sentiment de Richter. Au reste, déjà celui-ci se défendait d'avoir eu le premier cette idée, et il avait appelé à son aide le sentiment de Schmucker.

Ainsi qu'il a été dit, la théorie de Richter a obtenn très peu de faveur parmi nous. En Angleterre, sir A. Cooper la regarde comme *difficile à admettre quand la constriction siége à l'anneau inguinal.* « Mais quand l'étranglement siége à l'anneau abdominal, une portion de l'intestin, s'engageant au-dessous du bord des muscles petit oblique et transverse, exerce sur eux une compression qni les excite à se contracter et

---

Les constitutions médicales, admises par les uns, niées par les autres, et qui reviennent à chaque page, quand on lit les ouvrages des Stoll, des Baillou, des Sydenham, semblent, en effet, trouver leur confirmation daos le petit nombre d'années qne compte cette institution.

C'est ainsi qu'en parconrant le tablean des maladies dont nos ouvriers ont été atteints depuis 1833 jusqu'à 1838, tableau que j'emprunterai au travail important de mon collègue et ami le docteur Marcé, nous verrons que les dispositions qui travaillent les individus avant et après une épidémie révèlent une *cause générale* agissant naturellement sur ceux qu'une condition morbide y rend plus accessibles.

Eo 1833, le choléra exerçait ses ravages à Nantes; eh bien! en 1834 et 1835 nous voyons dominer les affections intestinales, tandis que dans notre ville les maladies des organes respiratoires sont de beaucoup plus fréquentes. Il y eut 99 cas de diarrhée biliense ou albnmineuse, 79 irritations gastriques, 67 fois coliques et diarrhée, 29 cas d'embarras gastro-intestinal; il y eut 27 dysenteriés, sur lesquelles 2 en 1834, 7 en 1835, 10 en 1836, 8 en 1737. Le choléra atteignit 12 de oos actionnaires : 2 en 1833, 8 en 1834, 2 en 1835. On compte 15 cholérines, 15 cas d'hémorroïdes, 17 gastralgies, 4 hématémèses et mœlena. En 1836, l'organisme commence à subir les modifications préparatoires de l'épidémie en grippe, qui éclate en 1837. Déjà elle apparaît sur quelques individus avec la forme sporadique. C'est uoe espèce de mouvement oscillatoire entre l'épidémie cholérique, qui finit, et les affectioos pulmonaires, qui vont s'établir. Enfin éclate la grippe, cette affection catarrhale devant laquelle s'effacent les maladies du tube digestif, qui atteint plns de la moitié de nos onvriers, mais dont l'innocuité contraste avec la gravité du choléra.

Spectacle tout-à-fait curieux et instructif! le choléra est précédé d'une affection catarrhale épidémique, qui, en 1831, s'étend sur une grande partie de la population; puis, comme si les premiers eclairs qui avaient annoncé l'explosion de ce terrible fléau dussent encore terminer cette scène d'horrenr et de mort, la grippe reparaît en 1837 avec cet affaiblissement, ce trouble insolite daus lequel elle jette le système nerveux, phénomènes bien propres à faire établir des points de contact entre les diverses épidémies. C'est, en effet, une affection catarrhale davenne populaire sous l'influenee prolongée des vicissitudes atmosphériques, qui semble d'abord attaquer la poitrine et la gorge, se propager ensuite selon le trajet des muqueuses, puis revenir à la gorge et à la poitrine.

Eh bien! si, au lieu de nous attacher uniquement, dans ces grandes modifications de l'économie, à quelques caractères particuliers, tels que l'inflammation, pour les doter d'nne dénomination purement systématique, à laquelle on sacrifie ensuite aveuglement; si, an lieu de considérer comme locales les grandes affections épidémiques, parce qu'elles laissent le plus souvent après elles, dans le cadavre, des lésions locales, nous suivons l'exemple d'Hippocrate, dont le génie immortel a tracé d'une manière si admirable les rapports qui lient les conditions atmosphériques aux maladies qui en sont le résultat, nous aurons certainement sur la pathogénie et la nature des maladies des idées plus larges et peut-être aussi plus fécondes en résultats pratiques que ceux qui admettent un mode invariable de maladies et une méthode de traitement toujours uniforme; car nous nous élèverons à des indications curatives, disparaissant nécessairement devant

à réagir sur l'intestin avec une force suffisante pour produire un étranglement qui s'accompagne de symptômes spasmodiques. » Et pour preuve, l'auteur fait observer que, dans les cas de hernies peu volumineuses, il faut débrider au-delà de l'anneau interne. Mais en quoi donc ceci peut-il prouver l'étranglement spasmodique? Au reste, quelques pages plus loin, si la traduction est fidèle, A. Cooper semble oublier ce qu'il a dit de la contraction des muscles, et pour l'anneau interne, il dit que l'étranglement est généralement causé par la compression qu'exerce l'aponévrose du transverse et du petit oblique qui passe au-dessus de la hernie, et par la résistance du bord du fascia, qui passe au-dessous.

Je le répète, tout cela est imagination, conjecture, hypothèse; tout cela est un bagage inutile et embarrassant dont on a encombré les voies de la science, et il est véritablement bien temps que les chirurgiens se souviennent de ne rien admettre sans preuve, de ne rien croire qu'après avoir vu. Tout ce qui a été *démontré* jusqu'à présent, et je mets à dessein ce mot en italique, c'est que pour les anneaux inguinaux et l'anneau crural, l'étranglement est produit par le collet du sac; que quand ce collet est très étroit, la hernie est promptement menacée de gangrène; que quand il est plus large, elle est d'abord affectée d'inflammation.

Tel est donc le résultat de la longue investigation à laquelle nous nous sommes livré, et l'on voit ce qu'il faut penser de ces doctrines si fières de leur ancienneté et du nombre de leurs sectateurs. Il s'agirait maintenant d'édifier sur ces ruines, de dogmatiser après avoir critiqué. Mais à chaque jour son œuvre, et, pour aujourd'hui, qu'il nous suffise d'avoir déblayé le terrain. J'essaierai, dans un autre travail, d'asseoir sur des faits nouveaux la doctrine des étranglements herniaires, et surtout d'apprendre à les distinguer d'un autre phénomène bien moins grave, avec lequel on les confond trop souvent, *l'inflammation*.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES ET LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; par J. MASCAREL, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (1[re] médaille d'argent).

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

SECTION CINQUIÈME. — TRAITEMENT.

En médecine comme en chirurgie ce sont moins les moyens thérapeutiques qui manquent que l'application directe de ces moyens aux maladies, modifiées par une foule de causes, telles que les climats, les saisons, l'âge, le sexe, le tempérament, l'idiosyncrasie, les complications maladives, etc. Cette science des indications, cette science du tact comme on l'appelle encore, sans contredit la plus difficile à conquérir, ne s'apprend ni dans les livres ni dans les cours; c'est elle qui constitue réellement le médecin praticien; c'est vers elle qu'il doit faire converger tous ses efforts,

Quelle que soit la généralité d'une méthode, celle-ci doit subir presque autant de modifications qu'il se présente de cas dans la pratique. Nous allons exposer ici le mode d'administration du tartre stibié combiné avec les saignées, qui nous a paru le plus convenable dans le traitement de la pneumonie des vieillards, en donnant aussi un soin particulier aux moyens adjuvans que nous avons vu mettre en usage.

A. ÉMISSIONS SANGUINES. — Presque tous les auteurs qui se sont occupés du traitement de la pneumonie vantent avec raison l'ouverture de la veine hardiment pratiquée; mais quand ils veulent formuler ce mode de traitement à l'égard des vieillards, on les voit éprouver une sorte d'hésitation, et les uns proclamer l'efficacité des saignées pendant que les autres les proscrivent.

On peut dire d'une manière générale qu'il faut apporter une certaine réserve dans l'emploi des saignées chez les vieillards; car si nous les avons vues dans quelques cas triompher de la maladie, elles ont été suivies dans ces mêmes cas de débilité générale et de suffusions séreuses qui entraînaient les malades au tombeau. (Obs. 9.)

Pour bien préciser l'indication de ce moyen, nous diviserons nos malades en deux classes, chacune comprenant deux groupes. Cette division nous servira ultérieurement.

PREMIÈRE CLASSE. — PREMIER GROUPE. — Vieillards (femmes) à taille ordinaire et peu courbée, embonpoint bien conservé, faciès animé, ordinairement gai et jovial, pommettes arrondies; parois thoraciques épaisses, bien doublées de tissu cellulaire, seins très volumineux, parois abdominales conservant une certaine mollesse, mais non aplaties. Membres assez souples et arrondis.

DEUXIÈME GROUPE. — Vieillards (hommes) à taille élevée, voix grave, mais peu altérée. Os des membres très longs et bien recouverts de muscles. Pommettes ayant conservé une certaine rougeur. Force et dureté du pouls; santé ordinairement bonne.

DEUXIÈME CLASSE. — PREMIER GROUPE. — Vieillards (femmes) à taille plus ou moins déviée, membres grêles, rabougris, constitution délabrée par les maladies ou fatigues de la vie antérieure, peau très mince et très mobile, plénitude des veines des membres. Thorax déformé, rétréci; seins atrophiés, leur place n'étant plus occupée que par un mamelon flétri et d'une couleur rose brun obscure. Faiblesse et irrégularité du pouls.

DEUXIÈME GROUPE. — Vieillards (hommes) présentant un état presque analogue.

Les saignées générales pratiquées au début chez les malades de la première classe et répétées deux ou trois fois à dix ou douze heures de distance, la première étant de quatre palettes ou 500 grammes; les dernières au-dessous de cette quantité arrêtent sinon la maladie dans sa marche, au moins lui impriment une bonne direction.

Dès le début, alors qu'il n'y a encore que congestion et engorgemens sanguins du poumon, ces moyens sont suffisans pour triompher de la maladie; mais trop souvent il arrive que les vieillards appellent à eux les secours de l'art alors que le mal a dépassé ces premières périodes. On doit user encore avec plus de modération de la saignée chez les malades de la deuxième classe, et particulièrement du premier groupe. Chez ces derniers une saignée de 250 à 350 grammes doit être à peu près une quantité

---

une thérapeutique qui, s'attachant uniquement aux phénomènes inflammatoires et aux lésions cadavériques, doit être pauvre, uniforme et presque toujours insuffisante.

Avant de terminer cette lettre qui sera, si vous le trouvez bon, mon cher confrère, suivie de quelques autres sur le même sujet, je dois noter encore un fait qui me semble digne des méditations du médecin hygiéniste. La fièvre typhoïde, si fréquente dans notre hôpital, et qui sévit en quelque sorte de préférence sur les militaires de la garnison, a épargné jusqu'ici, à une ou deux exceptions près, les ouvriers de notre société. Et pourtant nous avons traversé une épidémie typhoïde grave qui débuta dans notre ville vers la fin de 1836 et qui ne se termina que dans les premiers jours de février 1837. Cependant des sujets de tous les âges et des deux sexes subissaient l'influence de l'épidémie; la classe riche qui, par un heureux privilége, se trouve quelquefois épargnée par les épidémies, comptait un grand nombre de victimes, et nos ouvriers ne furent atteints que de diarrhées bilieuses qui cédèrent assez facilement à une médication appropriée.

Sans doute nous ne le regrettons pas; mais qu'il me soit permis de faire observer, en terminant, que si quelque médecin peut être apte à prononcer sur les points encore en litige de cette grave affection, ce doit être surtout le médecin des comités de secours mutuels qui suit ses ouvriers depuis l'âge de 18 à 20 ans jusque dans leur vieillesse.

Pour tirer quelque avantage scientifique de notre position, nous nous sommes imposé l'obligation, mes collègues et moi, de tenir note de toutes les maladies de cette classe intéressante, de coordonner nos observations, de nous les soumettre réciproquement tous les trois mois, et d'en faire tour à tour, à la fin de chaque année, un rapport exact et consciencieux qui, nous osons l'espérer, ne sera pas tout à fait dénué d'intérêt.

Agréez, etc.

PAMIOLEAU.

---

moyenne; cependant il est des circonstances que le médecin seul saura apprécier en tenant compte de l'état local et général il pourra revenir à l'emploi de ce moyen.

Pratiquée dans le cas où la suppuration du poumon commence à s'établir, la saignée paraît non seulement inutile, mais encore nuisible en ce qu'elle ajoute à l'adynamie et à la débilité dont s'accompagne souvent cet état.

Les ventouses scarifiées, sans même qu'il existe de point très douloureux, pourvu que la paroi thoracique ne soit pas par trop amaigrie, sont encore avantageuses, mais moins que chez l'adulte; souvent même elles donnent peu de sang et forcent de recourir à une application de sangsues; aussi les avons-nous vues employées rarement.

Quant aux ventouses sèches qu'on applique sur une grande partie du côté malade et qu'on a soin de renouveler fréquemment, nous pensons qu'on pourrait en obtenir de bons résultats chez nos vieillards de deuxième classe, qui ne souffrent pas impunément de grandes pertes de sang. Mais nous n'avons pas par devers nous assez de faits pour juger ce moyen.

Les applications de sangsues faites dans l'intervalle des saignées générales (premier et deuxième groupe, première classe) sont en général d'une certaine efficacité, si surtout une pleurésie intense accompagne la pneumonie; elles sont presque toujours suivies d'une grande amélioration dans ces cas et doivent être renouvelées. Nous croyons aussi à leur utilité dans le cas où la prudence ne permet guère de recourir à la saignée du bras (premier et deuxième groupes, deuxième classe). (Obs. 8.)

La méthode des émissions sanguines dégagée de tout commentaire et telle que nous venons de l'exposer suffit rarement seule pour obtenir la résolution de la maladie; mais toutes les fois qu'on juge la saignée nécessaire, ce n'est qu'après son emploi qu'on doit avoir recours à un moyen sur l'énergie et l'efficacité duquel l'expérience s'est enfin prononcée. Il y a près d'un siècle que Huxham a dit (loco cit., p. 269) que dans les pneumonies compliquées de catarrhe il n'est pas nécessaire de tirer beaucoup de sang, qu'il faut pourtant en tirer une certaine quantité pour abattre la disposition inflammatoire présente; or on sait combien est fréquente chez nos malades la complication dont parle Huxham.

B. Tartre stibié. — Nous voici arrivé au moyen dont nous parlions tout à l'heure, et qui nous a paru extrêmement puissant dans les cas où après avoir débuté par une saignée aucune amélioration ne s'en était suivie.

Si nous adoptions complètement les idées qui ont été émises par les auteurs de la doctrine du contro-stimulisme Rasori, Borda, Tommasini, nul doute que nous nous abstiendrons de toute émission sanguine, pour recourir seulement au tartrate antimonié de potasse.

Mais quelle que soit l'action hyposthénisante de ce médicament, nous ne pensons pas qu'appliqué à l'organisme malade, ses effets soient les mêmes que ceux de la saignée.

Les auteurs de cette doctrine, en voulant donner trop d'étendue à leur médication, lui ont fait dépasser les services qu'elle était appelée à rendre, et cet enthousiasme irréfléchi a soulevé, comme il arrive trop souvent, plus d'adversaires que de sectateurs.

Nous appuyant sur des faits bien établis dans la science et sur des observations suivies, nous pensons que le tartre stibié est très utile, alors surtout que l'élément inflammatoire n'a pu être arrêté, mais seulement mitigé dans sa marche par l'ouverture de la veine, et que les conditions physiologico-pathologiques contraignent de s'arrêter. Nous ajouterons même que nous avons vu des pneumonies n'éprouver aucune amélioration sous l'influence de la saignée, et disparaître en quinze ou vingt heures après l'administration d'une ou deux potions stibiées. Chez les vieillards, chez ceux principalement que nous avons rangés dans la deuxième classe, cette importation thérapeutique aura d'heureux résultats.

Il n'est pas besoin d'employer des doses énormes, comme l'ont proclamé les médecins italiens; car des accidens mortels, rares à la vérité, peuvent être la conséquence de ce mode d'administration. Nous avons vu 90 grains d'émétique (près de 5 grammes environ), pris en trois jours, occasionner une phlegmasie intense d'une partie du canal intestinal, avec fausse membrane complètement canaliculée et oblitérant l'œsophage, chez une femme âgée de 80 ans, qui succomba à la fin du quatrième jour (obs. 10).

Ce serait aussi une erreur de croire qu'une condition indispensable de succès fût qu'il y ait ce qu'on appelle généralement tolérance : l'observation prouve, en effet, que des évacuations nombreuses et fréquentes sont suivies d'une grande amélioration. Cependant, c'est une chose favorable lorsque la tolérance s'établit, parce qu'on évite ainsi les fatigues et les ébranlemens produits par les secousses des vomissemens. Nous bornant ici aux résultats fournis par l'observation, et n'ayant pas à soutenir une doctrine plutôt qu'une autre, voici de quelle manière nous pensons que le tartre stibié doit être employé.

Suivant la gravité des cas, 3, 4, 5, 6 décigrammes au plus de tartre émétique dans un véhicule de 90 à 125 grammes (eau de till. et fl. orang.), avec addition de sp. extrait d'opium, 15 grammes. Telles sont, de prime-abord, les quantités que la prudence ne permet pas de passer. Bien des fois nous avons vu donner de suite un gramme et plus; mais nous n'avons pas observé des effets plus sûrs et plus immédiats qu'avec une quantité moitié moindre; au contraire, dans quelques cas, nous avons eu à enregistrer des accidens graves. Aussi, est-il préférable de débuter généralement par les petites doses, et d'essayer ainsi la susceptibilité du malade. Douze ou vingt-quatre heures après la première prise, suivant l'effet obtenu, on peut l'élever rapidement jusqu'à 8, 9, 10 décigrammes, que nous considérons comme le chiffre presque ultime. Le médicament est pris d'heure en heure, par cuillerées à bouche.

Administré sous cette forme et de cette façon, le tartre émétique donne lieu à des nausées, et quelquefois à des vomissemens, quelques instans après l'ingestion de la première cuillerée. Une heure après, la deuxième cuillerée produit des nausées et des vomissemens nombreux; les autres sont assez fréquemment suivies de déjections alvines tellement pressantes qu'elles ne laissent pas le temps au patient de s'y préparer.

Il est bon de prévenir les malades des effets qui pourront se produire et de leur recommander la continuation du remède, malgré le malaise dans lequel il les jette. Bien des fois, en pareille circonstance, les conseils sont oubliés par les malades aussitôt après l'ingestion de quelques cuillerées de la liqueur, et ce n'est qu'après de vives instances qu'on parvient à leur faire tenir promesse. Il y a un petit nombre de malades chez lesquels la tolérance s'établit après le premier ou le second jour. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous sommes loin d'y attacher l'importance des contro-stimulistes. L'opium, déjà nauséeux par lui-même, c'est en vain qu'on en double la dose, il ne sert qu'à augmenter encore l'empâtement des cavités buccale et pharyngienne.

Les effets subséquens de cette médication sont de briser les forces, de jeter les malades dans une prostration momentanée et dans un état pseudo-lipotymique indéfinissable. La voix est cassée, la peau est moite, sa température est abaissée, la surface du corps est généralement pâle, le facies en particulier, la respiration est ralentie. Le pouls, s'il était faible et dépressible, se relève, prend de la force et de la fréquence; il se ralentit au contraire dans les cas où la fréquence et la plénitude dominent. La sensibilité et le mouvement sont diminués; enfin, des tremblemens même surviennent dans les membres.

C'est dans certains cas de ce genre, l'état général du malade semblant annoncer une mort prompte, qu'on perçoit à l'auscultation ce *rhoncus crepitans redux*, comme Laennec l'a dénommé, ou la diminution du râle crépitant existant la veille; en un mot, l'abord de l'air plus facile dans le parenchyme pulmonaire. Cette heureuse exploration permet de rassurer avec confiance le malade et ceux qui l'entourent, et doit faire insister sur l'emploi de nouvelles doses. Sous cette nouvelle influence, il y a des vieillards qui sont pris d'une chaleur vive et cuisante à l'intérieur; la bouche est extrêmement pâteuse, et bientôt, en explorant la langue, la face interne des joues, et surtout le pourtour de l'isthme du gosier, on aperçoit çà et là des rougeurs disposées par plaques circulaires, puis bientôt, à leur centre, des pustules environnées à leur base d'un cercle rose vif. Tantôt ce sont de petites concrétions jaunâtres pseudo-membraneuses qui se détachent assez facilement, mais toujours disposées sur un fond plus ou moins rouge. Cette éruption stibiée, qui n'est pas rare lorsqu'on emploie des doses élevées, ne doit pas empêcher, dans quelques cas, de continuer l'administration du médicament, mais en faible proportion et avec surveillance; des boissons prises en petite quantité mais souvent, des gargarismes de la même nature suffisent pour la faire disparaître; il n'est pas d'ailleurs démontré qu'elle ne soit pas sans influence sur la résolution prompte de la maladie. Cet état de débilité persiste pendant quelques jours; mais la respiration est devenue libre, l'expectoration fréquente et plus facile; la peau est fraîche. Il n'y a plus que ce sentiment de faiblesse générale et la douleur de gorge, lorsque l'éruption a été intense. Le vomissement est très favorable, en ce qu'il combat un accident fâcheux et très commun, l'engouement des bronches; aussi doit-on chercher à le provoquer toutes les fois qu'il n'existe pas quelque complication maladive qui le rendrait dangereux.

L'action du tartrate antimonié de potasse ne peut être considérée ici seulement comme celle d'un éméto-cathartique; car dans les circonstances où cet effet a été à peine produit, nous n'en suivions pas moins et pas à pas des améliorations très sensibles dans l'état du poumon.

Une diarrhée récente, sans être une condition favorable, n'est pas non

plus une contre-indication ; on la voit souvent disparaître quelques jours après la cessation du médicament.

Les cas dans lesquels nous avons vu employer l'oxide blanc d'antimoine, et les résultats variés auxquels nous sommes parvenu, ne nous permettent pas de tirer de conclusions. Cependant c'est un moyen que nous mettrions encore en usage au défaut d'un meilleur, et dont l'action n'est peut-être pas aussi inerte qu'on s'est trop empressé de le répéter.

Pour ce qui est du kermès minéral, vanté et employé presqu'exclusivement par plusieurs médecins, nous en parlerons plus loin.

C. Quand on ne peut vaincre la répugnance de certains malades, en fort petit nombre, il est vrai, quand des contre-indications existent, ou même qu'on n'a pas obtenu d'amélioration, le vésicatoire est la seule ancre de salut. Appliqué *loco dolenti*, et sur une surface dont l'étendue soit égale au moins à celle de la surface malade, le vésicatoire produit des effets très avantageux. Un de ces emplâtres, large de six on sept travers de doigt, et mesurant toute la hauteur du thorax, a rappelé à la vie dans des cas désespérés. On peut les saupondrer de camphre pour empêcher l'action des cantharides sur les organes génito-urinaires, bien que la sensibilité morbide qu'ils peuvent y développer ne soit qu'une exception chez le vieillard. Si l'on se borne, comme on le fait ordinairement, à irriter une petite surface, il ne faut pas s'étonner du peu d'avantage qu'on en retire ; il nous semble, au contraire, qu'on ajoute ainsi à la phlegmasie existante. Chez les malades de deuxième classe, qui n'ont pu subir de déperditions sanguines suffisantes, le vésicatoire employé seul, ou concurremment avec le tartre stibié, jouit d'une grande efficacité, en prenant soin de l'appliquer suivant les conditions que nous avons émises. On doit éviter de le faire suppurer, car une aussi large surface, si elle était entretenue en suppuration, aurait pour principal effet de trop débiliter ; il est infiniment préférable d'en réappliquer successivement plusieurs.

D. Les autres révulsifs portés sur les membres ou sur le thorax, tels que les sinapismes, auxquels on a souvent recours dans l'adynamie, doivent être plusieurs fois renouvelés avant qu'on en retire quelques avantages. Il en est de même des vésicatoires sur les membres, qu'il faut éviter de laisser à demeure, même quand la convalescence s'établit.

E. La constipation étant un symptôme ordinaire, il faut le combattre de bonne heure par les cathartiques chez les malades de deuxième classe, par des lavemens laxatifs, ou de doux minoratifs chez ceux de première. Une révulsion énergique exercée sur le tube intestinal serait très avantageuse, si elle n'avait pas aussi pour effet de diminuer ou d'arrêter l'expectoration, accident terrible, qu'on ne saurait trop éviter. Les purgatifs violens doivent être généralement proscrits.

F. Mais les vomitifs combinés avec les purgatifs remplissent une double indication. Tous les deux débilitent d'une manière passagère : les premiers provoquent l'expectoration, tandis que les seconds révulsent sur la partie inférieure de l'intestin. Aussi, indépendamment de son action propre, l'émétique réunit-il ces deux avantages lorsqu'on l'administre à la dose et sous la forme que nous avons indiquée. M. Prus, à la Salpêtrière, emploie souvent et avec avantage, en début, l'éméto-cathartique ordinaire, ou bien encore les pastilles d'ipécacuanha, lorsque la convalescence se fait attendre et que l'expectoration est rare.

G. Les narcotiques seuls, nous ne les mentionnons que pour les proscrire, sauf les cas de toux très fatigante. du moins pendant la période d'état ou d'acuité. Mais au commencement de la convalescence, ils sont quelquefois utiles contre une diarrhée rebelle. L'extrait de jusquiame, à dose de 5 ou 10 centigr., le sp. d'extrait d'opium, s'emploient de préférence.

H. Le kermès et l'oxymel scillitique, dont on a peut-être exagéré les propriétés expectorantes, sont néanmoins très utiles. Employés isolément ou ensemble, dans la période de déclin, tous deux agissent en stimulant la membrane muqueuse des bronches. Indépendamment de cette action, qui leur est commune, le premier lâche mollement le ventre, et le second pousse doucement vers les urines. Quelques praticiens attribuent au kermès des propriétés analogues à celles de l'émétique, et le prescrivent à la dose d'un gramme. Nous n'avons pas vu employer ce médicament à aussi haute dose et seul ; par conséquent, nous nous abstiendrons de tout jugement à cet égard.

I. Un précepte, que nous considérons comme de plus haute importance, et auquel, en général, on n'apporte pas assez d'attention, est celui de bien administrer les boissons. Il faut faire prendre au malade des boissons émollientes tièdes en grande quantité, mais à très petites doses à la fois, à moins qu'on ne fasse usage de l'émétique. Dans ce dernier cas et tout le temps qu'on continue l'ingestion de ce médicament dans l'estomac, il est préférable de moins insister sur ce précepte et de faire boire le malade à la température de l'air ambiant, de peur de trop faciliter le vomissement. Il faut éviter aussi de surcharger tout-à-coup l'estomac de liquides, car si, dans ce dernier cas, il ne peut s'en débarrasser par le vomissement, cet état de plénitude fait obstacle aux mouvemens du diaphragme et augmente la dyspnée. Les effets de ces boissons sont de diminuer la plasticité du sang, de favoriser l'expectoration et les sécrétions en général, et d'humecter ainsi la surface de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. Hippocrate avait déjà parfaitement saisi l'action de ces moyens si simples en apparence lorsqu'il dit : *Cumque tusses invaserint, superbibendum et quàm maximè exscreandum et potu humectandum, ut pulmo humidior redditus faciliùs ac citiùs sputium rejiciat et tussis minus vexet.* (De morbis, lib. III, caput XV, ed. Foës.)

Une fois que le période de déclin commence à s'établir, et quelquefois même lorsque l'acuité de l'inflammation est sur le point de jeter dans l'adynamie, il faut sur le champ cesser les solutions de gomme, les infusions de fleurs pectorales, de mauve, etc., pour recourir aux préparations légèrement aromatiques et amères, puis aux toniques. On donnera d'abord de la tisane de fleur de violette ou de camomille légère, des infusions de polygala, de serpentaire de Virginie, puis de lichen ou de quinquina, édulcorées avec le sp. d'écorce d'orange. On tirera aussi de bons effets des potions préparées avec le sirop de quinquina ou celui de tolu ; ce dernier, par son action excitante, relève un peu les forces et stimule la membrane muqueuse pulmonaire.

K. Pour ce qui est du régime, il faut se souvenir que, semblables sous ce rapport aux enfans, les vieillards ne supportent pas impunément de longues abstinences. Dans les premiers temps de la maladie, pendant lesquels on met successivement ou simultanément en action les divers agens modificateurs dont nous venons de parler, on doit cependant faire observer une diète assez sévère ; mais il ne faut pas craindre de permettre quelques cuillerées de bouillon coupé, après quatre ou cinq jours de diète absolue, si surtout il s'agit des malades de seconde classe. Pour peu que la peau reprenne un peu de fraîcheur, que les bords de la langue s'humectent, quelques bouillies féculentes le matin, quelques cuillerées de lait de poule le soir, sont très avantageuses et font plaisir au malade en remontant pour ainsi dire ses forces et son moral. Les gelées animales viendront ensuite ; on y joindra avec grand avantage un peu de vin de Malaga, celui de *Collioure* ou de *Bagnol* à la dose de 30 à 120 grammes. Mais il faut toujours procéder lentement, explorer et toucher ainsi doucement chaque jour l'état dynamique de l'organisme, si on veut se mettre en garde contre des indigestions ou des diarrhées qui emportent les malades au milieu de la convalescence.

L. On ne négligera aucun des soins hygiéniques généralement conseillés afin d'assurer la convalescence par tous les moyens possibles. Quoi qu'il en soit, cette convalescence est toujours longue : depuis longtemps quelquefois l'air pénètre bien le poumon et cependant nos vieillards ne peuvent se lever, et quand on les aborde, ils prononcent toujours ces mots : *je suis faible, ce n'est plus que la faiblesse....*

M. Une complication assez fâcheuse, parce que nous avons peu de moyens efficaces à lui opposer, arrive quelquefois, ce sont les excoriations et les eschares des parties qui supportent le poids du corps. A la Salpêtrière, dans les salles connues sous le nom de salle *des gâteuses* et destinées aux paralytiques, on n'observe pas ces accidens, bien que les conditions de leur production se trouvent pour ainsi dire réunies. Les malades sont couchés sur des lits construits en madriers percés à leur centre d'une large ouverture elliptique. De la paille fraîche recouverte d'un drap constitue le matelas. Toute la partie du parquet sous-jacente au planché du lit est formée par un plan en pierre dure, légèrement excavé à sa surface et présentant vers son centre l'orifice d'un petit conduit destiné à charrier les urines au dehors. Cette pierre est lavée plusieurs fois dans la journée par le moyen d'un robinet fixé dans la muraille. Les malades qui reposent ainsi sur ces lits ne sont pas pris d'escares, tandis que cet accident arrive souvent dans les mêmes lits, lorsqu'ils n'ont pas au-dessous d'eux ces moyens faciles de lavage. Faut-il attribuer l'absence des accidens à l'espèce d'humidité continuelle qui s'élève vers le siége ? nous ne serions pas éloigné de le croire, mais nous voulions mentionner un fait dont l'importance nous a semblé mériter cette courte digression.

CATARRHE ; PNEUMONIE DU LOBE SUPÉRIEUR DROIT ; QUATORZE DÉCIGRAMMES DE TARTRE STIBIÉ EN DEUX JOURS SANS ÉMISSION DE SANG PRÉALABLE ; GUÉRISON.

Obs. IV. — Une femme de ménage âgée de 64 ans, ayant un catarrhe depuis cinq à six ans, fut prise sans cause connue, quinze jours avant son entrée à l'hôpital Necker, d'un frisson de malaise et de lassitude par tout le corps ; trois jours après un point de côté très violent augmentant par la toux et par les efforts se montra sous la mamelle droite ; elle s'alita et prit seulement de la tisane. Le 3 avril elle est couchée salle Ste-Eulalie n° 2 et présente l'état suivant : Decubitus dorsal ; pommettes également colorées ; constitution faible et grêle ; parois thoraci-

ques minces; seins atrophiés; langue très sèche et fendillée, recouverte d'un enduit jaunâtre; lèvres et dents sèches; salive épaisse; soif vive; anorexie; pas de dévoiement.

Pouls petit, très fréquent, peu de chaleur à la peau; respiration très fréquente, plaintive et anxieuse; toux difficile; crachats aérés et très visqueux; diminution de son dans la fosse sous-épineuse droite; souffle bronchique dans toute cette région avec râle crépitant au pourtour. La malade avait eu chez elle des vomissemens de matière verdâtre. En désespoir de cause on prescrit le soir (pot. stibiée, 6 décig., sp. diaco. 30 gram.. gom. s., 2 pots).

4 avril. Nombreux vomissemens et selles très copieuses. Ce matin la malade se trouve bien, elle se plaint déjà de la gorge, il n'y a plus de fièvre, le râle crépitant est beaucoup plus abondant. (Pot stib., 8 décig. sp. diacode 30 gr., gom., 3 pots.)

5. Pas de vomissemens, selles nombreuses et presque involontaires, sensation de chaleur vive dans la gorge, éruption pustuleuse discrète sur la face muqueuse des lèvres et le voile du palais; la langue est plus vive et moins sèche; les crachats sont très abondans, spumeux et moins adhérens; il n'y a plus qu'un souffle très borné dans la fosse sous-épineuse droite; le point de côté existe à peine, mais la voix est voilée; la faiblesse est grande; le pouls à 70 sans chaleur à la peau. (Gargarisme adouc., pot., gom. pect. sucrée, 2 pots, un peu de bouillon coupé.)

6. La malade expectore bien, il y a de la diarrhée; la peau est fraîche; des râles de bronchite existent à la base des poumons; le souffle bronchique de la fosse sous-épineuse droite ne disparait pas.

Le 7 avril on place un vésicatoire au bras. Le 8, on permet quelques bouillons.

Le 11, les forces commencent à revenir; il n'y a plus de diarrhée (3 potag.).

Le 16, la malade demande sa sortie, conservant toujours un peu de souffle dans l'étendue de l'aire du stethoscope; elle mangeait le quart depuis deux jours.

SIGNES DE PNEUMONIE AU TROISIÈME DEGRÉ; TARTRE STIBIÉ: GUÉRISON DE LA PNEUMONIE.

Obs. V. — Michel, âgé de 57 ans, chiffonnier, mais d'une constitution tellement appauvrie qu'on lui aurait donné facilement dix ans de plus qu'il n'avait, était entré à l'hôpital Necker le 18 janvier 1840, se plaignant de malaise général, de douleurs dans les articulations, et d'un peu de sensibilité à la région du cœur. La peau était sèche et papyracée; le teint jaune. Il n'y avait pas de fièvre, mais les battemens du pouls et ceux du cœur présentaient quelque irrégularité. Un bruit de frottement péricardique accompagnant la systole ventriculaire existait un peu au-dessous et en dehors du mamelon. Ce malade était sujet au rhumatisme. L'examen de la poitrine n'avait rien fait connaître de plus le premier jour.

Michel allait assez bien et demandait à manger, lorsque, le sixième jour de son arrivée, il fut pris, du 24 au 25 février, d'une diarrhée abondante. Le lendemain, fréquence, plénitude et intermittence dans le pouls, chaleur à la peau, soif, inappétence, rougeur de la pointe de la langue; pas de nausées; point de côté au niveau de l'hypochondre gauche; la respiration est un peu fréquente; elle est assez pure en avant; mais à gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, dans l'étendue de deux pouces carrés seulement, il y a diminution de son avec bronchophonie et souffle bronchique aux deux temps de la respiration; la toux était peu fréquente, les crachats épais, d'un gris rougeâtre, vineux, adhérens au fond du vase.

Pas de céphalalgie, pas de rougeur de la face, mais état de subdelirium; soubresauts dans les tendons des poignets, raideur dans la colonne vertébrale; veines des membres très dessinées.

Ces symptômes presque subits étaient de nature à inquiéter, surtout chez un sujet aussi mal constitué. (Prescript. pect. s., deux pots; saignée de 180 grammes seulement. A cette époque les saignées réussissaient bien.) Douze heures après tartre stibié, 4 décigr.; sp. diacode, 8 grammes. Le sang était sorti en bavant; il renfermait une abondante quantité de sérosité et était sans couenne.

Le 26 janvier, un vomissement, selles copieuses, langue blanchâtre, sans rougeur; pouls à 80, petit et mou, chaleur à la peau; l'état général est meilleur, l'état local a peu changé. (Potion stibiée, 6 décigr.; sp. diac., 8 grammes, julep gommé.)

Le 27, évacuations alvines involontaires, pas de vomissemens, le malade se trouve bien, il répond mieux aux questions; la respiration est plus libre, la toux moins fréquente, le point de côté existe à peine; deux crachats, l'un d'un jaune rouillé, l'autre lie de vin; le souffle est diminué et ne s'entend plus que sous le champ du stethoscope. Pouls à 80 à peine, irrégulier. (Pot. stib., 8 décigr.; sp. diacode, 15 grammes; diète.)

Le 28, tolérance, nausées; une seule selle; crachats aérés abondans, peu visqueux, un seul est rouillé; le souffle existe toujours; le malade se sent très faible. (Polygala sp. de quinquina; vésicatoire sur le côté gauche; potion gommée, oxymel scill., 30 grammes; bouillon.)

30. Le souffle est remplacé par du râle sous-crépitant; plus de fièvre; excoriations du sacrum. On accorde trois vermicelles qui sont demandés par le malade; on continue la tisane de polygala avec l'oxymel scillitique, 30 grammes; vin Bagnol, 60 grammes.

1er février. On accorde le quart de potion et 125 grammes de vin Bagnol. La convalescence fut très longue; des escarres se formèrent au sacrum et aux trochanters; un œdème général s'empara du malade, qui succomba deux mois après, le 2 avril, dans un état cachectique.

Autopsie. Le cœur présentait sur sa face antérieure une large plaque d'un blanc mat, due à l'opacité et à l'épaississement d'une partie du feuillet viscéral du péricarde. L'origine de l'aorte était un peu dilatée, sa surface était rugueuse; les valvules n'étaient pas altérées. Le sang était liquide et peu foncé en liqueur; il y avait seulement quelques caillots dans le cœur droit. Les deux poumons présentaient à leur base de petites masses isolées assez fermes, d'origine ancienne, qui parurent être de nature tuberculeuse. Des adhérences très multipliées existaient entre les plèvres. La membrane muqueuse intestinale n'offrait rien à noter, ainsi que le foie; les reins étaient pâles et diminués de volume.

Dans ces deux observations, il est impossible de ne pas reconnaître l'influence qu'a exercée le tartre stibié. Dans les deux cas, les symptômes étaient très graves. Chez le premier malade, il n'y a pas eu de déplétion sanguine; peut-être que si on se fût conduit de même chez le deuxième, malgré l'extrême gravité des troubles fonctionnels, le retour à la santé aurait-il été complet.

DILATATION BRONCHIQUE; PNEUMONIE DU SECOND DEGRÉ DU CÔTÉ DROIT. (En trois jours de temps, saignée de trois palettes; tartre stib., 1 gram. 75 centig.)

Obs. VI. — Granguillot (Pierre), âgé de 78 ans et demi, travaillant encore aux carrières, se portait bien, lorsque s'étant refroidi la veille, il fut pris, le 12 juin, d'un frisson violent, et, le lendemain, d'une douleur vive dans le côté droit, augmentant pendant la toux, avec crachats sanguinolens, soif vive et inappétence. Couché deux jours après au n 24 de la salle St-Ferdinand (hôpital Necker), il présentait l'état suivant : taille élevée; membres très développés et bien musclés; constitution forte; respiration gênée à droite en arrière; râle crépitant sec dans le tiers inférieur, mélangé d'un peu de souffle. Respiration caverneuse au niveau de l'épine du scapulum, avec râle ronflant sans matité. Sur le trajet de la verticale abaissée du creux de l'aisselle, diminution de son et râle crépitant sec de bas en haut, dans l'étendue de huit travers de doigts. Langue très sèche, sillonnée et blanchâtre; pouls fort et sans fréquence; veines des membres très saillantes. (Pect. s., 3 pots; saignée, 3 palettes (360 grammes).)

Le soir, caillot isolé; couenne complète et parfaite; sérosité jaunâtre assez abondante. Pouls à 58, régulier, assez développé; peu de changement dans le poumon; respiration à 27; crachats blanchâtres très visqueux; expectoration difficile. (Pot. stib., 4 décig.; sp. extrait opium, 15 grammes; solution gomme, 2 pots.)

Le lendemain 15, selles et vomissemens très abondans; respiration facile à 22 par minute; pouls régulier à 70. (Tartre stib., 6 décig.; sp. diac., 15 gram.)

Le 16, deux selles; pas de vomissemens; presque plus de crépitation sous l'aisselle droite; mais autour du mamelon, et en remontant vers la clavicule, on entend loin de l'oreille un peu de respiration tubaire, avec quelques bulles de râle crépitant. Quelques crachats visqueux, un seul est rouillé. Le malade dit avoir le feu dans le corps; la cavité buccale est un peu rouge. (On n'en continue pas moins pot. stib., 75 centig., sp. diacode, 15 grammes.)

17. Une seule selle; quelques régurgitations; le malade, qu'on a fait boire beaucoup et souvent, se trouve mieux, à part la faiblesse et la chaleur du gosier. La respiration se fait bien partout en avant, si ce n'est qu'elle est un peu rude. Le pouls est à 60. Eruption pustuleuse sur les bords de la langue et le voile du palais; crachats aérés diffluens. (Polygala; sp. quinquina; vin Bagnol, 125 gram.; gargarisme adoucissant; un huitième de portion d'alimens.)

18. Le malade mange le quart; il se plaint seulement de la gorge et surtout de faiblesse. Il sort à la fin du mois, conservant toujours dans la fosse sous-épineuse, près de l'épine de l'omoplate, une respiration caverneuse.

PNEUMONIE DU LOBE INFÉRIEUR DROIT DATANT DE SIX JOURS; TRAITEMENT ACTIF; MORT CINQ JOURS APRÈS; SUPPURATION DU POUMON.

Obs. VII. — Six jours avant son entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, le 14 avril 1839, une indigente, âgée de 76 ans, avait été prise de frisson suivi de chaleur et de sueur, sans douleur de côté. La constitution était assez bien conservée, ainsi que l'embonpoint, les seins volumineux, les membres bien nourris. Décubitus dorsal; face pâle; pommettes animées; pouls régulier, 80, sans chaleur à la peau; céphalalgie; langue blanchâtre et sèche; respiration un peu gênée. Toute la base du poumon droit offrait à l'oreille un râle crépitant rare, avec souffle tubaire; il y avait de la toux; l'expectoration était nulle. (Saignée de 240 grammes; pect. s., 2 pots.) Caillot sans couenne nageant dans une grande quantité de sérosité.

Le lendemain, pas d'amélioration; nouvelle saignée de 360 grammes, looch blanc; kermès, 5 décig.; pot stibié pour le soir à prendre par cuillerées à vingt minutes d'intervalle. (Nous avons oublié de noter la dose.)

Le 16, treize selles et quelques vomissemens; pas d'amélioration; abattement; pommette gauche très rouge; dyspnée; petitesse et fréquence du pouls; chaleur sèche à la peau. (Pot. stib., 1 gramme; large vésicatoire à la base du poumon droit; par mégarde, on l'applique sur le devant du sternum.)

17. Evacuations nombreuses par haut et par bas; pouls encore moins fréquent. A la base du poumon droit, l'air ne semble pénétrer qu'imparfaitement on n'y entend que du râle sous-crépitant; la matité est considérable; la voix résonne à peine, tant elle est faible; quelques crachats insignifians. (Pect. sp. jul. gom.; pot. stib., 75 centig.)

18. Tolérance complète; sensation de cuisson dans la bouche; légère éruption sur la face interne des lèvres; toux grasse; impossibilité d'expectorer; respiration à 31; pouls à 72, mou; moiteur visqueuse à la peau; prostration.

19 avril. Même état; pas un seul crachat. (Ipeca., 12 décig.; tartre stibié, 5 centig., dans trois verres d'eau tiède.)

Mort dans la soirée.

Autopsie. Lobe inférieur du poumon droit en état complet d'hépatisation grise planiforme. C'est une masse compacte, grisâtre à l'extérieur, parcourue par des lignes noirâtres, et laissant écouler en nappe par la pression, la déchirure ou

l'incision, une matière sanieuse, grisâtre et fétide, filante comme du miel liquide. Rien dans les plèvres, le cœur et le péricarde. Epiploon chargé de graisse, membrane muqueuse de l'estomac rouge dans le grand cul de sac, mamelonnée et grisâtre dans le reste de son étendue. Rien de remarquable dans le reste du canal intestinal.

BRONCHITE CHRONIQUE; PNEUMONIE LOBAIRE; SAIGNÉE LOCALE; IPÉCACUANHA; VÉSICATOIRE; GUÉRISON.

Obs. VII. — Une femme, âgée de 78 ans, d'une constitution faible, ayant un catarrhe depuis longtemps, fut prise, le 21 avril 1839, d'un point de côte dans l'hypochondre droit, suivi d'un frisson avec chaleur et sueur.

Le lendemain, le point de côté s'était fixé vers les fausses côtes gauches, et ce fut seulement le troisième jour que la malade entra à l'infirmerie.

La face était un peu rouge et chaude, la langue sèche et rouge sur les bords et à la pointe; il y avait de la soif et de la constipation. Le pouls était mou, irrégulier et très fréquent; les battemens du cœur irréguliers, mais sans bruit morbide; il n'y avait pas apparence de dyspnée; les produits de l'expectoration étaient un peu aérés, blanchâtres et très visqueux. Du côté gauche, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, dans une étendue large comme la paume de la main, son plus mat que du côté opposé; souffle tubaire et égophonie imparfaite; absence de râle. (Infus. mauve sp., 2 pots; lavemens huileux; 25 sangsues qui prennent au-dessous de l'angle de l'omoplate.)

Le 25, au milieu du souffle, quelques bulles de râle crépitant se font entendre: la respiration paraît plus gênée, le point de côté a cependant diminué; l'expectoration est difficile, le pouls s'est un peu relevé. (Large vésicatoire sur le point douloureux; ipéc., 12 décig. en trois verres d'eau tiède; mauve; sp. gom.)

26. Quatre ou cinq vomissemens, une selle; le pouls est bon, sans fréquence. A peine du souffle; sonoréité un peu diminuée, râle muqueux à la base des poumons, crachats visqueux, quelques-uns safranés. (Lonch kermès, 5 décigr.; 6 past. ipéc.; bouill.)

27. La malade va bien; elle demande à manger.

Les jours suivans la convalescence s'affermit; la malade sort dans les premiers jours de mai ne conservant plus que son catarrhe.

Ainsi qu'on le voit par la lecture de ce dernier fait, quand la maladie est circonscrite et qu'elle est prise au début, elle cède ordinairement assez promptement, et tandis que dans l'observ. 7 elle résiste à l'énergie d'un traitement bien combiné alors qu'elle ne datait que de six jours, nous voyons dans l'observation qui précède cette dernière une pneumonie qui passe de la base au sommet du poumon droit, mais attaquée dès le second jour, avoir une terminaison promptement heureuse. Un traitement poursuivi avec trop d'activité peut quelquefois avoir des conséquences funestes; on peut s'en convaincre en consultant les faits qui suivent.

PLEURO-PNEUMONIE GAUCHE INTENSE; DANS L'ESPACE DE SEPT JOURS, QUATRE SAIGNÉES; TARTRE STIBIÉ, CINQ GRAMMES ET DEMI; OXIDE BLANC D'ANTIMOINE, QUINZE GRAMMES; PAS DE TOLÉRANCE; MORT; OEDÈME DU POUMON; PEU DE TRACES DE LA PNEUMONIE.

Obs. IX. — Il s'agit d'une vieille femme de la Salpétrière, dont malheureusement nous ne trouvons pas l'âge sur notre note, qui fut prise pendant la nuit du 21 avril 1839, et sans cause connue, d'un violent point de côté au-dessus du sein gauche; il s'étendait jusque dans le dos et fut suivi d'un frisson fébrile. Cette femme appartenait à la première classe que nous avons établie.

Le 22 au soir, une saignée de 500 grammes et 20 sangsues sur le point douloureux.

Nous vîmes la malade le lendemain et nous constatâmes une matité absolue dans le tiers inférieur du côté gauche de la poitrine avec souffle et broncho-égophonie; absence de râle, faiblesse très grande des bruits respiratoires dans la partie supérieure; fièvre intense, dyspnée, pas de crachats caractéristiques. Le caillot de la saignée recouvert d'une couenne très mince nageait dans une sérosité roussâtre et trouble.

24. Même état local. De plus, bruit de froissement pleurétique vers la partie supérieure de l'aisselle du côté gauche. (Saignée de 240 grammes.)

25. Couenne de 3 millimètres d'épaisseur sur le caillot, sérosité trouble, rougeâtre; fréquence du pouls; chaleur à la peau. Le point de côte a disparu; la respiration s'entend dans les parties supérieures: quelques crachats légèrement verdâtres. (Saignée de 240 grammes.)

Le soir, tartre stibié, 1 gramme.

26. Vomissemens et selles une partie de la nuit; caillot de la saignée non contracté; tissu lâche; couenne mince et incomplète; pas de sérosité; la fièvre a cédé un peu. (Tartre stibié, 1 gramme et demi; sp. diac., 30 grammes; bouillon.)

27. Tolérance nulle; râle crépitant de retour dans toute la hauteur de la poitrine à gauche en arrière. Souffle tubaire borné dans la fosse sous-épineuse; un peu de matité à la base; égophonie imparfaite; respiration à peine gênée; pouls mou, peu fréquent. (Tartre stibié, 1 gramme 1/2.)

28. Toute la nuit évacuations; crachats spumeux: l'un est strié de sang rouge; la voix est voilée; la prostration est grande. On prescrit, dans l'espoir de nettoyer le reste du poumon, tartre stibié, 1 gramme 1/2 (30 grains).

29. Il n'y a pas eu tolérance un seul instant. La respiration est vésiculaire au sommet du poumon; de la matité et du souffle bronchique existent dans une partie de la fosse sous-épineuse; plus bas on n'entend qu'un peu de râle crépitant; la voix est presque éteinte; sensation d'oppression à l'épigastre; pouls mou, très fréquent. (Lonch bl., oxyde blanc d'antim., 15 grammes.)

Mort deux jours après.

Autopsie. Toute la périphérie du poumon gauche tient à la plèvre costale par des adhérences dont la plupart sont récentes; la plèvre costale est surtout très injectée; il n'y a pas une goutte de sérosité épanchée. Les deux lobes sont agglutinés par des produits albuminiformes; le lobe supérieur est crépitant dans son sommet et contient beaucoup de sérosité; dans la partie inférieure de ce lobe, mais dans une étendue peu considérable, l'air ne pénètre plus; le parenchyme est induré, grisâtre, à peine friable cependant et ne laisse échapper que peu de sérosité; le lobe inférieur est rouge, peu crépitant et abreuvé de sérosité; il résiste comme de l'agaric à la pression du doigt; le péricarde renferme une grande quantité de sérosité citrine et limpide. Le poumon droit est sain.

PNEUMONIE; TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE; ÉRUPTION PUSTULEUSE; FAUSSE MEMBRANE DELITÉRANT L'OESOPHAGE; MORT.

Obs. X. — La femme Regnault, âgée de 80 ans, assez bien conservée pour son âge, à mamelles volumineuses, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 16 février 1839, se plaignant depuis la veille de diarrhée, de céphalalgie, de vertiges et de frissons vagues.

Le 17, elle accuse une douleur au-dessous du sein gauche, augmentant au moindre effort. Impulsion à la région du cœur, pouls à 104, régulier, developpé; langue blanchâtre, peu humide. (20 sangsues.)

Trois jours après, le 20 fevrier, la douleur reparaît dans le côté gauche; il y a de la toux, un peu de dyspnée; quelques crachats demi-transparens, un seul d'un jaune orange. La respiration s'entend bien à droite; mais vers le sommet gauche il y a une diminution de son notable avec souffle bien marqué. La langue est recouverte d'une couche grisâtre sur son limbe et blanche sur les bords. Le pouls est faible et fréquent. (Ipéc., 75 centigr., et tartre stibié, 5 centig.)

Le soir, infus. till. et fl. or., 125 gram.; tartre stibié, 1 gram. sp.; diacode, 15 gramm. pect. s.)

21 février. Vomissemens et selles nombreuses; souffle tubaire moins fort, accompagné de beaucoup de râle crépitant; la face est rouge, la langue blanchâtre et chargée. (Pot. stib., 1 gram.)

22. Tolérance imparfaite; pouls mou, dépressible; crachats spumeux; quelques-uns sont d'un jaune orange. (Tartre stibié, 1 gram. 1/2; sp. diac., 15 gram.) Peu de vomissemens; quelques régurgitations.

Le soir, on prescrit: tartre stibié, 1 gramme.

23. Plusieurs selles; le souffle existe toujours au sommet gauche; les lèvres sont agglutinées par des filamens muqueux; sécrétion abondante de mucus épais dans la cavité buccale. Langue d'un blanc mat, fortement enduite. Dyspnée, abattement. La malade n'accuse pas de douleur vers la gorge. (Vésicatoire sous l'aisselle gauche; jul. gom.; bouillon.)

Agitation une partie de la nuit; déglutition des liquides presque impossible et déterminant des accès de suffocation. La face interne des joues et le voile du palais présentent des plaques d'un rouge très vif; le pouls est misérable, très irrégulier; la face vultueuse. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Thorax. — Le poumon droit était sain et crépitant partout, à part quelques adhérences anciennes. Le gauche avait ses deux lobes agglutinés ensemble par des produits membraniformes récens. L'inférieur était un peu engoué, mais crépitant; le supérieur l'était peu. Très adhérent à la colonne vertébrale et aux côtes, ce dernier présentait vers le sommet un froncement senile, au-dessous duquel le parenchyme était compacte et présentait à la déchirure un aspect grenu qui était grisâtre dans quelques points; il renfermait très peu de sérosité.

Pas d'épanchement dans les plèvres. Cœur peu volumineux; induration et ossification incomplète de la zone fibreuse auriculo-ventriculaire gauche; quelques concrétions sous la membrane interne de l'aorte ascendante.

Tube digestif. — La face antérieure du voile du palais, l'excavation amygdalienne, une partie de la face interne des joues, offraient une teinte rose livide; rien sur la langue. La membrane muqueuse du pharynx, tuméfiée et injectée par places, érodée dans d'autres, présentait quelques productions pseudo-membraneuses d'un blanc jaunâtre peu adhérentes. L'œsophage contenait dans son tiers inférieur une fausse membrane cylindroïde canaliculée dans toute son étendue, longue de cinq travers de doigt, d'un blanc rougeâtre, épaisse de 3 ou 4 millimètres, presque détachée de l'intérieur de l'œsophage et roulée sur elle-même. Quelques vaisseaux rouges, formant un pointillé assez vif, se remarquaient en plusieurs endroits de la membrane muqueuse de l'estomac (1). Le dernier tiers de l'intestin grêle et le gros intestin dans la plus grande partie de son étendue étaient parsemés d'une éruption de forme papulo-pustuleuse. Chaque papule ou pustule était du volume d'une grosse tête d'épingle et ombiliquee à son centre; il n'y avait ni injection ni coloration au pourtour; les veines du mésentère étaient distendues par du sang bleuâtre.

Le foie, la rate, le pancréas et les reins n'étaient pas altérés.

Ici se termine ce que nous avions à dire sur la pneumonie des vieillards et sur son traitement. Nous ajouterons, qu'en médecine, il ne faut pas s'attacher servilement à une méthode thérapeutique trop exclusive. Il faut, suivant les temps, suivant les lieux, suivant les constitutions mé-

(1) La pièce a été présentée à la société anatomique par mon ami le docteur Durand-Fardel, alors interne à la Salpêtrière, avec lequel j'ai recueilli plusieurs des observations qui servent de base à ce travail.

dicales, etc., savoir changer de batterie, comme le dit lui-même Huxham, quand une méthode échoue.

Pour n'en donner qu'un exemple, il est des années et des saisons de l'année où les préparations antimoniales, l'émétique, par exemple, échouent complètement dans les mêmes circonstances apparentes dans lesquelles elles réussissaient si bien quelque temps auparavant. Cette année encore, nous avons vu, chez l'adulte, il est vrai, des pleuro-pneumonies ne pas être sensiblement modifiées avantageusement par des saignées répétées à de courts intervalles, et disparaître presque complètement du jour au lendemain par une dose d'émétique; tandis que, les deux mois précédens, les émissions sanguines suffisaient seules. Stoll rapporte, qu'en 1778, des flux utérins intempestifs furent arrêtés par ce qui les provoque ordinairement; mais, dans d'autres temps, et sous l'influence d'autres causes; ce qui est utile dans un temps nuit cependant si on le donne dans un autre, dit Stoll, à l'aphorisme 166e de sa médecine pratique. Suivons donc les préceptes qui nous ont été transmis par les grands maîtres de l'art; étudions et cherchons à pénétrer le génie des maladies; ayons par devers nous divers moyens pour les combattre, et disons, avec l'Hippocrate de la Grande-Bretagne : « que celui qui étudie avec le plus de soin et d'application les phénomènes des maladies doit être nécessairement le plus capable de connaître les véritables indications curatives. » (Thomas Sydenham, Méd. prat. Dédicace à Jean Mapletoff.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Breschet fait le rapport suivant sur un mémoire de M. Lallemand, de Montpellier, relatif au traitement des fistules vésico-vaginales :

« On a pensé que par les caustiques on atteindrait simultanément un double but, raviver la plaie et provoquer une inflammation. Ainsi les caustiques liquides, tels que les acides concentrés, la solution nitrique de mercure, et mieux encore le cautère actuel ou fer incandescent ont tour à tour été mis en usage. Si la fistule est très petite, on peut espérer quelque succès de l'emploi des caustiques; si elle est d'une étendue médiocre ou moins que médiocre, c'est-à-dire de six à huit lignes, le fer rouge pourra suffire pour amener la guérison, en ayant soin toutefois de cautériser légèrement la membrane muqueuse, de manière à ne point provoquer une inflammation de la vessie et à ne pas produire d'escares, qui, par leur chute, agrandiraient la fistule. Plus d'une fois ces cautérisitions ont été efficaces dans les cas de petits pertuis fistuleux; mais le plus communément ce moyen ne peut servir qu'à aviver les bords de la plaie et à les enflammer plus ou moins.

» Le nombre des procédés chirurgicaux n'a pas été moins grand pour ramener au contact les bords de la fistule et pour les y maintenir. Ici l'on a d'abord proposé la suture, que l'on a employée sous presque toutes ses formes. Outre la difficulté de faire passer une aiguille et un fil du vagin dans la vessie et réciproquement, et bien que ces manœuvres aient été simplifiées dans ces derniers temps par l'invention d'instrumens plus ou moins ingénieux, on reproche à la suture d'exciter une traction douloureuse sur les tissus malades, et de finir par déchirer les bords de la plaie bien avant l'occlusion de la fistule; c'est pourquoi presque tous les praticiens renoncent aujourd'hui à ce moyen de traitement.

» En désespoir de cause on a proposé dernièrement de fermer le vagin au-devant de la fistule, en faisant adhérer ses parois : mais alors la femme est condamnée à la stérilité et ne peut plus se livrer aux actes qui précèdent la fécondation. Plus nouvellement encore, on a essayé d'oblitérer la fistule, en portant dans son intérieur un lambeau de la membrane muqueuse du vagin tenant encore par un pédicule, pour former une sorte de bouchon organique. Nous nous abstiendrons de porter un jugement sur ces deux méthodes, parce que l'expérience n'a pas suffisamment parlé.

» Ces rapides considérations sur les voies déjà suivies dans la cure des fistules vésico vaginales feront mieux comprendre la méthode proposée par M. Lallemand, et qui remplit dans le plus grand nombre de cas toutes les indications.

» Cette méthode consiste à cautériser l'orifice et le trajet de la fistule avec le fer rouge ou avec un crayon de nitrate d'argent, et à rapprocher les lèvres de la plaie avec une sonde érigne. Le fer rouge doit être employé toutes les fois qu'on a besoin de détruire certaines parties, de niveler des inégalités, surtout lorsque l'ouverture est étendue; ou bien, quoiqu'elle soit petite, lorsqu'elle est masquée, sinueuse, et que son trajet ne peut être parcouru par un cylindre de nitrate d'argent. Les cautères olivaires n'ont pas besoin d'avoir plus d'une ligne de diamètre dans la portion la plus renflée, et la tige doit être beaucoup plus mince, pour qu'elle conserve moins de chaleur. Pour les fistules étroites et sinueuses on doit se servir de stylets variés, contournés suivant les circonstances et la disposition des parties.

» M. Lallemand pense que la sonde-érigne mérite de beaucoup la préférence sur la suture; dans tous les cas où la fistule est transversale ou qu'elle peut être ramenée à cette forme, et c'est ce qui arrive presque toujours quand l'opération n'est praticable. Sur vingt-un cas de fistule, M. Lallemand n'en a trouvé qu'un seul de fistule oblique et irrégulière, dont la réunion n'aurait pu se faire d'arrière en avant.

C'est avec cet instrument que les lèvres de la plaie sont rapprochées et maintenues en rapport convenable. Par cette sonde érigne, la pression peut être augmentée ou diminuée à volonté, ce qu'on ne peut produire avec la suture. Un autre avantage de cette sonde, suivant son inventeur, c'est que par son emploi les bords de la plaie ne peuvent se renverser en haut, parce que la sonde, exactement collée sur la vessie par les crochets, ne saurait être soulevée. Si les bords se renversaient en bas, le doigt indicateur, placé dans la fistule, pendant l'application de l'instrument, s'en apercevrait aussitôt et s'opposerait à ce déplacement.

» L'emploi d'un instrument dont on peut graduer l'action est d'un grand avantage, parce qu'il permet de modifier la disposition des parties, et d'arriver, dans une opération aussi délicate, à une réunion régulière et exacte. Enfin, cette sonde-érigne, non seulement réunit les lèvres de la plaie, mais encore elle porte avec elle un conduit pour l'émission de l'urine au-dehors, et ce conduit n'est pas vacillant et ne se déplace pas comme le fait une sonde d'argent ou une sonde de gomme élastique.

» On voit que nous parlons d'un instrument sans le décrire; c'est qu'il est difficile de faire comprendre la construction d'une mécanique et son mode d'action par une simple description et sans l'avoir sous les yeux. Je soumets cette sonde-érigne à l'examen de l'Académie, et je me contente de dire qu'elle est composée de deux cylindres creux superposés l'un à l'autre. L'inférieur renferme des crochets ou érignes destinés à pénétrer dans les lèvres de la plaie, et qu'un pas de vis fait sortir ou rentrer à volonté. Un ressort à boudin est destiné à faire mouvoir une plaque qui doit fixer l'instrument. Le cylindre supérieur, ouvert à son extrémité vésicale, a pour fonction de donner passage à l'urine et de s'opposer à l'infiltration de ce liquide entre les lèvres de la fistule.

» Nous pourrions décrire ici avec détail le manuel opératoire; mais nous croyons devoir nous abstenir d'entrer dans des particularités trop techniques, et qui appartiennent essentiellement à la pratique de l'art.

» Nous croyons plus convenable de renvoyer au mémoire lui-même.

» Nous terminerons ce rapport en donnant une sorte de statistique des opérations pratiquées par M. Lallemand, pour la guérison des fistules vésico-vaginales d'après sa méthode. Ces renseignemens nous sont arrivés depuis l'envoi du mémoire à l'Académie.

» Sur quinze opérations, M. Lallemand compte sept guérisons complètes et constatées longtemps après la fin du traitement. Il avait cru pouvoir en compter neuf; mais d'après les renseignemens récens qu'il a reçus de deux de ses malades, il résulte qu'elles perdent encore quelques gouttes d'urine quand la vessie est bien distendue, mais il leur suffit d'expulser souvent l'urine pour éviter cet inconvénient. Aussi ces femmes n'ont-elles pas d'abord réclamé les soins de M. Lallemand, car cet état est tellement différent de celui dans lequel elles se trouvaient avant l'opération, qu'elles se regardent comme guéries. On peut donc ranger ces deux cas, sinon dans les succès complets, du moins parmi les améliorations très voisines de la guérison.

» Dans ces sept cas de guérisons, quatre fistules avaient de 9 à 18 lignes d'étendue transversale. Trois étaient placées au bas-fond de la vessie, deux étaient accompagnées de brides qui oblitéraient en partie le vagin, et qui ont rendu les manœuvres opératoires très difficiles.

» Après ces sept cas de réussite, nous dirons que M. Lallemand a eu six insuccès, dont trois cas de mort. Le dernier cas funeste est postérieur à l'envoi du mémoire à l'Académie des sciences.

» M. Lallemand ne compte pas deux malades qui ont quitté Montpellier au milieu de leur traitement, l'une par nostalgie, l'autre par défaut d'énergie ou par trop de susceptibilité nerveuse.

» Il a observé de plus quatre fistules vésico-vaginales auxquelles il n'a pas voulu toucher à cause de leur énorme étendue, et une autre parce qu'elle était compliquée de fistule recto-vaginale considérable.

» Ce nombre d'insuccès est sans doute bien grand, mais lorsqu'on songera que ce genre de maladie était naguère encore considéré comme une infirmité presque toujours incurable, on reconnaîtra que M. Lallemand a rendu un grand service à l'humanité, et qu'il a fait faire un progrès réel à la science.

» Ces raisons paraissent plus que suffisantes à votre commission pour proposer à l'Académie de témoigner à M. Lallemand la satisfaction que vos commissaires ont éprouvée par la lecture de ce travail, et ils en demanderaient l'insertion dans le Recueil des savans étrangers, s'ils ne savaient pas que cet opuscule est destiné à une prochaine publication. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Après l'adoption du procès-verbal, M. le secrétaire donne lecture de la correspondance.

M. Tyrial adresse à l'Académie un mémoire intitulé : Considérations nouvelles sur la médecine hippocratique.

M. Chaumet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, envoie une statistique des malades traités dans cet hôpital, et M. Paillan d'Aix un Mémoire sur l'emploi de l'hydrochlorate de baryte dans les maladies scrofuleuses.

M. le professeur Serre de Montpellier communique un nouveau cas de

pied-bot traité par la section du tendon d'Achille. Nous publierons cette observation.

M. le secrétaire annonce que M. Otto, le célèbre médecin allemand, est présent à la séance, et l'invite à prendre place au bureau.

NOTE SUR UNE MODIFICATION DE L'EMPLOI DE L'APPAREIL DE MARSH EN MÉDECINE LÉGALE; PAR M. LASSAIGNE.

La découverte du chimiste anglais a apporté dans l'analyse des divers produits arsénieux une exactitude telle qu'un 2/2,000,000 de ce métal peut être retrouvé au milieu des liquides les plus mélangés et même des tissus animaux. L'extrême susceptibilité de l'appareil de Marsh en rend l'emploi très difficile, et il faut une grande expérience pour apprendre à s'en servir :

1° La flamme du gaz hydrogène, arsenié, enflammé dont le jet est reçu sur la capsule de porcelaine, ne doit être ni trop forte, ni trop faible;

2° Cette capsule doit recevoir le jet de la flamme dans une direction convenable, difficile à bien connaître;

3° Enfin il est un moment précis de la combustion, qu'il faut saisir et que cependant aucun phénomène ne signale, de sorte que ce n'est qu'en tâtonnant qu'on peut le reconnaître.

Ce sont ces difficultés d'exécution qui ont engagé M. Lassaigne à apporter une modification dans l'emploi de cet appareil. Cette modification est tirée de la propriété du gaz arsenieux, d'agir sur le nitrate d'argent. Au lieu donc de recevoir l'hydrogène arsénieux sur une capsule de porcelaine où se dépose l'arsenic, on fait passer le courant de gaz dans une solution de nitrate d'argent pur; cette solution se colore en brun par la précipitation de l'oxide d'argent, qu'on peut facilement convertir en chlorure par l'acide chloro-hydrique. Il reste un sel d'arsenic que l'analyse peut facilement ramener à l'état de métal. Ce procédé l'emporte sur celui de Marsh, en ce que tout l'arsenic de l'hydrogène arsenié peut être recueilli, tandis que ce dernier gaz, avec les capsules de porcelaine, se perd toujours en certaine quantité.

M. Pelletier : Avant que l'Académie donne son approbation au nouveau procédé de notre honorable confrère M. Lassaigne, je crois qu'il est de son devoir de nommer une commission devant laquelle il sera prié de répéter ses expériences. Cette sollicitude de ma part ne vient que de la gravité des cas où ce nouveau procédé est destiné désormais à jouer un rôle, et j'espère que M. Lassaigne s'y associera de bon cœur.

M. le président prie les commissions de médecine légale et de chimie de désigner quelques-uns de leurs membres pour assister aux expériences de M. Lassaigne.

SUR LA PARALYSIE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES ET LES MOYENS DE LA GUÉRIR.

M. le secrétaire annonce que M. Duméril vient de déposer au nom de M. Heine (de Stuttgardt) un travail sur ce sujet, qui, écrit en allemand, sera l'objet d'un rapport.

MÉMOIRE SUR LA SUSPENSION; PAR M. ORFILA.

En examinant de près les travaux de médecine légale relatifs à la suspension, sans même en excepter les plus récens, je me suis assuré, dit M. Orfila, qu'ils sont remplis d'erreurs et d'affirmations qui résolvent nombre de points encore litigieux en cette matière. Déjà MM. Esquirol et Menières ont prouvé que le sillon parcheminé du col n'avait point la valeur que beaucoup d'auteurs lui ont donnée; que l'éjaculation, la congestion des organes génitaux, l'érection trouvées sur les cadavres étaient loin d'être des caractères certains pour décider que la suspension avait eu lieu durant la vie. Dans mon travail expérimental du 16 juillet 1839, j'ai prouvé que les assertions de M. Devergie à cet égard devaient rester sans force. J'ai été amené par une affaire dans laquelle je fus apppelé comme expert à étudier les désordres que la suspension produit dans la colonne vertébrale, et là, comme ailleurs, j'ai trouvé dans les opinions des médecins légistes beaucoup d'erreurs.

Cette affaire était celle du nommé Dauzat qui fut trouvé, le 15 septembre 1839, pendu dans son écurie. Le cadavre avait été trouvé pendu à une corde longue de 2 mètres, dont le nœud qui entourait le col était séparé de la peau par le collet de la chemise et du gilet. Il était assis sur le sol et les jambes étaient allongées. Un plomb, partant du point fixe de la corde s'éloignait de celle-ci en tombant perpendiculairement sur le sol de plusieurs centimètres. Le cou n'était le siége d'aucune injection. La bouche était pleine de haricots mal digérés. La face offrait plusieurs ecchymoses; le scrotum et ses tuniques étaient le siége d'épanchemens sanguins; mais il n'y avait aucune congestion et point de traces d'érection. Les pupilles étaient dilatées, la face pâle. La chemise, vers les parties génitales, était tachée d'un peu de sang. La deuxième vertèbre cervicale était, au rapport de deux experts, luxée à gauche, sur la première, sans déchirure de ligamens ni des parties molles voisines, et le doigt pouvait être passé entre les apophyses articulaires gauches des deux vertèbres. Les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang et la vessie contenait une urine normale. Aucun désordre autour du cadavre n'éveillait l'idée d'une lutte avec des assassins.

Les deux experts firent des rapports contradictoires; l'un établissait que :

1° Dauzat avait succombé à une asphyxie;

2° Que la suspension pendant la vie n'était point la cause de cette asphyxie;

3° Que la suspension avait été faite après la mort.

4° Que l'art dans un crime pareil était insuffisant et ne pouvait que faire naître sur le crime des soupçons tirés de l'état de contusion constaté sur le scrotum.

Le second expert établissait que

1° Dauzat avait succombé à une asphyxie.

2° Que celle-ci était le résultat de la suspension pendant la vie.

3° Que les ecchymoses, les épanchemens sanguins étaient loin d'indiquer que la suspension n'avait été faite qu'après la mort.

4° Que la suspension ôtée, on ne pouvait se rendre compte de la mort.

M. Orfila, appelé à donner son opinion, pensa que l'asphyxie était la cause de la mort; qu'à la rigueur, on pouvait admettre que la suspension avait eu lieu pendant la vie, et était le résultat d'un suicide; mais que cela était tout à fait en contradiction avec la luxation de la deuxième vertèbre sur la première, puisque toutes les circonstances éloignaient l'idée d'une résistance faite par la victime.

Dauzat fils et sa mère étaient accusés de la mort de Dauzat père, et furent condamnés à la peine capitale. Après la lecture de leur condamnation, ils firent l'aveu de leur crime : ils avaient étouffé le vieux Dauzat avec son bonnet, lui avaient à diverses reprises tourné violemment la tête sur le tronc, et pendant la lutte horrible du père contre son épouse et son fils, ce dernier avait foulé le ventre avec le genou et pressé les parties génitales.

Mon dessein, dans le mémoire présent, est de m'appesantir sur la valeur des luxations de la deuxième vertèbre sur la seconde et sur les autres désordres de la colonne vertébrale. Je passerai rapidement sur les signes tirés 1° de l'état de la face; 2° de la langue; 3° de l'écume sanguinolente trouvée dans la bouche; 4° de la rupture ou non des tuniques interne et moyenne de l'artère; 5° des désordres produits par la corde; 5° du sperme trouvé dans l'urètre; 6° de la congestion des organes génitaux, et de l'érection. Quant à ces deux derniers signes, je dirai qu'ils peuvent exister aussi bien quand la suspension a eu lieu après la mort, si elle a été longue, et qu'ils peuvent manquer quand la suspension a eu lieu pendant la vie, si la durée de la suspension est courte.

Deux observations de suicide par suspension, rapportées par M. Ollivier (d'Angers), prouvent ce dernier fait. Dans les deux cas, la suspension n'avait duré que quelques instans, et il n'y avait aucune trace d'injection, de congestion, ni dans le scrotum, ni dans le pénis, qui était remarquablement flasque, et dont les corps caverneux étaient très pâles. Dans ces deux cas, la corde avait été passée au-dessus du cartilage thyroïde, et la fermeture de l'ouverture laryngée avait amené une asphyxie très prompte.

1° *Peut-on luxer l'atlas sur l'axis sur les cadavres?*

J'ai fait, à ce sujet, sur des cadavres, des expériences qui peuvent se rapporter à deux chefs.

Première série d'expériences sur quatorze cadavres. — Les cadavres étaient pendus, la corde passée sous le menton, le tronc très près du sol, et les jambes allongées reposant sur le sol. On imprimait brusquement de violentes secousses de haut en bas, des mouvemens très puissans de flexion et de rotation à la tête sur le tronc. Une fois l'apophyse odontoïde a été fracturée près la base, sans déplacement, à cause de l'intégrité des ligamens. Une fois l'axis a été fracturé horizontalement dans son corps, sans déplacement. Sur les douze autres, aucun désordre n'est résulté des mêmes manœuvres. Les cadavres à la fracture de l'odontoïde et de l'axis appartenaient, le premier, à une femme grêle et maigre, âgée de 35 ans, et le second, à un vieillard de 75 ans.

Deuxième série d'expériences sur six cadavres. — Ceux-ci étaient pendus, les pieds étant à un mètre du sol. Un ou plusieurs hommes robustes se précipitaient sur les épaules, et imprimaient divers mouvemens au tronc sur la tête, ou à la tête sur le tronc.

Une dissection attentive prouve qu'aucun désordre n'est résulté de ces manœuvres.

L'observation de Dauzat semble contraire à ces expériences; mais il faut remarquer que les experts ont décrit une luxation sans déchirure de ligament, sans désordres des parties molles, et telle cependant que le doigt pouvait être introduit entre les apophyses articulaires. Comment admettre une luxation sans déchirure de ligament et avec la possibilité d'interposer le doigt entre les surfaces articulaires? D'un autre côté, comment expliquer les fractures observées dans mes expériences. Il suffit pour cela de se rappeler l'âge et la condition des cadavres, et, à cette circonstance physiologique, que l'étendue possible des mouvemens est fort grande dans le sens des surfaces articulaires. Pendant la vie, les luxations doivent être moins faciles; car la contraction musculaire oppose une grande résistance aux mouvemens communiqués.

2° *Peut-on, par les expériences précédentes, produire des luxations ou fractures sur les autres points de la colonne vertébrale?*

Pour la première série d'expériences, on produisit deux fois la rupture des ligamens jaunes, et, dans l'un d'eux, circonstance remarquable, il y avait un épanchement de sang autour de la rupture. Malle, dans ses expériences, a pu assez écarter les apophyses épineuses de la région dorsale pour placer le doigt entre elles; une fois un corps de vertèbre était fracturé; deux fois, il y eut luxation des apophyses articulaires, des vertèbres dorsales d'un côté, six fois des désordres dans le corps des vertèbres dorsales et dans leurs articulations.

Dans la deuxième série d'expériences, il n'y eut aucun désordre.

Ces grands désordres, d'ailleurs si variés dans la région dorsale, s'expliquent par le peu de mouvemens dont jouissent ces vertèbres.

3° *La luxation de l'atlas sur axis peut-elle se faire sur un homme qu'on pend?*

Beaucoup d'auteurs l'ont admis, et tout le monde connaît l'opinion et les remarques et l'explication de Louis à cet égard. Nulle part, le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie n'a dit avoir vérifié ces faits par la dissection, et l'observation de J.-L. Petit sur ce sujet n'est pas non plus accompagnée du résultat de la dissection.

D'un autre côté, Mackensie et Mouro qui, en Angleterre, ont disséqué plus de

cinquante pendus, n'ont jamais constaté cette lésion. Il est vrai que le mode de pendaison en Angleterre diffère de celui mis en usage en France du temps de Louis.

4° *La luxation de l'axis sur l'atlas peut-elle s'opérer sur une personne qui se pend?*

Louis a répondu par la négative à cette assertion. Dans une quantité d'autopsies de suicide par suspension, jamais ce désordre n'a été constaté. Chaussier, dans ses leçons, a cité un fait pareil, mais dont il n'a point décrit les détails anatomiques. Les deux autres observations, données par un médecin de Liége, pour prouver ce fait, sont complètement insignifiantes.

5° *La suspension pendant la vie par suspension ou par homicide peut-elle produire des luxations au-dessous de la deuxième vertèbre cervicale?*

M. Orfila résout cette question par l'affirmative; il donne en preuve ses expériences sur le cadavre. Ces désordres sont favorisés par la débilité et l'âge des sujets.

6° *Existe-t-il des caractères tirés de la colonne vertébrale qui puissent déterminer s'il y a eu suicide ou homicide par suspension?*

Contre l'opinion des auteurs, M. Orfila établit que l'état exclusif des désordres de la colonne vertébrale est impuissant à juger cette question.

CONCLUSIONS. — 1° Pris isolément, aucun signe des auteurs ne peut distinguer la suspension faite pendant la vie de celle faite après la mort. C'est à tort que M. Devergie a donné cinq caractères valables: 1° asphyxies; 2° sillon de la peau du col; 3° fracture d'hyoïde ou de cartilage thyroïde; 4° éjaculation; 5° section des membranes interne et moyenne, des carotides, caractère donné pour la première fois par M. Amussat.

2° Quand, avec les signes d'une asphyxie, il n'y a ni ecchymose, ni sillon au col, ni fracture, ni luxation, la suspension peut avoir eu lieu pendant la vie, mais elle peut aussi, et cela est plus probable, avoir eu lieu après la mort.

3° S'il y a ecchymose dans la peau et tissu cellulaire du col auprès du sillon, la suspension pendant la vie est plus probable.

4° S'il y a déchirure de ligamens avec ecchymose ou non au pourtour et au col, signes d'asphyxie, fracture des vertèbres, et pas d'autres lésions sur le corps, la suspension peut avoir eu lieu pendant la vie, mais elle peut avoir suivi la mort.

5° Si, avec asphyxie, quelque vertèbre cervicale est fracturée dans son corps, et qu'il y ait absence d'autres violences, il est probable qu'il y a homicide.

6° S'il y a luxation de l'atlas sur axis, on peut affirmer que la suspension a suivi la mort, à moins de carie de l'une des vertèbres.

7° Les preuves tirées du lien du crime et de ses circonstances sont, en général, plus compétentes à juger s'il y a eu suspension avant ou après la mort.

M. DUMÉRIL: En 1812, à l'époque où je commençais ma carrière de médecin des hôpitaux, j'examinais, à la visite du matin, un homme de 50 ans, arrivé de la veille, et qui était concierge à Rambouillet. Je ne remarquai rien de particulier, sinon qu'il avait la face fort rouge. Il y avait à peine quelques instans que j'avais quitté la salle où il était couché, quand M. Rivière, mon interne alors, vint à la hâte me prévenir que cet homme venait de se pendre. Il y avait si peu de temps que je l'avais quitté que je ne voulais pas y croire. « Mais, venez vite, me disait M. Rivière, il est peut-être temps encore; dépêchez-vous. » J'accourus, tirai mon couteau de la poche et coupai la corde. Tout cela fut très rapide. Malgré tous nos soins, nous ne pûmes rappeler ce malheureux à la vie. Au moment où j'arrivai, il avait les jambes allongées sur le plan du lit et le siége presque sur l'oreiller. L'autopsie fut faite avec soin le lendemain. Il y avait rupture des ligamens odontoïdiens, luxation de l'apophyse odontoïde, qui avait passé sous le ligament transverse et comprimait la moelle. Je fis moi-même la dissection, aidé de M. Delaroche.

M. VELPEAU: Je ferai remarquer qu'il n'est pas exact de dire que les contractions musculaires rendent les luxations plus difficiles pendant la vie, car il est reconnu que cette force, une fois les os placés dans une certaine direction, vient s'ajouter aux causes extérieures de déplacement et favoriser la production des luxations.

M. GIMELLE cite un cas semblable, pour les circonstances, à celui de M. Duméril, et dans lequel il n'y avait point de désordre dans la colonne vertébrale. Mais on constata une éjaculation, qui s'était faite en l'absence de toute congestion des organes génitaux et de la moindre érection.

M. DUPUY rapporte qu'il a fait sur des chevaux des expériences tendant à diminuer la valeur des ecchymoses, comme lésion produite pendant la vie. Il injectait du sang mêlé à de la matière cérébrale dans les veines de chevaux qu'il sacrifiait après. Ayant ouvert ces animaux plusieurs heures après l'injection, il trouvait de larges ecchymoses sur les poumons. Quelques autres ayant été sacrifiés dans la première demi-heure après l'injection, il trouva de petites taches ecchymotiques sur les poumons, et il fut tout surpris en continuant l'examen de ces organes de voir ces taches s'agrandir peu à peu, à vue d'œil et d'elles-mêmes, et atteindre la dimension de celles qu'il avait trouvées sept heures après la mort.

COMMUNICATION VERBALE DE M. GIMELLE SUR LE MALADE SOUMIS PAR M. SÉDILLOT A L'AMPUTATION COXO-FÉMORALE.

M. GIMELLE s'est rendu au Val-de-Grâce pour visiter ce malade, qui était au quarante-cinquième jour de l'opération. La plaie était presqu'entièrement cicatrisée. Il restait sur les lambeaux quelques ouvertures fistuleuses, donnant encore un peu de pus ichoreux; mais la quantité de liquide fourni est très minime. Ces fistules existaient avant l'opération et tendaient manifestement à cicatrisation. M. Sédillot écrit aujourd'hui que toutes ces fistules sont fermées et que la cicatrice est complète. De chaque côté de la cicatrice qui réunit les lambeaux on voit les traces de plusieurs points de suture. Cela fait deux sujets existant à Paris qui ont subi avec succès cette opération.

COMMUNICATION.

M. MICHAUX, professeur de clinique chirurgicale à Louvain, présente deux maxillaires supérieurs cancéreux, qu'il a extraits avec succès pour des cancers. Une de ces opérations a été pratiquée sur un enfant de onze ans.

Il est cinq heures, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TOUX QUI A DURÉ QUATRE ANS; communiquée par M. PRIOU, de Nantes (1).

> Gardons-nous d'un scepticisme absolu: toutes les lois de la nature ne nous sont point connues, et elle se plait assez souvent à déconcerter nos idées.
> (BOYER.)

La nature ne s'assujétit point aux classifications plus ou moins habilement établies par la science humaine, et l'on voit de temps à autre apparaître des maladies qui s'écartent de ces classifications.

Je ne sache pas que celle dont je vais tracer l'histoire ait d'analogue dans les fastes de l'art.

OBS. — Mademoiselle M., de Nantes, âgée de 17 ans et demi, d'un tempérament lymphatique, est tout à coup et sans cause appréciable prise d'une toux extraordinaire qui déjoue tous les moyens de l'art et dure quatre ans (2).

Avant de donner le détail de cette maladie singulière, je vais suivre Mlle M. depuis le moment de sa naissance jusqu'à celui où elle en a éprouvé les premières atteintes.

Mlle M. a été retirée du sein de sa mère avec le forceps, et pendant les quinze premiers jours qui suivirent sa naissance, elle rendit beaucoup de sang par les yeux. A quatre mois, elle fut soumise à la vaccination. A l'âge de sept ans, elle eut une rougeole grave, mais qui n'eut point de suites fâcheuses.

A huit ans, Mlle M. éprouva quelques symptômes que l'on peut, d'après le récit de sa mère, rapporter à la chorée ou danse de St-Guy. Les mouvemens désordonnés ou convulsifs affectèrent surtout les muscles de la face. Tous les accidens disparurent sous l'emploi de la valériane. Les menstrues s'établirent à l'âge de quatorze ans; mais n'eurent lieu que tous les quarante jours. En 1822, Mlle M. a eu une suppression de plusieurs mois. Au dire de sa mère, Mlle M. a toujours eu le cerveau embarrassé et la respiration très courte. Elle a été sujette aux engelures des mains, n'a jamais pu laisser des boucles d'oreilles à demeure sans qu'il s'y établît un suintement abondant; et pendant trois ans, avant la nubilité, elle a eu mal au nez.

EXPOSÉ DE LA MALADIE. — Vers le milieu du mois d'avril 1824, Mlle M. éprouve un mal de gorge qui dure huit jours; ensuite une toux rauque, violente, sans être suivie d'expectoration, se manifeste, et la malade perd entièrement l'appétit. L'inspection du fond de la gorge me fait reconnaître que les amygdales et la luette sont gonflées et blafardes. Je considère la toux comme gutturale, c'est-à-dire comme dépendant d'une irritation de la gorge, et alors je prescris un régime doux et humectant, les anti-spasmodiques tels que l'infusion théiforme de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger édulcorées avec le sirop d'Althœa et des pédiluves sinapisés. Quinze jours se passent. La toux est déjà si singulière et si forte que les passans se détournent dans la rue ou s'arrêtent pour savoir ce que c'est. J'administre les opiacés. La malade va et vient; mais la toux persiste. Je conseille l'application immédiate de la laine sur la peau, et d'un large emplâtre de poix de Bourgogne entre les deux épaules. Les menstrues ont lieu; mais le pouls se montrant plein et fort, je pratique une saignée de bras.

Deux jours après, la langue étant très chargée, la malade prend 45 grammes d'huile de ricin indigène. La toux ne change point, et les quintes sont plus fréquentes. Un mois s'écoule. La toux est plus forte, plus sonore et plus facile; moins fatigante, lorsque Mlle M. est corsetée. Les règles se faisant attendre, dix-huit sangsues appliquées aux cuisses les font reparaître. La toux continuant, un large vésicatoire camphré est placé à la partie supérieure de la région sternale. Il n'est point entretenu en suppuration, ne produit aucun effet avantageux, si ce n'est toutefois qu'il a fait disparaître une douleur fixe depuis plusieurs jours derrière le sternum, et a déterminé une éruption considérable de boutons sem-

(1) Cette observation devait être lue par l'auteur à l'Académie royale de médecine; mais il n'a pu obtenir la parole pendant son dernier voyage à Paris.

(2) Nous ne devons pas pourtant laisser ignorer qu'avant d'être malade, Mlle M. a reçu une impression très désagréable en voyant passer dans la rue deux noyés que l'on portait sur un brancard, et dont la tête était pendante et découverte.

blables à ceux du zona. Un second vésicatoire est appliqué au bras gauche, et fournit pendant deux mois et demi une suppuration abondante. Des bains chauds entiers sont administrés. Des fumigations de décoctions de plantes stupéfiantes (jusquiame, belladone, pomme épineuse, morelle noire, ciguë) animées d'éther, sont dirigées dans les voies aériennes. Le lait de vache est pris matin et soir, et forme presque la seule nourriture de la malade. Les menstrues étant peu abondantes, la vapeur chaude de plantes aromatiques est dirigée vers la vulve. Ce moyen vainc la constipation dont la malade est atteinte. Au mois de juillet, la toux semblant devenir périodique, et les quintes étant plus fortes et plus fréquentes, vers les six heures du soir, on administre des pilules avec le sulfate de quinquina, l'assa fœtida et le camphre, incorporés au moyen de la conserve de roses. La toux est la même. Le 14 juillet, il se manifeste une éruption ortiée sur tout le corps, mais qui est plus considérable aux bras, aux jambes et à la région des reins. Elle dure plusieurs jours, et n'a, à notre grand étonnement, aucune influence sur la toux.

Le 16 juillet 1824, la poitrine est percutée dans tous les points et le son n'offre rien de particulier. Le stéthoscope n'apprend rien de certain. Néanmoins le médecin (mon ami le docteur Toulmonche) qui en fit l'application pensa qu'on pouvait peut-être rapporter la maladie de mademoiselle M... à ce que Laënnec, de Paris, a désigné sous le nom de dilatation des bronches (1).

Les nuits avaient toujours été assez bonnes jusqu'au milieu de juillet, quoique pendant le sommeil on observât quelques frémissemens spasmodiques dans les bras et dans les muscles de la face et un peu d'oppression. Le sommeil n'a lieu qu'à cinq ou six heures du matin et dure trois ou quatre heures. A cette époque, la toux existe aussi la nuit. L'extrait gommeux d'opium et celui de belladone sont administrés. La malade prend plusieurs grains de ces substances dans la journée, et pour boisson ordinaire, de l'écorce de laitue coupée avec du lait de vache. L'opium semble plutôt chasser le sommeil que le déterminer. Au reste, il est peu de médecins qui n'aient observé cette singularité. La toux est plus fréquente que de coutume; les quintes sont prolongées; la malade, en son séant sur son lit, les jambes fléchies sous les cuisses, est obligée, au moment de la quinte, à se croiser les bras derrière le dos, comme pour prendre un point d'appui ou soutenir la région des reins. Une personne ensuite lui applique une de ses mains sur le devant de la poitrine et l'autre sur le dos pour la presser d'avant en arrière, ce qui rend la toux moins pénible et moins fatigante. Lorsque mademoiselle M. tousse, ses yeux s'ouvrent largement ou se ferment complètement; sa langue se gonfle, son tissu devient violacé, et après la crise elle la promène dans les différens points de sa bouche et la presse en rapprochant les mâchoires, comme pour faire cesser l'engorgement momentané de cet organe. Une douleur sourde s'établit (fin de juillet) dans le côté droit de la poitrine vers l'extrémité antérieure des dernières côtes sternales. Le pouls n'offre cependant pas plus de développement; la malade fait quelques courses en voiture et va respirer l'air d'un jardin; la toux n'en reçoit aucune influence avantageuse. Au mois d'août, mademoiselle M. part pour la campagne et suspend tous les remèdes; mais il pleut continuellement et la malade peut à peine prendre le grand air; la toux augmente d'intensité, et les quintes se prolongent et se répètent plus souvent; on compte jusqu'à deux cents et deux cent cinquante expirations forcées par chaque quinte. Lorsque j'étais arrivé à une assez grande distance de la maison de campagne habitée par la malade, je l'entendais tousser, et des personnes qui auraient ignoré son état auraient pu croire qu'un chien aboyait dans le lointain.

Quoique décidé à ne plus rien prescrire à la malade, je ne puis m'empêcher d'engager ses parens à faire usage de frictions huileuses, éthérées et camphrées, sur le devant de la poitrine, et de quelques gouttes de liqueur d'hoffman dans de l'infusion de tilleul bien sucrée. La toux continue, mademoiselle M. rentre en ville. J'essaie sans succès le musc associé à l'opium, les bains froids et entiers, les demi-lavemens avec de l'assa fœtida.

En septembre 1824, un moxa est consumé sur l'endroit correspondant à la douleur que ressent la malade, c'est-à-dire sur le devant de la poitrine; la toux n'est pas le moindrement diminuée par l'effet de ce moyen énergique. Sur vingt-quatre heures mademoiselle M. en passe près de douze à tousser. Chaque quinte se compose de six à sept cents expirations sonores, et cinq à six quintes s'effectuent dans quarante minutes; il y a aphonie complète; le pouls conserve son rhythme habituel; la douleur sous-costale paraît moins vive et s'être déplacée pour occuper, mais seulement pour quelques jours, la région épigastrique. Vers la fin d'octobre, la malade ressent une douleur pulsative au fondement; j'augure bien de ce phénomène, pensant qu'il pourrait s'y établir un dépôt critique; mais c'est un simple furoncle qui s'ouvre de lui-même au bout de huit jours, et qui ne laisse aucune trace de son existence; l'état de mademoiselle M. n'est pas moins digne de compassion; la toux qui l'obsède est terrible et déchirante. Je dis la toux, car je ne trouve pas d'expression pour dépeindre ce qu'éprouve la patiente; ainsi sa respiration est haletante, l'expiration est plus longue que l'inspiration est brusque. On observe une variation de ton dans le son produit par la sortie de l'air; ce son est tantôt aigu, tantôt grave, fort ou faible, ou presque nul pendant chaque quinte qui arrive toutes les heures, dure une demi-heure et se compose toujours de cinq à six cents expirations forcées, dont la répétition est rapide comme la pensée; le regard a quelque chose de hagard; Les yeux sont fixes, brillans et bien ouverts, lorsque le son, résultant de l'air expiré est fort et grave; ils sont au contraire languissans et presque fermés quand il est faible. La pupille est dans l'état naturel; la face est pâle et un peu bouffie; la bouche est béante et le col tendu; le pouls, après la crise, est régulier et donne cent trente à cent quarante pulsations par minute; les battemens du cœur sont très accélérés; mais peu à peu la circulation devient moins active: tout rentre dans l'ordre ordinaire.

Malgré cet état, il n'y a point d'amaigrissement sensible, quoique la malade ne mange pas; car elle a entièrement perdu le goût du pain et du vin. Elle prend, seulement depuis six mois, un peu de chocolat le matin et un ou deux petits bouillons gras dans l'après-dîner. Il n'y a ni étourdissemens, ni vomissemens, ni oppression, ni refroidissement des extrémités, ni sueurs, ni le sentiment d'une boule qui semblerait, comme dans l'hystérie, partir du bas-ventre et remonter à la gorge. Il y a apyrexie. La langue est nette. Toutes les fonctions se font assez bien. La malade se couche indifféremment pour dormir sur le dos ou sur les côtés, et n'éprouve d'autres souffrances que celles qui résultent de l'ébranlement général du corps et des secousses répétées et prolongées de la toux. Elle conserve d'ailleurs sa gaîté. La vue d'une personne inconnue paraît éloigner la toux pour un instant.

Quoique tout médecin qui connaît la dignité de son art doive répugner à recourir, dans les cas ordinaires, à des moyens empiriques, il ne doit pas repousser avec aigreur ces moyens, quand surtout ceux que conseille la médecine rationnelle sont tout à fait infructueux. Le père de mademoiselle M., homme plein de sens et doué d'un excellent jugement, m'ayant demandé si le magnétisme pouvait être de quelque utilité chez son enfant, je ne crus pas devoir le détourner de cette idée, et je lui annonçai que ce moyen avait réellement quelques effets singuliers, dans les affections nerveuses surtout; mais qu'il pourrait être plutôt nuisible qu'utile chez sa demoiselle. M. M. la magnétisa à l'insu de tout le monde, et ne put obtenir qu'un demi-sommeil pendant la demi-heure de repos que la toux accorde à la malade. Après quinze jours d'essais infructueux, on renonça au magnétisme. L'impression première eût-elle été plus sensible si une personne étrangère se fût chargée de magnétiser la malade? Mais elle avait autant de répugnance que nous dans ce moyen magique. D'ailleurs, nos magnétiseurs s'étaient éclipsés (1).

Vers le milieu de septembre, les accès de toux sont de trente-cinq minutes.

La malade prend une dose des poudres d'Irroé (espèce de purgatif soi-disant rafraîchissant, qui, comme tous les remèdes à tout mal, a eu, il y a trente ans, une vogue éphémère); mais elle n'a pu la garder, et l'a vomie peu de temps après son ingestion dans l'estomac.

Le 20 septembre, les quintes de toux sont de cinquante minutes.

Le 1er octobre, elles durent soixante minutes. Comme il y a habituellement constipation, malgré l'usage fréquent des lavemens, et comme les parens de la malade désiraient qu'elle prît des poudres d'Irroé, on administra six bols, de 8 grains chacun, de ces poudres. Elles produisirent peu d'effet sur le tube intestinal.

Le 2 octobre, les crises de toux durent quatre-vingt-cinq minutes, et le repos, entre chacune d'elles, est de la même longueur de temps. Chaque jour, les accès de toux augmentent de quelques minutes, et, le 13 octobre, elles ne durent pas moins de deux heures quarante minutes, sans que la malade ait un instant de repit L'agitation du corps est moins considérable; le visage est morne; le pouls, après la quinte, est bien moins accéléré que de coutume; il se montre même plus lent que dans l'état habituel, puisqu'il ne donne que cinquante pulsations par minute. La plaie produite par le moxa est entièrement cicatrisée.

Le 14 octobre 1824, chaque crise dure deux heures quarante-cinq minutes. Les parens de Mlle M. voyant que la toux augmente chaque jour et ne laisse que cinquante minutes d'intervalle entre chaque quinte me pressent de tenter quelques moyens nouveaux. Mais vers quel point diriger l'attaque? Où trouver la cause si bien cachée de cette maladie opiniâtre, inconcevable, extraordinaire, pour en combattre avec efficacité les effets? Je conçus l'idée d'établir une rubéfaction sur toute l'étendue de l'organe cutané, et je fis administrer un bain entier, chaud et sinapisé. La malade y resta une demi-heure et en sortit le corps étant assez rouge. Il ne produit aucun effet sur la toux, et le 16 les quintes du-

(1) La dilatation des bronches, dit M. Laënnec, doit toujours son origine à un catarrhe chronique, ou à toute autre maladie capable de produire des quintes de toux longues, violentes, et qui se répètent pendant un temps considérable. La coqueluche est peut être de toutes les maladies celle qui produit le plus souvent l'altération organique dont il s'agit. (DE L'AUSCULTATION MÉDIATE, tom. 1er, p. 126, Paris, 1819.)

(1) J'ai vu, sinon des cures, des phénomènes physiques fort remarquables, produits par le loyal emploi du magnétisme. Je crois qu'il y a là beaucoup à étudier, pour quiconque voudra examiner la chose sans prévention, et sous le point de vue tout à fait philosophique.

Bonaparte, dont le rare génie s'éleva jusqu'aux choses les plus abstraites, avait la conscience que, tôt ou tard, le magnétisme conduirait à des découvertes d'une haute importance. Dans sa pensée, comme dans celle de beaucoup de savans, le magnétisme animal n'était pas sans quelque affinité avec le grand magnétisme terrestre, et se liait ainsi à la question de l'électricité atmosphérique. M. Geoffroy-St-Hilaire, l'un des hommes les plus célèbres de notre époque, racontait à quelqu'un que Bonaparte, étant en Egypte, avait eu le projet d'affecter un prix de soixante mille francs à une découverte qui sortirait d'études pareilles, et, un jour, se promenant dans son jardin de la place Ezbekieh, il s'en ouvrit devant Monge et Berthollet: « Oui, disait-il, je n'ai été militaire qu'à mon corps défendant; j'aurais préféré être un inventeur, un Newton. » — « Général, répliqua Monge, vous savez le mot de Lagrange: « Aucun n'égalera la gloire de Newton; il n'y avait qu'un monde à découvrir. » — « Qu'un monde! que dites-vous là, Monsieur? Ce n'est pas Berthollet qui parlerait ainsi. Oui, il n'y a qu'un monde avec des lois de distance appréciable; mais cet autre monde dans lequel nous vivons, notre milieu ambiant, que nous ne voyons, que nous ne connaissons pas; les lois d'affinité de ces molécules, principes dont la distance ne peut s'apprécier; tout cela est-il trouvé, Monsieur? Newton ou vous, Monge, l'auriez-vous trouvé? Parlez, ce serait plus beau, plus grand, plus profitable à l'humanité qu'une spéculation philosophique. Newton a résolu le problème du mouvement de l'univers; vous auriez résolu celui de la vie de l'univers. Vous le dépasseriez de tout l'espace qu'il y a entre la matière et l'intelligence. »

rent, chose étonnante ! trois heures consécutives. Il y en a quatre dans la journée; la première a lieu de six à neuf heures du matin; la seconde de dix heures à une heure; la troisième de quatre à sept heures du soir, et la quatrième de huit à onze heures du soir. On redoute que les accès de toux viennent à se joindre et que la malade soit condamnée à tousser la journée entière.

Le 17, bain sinapisé dans l'intervalle des crises Dans la soirée, la vue de la malade se trouble. Il survient de l'oppression et de fortes douleurs se font sentir dans la région des reins. Un lavement émollient et un bain de pieds administré vers le milieu de la nuit amènent du calme.

Le 18, la malade y voit mieux. Elle annonce que les crises de toux ne dépasseront pas leur durée, qui est toujours de trois heures. Sa prédiction s'accomplit. Toute espèce de remèdes est suspendu.

Le 19, la crise du soir n'a pas eu lieu. La malade s'est endormie à huit heures du soir et ne s'est réveillée qu'à six heures du matin pour tousser. Un ptyalisme assez abondant, qui avait lieu pendant les quintes de toux, et qui s'était supprimé depuis quelques jours, a reparu.

Le 20 et jours suivans, trois quintes de trois heures chacune dans les vingt-quatre heures.

Le 28, la quinte de toux de dix heures à une heure a manqué.

En novembre, Mlle M. se dégoûte de chocolat. Elle mange quelques châtaignes bouillies et boit un peu de bouillon gras. Pendant ce mois, la toux ne se montra point par quintes; mais elle n'en est pas moins très répétée; et, pour la première fois, dans la nuit du 22 au 23, on s'aperçoit que la malade tousse en dormant. La salivation est très abondante et la langue est dans une agitation continuelle. La malade a par instant le sentiment d'un corps étranger flottant vers la partie moyenne de la poitrine.

Le 7 décembre, Mlle M. sort pendant trois quarts d'heure en voiture. Ses voisins sont tout étonnés de voir qu'elle soit si peu changée au physique. Elle annonce que les crises vont, dans quelques jours, diminuer de longueur.

Le 12 décembre, j'appris, chez la malade, qu'une de ses amies, âgée de 17 ans, valétudinaire depuis quelques années, d'une susceptibilité nerveuse très grande, d'une imagination vive, sujette à des tiraillemens de poitrine, à l'approche de l'hiver, et qui était venue passer quelques instans avec elle, était depuis deux jours atteinte de la même toux. Cette circonstance est bientôt connue dans le quartier, et le public crédule de crier à la contagion (1). La société de Mlle M. qui se composait de plusieurs jeunes personnes, prit la fuite. J'allai voir la nouvelle malade que je connaissais déjà, et qui était confiée aux soins d'un de nos collègues. Je pus observer que, pendant les quintes de toux, son attitude, le son de sa voix, étaient à peu près semblables à ceux de Mlle M.; mais en moins de huit jours, tout disparut sous l'emploi combiné des bains chauds entiers, de quelques anti-spasmodiques et de l'application d'une vingtaine de sangsues sur le devant de la poitrine. Ce dernier moyen la calmait toujours lorsque des douleurs thoraciques venaient l'importuner. Quoi qu'il en soit, ce fait indique suffisamment la nécessité et la précaution qu'il faut avoir d'éloigner les jeunes personnes douées d'une mobilité nerveuse très exaltée, d'un esprit faible, de celles qui sont atteintes de maladies qui s'accompagnent de mouvemens convulsifs, d'agitation extraordinaire, de gesticulations bizarres. Il n'est pas toujours facile de maîtriser son imagination, et les pages de l'histoire sont remplies d'exemples qui prouvent que des maladies se sont développées par imitation. Ceux qui nous ont été transmis par Pausanias, Plutarque, Bonet, Primerose, Hacquet et Boërhaave, sont surtout fort remarquables. Le docteur Roussel, penseur fort ingénieux, a peut-être avancé une grande vérité en disant que l'imitation est probablement aux corps vivans et animés ce que l'attraction ou les affinités chimiques sont à la matière brute et inorganique. Un tousseur continuel, dit Michel Montaigu, irrite mon poumon et mon gosier. Au reste, le prompt rétablissement de Mlle B. flatta beaucoup Mlle M., puisqu'elle put jouir de la douceur des entretiens de ses compagnes chéries dont le cœur n'avait point changé.

Vers la fin de décembre, les quintes de toux sont moins longues que de coutume, c'est-à-dire qu'elles ne durent plus que deux heures. Il y en a trois dans la journée. La malade prédit qu'elles seront les mêmes pendant quelque temps, et qu'ensuite elles diminueront graduellement (2). Elle répète souvent que si on l'eût saignée davantage au début de sa maladie et que si on ne l'eut pas forcée de manger, elle eût été guérie plus tôt. Cependant, Mlle M. a été saignée plusieurs fois, et depuis huit mois elle n'a pas mangé une demi-livre de pain. Elle s'est soutenue avec quelques crêmes légères, du lait coupé avec moitié eau, du chocolat et du bouillon gras; mais ces alimens ont été pris en très petite quantité.

Mad. M. pensa que, d'après le bienfait que Mlle B. avait retiré de l'application de sangsues sur la poitrine, ce moyen pourrait être avantageux à sa demoiselle. Comme le pouls était assez fort pour permettre de tenter une émission sanguine, dix-huit sangsues furent appliquées sur le devant de la poitrine; mais la toux fut inébranlable. Mlle M. mange des glaces à la vanille.

Au commencement de janvier 1825, on aperçoit quelques stries sanguinolentes dans les crachats; la toux est plus forte, plus sonore; l'aphonie existe toujours; le pouls se montre plein. Trois saignées, deux de bras et une de pied, sont pratiquées. Le calme revient, mais la toux reste la même. Sur vingt-quatre heures, la malade en passe seize à tousser, et, pendant ce laps de temps, il y a de soixante-deux à soixante-quatre mille expirations forcées.

Le 29 mai 1825, un partisan du vomitif-purgatif du spéculateur Leroy persuade aux parens de Mlle M. que ce remède procurera sa guérison. Après six doses de cette drogue, on est obligé d'y renoncer parce qu'elle cause des douleurs très fortes d'entrailles. Elle est d'ailleurs sans effet sur la toux. L'insuffisance de tous les moyens mis en usage fait renoncer à toute espèce de médicament. La malade vit d'eau et de lait et de sucre en pain. Elle a perdu entièrement l'émail de ses dents.

Dans le cours de l'automne de 1826, Mlle M. mange la valeur d'une barrique et demie de nèfles. La toux devient moins fréquente; elle se montre la nuit et le jour, et est assez forte pour être entendue dans toute la rue où demeure Mlle M.; au point qu'une jeune femme nerveuse et délicate, qui ne voyait point la malade, fut prise d'une toux analogue, et qui dura plusieurs mois. Enfin la toux de Mlle M. n'a cessé que le 8 février 1828. La voix qui avait toujours été éteinte a repris son timbre ordinaire. J'avais oublié de dire que le 26 mai 1826 la voix avait reparu tout à coup, et que si Mlle M. avait voulu lui donner toute l'extension dont elle lui paraissait susceptible, elle eût été d'une force tout à fait extraordinaire. Le lendemain matin l'aphonie était revenue. Aujourd'hui, Mlle M. jouit d'une santé parfaite. La plupart de nos collègues de Nantes l'ont vue pendant qu'elle était malade.

Ainsi, malgré tous les moyens employés, et dont j'ai fait continuer l'usage de chacun assez longtemps pour me mettre à même d'en apprécier les effets, la maladie de mademoiselle M. continue, augmente progressivement et s'arrête enfin d'elle-même, après quatre années de durée. Quelle était donc sa nature ? N'était-elle qu'une toux nerveuse, hystérique ; et, dans ce cas, n'était-elle réellement que sympathique d'une modification particulière de l'utérus ? Je sais que beaucoup d'auteurs veulent faire jouer un rôle important à cet organe dans la plupart des maladies des femmes. C'est une échappatoire. Et, en effet, comment concevoir une maladie provenant d'un organe qui est dans l'état physiologique le plus parfait ? Chez mademoiselle M. les menstrues avaient lieu comme en santé.

Pouvait-on croire à l'existence et à l'influence des vers ? Mademoiselle M. a été purgée plusieurs fois et n'a pas rendu un seul lombric.

La maladie de mademoiselle M. peut elle être rapportée à l'athsme convulsif auquel Dreysig assigne, comme un des signes principaux, une voix sourde, sonnant le creux et ayant quelque analogie avec l'aboiement d'un grand chien ? Mademoiselle M., pendant ses quintes de toux, n'éprouvait pas le besoin impérieux de respirer le grand air, l'air extérieur.

Quel rapport la maladie dont nous nous occupons a-t-elle avec l'angine de poitrine, sur la nature de laquelle l'opinion des auteurs est si partagée ? Aucun, si l'on veut établir une comparaison entre les signes de cette dernière affection qui nous ont été fournis par Desportes, Jurine et Desgranges, et ceux de la maladie de mademoiselle M.

Enfin, si on ne peut se rendre compte de la toux férine ou féroce, pour me servir de l'expression des anciens, dont ma malade a été prise, autrement que par l'intervention nerveuse, quels étaient les moyens efficaces à lui opposer ?

Nous ne craignons jamais de nous entretenir des maladies que notre art n'a pu guérir. Nous n'avons point hésité à publier cette observation, aussi rare que curieuse, parce qu'elle est une preuve nouvelle que la nature sait triompher de certaines affections qui, selon toutes les probabilités, devraient conduire au tombeau les personnes qui en sont atteintes.

VARIÉTÉS.

RÉPONSES A LA LETTRE DE M. VIDAL (DE CASSIS) SUR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES, INSÉRÉE DANS LE DERNIER NUMÉRO DE LA GAZETTE MÉDICALE.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je ne puis laisser sans réponse la lettre que vient de publier M. le docteur Vidal. En rappelant, dans ma note sur les injections intra-utérines inserite dans le n° du 19 septembre dernier de votre journal, que le procédé que cet estimable chirurgien propose était *innocent*, j'étais loin de m'attendre a l'accusation qu'il me jette de ne pas l'avoir lu, ou de ne l'avoir pas compris. Si M. Vidal n'a pas dit positivement que son procedé etait innocent, il le laisse très manifestement à penser, et c'est en effet l'idee qu'en ont prise tous ceux qui ont lu le mémoire imprimé, ou qui en avaient entendu la lecture à l'Académie. C'est ainsi que vous l'avez conçu vous même, Monsieur le Rédacteur, car voici textuellement la première phrase de votre compte-rendu de cette communication: « M. Vidal s'est proposé dans ce travail de démontrer l'*innocuité* des injec» tions intra-utérines pratiquees avec les précautions convenables.,. » A vous

(1) Elle est désignée sous le nom de contagion d'imitation par les médecins.

(2) Il y a encore beaucoup à étudier pour le philosophe et pour le physiologiste dans ces annonces de Mlle M. sur la durée de sa maladie. Le fait est que les somnambules font souvent de semblables annonces qui tantôt se réalisent et tantôt ne se réalisent pas; mais qui ne sont pourtant pas le produit de l'imposture. Ce phénomène de double vue n'étonne plus notre siècle eclairé, quoiqu'il ne s'explique point encore d'une manière satisfaisante. Ce que voient les somnambules endormis peut être vu par des somnambules éveillés; peut être Mlle M. avait-elle quelques dispositions à ce dernier état. Il se peut qu'un jour vienne où les médecins s'occupant davantage des phénomènes de l'ame pourront arriver à des decouvertes importantes pour la science de l'homme encore si peu avancée.

donc, comme à tous, le singulier reproche dont on veut seul m'accabler. Il n'y a qu'une chose vraiment incompréhensible, c'est la réclamation de M. Vidal; car, ôtez à son procédé l'innocuité, que lui reste-t-il de nouveau, d'original, d'essentiellement distinctif de l'ancienne méthode qu'il a la prétention de renverser?...

J'ai dit dans ma note que si ce procédé était innocent, il ne pouvait pas non plus avoir de grands résultats thérapeutiques; j'aurais pu dire avec raison qu'ils devaient être complètement nuls. Cette assertion hardie, et qui battait en brèche jusque dans ses fondemens ce procédé, était d'une exactitude incontestable, et qui vient d'être corroborée par un témoignage inattendu. Ce puissant soutien, c'est M. Vidal lui-même. Il prétend dans sa lettre « que depuis plus d'un » mois le procédé que M. Duparcque invente aujourd'hui (remarquez qu'il y a » au moins trois semaines à dater de la publication de ladite lettre, que j'ai dé» posé ma note au bureau de la GAZETTE MÉDICALE), est suivi dans mon service » de Lourcine. »

Je n'avais pas eu l'intelligence de comprendre M. Vidal; il voudrait maintenant, en se servant de termes ambigus, faire penser que j'ai eu la perspicacité de le deviner.

« Ce praticien, dit la lettre en parlant de moi, n'est pas au courant des pro» grès qu'ont faits à Lourcine les injections intra-utérines. Ceci est plus pardon» nable, car je n'en ai rien dit publiquement depuis ma brochure, et l'accès de » notre hôpital est difficile. »

Enfin, M. Vidal est émerveillé « que j'aie imaginé de moi-même, et comme par inspiration » une pratique qu'il cherchait depuis longtemps et qui lui a coûté beaucoup de temps et beaucoup d'expériences... Il n'y a vraiment pas de quoi, et à cet étonnement aussi naïf qu'il est malignement exprimé, ma plume refuse de répondre soit par modestie, soit par égard pour la susceptibilité de mon confrère.

Je laisse aux lecteurs de notre polémique à décider la question de priorité pour la modification que j'ai proposée au procédé Vidal, et que celui-ci revendique sans l'avoir fait connaître. Mais je demanderai ce que signifient maintenant et les centaines d'expériences faites avec le procédé primitif reconnu insuffisant par l'auteur lui-même, et quelle est la valeur des conclusions qu'il en a tirées relativement aux effets pathologiques et aux résultats thérapeutiques de ses injections intra-utérines.

Ainsi le mémoire sur un traitement méthodique de quelques maladies de matrice peut être considéré comme mort-né, et la question des injections intra-utérines est revenue à peu près au même point où il l'avait prise.

A de nouveaux essais donc. En attendant, je crois utile pour l'édification des praticiens de présenter quelques propositions générales sur ce sujet important.

1° Les accidens que peuvent déterminer les injections intra-utérines proviennent de plusieurs sources.

A. Passage du liquide injecté dans le péritoine, à travers les trompes utérines.

Cette pénétration a été attribuée à la force ou à l'abondance des injections. Mais ne pourrait-elle pas résulter aussi d'une sorte d'inspiration ou d'absorption active de la matrice et des trompes, phénomène analogue à celui qui, d'après la plupart des physiologistes, s'opère sur la liqueur spermatique par et pendant l'orgasme vénérien. La titillation de cet organe par le contact de la canule ou du liquide injecté ne serait-elle pas susceptible d'éveiller chez quelques femmes quelque chose d'analogue? S'il en était ainsi, les injections, même modérées, loin de prévenir ces fâcheux effets, ne seraient-elles pas plus propres à les provoquer qu'une injection un peu forcée qui, en irritant la matrice, excite les contractions comme expulsives de cet organe, comme paraissent le prouver au reste les coliques utérines, les tenesmes que l'on a parfaitement observés pendant l'opération par la méthode ancienne.

B. Ces phénomènes de réaction dus aux efforts de distension que les injections forcées ou abondantes exercent contre les parois utérines, ne sont pas toujours eux-mêmes exempts de gravité. Ils ont été, et nous les avons vus, le prélude d'accidens nerveux ou inflammatoires plus ou moins intenses et alarmans.

C. Les mêmes accidens nerveux et phlegmasiques peuvent provenir de l'impression que fait le liquide injecté, ou la seule présence de la canule sur l'utérus, quelle que soit la force de la projection. Quoi qu'en dise M. Vidal, ces phénomènes ne sont pas toujours aussi bénins ou innocens qu'il le prétend, d'après ses nombreuses expériences, et j'ai dit comment et pourquoi.

2° Ces phénomènes, ces accidens, résultant soit de la pénétration du liquide dans le péritoine ou dans les vaisseaux utérins, soit de la réaction de la matrice contre les injections forcées, soit enfin de l'impressionnabilité de cet organe, n'ont pas lieu chez toutes les femmes soumises aux mêmes conditions opératoires. Mais à quels signes reconnaître ces fâcheuses prédispositions contre-indiquantes? Par les époques peu éloignées de l'accouchement ou de l'avortement que quelques faits nouveaux paraissent indiquer comme circonstances prédisposantes à la pénétration du fluide injecté, à travers les trompes, ou dans les vaisseaux utérins; la science ne possède aucune donnée à ce sujet.

3° Dans le doute, la prudence est de s'abstenir, ou du moins de n'agir qu'avec la plus grande circonspection, et dans les cas seulement où ce mode de traitement est essentiellement indiqué. J'ai dit que ces cas étaient heureusement très rares.

C'est avec satisfaction que je vois M. Vidal se rapprocher de mes opinions; il conseille maintenant très sagement de ne recourir aux injections intra-utérines, « que quand tous les autres moyens ont été épuisés sans résultats. »

Agréez, etc.

DUPARCQUE, D. M. P.

AU MÊME.

Monsieur,

Dans la lettre en réponse à la note de M. le docteur Duparcque sur l'injection de l'utérus, M. Vidal de Cassis envoie à mon adresse quelques traits de sa réplique que je dois relever.

Que M. Vidal sache avant tout que ce n'est jamais *avec légèreté* que je parle au public, que *je prends au sérieux* autant que qui que ce soit. Quand j'ai fait connaître les faits qui soulèvent si fort sa critique, mon intention *bien réfléchie* a été de servir la science et surtout la pratique en dénonçant les dangers d'une opération que la théorie semble d'abord protéger, et qui dut m'effrayer, d'autant plus que j'étais loin de me douter que près de moi un collègue possédait trois cents faits en sa faveur, tant était profond *le silence* dans lequel M. Vidal renfermait *sa patiente et laborieuse observation.*

Du reste, ces succès ne pouvaient rien ôter à la gravité des faits signalés; aussi s'est-on empressé de contester la valeur de ceux-ci et cette contestation a atteint aujourd'hui son dernier degré d'amertume.

Je n'ai plus à m'occuper des observations dues à MM. Bretonneau et Tonnelé, *c'est au soleil de la Touraine à fournir les lumières* que réclame M. Vidal. Quant à l'observation qui m'est propre, je ne puis tolérer cette injonction prétentieuse qui veut la rayer des élémens de la question.

Quel est donc l'habile praticien qui doit m'apprendre le diagnostic d'une métrite avec péritonite partielle? Est-ce celui qui ne voit qu'un accident purement *nerveux* dans une douleur suraiguë qui éclate dans le ventre, s'exaspère par la moindre pression en se prolongeant dans l'hypogastre où pendant quarante-huit heures elle affecte la forme expultrice, persiste ensuite pendant plus de quinze jours dans la région iliaque gauche, avec fièvre intense, et ne cède enfin de son acuité qu'à des évacuations sanguines, locales, répétées, et à l'insistance de tous les moyens du traitement antiphlogistique le plus actif? J'en appelle à tous, est-il une phlegmasie mieux caractérisée, plus démontrée?

Mais *naïvement* puis-je me considérer comme du dix-neuvième siècle, moi qui fais usage du clysopompe pour injecter l'utérus? N'est-ce pas rappeler les temps les plus barbares de la chirugie? et dois-je m'en prendre à d'autre cause qu'à mon procédé opératoire pour expliquer les accidens dont je me plains? — Me voilà ainsi refoulé au seizième siècle; ce qui pourrait aider à me consoler, c'est que j'entraîne avec moi l'un des fauteurs les plus prononcés de l'injection utérine, M. Ricord qu'invoque M. Vidal, et qui prescrit positivement le clysopompe pour sa pratique. (TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, p. 686) Mais comme je le dis ailleurs (JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, n° d'octobre), est-on *sérieux* quand on dresse tant de points d'exclamation contre un instrument qui, de l'aveu le plus vulgaire, est de tous les instrumens de son genre celui dont le jeu se mesure le plus facilement et le plus sûrement? En tous cas, je déclare à M. Vidal que malgré l'emploi du clysopompe l'injection que j'ai faite n'a été ni immodérée ni forcée; le piston poussé avec lenteur n'avait parcouru que quelques lignes, quand le cri de douleur de la malade a brusquement arrêté l'opération.

Ce fait restera donc, quoi qu'on fasse pour le dénaturer, et ce ne seront pas des *lazzis* qui lui feront perdre son importance.

Au milieu des tribulations de la polémique, M. Vidal voit cependant avec bonheur les progrès qu'a faits l'art d'injecter l'utérus, depuis l'apparition de sa brochure. Il m'est permis, je crois, de revendiquer un petite part de ce bonheur, car c'est moi qui ai fait naître le *motif impérieux* qui a forcé M. Vidal de sortir de sa *patiente observation;* sans moi, les trois cents faits qu'il possède seraient encore ensevelis dans le *silence*, et ce qui est plus grave, les progrès des injections utérines seraient toujours à désirer. Quoi qu'il en soit, ces progrès sont patens, et ce n'est certes pas moi qui les nierai. En effet, nous voyons M. Vidal dans sa brochure injecter 20 *grammes* de liquide, et dans son épître d'aujourd'hui, il n'injecte plus que 9 *grains*, ce qui veut dire 9 *gouttes!* le progrès, il faut le croire, ne s'arrêtera pas là, et la dose diminuera encore, je l'espère.

Dans sa brochure, M. Vidal faisait appel à de nouvelles expériences; j'ai dit que j'y répondrais; je viens de remplir mon engagement. (Voyez JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, n° de ce mois, octobre.) Sauf les expériences sur le vivant dont Dieu me garde, j'ai fait toutes celles que demandait mon collègue; je dois, du reste, à l'obligeance de M. Robert qui a bien voulu me donner ses observations, de pouvoir répondre sous le premier point de vue à tout ce que peut exiger la question.

Je livre ces nouveaux faits aux hommes consciencieux; ils jugeront quelles garanties offrent décidément les précautions qu'on formule avec tant d'assurance; en présence des accidens qui menacent, et des résultats curatifs obtenus, ils apprécieront jusqu'à quel point la prudence autorise désormais une méthode de traitement dont l'efficacité est si problématique et le danger si flagrant.

HUGUIER... HOURMANN.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur un cas de luxation traumatique de la seconde vertèbre cervicale, datant de sept mois, et réduite par une méthode particulière. — Observations pratiques de l'action comparative de quelques préparations de fer. — II. Revue des journaux de médecine américains. Calcul dans la vessie. — Cas de hernie inguinale étranglée, dans lequel le testicule était contenu dans l'abomen. — Remarques sur les différens procédés employés pour la cure des chutes de matrices, suivies de quatre observations de guérison par la suture des grandes lèvres. — Fistule recto-vaginale, traitée par la ligature et l'incision. — Cas de catalepsie observé chez un jeune garçon de 15 ans. — Revue des maladies chirurgicales traitées dans l'hôpital de Pensylvanie, pendant les mois de juillet, août, septembre et obtobre 1839. — Fausses articulations de l'avant-bras de la cuisse, traitées par le repos et la compression. — Plaie de l'éminence thénar; hémorragie trois semaines après; ligature de radicale suivie d'hémorragie dans la plaie de la main le huitième jour; guérison par la compression de l'artère cubitale. — Luxation en avant de l'humérus, datant de trois mois; irréductible. — Tumeur à la partie supérieure et externe de la jambe, simulant un anévrisme; ligature de la fémorale; guérison apparente; treize mois après amputation de la cuisse pour récidive. — Observations sur l'iodo-hydrargirate de potasse. — Récit d'une série d'expériences faites par la faculté médicale de Lancastre (Amérique) sur le corps de Henri Cobler exécuté dans la cour de la prison du comté de Lancastre, le 20 décembre 1839. — De l'emploi de l'actœa racemosa (de Wildenow, cimicifuga de Nutall) dans le traitement de la chorée. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 13 octobre. — IV. Feuilleton. Les spécialités.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR UN CAS DE LUXATION TRAUMATIQUE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE, DATANT DE SEPT MOIS, ET RÉDUITE PAR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE; par le docteur Jules Guérin.

L'histoire des luxations traumatiques des vertèbres, et en particulier des premières vertèbres cervicales, est encore entourée d'une grande obscurité. Les observations consignées dans la science sont aussi vagues qu'incomplètes. La description générale se ressent de l'insuffisance des faits particuliers. On sait à peine quelles sortes de déplacemens peuvent subir les vertèbres; loin qu'il existe de détermination précise des espèces et des variétés de ces déplacemens, c'est à peine si l'on a donné les caractères propres à faire distinguer les luxations des fractures. Le cas particulier que j'ai à faire connaître ne suffit pas pour établir les bases de cette distinction; mais il peut servir à montrer la précision qu'il est indispensable d'apporter dans la détermination des cas particuliers, si l'on veut arriver à constituer une histoire rigoureusement expérimentale de cet ordre de lésions et du traitement qui leur convient. L'observation qu'on va lire n'est donc qu'un document de cette histoire; elle n'a d'autre but que d'offrir un exemple bien déterminé d'une certaine variété de luxation traumatique de la seconde vertèbre cervicale, d'indiquer ses caractères, son mécanisme de production, et le traitement qui doit lui être appliqué.

Obs. — Amélie L..., âgée de 10 ans 1/2, est née à Saint-Quentin, de parens bien portans. Elle a trois frères qui se portent bien également. Avant l'accident qui a occasioné sa difformité, mademoiselle Amélie avait joui d'une bonne santé, sauf quelques maladies d'enfance. Elle est d'une constitution assez délicate, tempérament lymphatico-nerveux, yeux bruns, cheveux blonds, peau blanche avec éphélides.

Le 23 mai 1839, elle fit une chute de sa hauteur, le menton portant sur un pavé. Le résultat immédiat de cette chute fut une plaie contuse au menton, très douloureuse. Les souvenirs de la petite malade ne sont pas assez précis pour permettre d'établir si l'accident a été immédiatement suivi de douleurs dans le cou. Il se pourrait, du reste, que cette dernière eût été masquée par la violence de celle du menton. Ce ne fut que le surlendemain de l'accident que le cou devint douloureux. Il paraît que dans la même journée la tête commença à s'incliner à gauche et à tourner à droite. Cette douleur fut excessivement vive pendant deux jours; elle partait de la région cervicale supérieure de la colonne et s'irradiait dans les parties molles du cou, principalement dans les muscles du côté gauche de la nuque. La difformité, suivant d'abord une marche lente et progressive

Feuilleton.

LES SPÉCIALITÉS.

Il y a quelque temps M. Leroy d'Etiolles demanda la création au bureau central d'un service *spécial* pour les maladies des voies urinaires. Les chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Paris, instruits de ce fait, adressèrent au conseil général des hôpitaux une lettre destinée à empêcher l'effet de cette demande. Ils appuyèrent leur opposition sur les trois motifs suivans :

1° L'impossibilité de donner à ce service une utilité et même une application quelconque dans un simple bureau de consultation;

2° L'illégalité de la mesure, comme portant atteinte au principe du concours adopté par les réglemens.

3° Le vice inhérent en général à toutes les *spécialités* chirurgicales qui, considérées absolument et en elles-mêmes, loin de contribuer aux progrès et à la splendeur de la science et de l'art, sont au contraire un signe de corruption, de décadence et d'infériorité.

Les deux premiers motifs sont acceptables; ils portent sur une question d'application, d'exécution et d'opportunité; question qui peut être affirmativement ou négativement résolue d'après des considérations de temps, de lieu, de personnes; et cette solution peut varier suivant les circonstances et les époques. Nous n'examinerons donc pas si, dans le cas présent, on a bien ou mal décidé, ni si la réclamation des chirurgiens des hôpitaux était bien ou mal fondée. Ce n'est pas que sous ce rapport la question n'ait aussi de l'intérêt; mais comme elle a été déjà résolue par le fait, il serait oiseux d'y revenir.

Quant au dernier motif allégué, il nous semble mériter examen, car il touche à un ordre d'idées plus général. Il dépasse de beaucoup les besoins de la cause en faveur de laquelle on l'invoque, et il porte plus loin qu'on ne l'a voulu peut-être. En effet, il ne dit pas seulement que telle ou telle spécialité doit être aujourd'hui écartée de tel ou tel établissement, ce qu'il est certes très permis de soutenir; mais qu'il faut, en principe, exclure *toutes* les spécialités de *tous* les hôpitaux, et non-seulement des hôpitaux, mais encore de la profession et de la science. Tel est en effet le sens de ce dernier argument qui ne signifierait plus rien s'il ne signifiait tout cela. C'est donc les spécialités qu'on attaque en elles-mêmes et par cela seul qu'elles sont des spécialités. C'est leur existence même qu'on met en cause, comme étant *ipso facto* une dégradation de l'art et une plaie honteuse de la profession.

Si telle est en effet la valeur et la portée de l'assertion, il est évident pour nous qu'elle est de tout point erronée, et il y a, pour la réfuter, plus de raisons et de meilleures raisons qu'on n'en a trouvé pour l'établir.

Et, d'abord, qu'est-ce qu'une *spécialité* médicale ou chirurgicale? Il est singulier que les auteurs de la lettre aient négligé de se faire cette simple question qui est pourtant, on en conviendra, assez naturelle. Il est vrai que s'ils se l'étaient posée, ils se seraient vus arrêtés tout court, et probablement ils auraient retenu

paraît avoir augmenté tout d'un coup à un point considérable le cinquième jour de l'accident, et la douleur s'est calmée.

On a cherché à combattre les premiers accidens à l'aide de moyens antiphlogistiques, sangsues, cataplasmes, diète, repos. On a fait des frictions avec une pommade narcotique. Plus tard on a tenté, mais sans succès, de redresser la tête avec les mains et de la maintenir droite avec des bandages.

Après cinq mois d'essais inutiles, la famille vint soumettre la petite Amélie à l'examen de plusieurs chirurgiens de la capitale. MM. Marjolin, Sanson et Bouvier, consultés séparément, donnèrent leur opinion par écrit. MM. Marjolin et Bouvier reconnurent la luxation, quoique dans un sens différent; ils s'accordèrent à rejeter toute espèce de tentative de réduction, la déclarant inutile et dangereuse. M. Sanson n'a pas été aussi explicite sur la nature de la lésion; il a trouvé le cas embarrassant; mais il a conseillé de tenter les moyens orthopédiques. Voici, du reste, les consultations de ces trois praticiens; comme elles doivent être invoquées dans la discussion à laquelle nous nous livrerons, nous nous faisons un devoir de les reproduire textuellement.

CONSULTATION DE M. MARJOLIN.

J'ai examiné Mademoiselle A.

Le visage est tourné du côté droit. Le côté droit du cou paraît plus court que le côté gauche.

L'apophyse épineuse de la seconde vertèbre n'est plus située sur la ligne médiane; elle est placée à 6 à 8 lignes à droite de cette ligne médiane, et fait une saillie considérable.

Tout le côté droit de la poitrine est rétréci, et la respiration de ce côté est plus faible qu'à gauche.

Il y a lieu de penser que la seconde vertèbre du cou a éprouvé une luxation, soit immédiatement par l'effet de la chute, soit consécutivement à cette chute, et je crains par conséquent qu'on ne puisse pas remédier au torticolis, soit par les moyens orthopédiques, soit par la section du muscle sterno-mastoïdien.

Comme le cas qui nous occupe présente des difficultés de diagnostic, il conviendra de faire encore examiner la jeune demoiselle par le docteur Bouvier, rue Basse-Saint-Pierre, 14, à Chaillot.

La légère incurvation que présente la colonne épinière dans les régions dorsale et lombaire est de peu d'importance, et je pense qu'il faudrait se borner pour y remédier à faire suivre un régime fortifiant, et à faire exercer le bras droit beaucoup plus que le gauche.

Le rétrécissement du côté droit de la poitrine a peut être eu pour cause une pleurésie latente, suivie d'épanchement actuellement résorbé.

Si M. Bouvier pense comme moi, qu'il y a eu luxation de la seconde vertèbre, il sera prudent de s'abstenir de toute tentative de réduction.

On continuera d'ailleurs de faire coucher la jeune personne sur le dos, comme le recommande madame sa mère.

Paris, 12 septembre 1839. Signé MARJOLIN.

CONSULTATION DE M. BOUVIER.

Mademoiselle Amélie L., 10 ans.

Je pense comme M. le professeur Marjolin qu'il n'existe aucune contracture musculaire et qu'on ne peut par conséquent remédier au torticolis par aucune opération. La cause de la déviation de la tête résulte d'un déplacement lent de la deuxième ou troisième vertèbre cervicale, dont les apophyses transverses font saillie en arrière, et probablement aussi d'un affaissement du côté opposé des vertèbres.

Cet état ne pourrait être traité sans danger par les moyens orthopédiques. Je conseille en conséquence de se borner à soutenir le cou avec un col de carton, si le poids de la tête devient incommode, et surtout de reposer souvent mademoiselle A. sur un plan horizontal.

Paris, 12 septembre 1839. Signé Docteur BOUVIER.

CONSULTATION DE M. SANSON.

Le diagnostic de l'affection que présente mademoiselle A. me paraît embarrassant. En effet, d'un côté, il y a des courbures alternatives du rachis comme dans le rachitisme.

De l'autre, il y a torsion du col et inclinaison de la tête comme dans le torticolis ou dans certaines luxations des apophyses épineuses des vertèbres supérieures.

Je ne trouve pas la tension rigide des muscles qui déterminent ordinairement le torticolis, bien que au dire de la malade ces muscles aient été douloureux pendant les premiers jours qui ont suivi l'accident.

Je trouve une saillie considérable, avec déplacement de l'apophyse épineuse de l'axis.

En définitive,

La nature de la cause, la promptitude avec laquelle la tête s'est déviée après la chute, la saillie brusque que forme l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre, non dans la fossette sous-occipitale, mais à droite de cette fossette, tandis que la tête est inclinée à gauche, sans tension des muscles; la difficulté et même l'impossibilité des mouvemens de rotation de la tête; toutes ces circonstances me font pencher vers l'opinion qu'il s'agit ici plutôt d'une luxation incomplète des vertèbres supérieures, que d'un torticolis ordinaire ou d'une courbure rachitique de la colonne épinière.

Je pense pourtant que vu l'obscurité du diagnostic, on pourrait sans inconvénient essayer des moyens mécaniques de redressement, dirigés avec circonspection.

5 novembre 1839. Signé L. SANSON.

Six semaines plus tard la petite Amélie fut amenée à ma consultation. Je constatai la luxation et donnai sur sa réductibilité une opinion contraire à celle de MM. Marjolin et Bouvier. Me trouvant en opposition avec une autorité aussi grave que celle de M. Marjolin et aussi spéciale que celle de M. Bouvier, je provoquai une consultation où j'exposerais mes motifs avant d'entreprendre le traitement. M. Lisfranc fut prié de s'adjoindre au médecin de la famille: tous deux partagèrent mon opinion sur la nature de la lésion et sur l'opportunité et l'innocuité d'une tentative de réduction lente et graduelle.

Voici l'état de la malade le 15 novembre 1839, c'est-à-dire près de six mois après sa chute.

Elle présente une luxation de la deuxième vertèbre cervicale sur la troisième accompagnée des caractères suivans:

1° Inclinaison de la tête à gauche avec rotation à droite;

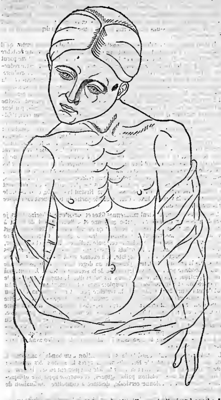
2° Inclinaison cervico-dorsale en sens inverse de l'inclinaison de la tête, et par suite, transport de la tête en entier à droite de l'axe du tronc;

3° Tumeur formée dans la région cervicale postéro-supérieure droite par l'apophyse transverse de l'axis; dépression sensible du côté opposé de la nuque.

---

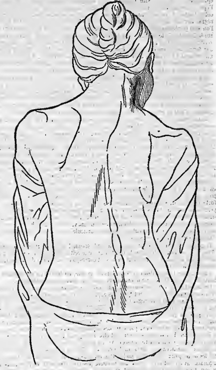
leur anathème, faute de savoir précisément sur qui et sur quoi il tombait. La spécialité est en effet une chose assez difficile à définir; dès qu'on le tente, l'objet qu'on veut atteindre se dérobe sans cesse à la pensée, et échappe toujours de quelque côté à toutes les déterminations positives qu'on essaie d'en faire. L'étymologie ne fournit que des analogies très éloignées et insuffisantes. Reste donc l'usage; mais l'usage n'est pas moins vague. On nous dira bien d'une manière générale qu'un médecin ou chirurgien spécial est celui qui n'étudie et ne traite qu'une seule espèce de maladies, ou qui ne pratique qu'un certain nombre d'opérations, ou même une seule opération déterminée. Mais, en examinant de près cette définition, on verra qu'elle est fort imparfaite et ne fixe pas du tout l'idée qu'on cherche. En effet, observez d'abord que s'il est vrai que le praticien spécial est celui qui ne fait et n'étudie qu'une maladie ou opération, il s'en suivrait que le praticien non spécial, c'est-à-dire universel, sera celui qui connaîtrait et traiterait toutes les maladies, et par tous les moyens. On aurait ainsi deux classes distinctes de savans et de praticiens: les uns sachant et faisant certaines choses seulement; les autres sachant et faisant toutes choses indistinctement. Cette distinction serait très commode, mais elle n'est qu'une abstraction qu'on fait la nature des choses ne réalise point, et qui même n'est pas possible. Il est certain, en effet, d'une part, qu'aucun homme de l'art ne possède cette universalité de connaissances et de pratique, et, d'autre part, qu'aucun praticien dit spécial ne peut se borner à une spécialité telle qu'elle n'en contienne encore plusieurs autres; de manière que la généralité et la spécialité ne sont jamais absolument atteintes. Il n'y a entre les deux classes de praticiens qu'une différence purement relative de plus ou de moins, et non une différence absolue. Ce qui fait illusion à cet égard, c'est qu'en négligeant tous les intermédiaires et ne comparant que les extrêmes, on croit voir un abîme entre les divers points comparés. C'est ainsi qu'on se représente d'un côté un professeur de clinique chirurgicale d'un vaste hôpital, à la science et au bistouri duquel aucune infirmité humaine ne saurait échapper, et, de l'autre, un pauvre oculiste allant de ville en ville abaisser ou extraire une cataracte; et il n'est pas difficile de prouver que la capacité et les lumières du premier sont de beaucoup plus étendues que celles du second. L'un sera considéré comme un chirurgien proprement dit, et l'autre comme une espèce de manœuvre. Mais, en fait, cet opérateur ambulant, si mal traité sous le nom d'oculiste, n'est autre chose qu'une spécialité ophthalmologique, et l'ophthalmologie (qui est elle-même une spécialité) est une branche assez considérable pour avoir, dans certaines universités, des chaires particulières; le voilà donc, sous le nom d'ophthalmologiste, placé assez haut dans l'échelle. Quant au chirurgien, on le verra descendre aussi un peu vers l'oculiste, si on considère qu'il n'est lui-même, quelque universel qu'on le suppose, qu'une spécialité médicale. Il a en effet au-dessus de lui ces anciens sages, qui, comme les Asclepiades, étaient docteurs *in utroque*, et qui n'imaginaient pas que pour un malade atteint à la fois d'une pneumonie et d'une tumeur blanche il fallût appeler deux médecins, l'un pour le poumon, et l'autre pour le genou. On voit donc que cette idée de spécialité est fort importune, et que, du plus au moins, on la retrouve partout.

En médecine, la spécialité se produit sous toutes les formes, et véritablement on ne sait à qui en veulent ceux qui, sans la définir, lui jettent la pierre sans savoir où elle tombera. Qu'est-ce donc que la séparation de la chirurgie et de la médecine, sinon la division de la science et de l'art en deux spécialités? Que si-



3° Examinée par la face antérieure, la tête offre nne inclinaison à gauche, de manière que son axe longitudinal coupe la verticale sous un angle d'environ 25°. Celte inclinaison est accompagnée d'nne rotation de la face à droite, telle que, quand nn se met vis-à-vis de la face antérieure du tronc, le visage se présente sous un profil de 3/4.





4° Vue par la face postérieure, la colonne vertébrale offre en outre nne déviation latérale à trois courbures, dont les deux inférieures disparaissent par le décu-

gnifient dans l'enseignement ces distinctions d'hygiène, de matière médicale, de bandages et appareils, d'obstetrique, d'ophthalmologie, etc.? Est-ce que par hasard les professeurs qui enseignent ces choses spéclales ne sont pas des hommes spéciaux? Et si de l'enseignement nous passons à la pratique, y a-t-il beaucoup de médecins ou de chirurgiens qui réalisent cet idéal d'universalité qui serait, dit-on, la marque du véritable homme de l'art? Pas nn seul, peut-être. Il n'en est pas un qui n'ait plus particulièrement étudié et approfondi telle ou telle affection, et qui ne soit relativement beaucoup plus avancé et habile sur ce point que sur tous les autres; il en est très peu, parmi ceux qui méritent d'être cités, qui ne soient, au fond, des spécialités plus ou moins compréhensives et reconnues pour telles; le chirurgien tout à fait universel est donc, à la rigueur, aussi difficile à trouver que le chirurgien strictement spécialiste.

On pourra objecter que c'est précisément sur ces plus et ces moins que repose la distinction. Mais, où est alors la limite? Il faut qu'on en pose une au moins approximativement, et la chose ne paraît pas aisée. Du moins, c'est ce qu'on n'a pas fait jusqu'ici, à notre connaissance, et tant qu'on n'aura rien déterminé à cet égard, toutes les attaques contre les spécialités frapperont dans le vide ou atteindront tout le monde.

Il y a encore nne autre manière de résoudre cette difficulté, c'est de dire qu'il n'est pas besoin de déterminer à la rigueur où commence et finit la spécialité, pourvu qu'on avoue qu'elle est d'autant meilleure qu'elle se généralise de plus en plus. Prise dans ces termes, la question prend sans doute nne face plus raisonnable; mais pour la bien résoudre, il faut d'abord s'accorder sur ce qu'on entend par les avantages ou les inconvéniens de la spécialisation. Et, pour cela, quelques distinctions préalables sont nécessaires.

Dans un point de vue général, la spécialité est la loi inévitable de la science et de l'action humaine. Toute connaissance est nécessairement spéciale, car nul homme n'a la science universelle, et toute pratique est bornée à un certain nombre d'actes particuliers, car nul homme n'a la toute-puissance. Cette loi se révèle partout et toujours dans l'histoire du savoir humain. La politique, la guerre, l'administration, la science de la nature, l'industrie, le commerce, les arts, la religion, sont tout autant de spécialités diverses de l'intelligence et de l'action humaine; et ces grandes divisions elles-mêmes se subdivisent à l'infini en une foule de branches subordonnées, dont chacune vient enfin, en dernière analyse, subir une dernière spécialisation dans l'étroite enceinte des intelligences individuelles, dont le nombre et la diversité sont également infinis. L'intelligence suprême seule réunit tous ces rayons dispersés de la vérité et de la connaissance en un foyer unique. Dans l'humanité il n'y a et il ne peut y en avoir que des fragmens. Tous ces fragmens tendent, sans doute, à l'unité, mais sans jamais pouvoir y atteindre, car, par une loi qui confond la raison, la recherche même de cette unité la brise sans cesse en découvrant incessamment dans les choses des différences et des rapports inaperçus. C'est en vertu de cette loi supérieure qu'on voit les sciences et les arts se diviser de plus en plus, à mesure qu'ils s'agrandissent et se perfectionnent. Il n'y a qu'à comparer, sous ce rapport, l'état des sciences et des arts dans les temps antiques et dans les temps modernes.

La spécialisation est donc un fait général et nécessaire du développement même de la science et des arts; on la voit créer des divisions de plus en plus circonscrites dans les académies qui se partagent les sciences, les lettres, les beaux-arts

bitus sur un plan horizontal; la supérieure, bornée à la région cervicale, est permanente. La courbure inférieure occupe la région lombaire de la colonne; sa convexité est à droite. Elle n'est appréciable que par une saillie de la masse commune droite. La courbure moyenne, appréciable à la direction des apophyses épineuses, a sa convexité à gauche. Elle comprend toute la région dorsale de l'épine et se manifeste par le bombement des côtes gauches et la dépression des côtes droites. Cette courbure est à grand rayon et se perd insensiblement vers la région dorsale supérieure. Dans la région cervico-dorsale on aperçoit et surtout l'on sent par le toucher une inclinaison brusque, à droite, de la région cervicale sur la dorsale. Cette inclinaison est telle que la colonne cervicale forme avec la verticale un angle d'environ 18°. Enfin toutes les vertèbres cervicales concourent à la formation d'une courbure à très petit rayon, convexe à droite, et dont le sommet répond à l'union de la deuxième avec la troisième vertèbre. Cette courbure est accompagnée d'une forte torsion, qui se manifeste par la saillie considérable des muscles du côté droit de la nuque et la dépression de ceux du côté gauche.

Au niveau du sommet de cette courbure et à l'union de la face postérieure du cou avec la face latérale droite (devenue presque postérieure), l'on voit et l'on sent au toucher une tumeur dure, aiguë, formée principalement par l'apophyse transverse droite de l'axis, soulevée en arrière et entraînant dans le même sens les muscles qui la recouvrent. Voici quels m'ont paru être, après un examen minutieux, l'état et les rapports des parties composant la colonne cervicale.

L'inclinaison des vertèbres cervicales n'est pas brusque; elle fait suite à la courbure moyenne, mais elle est d'un rayon beaucoup plus petit. Quoique la région cervicale offre une courbure extrêmement prononcée, il ne paraît pas y avoir dépression de la moitié gauche des vertèbres. Il n'y a probablement d'autre lésion qu'un tiraillement et une rupture partielle des ligamens qui unissent la deuxième à la troisième vertèbre cervicale, et fracture de l'apophyse articulaire supérieure gauche de cette dernière, car il y a chevauchement évident de l'une sur l'autre, réalisant une rotation qui dépasse de beaucoup les limites permises par les surfaces réciproques, et qu'il serait impossible d'effectuer sans la fracture de l'apophyse indiquée; cette rotation est de près d'un huitième de cercle (20 degrés environ); il n'y a point de symptômes de compression de la moelle; il faut supposer que le fibro-cartilage, unissant les corps de ces deux vertèbres, a subi une forte distension, sinon une rupture plus ou moins étendue. Cette distension a permis au corps de l'axis de sortir de l'engrenure que présente le corps de la troisième vertèbre, et de se porter un peu à droite. Cette rotation anormale est accompagnée d'une très forte inclinaison de la même vertèbre à gauche et en avant, nouvel indice d'un écrasement de l'apophyse articulaire; car sans cet écrasement l'inclinaison aurait lieu en sens inverse.

Il est assez facile de sentir par le toucher le sommet de l'apophyse épineuse de l'axis, qui, au lieu d'être dans la même ligne que celles des vertèbres situées au-dessous, est déplacée à gauche et en bas, et correspond au milieu de la gouttière vertébrale de ce côté.

Par suite de l'inclinaison cervico-dorsale, la tête, en totalité, s'est déplacée à droite de l'axe du tronc. Ce déplacement peut être évalué à 3 centimètres.

Les muscles du cou présentent les dispositions suivantes : ceux de la région antérieure superficielle offrent quelques apparences de contracture spasmodique, leur tension ne peut être regardée comme un effet passif des déplacemens de la tête et du cou. Ainsi les sterno et cléido-mastoïdiens du côté gauche sont tendus, et ils opposent quelque résistance au soulèvement et au redressement de la tête; ceux du côté droit sont également tendus, mais leur tension est le résultat de l'allongement qu'ils ont éprouvé par suite des déplacemens de la tête en sens inverse de leur action. Les scalènes paraissent être intervenus plus directement dans la production de la difformité consécutive, du moins ceux du côté droit, qui sont fortement contracturés, durs au toucher et difficiles à étendre. Ils paraissent être les principaux agens de l'inclinaison cervico-dorsale à droite. Les trapèzes ne paraissent être affectés que d'une manière passive; par suite de l'inclinaison du cou, leurs fibres cervicales ont éprouvé des changemens de direction. Celles du trapèze gauche sont presque horizontales; celles du trapèze droit se rapprochent davantage de la verticale. Les splenius et grands complexes contribuent à la difformité d'une manière un peu plus active. A droite, ils sont soulevés en arrière, surtout les complexus; leur tension est assez forte, mais elle paraît être passive; à gauche, ils sont déprimés, mais encore plus tendus qu'à droite. Ils forment la corde de la courbure cervicale. Il est impossible d'explorer l'état et la disposition des transversaires épineux cervicaux, des petits obliques postérieurs et de plusieurs autres petits muscles antérieurs et latéraux; mais il me paraît évident que quelques-uns d'entre eux sont la cause active du déplacement de la deuxième vertèbre.

M'étant assuré, par les diverses circonstances de l'accident et de ses suites, qu'il s'agissait bien d'une luxation traumatique et musculaire de la deuxième vertèbre sur la troisième, je songeai à tenter la réduction de cette luxation. Il me parut possible, pour les motifs que j'énoncerai ci-après, d'employer pour cette réduction le procédé inverse à celui que la nature avait mis en œuvre pour la produire. La luxation s'était effectuée consécutivement à la distension des ligamens et à la rupture des surfaces articulaires, sous l'influence de la contracture spasmodique des muscles du côté gauche du cou. Je pensai qu'en plaçant la colonne cervicale et la tête dans une condition où les muscles opposés à ceux qui avaient effectué la luxation agiraient à leur tour d'une manière plus active, je pourrais, par leur concours, ramener la vertèbre luxée dans sa situation normale. Pour cela, il fallait d'abord vaincre le spasme des muscles contracturés; je remplis cette première indication au moyen de frictions avec la pommade stibiée, sur le côté gauche du col, et par des extensions accompagnées de massage et de percussion des muscles contracturés. Après quelques jours de cet essai, l'inclinaison de la tête avait diminué des trois quarts, bien que le déplacement en arrière de la seconde vertèbre fût resté le même. Ce premier résultat ne fit que me confirmer dans l'idée que la contracture musculaire avait bien été la cause mécanique de la luxation; car les efforts de distension occasionnaient d'une part une douleur assez vive, et, de l'autre, les muscles opposaient une grande résistance au redressement de la tête. Toutefois, après cinq à six jours de cette pratique, j'avais rempli à peu près complètement la première indication : j'avais redressé la tête. Restait la seconde, c'est-à-dire le replacement de la vertèbre luxée. Cette seconde partie du traitement fut réalisée de la manière suivante :

Les épaules de l'enfant étant maintenues fixes et parfaitement horizontales, je tirai de mes deux mains sur la partie moyenne et saillante du col, de droite à gauche, et dans le sens horizontal, pendant qu'un aide tenait la tête soulevée et lui imprimait un mouvement de rotation de droite à gauche. Cette manœuvre avait pour effet de soulever la colonne cervicale inclinée à droite, et d'éloigner, par son transport à gauche, les points d'insertions supérieures du trapèze, des scalènes, et de l'angulaire de l'omoplate, et d'exercer ainsi des tractions sur ces points. Dès la première tentative, j'observai un degré marqué d'affaissement de la saillie produite par l'apophyse transverse de la seconde vertèbre. Je continuai la même pratique trois fois le jour; dans les intervalles, je plaçai le sujet sur le lit à extension et à inclinaison que j'emploie dans le traitement du torticolis. Au bout de huit jours de ce traitement, la vertèbre pouvait reprendre sa situation normale; mais elle ne la gardait pas entièrement. Après chaque séance, la saillie osseuse était presque entièrement effacée; mais, sous l'influence de la contracture musculaire, elle reparaissait bientôt, toutefois de moins en moins prononcée. Cette circonstance, qui tenait sans doute à la fracture de l'apophyse articulaire du côté gauche et à l'allongement considérable de la capsule articulaire et des ligamens environnans, me paraissait reproduire nécessairement sous mes yeux, quoique à un très faible degré, le mécanisme à l'aide duquel la luxation avait été produite la première fois.

Le traitement consécutif consista dans l'application d'un bandage analogue à celui que j'emploie contre le torticolis ancien après la section des muscles : coiffe et rubans de fil permettant de tenir la tête obliquement en sens inverse de son inclinaison et de sa rotation pathologiques, et courroie appliquée obliquement en sens inverse sur la colonne cervicale, destinée à combattre l'inclinaison de cette dernière.

Le redressement de la tête et le maintien en place de la vertèbre réduite ne devinrent complets qu'après trois mois de ce traitement. Pendant cet intervalle et même après la guérison, on observait encore dans les sterno et cléido-mastoï-

---

la médecine, etc., et dans ces académies des sous-divisions, en sections de physique, de chimie, de mathématiques, d'hygiène, de chirurgie, d'histoire, de morale, de législation, de peinture, gravure, etc. Dans l'industrie, ou plus généralement dans tout ce qui réclame l'application de la force ou de l'adresse manuelles, la tendance à la division est bien plus marquée encore, et c'est par elle que l'homme a tant agrandi son pouvoir sur la nature extérieure.

La médecine a subi aussi les conséquences de cette loi de développement de toute science et de tout art. Et à ne consulter que des analogies générales, on pourrait affirmer qu'une tendance très constatée à la spécialisation en médecine serait un signe de progrès plutôt que de décadence.

Nous n'ignorons pas qu'on pourrait sous un autre point de vue se plaindre de ce résultat au lieu de s'en féliciter. Diviser une science, en effet, c'est la mutiler; le vrai but scientifique est l'apperception de l'unité, ou du moins d'une généralité de plus en plus compréhensive, et il est certain que sans ce but lumineux il n'y a plus de science proprement dite. Mais il n'est pas prouvé du tout que l'une des tendances doive nécessairement détruire l'autre; il est évident, au contraire, qu'elles se supposent mutuellement comme les deux pôles d'une pile; seulement elles peuvent momentanément prédominer l'une sur l'autre, et, autant qu'on peut en juger, la prédominance se produit à notre époque dans le sens de la spécialisation.

La spécialisation ainsi considérée, comme fait général, s'absout donc elle-même; mais pour apprécier plus directement ses résultats en médecine il importe de faire une remarque qui domine tout le sujet.

Connaître et agir, la science et l'action, voilà tout le champ de la vie intellectuelle et morale de l'homme; c'est à ces deux termes qu'aboutit l'exercice de toutes ses facultés. De là cette division si ancienne des sciences spéculatives et pratiques, qui revient à celle plus moderne des sciences et des arts. Cette division, comme toutes celles que fait l'esprit, n'est pas rigoureuse; en effet il est très peu de sciences qui n'aient quelque rapport à la pratique, et tout art considéré dans sa partie théorique est une science. Mais on appelle plus particulièrement sciences spéculatives ou théoriques, celles qui n'ont pour but direct que la connaissance même de leur objet, et science pratique celle qui est considérée comme moyen d'atteindre un but extérieur; l'art proprement dit n'est que la réalisation de ce but même. Au faîte des sciences spéculatives sont les mathématiques pures, la métaphysique, et au dernier degré des sciences pratiques sont les arts mécaniques. Les arts libéraux ou beaux-arts tiennent le milieu. La médecine est du nombre de ces derniers. C'est là une distinction qu'il ne faut pas perdre de vue dans la question qui nous occupe, car la spécialisation donne des résultats différens et même opposés dans ces deux ordres d'idées.

La science spéculative pure en effet ne vit que de généralités; elle sait d'autant plus et d'autant mieux qu'elle embrasse davantage et qu'elle confond les différences apparentes des phénomènes dans une unité plus haute; mais à cette élévation les détails, le particulier, le variable, tout ce qui est individuel, disparait sous le niveau des lois générales. L'art, au contraire, n'a affaire qu'au particulier, à l'accidentel; pour réaliser son œuvre quelle qu'elle soit, il faut qu'il pénètre dans le détail des choses individuelles et se plie à toutes les nécessités de la matière qu'il met en œuvre et du but qu'il veut atteindre, lequel but est toujours particulier, spécial, unique. De là vient en général que les théoriciens qui savent

diens, dans le scalène gauche, quelques apparence de contracture, légers indices de la véritable origine de la luxation.

La figure suivante montre l'état du sujet après la réduction devenue permanente.



Aujourd'hui, cinq mois après le commencement du traitement, deux mois depuis la guérison, les parties sont restées dans leurs rapports normaux, et la tête et le col exécutent, à très peu de chose près, leurs mouvemens habituels; il n'y a qu'un peu de gêne dans la rotation de la tête à gauche, produite par un reste de raccourcissement du sterno-mastoïdien. Il existe aussi une très légère prédominance de saillie du côté droit sur le côté gauche de la nuque, résultant d'un faible reste de soulèvement de l'apophyse transverse droite de la vertèbre luxée.

Ce cas intéressant sous beaucoup de rapports ayant donné lieu à des interprétations différentes, quant à la nature et aux caractères de la lésion, et à des prescriptions tout à fait opposées quant à son traitement, il m'a paru utile de fixer, à son occasion, les points litigieux qu'il a soulevés, et de faire connaître ainsi les motifs de mes déterminations. Ces différens points peuvent se résumer dans les questions suivantes :

1° Y avait-il réellement luxation de la seconde vertèbre sur la troisième, et cette luxation consistait-elle dans une rotation pathologique de la vertèbre sur son axe, de droite à gauche et d'avant en arrière, ou bien dans un mouvement inverse comme l'ont exprimé MM. Marjolin et Sanson dans leurs consultations?

2° Quels sont les caractères et les agens principaux et auxiliaires de cette luxation?

3° Faut-il toujours en tenter la réduction, et cette réduction est-elle susceptible d'inconvéniens, et par quels procédés faut-il l'effectuer?

Première question. — Y avait-il réellement luxation de la seconde vertèbre sur la troisième, c'est-à-dire déplacement dans le sens horizontal, et suivant l'axe de l'épine, de droite à gauche et d'arrière en avant, comme l'ont dit MM. Marjolin et Sanson? Et d'abord il y avait luxation, c'est-à-dire séparation des surfaces articulaires dont la droite était soulevée en arrière et la gauche refoulée en avant, au-delà de la facette articulaire de la troisième vertèbre cervicale. L'existence de ce fait résulte évidemment de la mobilité anormale de la vertèbre, des rapports de ses parties avec les parties environnantes, et des changemens que son déplacement a imprimés consécutivement, au col et à la tête. La vertèbre était anormalement mobile; en effet l'on pouvait en déprimant la saillie osseuse formée au côté droit de la nuque par le soulèvement de l'apophyse transverse, imprimer à l'axis un mouvement de ballottement assez étendu. Par cette manœuvre on reportait en arrière son apophyse épineuse, précédemment enfoncée dans les chairs; seulement on ne parvenait point ni à fixer la vertèbre dans sa position nouvelle, ni à ramener son apophyse transverse gauche au niveau de celle du côté opposé. Le déplacement avait bien lieu suivant l'axe de la colonne, car la dépression du côté gauche de la nuque était proportionnelle à la saillie du côté droit, c'est-à-dire que les deux apophyses transverses représentaient deux rayons d'égale longueur, ayant le même centre et ayant décrit en sens inverse des arcs de cercle de même étendue. Le mouvement circulaire de la vertèbre avait bien eu lieu dans le sens que j'indique; car s'il avait eu lieu dans le sens contraire, ainsi que l'ont pensé MM. Marjolin et Sanson, lorsqu'ils ont dit que la tumeur osseuse du côté droit de la nuque était formée par l'apophyse épineuse déviée de ce côté, le côté gauche aurait dû être saillant par suite du soulèvement en arrière de l'apophyse transverse correspondante; car il n'est pas possible de concevoir une déviation de l'apophyse épineuse à droite, par suite de la rotation de la vertèbre sur son axe, sans un mouvement proportionnel de son apophyse tranverse. Or il y avait dépression du côté gauche de la nuque, résultant du refoulement en avant des parties osseuses et des muscles qui les recouvrent.

La configuration des parties ne permet donc aucun doute à l'égard du déplacement en avant de l'apophyse transverse gauche de l'axis, et du déplacement en arrière de l'apophyse transverse droite. Le traitement a, du reste, complété l'évidence de cette démonstration. Ajoutons encore que la direction de la tête qui avait subi un mouvement de rotation de gauche à droite, et d'inclinaison en avant et à gauche, ne pouvait s'accorder qu'avec un déplacement dans un sens corrélatif de la vertèbre luxée. Si la vertèbre avait tourné de droite à gauche et d'arrière en avant, suivant l'opinion de MM. Marjolin et Sanson, la tête aurait été entraînée dans la même direction et la face eût regardé à gauche.

Deuxième question. — Les caractères de la variété de luxation dont il s'agit ressortent directement de ce que j'ai dit plus haut, à savoir : tumeur osseuse au côté gauche ou droit de la nuque, suivant le sens dans lequel s'effectue la luxation, et dépression proportionnelle du côté opposé; soulèvement et dépression corrélative des muscles de la gouttière cervicale; mobilité plus ou moins grande de la vertèbre, appréciable sur-

---

rendre raison de tout ne peuvent rien exécuter par eux-mêmes, et que les artisans qui exécutent le mieux sont incapables de rendre raison de rien. De là encore la dispute éternelle des théoriciens et des praticiens s'accusant réciproquement d'ignorance et d'impuissance. L'art donc acquiert d'autant plus de précision, de sûreté et d'infaillibilité, qu'il se spécialise davantage; tandis que la science pure ne se constitue que par l'unité et l'universalité. Il y a des arts qui tiennent une sorte de milieu entre les arts mécaniques et les sciences pures, comme les beaux-arts, la politique, la morale, et l'art de guérir, qui est le but de la medecine. Dans ces sortes d'arts, la spécialisation et la généralité doivent se contrebalancer dans une juste mesure; mais il n'est pas étonnant que la première tende sans cesse à prédominer, car la médecine est avant tout une affaire de pratique. La science y est et y doit être au service de l'art. De là l'appel continuel qu'elle ne cesse de faire à l'observation, à l'expérience; de là le peu de secours que fournit la pathologie abstraite et générale au lit du malade; delà par contraire l'utilité des études cliniques de plus en plus spéciales; de là la nécessité des monographies, etc. De là le besoin incessant d'une spécialisation plus grande pour pénétrer plus intimement dans les differences des cas individuels. En chirurgie surtout le besoin devient plus pressant, parce que d'une part, son action étant plus appréciable, elle est obligée de s'expliquer ses succès et ses revers, et d'autre part parce qu'employant des moyens mécaniques elle tombe par là dans la sphère des arts manuels.

En chirurgie donc les spécialités sont, pour ainsi parler, de droit; il est évident qu'un praticien qui s'est spécialement exercé à un genre d'opérations tel que la lithotritie, la lithotomie, la ténotomie, la cataracte, etc., a beaucoup plus d'habileté et de sûreté dans l'exécution que le chirurgien universel qui n'a que de rares occasions de pratiquer ces importantes opérations, et qui en sait tout ce qu'on en peut savoir, hormis les executer. Et ce qui prouve qu'on est assez d'accord là dessus, c'est que lorsqu'un médecin est atteint de quelque affection chirurgicale, surtout de celles qui peuvent nécessiter des opérations, c'est aux spécialités qu'il ne manque pas de s'adresser.

Nous pourrions nous borner à ces observations; elles suffisent pour prouver en général que les spécialités chirurgicales et médicales non seulement ne méritent pas l'anathème qu'on leur a lancé, mais qu'elles sont très utiles et très nécessaires à l'*art* et aux *malades*.

Il nous reste à discuter maintenant quelques objections particulières consignées dans la lettre des chirurgiens et ailleurs.

On a invoqué l'histoire de la chirurgie pour en accabler la spécialité, mais c'est une assertion sans preuves. La comparaison avec les *rebouteurs* et *inciseurs* du moyen-âge n'est ni polie, ni juste. Les spécialités chirurgicales actuelles, s'il faut en juger par celle qui a donné lieu à la protestation, ne méritent pas ce rapprochement. D'ailleurs, puisqu'il s'agit des spécialités du moyen-âge, il semble qu'avant de les maltraiter il faudrait savoir si, du temps de ces *inciseurs* et *rebouteurs*, il y avait des chirurgiens ou médecins capables de mieux faire qu'eux ce qu'ils faisaient. Cette observation peut même, sans inconvénient, être transportée à nos temps. Il est très probable que les spécialistes actuels savent au moins aussi bien que les chirurgiens non spéciaux faire les choses dont ils s'occupent, eux, exclusivement, et les autres accidentellement. Dans ce cas ils seraient tout au plus inutiles. Mais en quoi perdent-ils l'art et déconsidèrent-ils la

tant par la dépressibilité de l'apophyse transverse et la variabilité des reliefs différens des deux côtés de la nuque; dépression marquée sans tension musculaire appréciable à l'union de la face postérieure et latérale du cou du côté du déplacement, en avant de la vertèbre; inclinaison de la tête dans le même sens et rotation de la face du côté opposé; enfin impossibilité de mouvement de la tête et du col sans obstacle marqué de la part des muscles compris dans la concavité des courbures et des angles décrits par la tête et le col.

Les agens principaux de cette luxation sont de toute évidence les muscles qui s'insèrent à la vertèbre déplacée; la violence extérieure a préparé le déplacement en rompant les capsules articulaires et les ligamens, et la contracture musculaire ne rencontrant plus de résistance a complété ce déplacement. Il a fallu une autre circonstance : la fracture du rebord antérieur de l'apophyse articulaire supérieure gauche de la troisième vertèbre cervicale ou la fracture du rebord de l'apophyse correspondante de la vertèbre luxée elle-même; car les deux facettes articulaires se rencontrant obliquement, n'auraient pu glisser l'une sur l'autre sans se fracturer, à moins que l'apophyse transverse de la seconde vertèbre ne se fût soulevée d'une quantité suffisante pour que la facette articulaire pût glisser en avant de la facette articulaire de la troisième cervicale, soulèvement qui eût entraîné une inclinaison de la tête du côté opposé. Avec ces trois élémens, déchirure de l'appareil ligamenteux, fracture de l'une ou de l'autre des deux apophyses articulaires et peut-être contracture des muscles correspondans, on peut très bien se rendre compte du mécanisme de cette luxation de la manière suivante : la tête étant maintenue fixée par les sterno et cléido-mastoïdiens et les autres muscles antérieurs et latéraux du col, l'action combinée des faisceaux transversaire épineux gauche et grand oblique postérieur, qui s'insèrent à l'apophyse épineuse de la deuxième cervicale, ont produit, par la résultante de leur action, une traction directe sur l'apophyse épineuse de l'axis et l'ont entraînée à gauche, d'où le soulèvement de l'apophyse transverse droite et la projection en avant de la gauche. Il est inutile d'ajouter que pour que ce résultat ait pu être produit, il a fallu que tout l'appareil ligamenteux qui unit la seconde vertèbre à la troisième ait subi une distension et une déchirure suffisante, que le fibro-cartilage et la capsule articulaire droites aussi bien que les gauches aient subi la même violence.

Le mode de déplacement de la vertèbre : rotation sur l'axe de l'épine, explique bien l'absence de tout symptôme de compression et de distension de la moelle. Les rapports du canal rachidien avec cette dernière sont restés les mêmes, du moins rapports du centre à circonférence. Il n'y a eu qu'une légère torsion des méninges et torsion plus faible encore de la moelle par le moyen des origines des nerfs qui lui font suivre à un moindre degré les mouvemens de rotation de la colonne.

Troisième question. — L'expérience d'un seul cas ne suffirait pas à établir en règle générale qu'il faut toujours tenter la réduction de la variété de luxation décrite dans ce mémoire; mais la connaissance détaillée des circonstances qui l'accompagnent et la certitude que ces circonstances ne peuvent pas entraîner les accidens inhérens à la réduction de quelques autres variétés de luxations, surtout quand on a recours à la méthode que j'ai employée, permettent, je pense, de se prononcer d'une manière absolue pour la réduction. Quelles sont en effet les causes qui s'opposent à cette pratique? La crainte d'une compression ou d'une distension graves de la moelle; mais l'un et l'autre de ces résultats ne peuvent arriver qu'à la condition : 1° que par la réduction, l'axe de la vertèbre luxée ne se retrouvera plus dans l'axe du canal rachidien; 2° que la tentative de réduction amènera un allongement sensible de la moelle, par suite de la disjonction, suivant le sens vertical de la vertèbre luxée, de celle qui la suit. Or le mouvement décrit par la vertèbre réduite est un mouvement circulaire et horizontal : circulaire autour de la moelle comme centre, et horizontal sur le plan occupé par la vertèbre avant, pendant et après la réduction. Ajoutons que si les conditions n'étaient pas aussi absolument favorables que nous les indiquons, la méthode de réduction, les tractions musculaires lentes et graduées, compenseraient ce qui pourrait rester de chances moins rigoureusement favorables.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS PRATIQUES DE L'ACTION COMPARATIVE DE QUELQUES PRÉPARATIONS DE FER; par M. le docteur Fuster.

On sait tous les services que les préparations de fer rendent chaque jour dans une foule de maladies; cependant il y a ici, comme en toute autre chose, un choix à faire entre les diverses formules. Ainsi s'expliquent les insuccès signalés par des praticiens, à l'aide de ces préparations, dans des cas à peu près pareils où d'autres praticiens en ont proclamé les avantages; ainsi s'expliquent la fortune et le discrédit alternatif des composés ferrugineux importés successivement dans le domaine de la thérapeutique. Nous ne connaissons qu'un moyen efficace de faire cesser cette divergence d'opinions, c'est d'étudier comparativement l'action des préparations en question, et de les étudier, non dans le cabinet du chimiste, mais au lit des malades, seul critérium infaillible de l'excellence relative des agens médicamenteux. Telle est aussi l'épreuve à laquelle nous avons soumis les deux ordres de préparations ferrugineuses qui semblent se disputer aujourd'hui la prééminence : nous voulons parler des pilules de M. le docteur Bland et des pilules de M. Vallet. Il serait superflu d'initier les lecteurs de cet article à toutes les expérimentations cliniques que nous avons suivies pendant six ou huit mois. Il leur suffira d'en apprendre les résultats et de lire à l'appui deux ou trois observations très saillantes où le mérite respectif des deux préparations a été nettement déterminé. Au surplus, nous ne donnons pas, nous ne pouvons pas donner nos propres résultats comme des preuves absolues et sans réplique; nous ne les donnons que comme l'expression bien constatée d'une série de faits particuliers. A nos confrères de modifier notre opinion d'après d'autres séries d'expériences; mais nous pensons au moins que la méthode comparative sur laquelle nous établissons notre conviction personnelle est la plus droite pour conduire au but. Commençons par citer des faits.

Obs. I. — Lady Charlotte B..., âgée de 21 ans, écossaise d'origine, habitant Paris depuis deux ans, était pâle et décolorée, d'un embonpoint énorme, respirant avec peine et menacée de rachitisme. Ses règles, qui avaient à peine coulé pendant deux ans, s'étaient arrêtées ensuite, et, à leur place, il y avait presque continuellement un écoulement blanc copieux dont les soins de propreté ne préve-

profession? Ils morcèlent l'art, dit-on encore, qui ne fait de progrès que par la synthèse. La phrase est bien, mais elle est hors de la question. Ces travaux, dits spéciaux, ne gênent en rien les travaux dits généraux, et l'analyse ne saurait nuire en rien à la synthèse. On se plaint que les spécialités n'aient jamais rien inventé, tandis qu'il faudrait dire, au contraire, que rien n'a jamais été inventé que par des spécialités. Bien plus, on les accuse d'empêcher les autres de faire des découvertes, et cependant on avoue que dans le siècle passé où les spécialités ont fait, dit-on, tant de ravages, Chopart, Desault, Dubois, Boyer, ont eu pourtant la permission de fonder le diagnostic et la thérapeutique des maladies des voies urinaires, et les *inciseurs* de ce siècle-ci n'ont pas empêché non plus Scarpa, Dupuytren et Astley Cooper, de perfectionner le traitement des hernies.

Enfin, on affecte un peu trop de croire que les spécialités dont il s'agit sont tellement spéciales, que les hommes qui s'y livrent seraient réduits à l'état de purs automates. Il y a des spécialités très sottes, très niaises et très ignorantes, mais il y en a de très habiles, très intelligentes et très savantes. Ces différences sont celles des individus; elles ne tiennent pas au fait même de la spécialité. De même un chirurgien ou médecin non spécial peut aisément être universellement incapable. On reproche aux spécialistes de ne savoir et de ne faire qu'une seule chose; mais on devrait ajouter qu'ils ne prétendent pas savoir et faire tout. Est-ce donc un défaut de bien faire ce qu'on fait, et de ne vouloir faire que ce qu'on fait bien?

Nous pouvons conclure de tout ce qui précède que la question des spécialités n'a pas été suffisamment approfondie par les auteurs de la protestation, et nous espérons que les réflexions qui précèdent, quoique trop peu développées, suffiront pour préparer les voies à une solution plus exacte.

— Le Moniteur universel d'avant-hier 15 renferme une ordonnance du roi relative à la réorganisation des écoles secondaires de médecine et de pharmacie. Nous publierons cette ordonnance dans notre prochain numéro et l'accompagnerons de quelques remarques.

— Les candidats inscrits pour le concours de médecine opératoire, qui doit s'ouvrir à la Faculté de Paris, le 9 novembre, sont :

MM. Malgaigne.	MM. Lenoir.
A. Berard.	Alph. Sanson.
Robert.	Laugier.
Michon.	Sédillot.
Boyer.	Huguier.
Vidal (de Cassis).	Moulinié (de Bordeaux).
Chassaignac.	Monod.
Blandin.	Alex. Thierry.

— La distribution des amphithéâtres de l'école-pratique pour les cours particuliers aura lieu jeudi prochain 22, à dix heures, à la Faculté de Paris.

naient pas toujours l'odeur fade repoussante. L'inertie de ce sujet était telle, qu'on ne pouvait la déterminer à se livrer à un peu d'exercice, et lorsqu'elle cédait à cet égard à une sorte de violence, elle ne tardait pas à être prise de palpitations de cœur, de suffocation et de menaces de syncope. Du reste, son appétit était bizarre et satisfait à très peu de frais. Il va sans dire qu'elle était d'une faiblesse extrême, ce qui contrastait avec l'engorgement général des tissus et son embonpoint apparent.

Arrivée à Paris aux beaux jours de la médecine homœopathique, elle fut soumise pendant plusieurs mois à cette espèce de mystification thérapeutique, sous la surveillance de M. Hahnemann même. Nous ne pouvons pas dire de quoi se composa la méthode de traitement par les globules; mais ce que nous savons bien, c'est que ce traitement ne produisit, de l'aveu de la malade, aucune espèce d'amélioration. Lassée d'un ordre de moyens si visiblement inutile, elle en vint, par les conseils d'un autre médecin, à une médication plus rationnelle, savoir, à l'emploi des pilules du docteur Bland. Le nouveau praticien avait promis imprudemment de rendre la santé à la malade en quinze jours ou un mois au plus. Cependant, malgré l'usage prolongé de la préparation du docteur Blaud, combiné avec les soins du régime et de l'hygiène, près de deux mois s'étaient écoulés sans que ces promesses imprudentes fussent suivies d'effet. C'est au bout de ce temps que nous avons donné nos soins à lady Charlotte.

L'état de cette maladie différait très peu alors du tableau que nous en avons tracé. La malade elle même n'y reconnaissait aucun amendement notable, malgré l'emploi des pilules du docteur Bland. Le seul bon effet qu'elle consentît à leur attribuer, c'était un appétit moins irrégulier et plus franc. Aussi la trouvâmes-nous d'abord très incrédule sur l'action présumée des nouvelles pilules ferrugineuses, que nous crûmes devoir lui proposer, savoir : des pilules de Vallet. Toutefois, elle se décida à en faire usage, par déférence plutôt que par confiance. Voici la manière dont elles furent prescrites.

La malade commença par en prendre quatre : deux le matin et deux le soir. Cette quantité étant augmentée tous les deux jours de quatre en quatre, la dose totale fut élevée ainsi progressivement jusqu'à vingt par jour, en quatre doses.

Une amélioration manifeste se déclara dès la première quinzaine de leur usage. Cette amélioration portait sur le système général des forces. En effet, à cette époque, la malade tolérait plus facilement l'exercice, se sentait moins lourde, avait plus de gaîté, moins d'oppression et des palpitations plus rares. Le pouls témoignait aussi de cet amendement. Il était devenu plus plein et plus résistant, de petit, fréquent et enseveli qu'il avait été jusqu'à ce moment. La persévérance dans l'emploi du même remède, et son augmentation graduelle avant de l'arrêter définitivement à vingt pilules par jour, soutinrent et accrurent journellement les bienfaits de cette médication. Un mois et demi environ depuis l'ingestion des premières pilules, tous les symptômes pectoraux avaient cessé sans retour; la peau s'était colorée; il était survenu un amaigrissement général, sous l'influence de la résorption de la matière muqueuse interstitielle. Le même agent fut continué encore à peu près un mois et demi de plus. Mais, dès les quinze ou vingt derniers jours du traitement, les règles avaient remplacé l'écoulement blanc; la colonne vertébrale, légèrement inclinée vicieusement, avait repris sa rectitude normale; en un mot, tous les phénomènes d'une affection aussi grave que profonde et opiniâtre avaient cessé complètement. La fin de ce traitement date déjà du printemps de l'année dernière, sans que la santé de la malade ait subi la moindre réminiscence des anciennes altérations.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle offre un exemple d'une affection chlorotique au degré le plus avancé, qui avait envahi tous les systèmes organiques, et qui menaçait de se terminer par une hydropisie générale. Les traitemens employés et les pilules de Blaud en particulier n'y avaient rien ou presque rien fait, puisqu'elles s'étaient bornées à agir localement sur l'appareil gastrique. Il n'y a que les pilules de Vallet qui ont montré une grande efficacité. Elles seules, concurremment avec le régime stimulant et des soins hygiéniques appropriés, ont enrayé les symptômes et ramené la santé. A quoi tient, dans cette circonstance, l'insuccès des pilules de Blaud : nous ne saurions le déterminer, puisque ce n'est pas d'après nos prescriptions qu'elles ont été employées; aussi, nous contentons-nous de remarquer que l'honneur de la guérison entière et rapide de l'affection décrite revient de droit aux pilules ferrugineuses de Vallet. L'observation suivante se recommande sous d'autres rapports.

Obs. II. — Mlle P., âgée de près de 18 ans, d'une constitution lymphatique et scrofuleuse, mal réglée depuis l'âge de quinze ans, pâle et tourmentée de palpitations par le moindre exercice, était sujette depuis six mois à un engorgement ulcéreux du cuir chevelu avec écoulement d'une matière incolore et fétide qui durait pendant plusieurs jours, après quoi la plaie se recouvrait de croûtes épaisses sous lesquelles l'ulcération se reproduisait dès qu'elles venaient à tomber; en sorte que l'affection se perpétuait ainsi en passant successivement de l'état ulcéreux à l'état croûteux. On avait essayé contre cet engorgement une foule de topiques de diverses natures, épuisant en particulier la longue liste des applications anti-scrofuleuses. Nous mêmes nous avions eu recours aux plus énergiques de ces remèdes, tels que les lotions d'eau de potasse, la pommade iodurée, etc. Toute l'efficacité des moyens les plus vantés s'était réduite à modifier l'aspect de l'ulcération ou à faciliter la chute des croûtes sans parvenir à guérir la plaie. Nous ne devons pas oublier de mentionner parmi les moyens curatifs employés par nous ou par d'autres médecins, l'usage intérieur des anti-scrofuleux suggérés tant par la constitution de la malade que par les caractères de la maladie locale. Les remèdes intérieurs seuls ou de concert avec les divers topiques ne produisirent aucun effet.

Six mois après ces inutiles tentatives, les règles se supprimèrent tout à fait. A leur place il survint deux fois par mois, aussi ponctuellement que dans les flux périodiques, un écoulement blanc qui continuait sept ou huit jours de suite, et s'accompagnait de lypothymies précédées de tiraillemens très douloureux de la région gastrique. Ces phénomènes se reproduisaient à peine depuis deux mois avec les mêmes circonstances, que le cuir chevelu s'était nettoyé de toute ulcération et avait recouvré l'état naturel.

La présence de l'écoulement vaginal et les progrès croissans des signes bien connus de la chlorose nous firent songer pour la première fois aux préparations de fer. Les pilules de Blaud dont il était beaucoup question à cette époque furent prescrites de la manière indiquée par M. Blaud lui-même dans un mémoire publié en 1839 par la Revue médicale. L'usage de ces pilules continué pendant vingt-deux jours n'amena aucun résultat sensible; nous les remplaçâmes par les pilules de Vallet. Ce que les pilules de Bland n'avaient pu produire, les pilules de Vallet le déterminèrent assez rapidement. Nous commençâmes par administrer deux de ces pilules, une le matin et une le soir, augmentant chaque jour de deux pilules jusqu'à quatorze toutes les vingt-quatre heures. Arrivés à cette dose, l'écoulement vaginal avait cessé, les règles avaient paru et avaient continué trois jours de suite, la face s'était animée, et la malade avait acquis de nouvelles forces. Les pilules de Vallet furent administrées à des quantités décroissantes pendant un mois de plus, après lequel les règles reparurent de nouveau et se sont maintenues suivant leur cours périodique jusqu'à ce jour, sans qu'on ait aperçu la moindre trace du retour de l'ulcération du cuir chevelu.

L'observation précédente paraît être une complication d'affection scrofuleuse et de chlorose. Ces deux affections ne marchaient pas sur un pied égal : l'affection scrofuleuse qui dominait peut être la chlorose dans les premiers temps, était dominée évidemment par celle-ci à l'époque de l'écoulement vaginal. La prédominance de la chlorose explique les effets de l'action des préparations ferrugineuses, comme sa complication avec l'affection scrofuleuse explique probablement les avantages relatifs des pilules de Vallet sur les pilules de Bland. Quoi qu'il en soit, un fait constant dans cette observation, c'est que les pilules de Vallet ont triomphé d'une affection très remarquable qui avait résisté aux pilules de Bland.

Nous pourrions multiplier les observations de ce genre que la comparaison des effets des deux ordres de préparations ferrugineuses nous a permis de constater dans ces derniers temps; mais il suffira pour le moment de nous en tenir aux précédentes. Ces faits établissent que ces deux sortes de pilules ne sont pas le même remède, et que du moins dans les cas analogues à ceux que nous venons de décrire les pilules de Vallet méritent la préférence sur l'autre préparation.

Notre expérience clinique se trouve conforme à l'expérience de plusieurs autres praticiens; nous citerons, entre autres, MM. Piorry et Martin-Solon. Si les inductions de la chimie pouvaient être transportées dans les applications de la médecine clinique, nous trouverions aisément la raison de l'avantage relatif des pilules de Vallet. On sait, en effet, que d'après la détermination de MM. Planche et Soubeiran, les pilules de Vallet jouissent par rapport aux pilules de Blaud de l'avantage de se conserver sans altération, de représenter des doses constantes du médicament principal et de faire parvenir dans l'économie du carbonate de protoxide et non du peroxide de ce métal.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL AND SURGICAL SCIENCES.

Les numéros des mois de février, mai et août 1840, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Calcul dans la vessie; lithotomie; mort;* par M. Belton. 2° *Cas de hernie inguinale étranglée, avec séjour du testicule dans l'abdomen;* par M. Paul Eve. 3° *Remarques sur les différens procédés employés pour la cure radicale des chutes de matrice, suivies d'observations;* par G. Geddings. 4° *Fistule recto-vaginale traitée par la ligature et l'incision;* par M. Barton. 5° *Cas de catalepsie observé chez un jeune garçon de 15 ans;* par le docteur Isaac Parisch. 6° *Revue des maladies chirurgicales traitées dans l'hôpital de Pensylvanie, pendant les mois de juillet, septembre et octobre* 1839; par M. Norris. 7° *Fausses articulations de l'avant-bras et de la cuisse traitées par le repos et la compression.* 8° *Plaie de l'éminence thénar; hémorragie; trois semaines après, ligature de la radiale, suivie d'hémorragie dans la plaie de la main le huitième jour; guérison par la compression de la cubitale.* 9° *Luxation en avant de l'humérus, datant de trois mois, irréductible.* 10° *Tumeur de la partie supérieure et externe de la jambe, simulant un anévrisme; ligature de la fémorale;* 11° *Luxation en avant de l'humérus datant de trois mois, irréductible par des mouffles.* 12° *Observation sur*

l'iodo-hydrargirate de potasse; par le docteur Hidreth. 13° *Ténotomie pour pieds-bots et flexion du genou*; par M. Burleigh Omart. 14° *Statistique des amputations pratiquées à l'hôpital de Pensylvanie, depuis le 1er janvier 1838 jusqu'au 1er janvier 1840*; par M. Norris. 15° *Statistique des amputés de l'hôpital de Massachusets*; par M. Hayward. 16° *Récit d'une série d'expériences faites par la faculté de médecine de Lancastre (Amérique), sur le corps de Henri Cobler Maselmann, exécuté dans la cour de la prison du comté de Lancastre, le 20 décembre 1839.* 17° *De l'emploi de l'actæa racemosa (de Wildenow, cimicifuga de Nutall) dans le traitement de la chorée*; par le docteur Kirkbride. 18° *Rétraction du masseter d'un côté, limitant les mouvemens de la mâchoire; section du muscle*; par M. Mutter. 19° *Fausse articulation de l'avant-bras; résection du séton*; par M. Fanestock. 20° *De l'appareil inamovible dans les fractures et dans quelques autres maladies chirurgicales.* (C'est un travail complet dans lequel l'auteur s'est surtout proposé de populariser en Amérique l'appareil inamovible, tel qu'il est employé à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Velpeau.) 21° *Absence de l'utérus chez une femme adulte*; par M. Samuel Chew. (La femme sujet de cette observation vivant encore, et l'absence de l'organe, malgré une grande probabilité, n'étant point encore prouvée, nous ne faisons que mentionner le fait.) 22° *De la rétention du placenta*; par M. Warren, de Boston.

CALCUL DANS LA VESSIE; LITHOTOMIE; MORT; par M. BELTON, de Germantown.

OBS. — M. ..., âgé de 64 ans, d'une bonne santé, altérée depuis quelques années seulement par les accidens liés à l'existence d'une pierre dans la vessie, vint se confier aux soins du docteur Belton. Celui-ci s'assura avec la sonde de l'existence de la pierre, et trouvant la lithotritie contre-indiquée par le volume de la pierre, et, d'un autre côté, la prostate peu développée, il résolut de pratiquer la lithotomie. Sans indiquer les moyens d'exploration, le chirurgien déclara le calcul dur, volumineux et de forme ovoïdale.

Le dimanche 17 mai, jour choisi pour l'opération, elle fut pratiquée en présence et avec l'aide des docteurs Norris, Goddard, et quelques autres chirurgiens, et offrit les particularités suivantes: on suivit le procédé de la taille latéralisée, et la vessie fut ouverte avec le gorgeret, et ne contenait que peu de liquide; jusqu'ici tout se passa bien, et la perte de sang fut peu considérable. Les tenettes introduites alors saisissent la pierre, et quelque force qu'employât le docteur Belton, il ne put en faire l'extraction, soit que le volume fût trop grand, soit que la vessie la serrât trop fortement. Les docteurs Norris et Goddard unirent leurs efforts à ceux de M. Belton, et ne réussirent pas mieux à arracher le calcul. On essaya de le briser avec un brise-pierre de Jacobson, mais l'anneau de l'instrument était trop étroit pour l'embrasser. Le brise-pierre ordinaire de Heurteloup échoue également, et ce ne fut qu'avec un lithotriteur à percussion, d'un volume trop considérable pour la capacité ordinaire de l'urètre, qu'on parvint à détacher un petit fragment du corps étranger. Le malade était si abattu par toutes ces manœuvres, qu'on crut devoir les suspendre et le laisser avec la pierre dans la vessie. Replacé dans le lit, il n'éprouva aucun soulagement et mourut cinq heures après l'opération, dans toute sa connaissance et sans accidens nerveux.

AUTOPSIE dix-huit heures après la mort. Toutes les membranes de la vessie étaient parfaitement saines. L'incision du col de la vessie et de la prostate n'offrait aucune trace de déchirure. Les deux reins étaient profondément altérés et convertis en une substance blanchâtre et solide. Les uretères étaient élargis. Les autres organes étaient sains.

L'examen du poids, du volume, de l'analyse des calculs, confiés à un chimiste, ne sont point encore connus du docteur Belton, qui promet ces détails pour le prochain numéro du journal.

Cette observation nous paraît pleine d'enseignemens à tous égards, et, sans nulle intention de critiquer la conduite du chirurgien, qui d'ailleurs a la noble bonne foi de la livrer à la publicité, on ne peut s'empêcher d'en faire ressortir tout l'intérêt.

Ce n'est point la première fois qu'une difficulté pareille dans l'extraction d'un calcul s'offre dans la chirurgie; les exemples en sont nombreux, et dans les siècles qui nous précèdent, où ils l'étalent davantage, elle tenait à l'imperfection des moyens de constater le volume de ces corps. L'expérience suffit à quelques chirurgiens consommés pour reconnaître, avec un simple cathéter, le volume approximatif d'une pierre, et donner le choix du procédé à l'aide duquel il ira la chercher. Nous avons été témoins quelquefois d'une évaluation presque mathématique du calcul, à l'aide du cathéter. Mais le plus souvent, les instrumens spéciaux et simples qui permettent aux jeunes chirurgiens de s'enquérir de cette circonstance capitale trouvent une bonne application. C'est pour avoir connaissance de deux cas, y compris celui-ci, où l'ignorance du volume du calcul a été fatale au malade et laissé de grands regrets au chirurgien, que nous recommandons l'usage de ces instrumens. Nul doute qu'employés chez le malade de M. Belton, ils eussent décidé le chirurgien à ne point avoir recours à la taille latéralisée, et à lui substituer une autre opération. Il ne peut guère y avoir de doutes que la taille hypogastrique eût permis une extraction facile du calcul, et épargné, sinon la vie, au moins beaucoup de souffrances au malade. C'est pour des cas pareils que la taille sus-périnéale est préconisée par la majeure partie des chirurgiens. Mais il y a plus, il ne faut pas oublier, qu'en présence des premières difficultés rencontrées pour extraire la pierre, il valait peut-être mieux, séance tenante, tenter l'opération dont nous parlons, que de s'obstiner à faire traverser la plaie du périnée par un calcul disproportionné. L'histoire de la chirurgie offre des succès à une pareille hardiesse, et elle enseigne même que la taille hypogastrique est née de pareilles circonstances, et a été ainsi inspirée à l'illustre Franco, dans un cas où, après une incision au périnée, il ne pouvait avoir un calcul. Jusqu'ici, nous avons raisonné dans l'hypothèse que le volume du calcul a été la seule cause de l'impossibilité de son extraction. Quoique ce volume n'ait point été exactement précisé, l'observation montre que là était toute la difficulté; car, d'une part, il n'y avait point enchatonnement, circonstance qui n'eût pas manqué d'être notée dans l'autopsie, et, de l'autre, la contraction de la vessie ne doit jamais être un obstacle qui résiste à une traction faite par trois hommes.

La consistance de la pierre est une autre particularité digne d'intérêt, et qui montre combien l'application de ce caractère physique importe dans le choix de la méthode. Qu'eût fait, dans un cas pareil, la lithotritie avec un instrument de volume ordinaire, quand elle est restée impuissante alors que la plaie du périnée a permis l'usage d'un instrument des plus forts?

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'analyse de ce calcul, promise par le docteur Belton.

CAS DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, DANS LEQUEL LE TESTICULE ÉTAIT CONTENU DANS L'ABDOMEN; par PAUL EVE, professeur à l'Université de Georgie.

Le diagnostic des hernies, déjà très difficile eu égard aux diverses variétés de cette maladie, ne l'est pas souvent moins quand il s'agit de les distinguer des autres affections qui ont avec elles des analogies de siége et de symptômes. Il faut avouer cependant que ces difficultés se rencontrent plutôt dans les hernies fémorales que dans les inguinales. L'observation que nous transcrivons n'a point présenté d'ambiguïté, parce que le chirurgien était avant l'étranglement initié à la disposition anormale du testicule; mais pour tout autre que pour lui, elle n'eût pas laissé que d'être embarrassante, et d'exiger une excessive prudence dans l'opération. Nous la ferons suivre d'une variété de position anormale du testicule que nous croyons unique dans la science, et que nous avons rencontrée par hasard dans le mois de mai dernier sur un sujet livré aux amphithéâtres. On verra quelles singulières difficultés un cas pareil eût pu apporter dans le diagnostic de beaucoup de maladies siégeant dans les régions inguinale et scrotale.

OBS. — Simon, nègre, âgé de 28 ans, d'une constitution robuste, père de plusieurs enfans, avait le testicule droit dans l'abdomen, dont il n'était jamais descendu. Étant occupé à labourer le 17 avril 1840, il reçut dans l'abdomen un violent coup du manche de la charrue subitement arrêtée dans sa marche par un obstacle.

Le jour suivant il avait des coliques qui l'obligent à garder le lit, et une selle abondante. Un médecin mandé auprès du malade et qui connaissait depuis longtemps l'anomalie de position du testicule, méconnut la hernie sur laquelle le malade n'attira point son attention. Il prescrivit des purgatifs qui ne procurèrent aucune selle.

Le 20 avril, un autre chirurgien appelé en consultation reconnaît la tumeur inguinale et administre la decoction de tabac en lavement. L'administration de ce médicament amena quelque soulagement et un peu de diminution dans la tumeur, ce qui permit d'y constater un peu de gargouillement. Seulement alors le docteur Paul Eve fut mandé et trouva le malade déjà dans une fâcheuse position, le ventre tendu, très ballonné et douloureux à la pression. La tumeur herniaire de l'aîne très volumineuse était très sensible à la presion et les vomissemens étaient fréquens. Quelques tentatives de taxis causèrent de si grandes angoisses qu'on y renonça pour la levée de l'étranglement.

Les incisions faites comme d'habitude à la peau, on dut mettre dans la dissection des enveloppes de la hernie les plus grands soins, soit autant par égard pour l'intestin, que pour le testicule et son cordon dont on ignorait au juste la position, soit dans la partie la plus élevée du canal, soit peut-être dans le sac herniaire lui-même, ce qui était beaucoup plus probable. Comme la peritonite était imminente ou même déjà assez avancée, le docteur Eve tenta le débridement sur l'arcade fémorale, comme l'a enseigné A. Cooper, sans toucher au sac lui-même. Après cette section de l'arcade, l'intestin devint un peu moins distendu, mais ne put être réduit, et l'on se vit obligé d'ouvrir le sac. Le doigt introduit dans son col reconnut le testicule qui était placé en dehors de l'anse intestinale, et qu'il protégea du tranchant du bistouri porté jusqu'aux limites supérieures de l'anneau débridé en même temps que le collet du sac. Celui-ci au moment de son ouverture avait donné issue à un liquide noir comme du sang. Les intestins vers le col du sac étaient adhérens, et le doigt dut détruire ces adhérences nouvellement formées pour permettre la réduction. L'épidydème était

volumineux et aussi long que si le testicule était descendu jusqu'au bas du scrotum.

La nuit qui suivit l'opération, le malade eut plusieurs selles; mais la péritonite continuant sa marche, il mourut le lendemain à sept heures du soir.

L'autopsie ne montra rien de particulier.

Il est une circonstance de cette observation dont on pourrait tirer parti contre l'étranglement par des anneaux au profit de la nouvelle doctrine, qui veut que toute constriction soit faite uniquement par le collet du sac. Mais outre que les détails à cet égard sont insuffisans pour préciser ce point, il est bien clair que lorsqu'on coupe, pour lever un étranglement de hernie inguinale, le pilier inférieur de l'anneau, on s'expose si la constriction est faite par l'anneau interne à laisser subsister le mal. L'insuffisance du débridement de l'anneau externe ne prouve qu'une chose, que l'étranglement ne le reconnaît point pour son agent, et ne peut en rien faire préjuger qu'il est produit par le collet du sac.

Quant à la position du testicule, si elle n'avait point été connue à l'avance, elle aurait laissé le chirurgien dans le doute pour une hernie ordinaire ou congéniale, à moins que le testicule, promptement placé dans le scrotum, n'ait été refoulé par une cause quelconque dans l'anneau; presque toujours quand il est resté dans le canal inguinal, et à plus forte raison quand il est à l'orifice interne, l'espèce de hernie qui accompagne cette anomalie est une hernie congénale. Et c'est ici qu'il importe de ne point prendre ce mot à la lettre, car presque toujours la hernie se fait à une époque avancée de la vie, et n'en présente pas moins cependant la disposition de cette espèce de hernie.

La disposition singulière dont j'ai annoncé la description au commencement est la suivante. En cherchant sur les cadavres de l'amphithéâtre de Clamart des hernies que je voulais disséquer, je palpai un scrotum que je trouvai vide et excessivement petit des deux côtés. L'examen de la région inguinale me permit de reconnaître le testicule du côté gauche, petit et placé à l'anneau inguinal externe, dans lequel il était un peu engagé. A droite je trouvai une masse molle, à peu près ronde, s'engageant par un pédicule dans l'anneau, et présentant çà et là des cordons d'une assez grande dureté. J'aurais pensé que c'était le testicule, si ce n'eût été la dureté de cette petite masse qui, en outre, s'était jetée assez en dehors de l'anneau pour avoir pris le siége des hernies fémorales en dehors de l'épine pubienne et sur la cuisse elle-même. Je disséquai, et voici ce que je constatai : à gauche, le testicule, recouvert du péritoine comme il l'est de la vaginale, avait entraîné avec lui dans le canal un sac péritonéal, vide d'intestin, et qui à cause de son étroitesse ne paraissait point en avoir contenu, au moins récemment. Le cordon de longueur, de volume normal, et terminé par un épidydime à dimension ordinaire, venait se rendre au testicule en longeant la face externe et inférieure du sac. L'épidydème n'était point recouvert par les deux lames de l'espèce de médiastin qui l'isole d'habitude. Le testicule était petit.

A DROITE. Ce dernier organe, de même volume que le précédent, celui d'une grosse noisette, flottait librement dans l'abdomen, tenant à une petite corde très fine, d'un quart de ligne au plus de diamètre, Manquant ainsi d'épidydime, il était recouvert d'ailleurs de tous côtés par le péritoine, excepté par la petite insertion du cordon que nous venons de mentionner, espèce de hile qui, malgré sa finesse, fournissait les matériaux nutritifs de l'organe, et charriait probablement sa sécrétion. En regardant la paroi abdominale par le ventre, on voyait à l'anneau interne une étroite ouverture pouvant admettre une plume, et conduisant dans un sac péritonéal étroit, qui parcourait tout le canal inguinal, en s'élargissant un peu, pour venir à un pouce au-delà de l'anneau s'épanouir en une ample bourse aux nombreux replis. Nous avons déjà dit que cette portion du sac n'avait point pénétré dans le scrotum, mais s'était déviée en dehors pour aller occuper en dehors de l'épine pubienne la place des hernies fémorales. Nous appelons ce prolongement du péritoine un sac, quoiqu'il fût vide d'intestin, parce qu'il n'est guère facile d'expliquer sa présence sans l'idée d'une ancienne hernie congéniale guérie depuis longtemps. L'extrême étroitesse de l'entrée du sac à l'anneau interne, son étroitesse dans le trajet du canal inguinal, et les plis nombreux de sa portion libre prouvent bien que depuis longtemps les intestins l'avaient abandonné. Le cordon, s'engageant dans l'anneau interne, suivait la face inférieure du sac, puis, au sortir de l'anneau, il commençait à se pelotonner, conservant avec le fond du sac, qu'il avait suivi dans son déplacement, le même rapport qu'avec son col. Il le contournait même en entier, décrivant une courbe concentrique à la sienne et venait en suivre la face interne, soit dehors, soit dans le canal inguinal. Au dehors, comme dans son trajet ascendant dans le canal, ce n'était plus évidemment le cordon lui-même, mais bien l'épidydime déroulé. En montant, ce petit faisceau de vaisseaux seminifères, plissés comme dans l'épidydime, devenait de plus en plus grêle, et enfin en était réduit à la petite dimension que j'ai dite, à son point de jonction avec le testicule.

Ce fait anatomique pouvait faire résoudre le mode de communication de l'épidydime avec le testicule, ou mieux, montrer une belle anomalie de cette communication que les anatomistes ont à peu près décrite, je suis forcé de dire à peu près, car ils se copient tous, ou bien ne sont point parfaitement d'accord. Je tentai donc une injection mercurielle qui ne réussit pas. J'aurais désiré, d'un autre côté, connaître la disposition de l'artère et des veines testiculaires, mais tous les organes abdominaux avaient été enlevés, y compris ces vaisseaux à leur origine (il est étrange même que l'anomalie du testicule ait échappé au milieu de cet examen qui paraissait avoir été minutieux), et je ne pus, sans injection, les suivre jusqu'aux testicules, soit qu'ils aient été atrophiés, soit par toute autre cause. Il ne faut pas oublier que le testicule avait conservé un volume semblable à celui du côté opposé.

Le scrotum était fort rétréci et appliqué contre l'arcade pubienne. D'autres occupations me retinrent éloigné de l'amphithéâtre, et je ne pus, à mon grand regret, en faire la dissection. Les corps caverneux et le pœnis entier offrent un grand développement, et paraissent n'avoir pas été un organe inactif.

Ignorant d'où venait ce cadavre, je ne pus avoir aucun renseignement sur celui dont il était le reste.

Qu'on se figure maintenant l'étrange embarras qu'une pareille anomalie eût jeté dans l'esprit d'un chirurgien, si ce testicule se fût enflammé, eût suppuré, si le cordon et l'épidydime ainsi déroulé avaient participé à cette inflammation, si ces accidens s'étaient compliqués d'adénite inguinale très aiguë, et surtout s'ils étaient arrivés au moment où la hernie, dont l'existence est probable, se fût étranglée. Une hernie inguinale, qui est étrangère au scrotum, ce qui peut arriver, par exemple, dans le bubonocèle, mais qui encore s'est jeté sur la face antérieure de la cuisse, au siége ordinaire des hernies fémorales!

Je dois m'excuser de ces longs commentaires, mais l'intérêt de ce cas m'a paru assez grand pour le rapporter avec quelques détails; les lecteurs jugeront.

REMARQUES SUR LES DIFFÉRENS PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR LA CURE DES CHUTES DE MATRICES, SUIVIES DE QUATRE OBSERVATIONS DE GUÉRISON PAR LA SUTURE DES GRANDES LÈVRES; par E. GEDDINGS, professeur à l'Université de la Caroline du Sud.

Ce n'est guères que depuis 1831 que les opérations sanglantes inventées pour guérir les chutes de matrices ont été introduites dans la chirurgie. Avant cette époque la cautérisation avait été conseillée par M. Girardin en 1823. Nous ne savons cependant si elle avait été mise en usage avant que M. Laugier, alors chirurgien de l'hôpital Necker, ait fait connaître en 1833 des observations de cette nature. La cautérisation était faite avec le fer rouge; depuis, la cautérisation a été essayée sans succès. Il est difficile d'établir au juste à qui appartient la première idée des opérations sanglantes pratiquées dans le but d'opposer par l'occlusion ou le rétrécissement partiels du vagin un obstacle à la chûte de l'utérus. Toujours est-il que l'un et l'autre procédé ont été répétés un assez grand nombre de fois, et avec un assez grand nombre de succès au dire des opérateurs, sauf M. Velpeau qui regarde comme inefficace le rétrécissement du vagin. M. Geddings s'est proposé de discuter la valeur des diverses méthodes. Il donne un historique de la prééminence sur la cautérisation; des différentes manières d'opérer celle-ci, il regarde comme supérieure la cautérisation avec le fer rouge, ainsi que l'a fait M. Laugier.

Parmi les opérations sanglantes, M. Geddings a choisi pour ses malades le procédé de Fricke qui consiste à réunir après avivemens, les trois quarts postérieurs de l'ouverture vulvaire, par la suture enchevillée. C'est aussi l'opération que préfère M. Velpeau. Les quatre opérations rapportées par le chirurgien américain peuvent bien s'ajouter aux douze succès dont parle M. Fricke; mais il est bon de dire que les guérisons ne dataient pas de très loin au moment de la publication du mémoire : la plus ancienne n'avait qu'un an de date.

Toutes les malades étaient des esclaves, et par conséquent appartenaient à la race noire; trois d'entre elles avaient été mères; peut-être que la conformation anatomique propre à cette race favorise la production de cette maladie. La plus âgée avait 35 ans. Pour une seule l'observation ne fait pas mention de la maternité; mais, en revanche, elle avait, au rapport de son maître, les appétits vénériens développés au-delà de toute expression. Chez toutes, la matrice pendait entre les cuisses, ayant entraîné la vessie et retourné le vagin. Cette infirmité avait mis toutes ces femmes dans l'impossibilité de se livrer à un travail tant soit peu fatigant. Nous avons déjà dit que M. Geddings a suivi le procédé de Fricke, resserré l'ouverture vulvaire, avec soin de laisser une voie suffisante à l'é-

coulement des menstrues. La première opération fut faite le 8 juillet 1839, sur la malade âgée de 35 ans. En trois semaines, la réunion de la suture, qui avait suppuré vers l'angle inférieur, était parfaite. La malade put, dès-lors marcher. M. Geddings la vit trois semaines après, et il n'y avait point d'apparence de récidive. En juin 1840, il en eut des nouvelles et apprit que la guérison s'était maintenue.

La seconde, faite le 14 janvier 1840, la troisième à la même époque, et la quatrième en avril 1840, ne furent point différentes et eurent le même résultat; seulement M. Giddings n'a point revu les malades de la deuxième et troisième observation.

La valeur de cette opération à ne consulter que M. Fricke, que M. Giddings, que M. Velpeau, qui cependant lui accorde moins que les deux autres, serait donc chose jugée. Ce n'est, en définitive, qu'une suture de la vulve, semblable à celle que l'on fait dans les déchirures anciennes du périnée; compliquées de chute de matrice. L'expérience peut seule désormais sanctionner l'opinion de ces chirurgiens et de quelques autres qui ont aussi traité ce sujet.

FISTULE RECTO-VAGINALE, TRAITÉE PAR LA LIGATURE ET L'INCISION; par M. BARTON.

OBS. — Mademoiselle ..., âgée de 22 ans, eut, en 1835, un abcès saillant à la fois dans le rectum et dans le vagin. Ouvert avec le bistouri dans le premier de ces organes, il s'ouvrit de lui-même dans le second. Depuis cette époque jusqu'en 1839, les deux ouvertures restèrent fistuleuses et résistèrent à tous les traitemens employés. Injections, mèches, sétons, incisions, excisions, furent impuissans. Quand la jeune malade vint consulter le docteur Barton, l'ouverture fistuleuse du vagin était à 27 millimètres sur le côté droit, et le canal, se dirigeant en arrière, traversait le périnée pour remonter sur la face antérieure du rectum, qui était percé à 95 millimètres de l'anus.

L'opération qui guérit cette fistule fut la suivante : on y passa d'abord un séton, qui, entrant par le vagin, vint sortir par le rectum. A quelques jours de là, on fit au périnée une incision qui pénétra jusqu'à la fistule; l'extrémité vaginale du séton conduit à travers cette incision, laissa libre l'ouverture de la fistule au vagin. La fistule recto-vaginale était ainsi convertie en fistule anale, qu'on traita par la ligature. Celle-ci fut serrée chaque jour. Avant qu'elle eût complètement détruit la fistule anale, celle du vagin était tout à fait guérie.

L'auteur de cette observation dit que les incisions et les excisions avaient échoué; mais il n'indique point comment ces opérations ont été pratiquées. Il semble que, faites suivant les règles ordinaires des fistules à l'anus, elles eussent réussi tout aussi bien que l'opération qu'il a pratiquée; car elles auraient rempli le même but. D'ailleurs l'incision et l'ébarbement du trajet fistuleux dans le point où a porté la ligature n'agissaient-elles pas de la même façon, et n'avaient-elles pas l'avantage d'épargner au malade beaucoup de souffrances?

CAS DE CATALEPSIE OBSERVÉ CHEZ UN JEUNE GARÇON DE QUINZE ANS; par le docteur ISAAC PARRISH.

Les cas de catalepsie bien caractérisés sont si rares surtout chez les hommes que l'observation suivante ne peut manquer d'inspirer de l'intérêt; d'ailleurs la longueur de la maladie (elle n'a pas été de moins de deux mois) et la longueur des paroxysmes, font de ce cas un fait vraiment exceptionnel.

OBS. — J. H., âgé de 15 ans, fils d'un sellier, assista au vaste incendie qui eut lieu le 5 octobre 1839, et qui fit une forte impression sur son esprit; il revint du feu fatigué et mouillé et se mit au lit sans se déshabiller. Le lendemain matin il se leva mal portant, ce qui ne l'empêcha pas d'aller à son ouvrage comme d'habitude. Pendant plusieurs nuits de suite il ne put dormir, et aussitôt qu'il fermait les yeux la scène du feu se présentait à lui et lui faisait pousser des cris d'effroi.

Il commença alors à se plaindre de céphalalgie, d'un sentiment de constriction vers l'épigastre, comme si son estomac eût été tiré vers la colonne vertébrale et de brisement des os. Il lui semblait que ses dents étaient molles et que la chair se détachait de ses os; en même temps il y avait de la bouffissure à la figure. Il resta pendant plusieurs mois dans un état de santé variable, et fut soumis à plusieurs traitemens. Celui qui paraît lui avoir été le plus avantageux est le traitement mercuriel qui fut continué jusqu'à la salivation. Au moment même où ce malade était le mieux il restait toujours craintif et plus triste qu'autrefois.

Pendant qu'il était sous l'influence du mercure, il traversa la rivière un jour qu'il faisait froid et resta pendant longtemps à l'air, ce qui ramena les accidens sous une forme nouvelle et plus violente. Il paraissait dans la tristesse la plus profonde, restait pendant la plus grande partie de la journée la tête penchée sur la poitrine; on eût dit qu'il ne pouvait regarder en haut; il prenait cependant part à la conversation et aux repas, mais il refusait de travailler, et quand on voulait le forcer de le faire, il criait et se mettait en colère.

Le 9 janvier 1840, il prit le lit, et se trouva bientôt dans l'état suivant que j'observai le lendemain 10.

Il était couché sur le dos, sans mouvemens, et dans un état d'insensibilité partielle; les pupilles largement dilatées et la paupière supérieure levée assez pour laisser voir tout le cercle extérieur de l'iris; le regard était fixe et hagard. L'approche d'une chandelle allumée fit contracter les pupilles, mais bien plus lentement et beaucoup moins que dans la santé. La respiration était parfaitement calme et facile, et il y avait dans tous les traits une expression de calme et d'immobilité fort remarquable. Le pouls était souple, régulier et plus lent qu'à l'état normal. La peau avait à peu près sa température naturelle. On pouvait par de longs efforts retirer un peu le malade de cette insensibilité, et alors il poussait des cris et des gémissemens, et se plaignait de douleurs dans la racine des dents et qui se liaient probablement à la solution mercurielle. La peau était pâle, et il y avait de l'œdème à la face et à la partie supérieure du cou.

Pendant les deux ou trois premiers jours, le malade put prendre quelques médicamens, articuler quelques mots et comprendre ce qu'on lui demandait bien qu'il conservât les pupilles dilatées, les yeux fixes, les traits sans mouvemens. Il n'y avait pas de contracture des muscles bien prononcée, mais le malade avait de la peine à sortir la langue de la bouche; on arrivait facilement, à l'aide d'une cuillère, à écarter les mâchoires l'une de l'autre, mais ce n'était pas sans douleur pour lui; et une fois écartées elles restaient dans cette même position, tant qu'on ne l'avait pas aidé à les rapprocher. Le malade se plaignait d'une forte oppression, bien que sa respiration semblât parfaitement calme. Quelquefois sa vue était très troublée, ce qui n'empêchait pas qu'il clignait à l'approche subite d'un objet au devant de lui. Le sens de l'ouïe paraissait très obtus. Les diurétiques, les purgatifs et les vésicatoires appliqués aux tempes n'apportèrent aucun changement dans l'état du malade. On observa que les selles n'étaient pas involontaires.

Cependant l'insensibilité allait toujours en augmentant, les mâchoires restaient complètement fermées, le malade ne faisait plus aucun essai pour articuler quelques syllabes, et les efforts les plus puissans ne pouvaient le tirer de son état d'insensibilité. Le pouls restait de même, la respiration à peine perceptible, sans mouvement appréciable de la poitrine ni des narines. La ressemblance avec une statue était encore plus frappante et produisait, avec la pâleur de la face, la position immobile du corps, la dilatation des pupilles et la fixité des yeux, l'effet le plus singulier. Ne pouvant plus administrer de médicamens par la bouche, on appliqua un vésicatoire à la nuque, et le malade en éprouva un peu d'amélioration : il sommeillait un peu, répondait aux questions bien qu'en traînant la voix, ne se plaignait de douleurs que vers la racine des dents.

Au bout de deux ou trois jours, l'amélioration qui avait été sensible avait entièrement disparu.

Le 21 janvier, le malade était entièrement insensible, et les muscles de l'extrémité supérieure se trouvèrent être dans un état de contracture permanente que présentèrent bientôt aussi ceux du col. Un vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu n'amena aucune amélioration; cependant les pupilles restaient sensibles à la lumière, et on observait un léger clignement toutes les fois qu'un objet passait rapidement devant ses yeux. Le malade lâchait son urine sous lui, mais sans distension apparente de la vessie.

Le 25, il y eut un peu d'amélioration, ainsi que le 26; mais dans la nuit du 27 il y eut une nouvelle attaque avec la même insensibilité et la même expression des traits.

En soulevant le bras pour compter le pouls, on reconnaît une rigidité prononcée des muscles de cette partie qui reste dans la position où on la laisse, c'est-à-dire élevée et faisant un angle ouvert avec le corps. L'avant-bras est plié sur le bras, et ce dernier reste toujours dans la même position. On fléchit séparément chacun des doigts et ils restent dans la position où on les met. Il en est de même de la main dont on varie la position dans tous les sens possibles et du bras de l'autre côté. Les extrémités inférieures étaient également raides et on ne pouvait les fléchir. Cependant, à l'aide de tentatives continuées pendant une minute, on arriva à vaincre la résistance des muscles et à fléchir la jambe sur la cuisse, et ensuite la cuisse sur le bassin, et ces membres restaient dans la position où on les mettait tant qu'ils n'étaient pas changés. Pendant ces essais et ces mouvemens l'immobilité du malade et de ses traits resta la même. Quand on eut essayé d'élever le bras, comme s'il eût été assis, ce qu'on ne fit qu'avec beaucoup de peine, on reconnut qu'il ne pouvait rester dans cette position sans être soutenu. Il y eut dans la soirée un intervalle de lucidité, pendant lequel le malade prit beaucoup d'alimens et causa avec sa garde. Il reconnaissait, dit-il alors, toutes les personnes qui étaient autour de lui pendant ses attaques, mais il ne pouvait parler.

Les 28, 29 et 30, le malade persiste dans le même état d'insensibilité, avec quelques courtes intermissions.

Pendant les premiers jours de février, l'état du malade persista le même; souffrant de longs accès de catalepsie qui étaient séparés par de courts instans, pendant lesquels il recouvrait la connaissance et un peu de liberté dans ses mouvemens. Un nouveau phénomène cataleptique était cependant encore venu se joindre aux autres. La langue sortait hors de la bouche et était quelquefois si fortement serrée entre les dents par la forte contraction des mâchoires que la circulation paraissait y être suspendue, et que la partie qui était hors de la bouche prenait une couleur pourpre. On faisait cesser cet état en saisissant la mâchoire inférieure entre le pouce et les doigts, et lui imprimant de rapides mouvemens pendant une minute ou deux; les muscles ne tardaient pas à se fatiguer, le spasme cessait, et après avoir fait rentrer la langue on rapprochait les mâchoires qui restaient ensuite dans leur nouvelle position. Le malade aussi qui s'affaiblissait beaucoup commençait à parler d'une manière distincte pendant son sommeil, quoiqu'il eût bien de la peine à se faire comprendre dans les intervalles des accès et lorsqu'il avait toute sa connaissance. Ses paupières étaient souvent agitées d'un petit mouvement spasmodique qui se répétait continuellement pendant plus ou moins longtemps.

A partir du 21 février, les accès devinrent de plus en plus éloignés et moins longs. Le malade prenait des alimens avec plaisir, gagnait des forces et était moins triste. Le traitement suivi avait été assez compliqué, mais consistait surtout en purgatifs, lavemens excitans, applications excitantes sur la peau, et en antispasmodiques excitans, l'huile d'ambre et la teinture d'assa fœtida. Aussitôt

qu'il put marcher on insista spécialement sur l'exercice et la nécessité d'une occupation qui l'intéressât.

Au mois de mars il était complétement rétabli, il avait repris ses travaux et ne conservait plus qu'un peu d'œdème à l'une des extrémités inférieures.

REVUE DES MALADIES CHIRURGICALES TRAITÉES DANS L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE, PENDANT LES MOIS DE JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1839; par M. NORRIS, chirurgien de cet hôpital.

Cette revue est une suite d'observations dont nous extrayons les plus intéressantes. Disons d'abord que nous avons trouvé, dans les tables annexées à ce travail, une cause de mort beaucoup plus fréquente que chez nous à la suite des plaies contuses et des fractures compliquées : c'est le delirium tremens. Sur cinq fractures simples de cuisse, deux se sont terminées, l'une au troisième, l'autre au septième jour, par cette fatale terminaison, pour laquelle on n'a pas, en Amérique, plus de remède que chez nous. Dans les trois autres cas le delirium tremens a compliqué une fracture comminutive de la clavicule, une plaie de tête, une plaie contuse de la jambe et du bras.

Huit amputations ont été pratiquées, cinq sur la jambe, une sur l'avant-bras, une sur le bras et une sur la cuisse. Elles ont toutes réussi. Les accidens qui ont nécessité ces opérations étaient quatre fois dus à des fractures compliquées dues au passage de wagons sur les membres. Le chirurgien américain classe ce genre de blessure parmi les plus graves, et la chose n'est point difficile à croire, quand on songe à la rapidité de la marche de ces voitures et au poids de leur masse.

FAUSSES ARTICULATIONS DE L'AVANT-BRAS DE LA CUISSE, TRAITÉES PAR LE REPOS ET LA COMPRESSION.

Les fausses articulations des deux os de l'avant-bras ne datent que d'un mois seulement, et encore, chez un enfant de 12 ans; en vingt jours d'une compression régulière et permanente, la réunion se fit parfaitement. La fausse articulation du fémur est bien plus intéressante : elle comptait sept mois de date.

OBS. — Le malade, nommé Michel Ward, âgé de 50 ans, et de bonne santé, entra à l'hôpital le 14 septembre 1839. Il rapportait son accident au mois de février précédent. La fracture du fémur était oblique, et au tiers inférieur du fémur. Les os de la jambe du même côté étaient aussi fracturés. Après sept mois de traitement par les attelles, la fracture de la jambe était consolidée, avec un peu de déformation, tandis que la cuisse, très déprimée, jouissait de la plus grande mobilité à l'endroit de la fracture. Le malade pouvait marcher avec des béquilles; il avait fait, de l'Ohio à Philadelphie, la moitié du chemin à pied. Le membre était plus court de 65 millimètres (on ne dit point comment il fut mesuré). La plus forte extension ne pouvait corriger le raccourcissement, on ne se proposa que la guérison de la fausse articulation, et, s'il était possible, de diminuer la convexité du membre en dehors. Une bande et des attelles suffirent pendant un mois. La compression fut maintenue, et, à cette époque, la convexité de la cuisse était de beaucoup corrigée, et la réunion des fragmens presque opérée. Le 31 octobre, elle était complète, et quoique rien n'eût été fait pour allonger le membre, le redressement lui avait donné 27 millimètres de plus qu'à son entrée.

Cette guérison est remarquable et prouve que les autres moyens ne doivent être mis en usage qu'après; un séton à travers la cuisse n'est jamais une opération innocente, et rien n'empêche d'essayer du repos et de la compression pendant un mois ou six semaines, avant de se décider à toute autre opération. Il est ici une circonstance qui place le malade dans une position particulière : il avait fait à pied, avec des béquilles il est vrai, une longue route, pendant laquelle la fausse articulation avait été le siége de grands mouvemens, et cela pourrait bien l'avoir irritée et placée dans la condition de celles qu'on traite par le frottement des deux extrémités. Reste à savoir si, quand la maladie est plus ancienne, le repos seul peut suffire.

PLAIE DE L'ÉMINENCE THÉNAR; HÉMORRAGIE TROIS SEMAINES APRÈS; LIGATURE DE LA RADIALE SUIVIE D'HÉMORRAGIE DANS LA PLAIE DE LA MAIN LE HUITIÈME JOUR; GUÉRISON PAR LA COMPRESSION DE L'ARTÈRE CUBITALE.

Les plaies des arcades palmaires, quand les bouts d'artères ne peuvent être liés à l'endroit de la plaie, ce qui est assez fréquent, exposent fréquemment à des hémorragies qu'il est difficile d'arrêter, si ce n'est par des ligatures faites sur les deux artères de l'avant-bras, qui quelquefois même ne suffisent pas. Ici la plaie de la région palmaire fut accompagnée d'une grande hémorragie; on n'y remédia que par la compression : pendant trois semaines, la plaie alla bien; mais, à cette époque, il y eut une grande hémorragie. La ligature fut faite à la radiale, au-dessus du poignet. Huit jours après, l'hémorragie se renouvela à plusieurs reprises dans la plaie de la main, qui était fort enflammée. On comprima la cubitale au-dessus du poignet, et cela suffit pour empêcher l'hémorragie de se reproduire. La plaie se cicatrisa bientôt.

Cette observation est suivie de quelques cas d'erreurs de diagnostic dans les maladies de la hanche. Sur un jeune garçon de 12 ans, qui était affecté de coxalgie déjà arrivée à la luxation, un chirurgien crut reconnaître une luxation récente, et appliqua en vain les poulies pour la réduction. Dans un second cas, un jeune homme de robuste constitution se fit, dans une chute, une luxation en haut et en dehors. Elle fut traitée pendant plusieurs mois pour une fracture du col du fémur. M. Norris ne dit point exactement la durée de cette luxation, et ne paraît point avoir songé à aucune réduction. Enfin, dans un troisième cas, une fracture du col du fémur, compliquée d'une grande contusion, fut méconnue pendant quelques jours. Le traitement de cette espèce de fracture paraît être encore, en Amérique, l'appareil de Desault et l'extension permanente. Mais, comme d'habitude, il en résulta des excoriations et des douleurs qui en firent suspendre l'emploi. Il y eut, dit le chirurgien américain, un peu de raccourcissement, comme si, dans ce pays plus qu'ici, la règle était de guérir sans raccourcissement.

LUXATION EN AVANT DE L'HUMÉRUS DATANT DE TROIS MOIS, IRRÉDUCTIBLE.

Depuis que les moufles ont été appliqués à la réduction des luxations, leur usage a montré qu'on pouvait tenter de grands efforts sur les membres pour vaincre ces maladies en France. Ce moyen n'est mis en usage que par un nombre assez restreint de chirurgiens; mais depuis la précision que M. Sédillot a apportée dans l'appréciation de l'effort nécessaire, nous ne voyons point quelle objection on peut leur faire dans les luxations anciennes. Dans le cas qui nous occupe, elles ont échoué; nous ne savons par quelle cause, quoique la luxation ne date que de trois mois. Nos lecteurs n'ont pas oublié qu'une luxation datant de plus d'un an a été réduite par M. Sédillot. Il serait intéressant de connaître les causes de ces obstacles, car on pourrait alors peut-être les attaquer directement comme l'a déjà proposé M. Jules Guérin.

OBS. — Un homme de 50 ans entra à l'hôpital avec une luxation en avant de l'épaule, des mieux caractérisées, et qui cependant avait été méconnue par les medecins. Le membre était raccourci de 45 millimètres (nous ne savons comment la mesure a été prise). Les mouffles furent appliquées et l'extension dirigée en bas et en arrière fut faite pendant *une heure*. Les tentatives furent répétées; mais on ne mentionne ni leur nombre, ni leur durée. Le malade quitta bientôt l'hôpital, conservant sa luxation.

TUMEUR A LA PARTIE SUPÉRIEURE ET EXTERNE DE LA JAMBE, SIMULANT UN ANÉVRISME; LIGATURE DE LA FÉMORALE; GUÉRISON APPARENTE; TREIZE MOIS APRÈS AMPUTATION DE LA CUISSE POUR RÉCIDIVE; GUÉRISON.

L'observation suivante est, entre toutes, fort remarquable. La science en possède d'autres bien analogues. S'il y a eu erreur, ce sont les plus grands maîtres qui s'en sont en général rendus responsables, tant le diagnostic est délicat.

OBS. — James Russel, veuf, âgé de 52 ans, est entré le 10 août 1838 à l'hôpital, pour une tumeur située à la partie supérieure et externe de la jambe gauche, entre le péroné et le tibia. Il fait remonter son origine à six mois. Un coup en est selon lui la cause; au moins c'est trois semaines après le coup que la tumeur a paru et a été presque aussitôt agitée de mouvemens. Elle était molle, bien limitée, lisse à sa surface, agitée de pulsations et un peu rouge. Cette dernière circonstance était expliquée par le malade; des vésicatoires avaient été souvent appliqués. Elle avait 81 millimètres en hauteur et en largeur; mais sa saillie devait être peu considérable, puisque ce membre mesuré à la même hauteur avec l'autre n'avait que 14 millimètres de plus en circonférence. La main appliquée sur la tumeur recevait une violente impulsion; l'oreille n'entendait aucun bruit. Les artères fémorale et poplitée étaient senties dans toute la longueur du membre, de même que la tibiale antérieure. La compression de la fémorale arrêtait les battemens de la tumeur et en faisait diminuer le volume, qui revenait bientôt avec les battemens quand le sang n'était plus arrêté dans l'artère.

Quelques douleurs traversaient de temps en temps la tumeur, et quelquefois même elles réveillaient en sursaut James Russel.

On diagnostiqua un anévrisme de l'origine de la tibiale antérieure, sur laquelle on commença d'abord une compression. Celle-ci ne put être soutenue par le malade, parce qu'elle était d'une douleur intolérable.

Le 20 septembre, la tumeur était de beaucoup augmentée, et les pulsations étaient beaucoup plus fortes. La ligature de la fémorale fut décidée et exécutée vers le milieu de la cuisse le 22 septembre 1838. Aussitôt le vaisseau lié, la tumeur diminua sensiblement et la jambe devint pâle.

Le soir même, le membre était aussi chaud qu'à droite.

23 septembre. Aucune pulsation dans la tumeur; point de douleur; température un peu plus élevée sur le membre malade.

24 septembre. Le malade est bien; il a dormi. Le membre est toujours un peu plus chaud. La plaie de la ligature est presque réunie. La tumeur a pris un peu de dureté.

25 septembre. Aucune pulsation ne se sent dans la tibibiale antérieure ou postérieure.

29 septembre. Les battemens artériels sont revenus dans l'artère tibiale antérieure et dans la tibiale postérieure. La tumeur, au contraire, n'en présente point.

Le 8 octobre, dix-septième jour de la ligature, on aperçoit pour la première fois une faible pulsation dans la tumeur, qui est très dure à sa partie inférieure. Jusqu'au 15 octobre, on appliqua de la glace sur la tumeur qui continua à battre, tout en diminuant de volume et étant habituellement dure. Mais la diminution de la tumeur fit croire que c'était un simple mouvement de soulèvement, moindre d'ailleurs qu'avant l'application du froid.

Le 17, le froid ayant été continué, on ne sentait plus de battemens.

Le 31, le malade quitta l'hôpital se croyant guéri, erreur partagée par les chirurgiens.

Mais en septembre 1839, il revenait avec une énorme tumeur occupant le haut de la jambe. Les mouvemens d'extension étaient impossibles et le membre fléchi. La peau avait à ce niveau conservé sa couleur. La tumeur était sphérique, élastique, parcourue par de nombreuses veines, molle dans quelques points, assez solide dans d'autres, douloureuse à la pression. Il n'y avait point de battement, excepté sur quelques points où ils étaient perceptibles, quand on exerçait une grande compression. Quelques ganglions de l'aîne étaient un peu engorgés; la santé était d'ailleurs bonne. La jambe avait 434 millimètre de circonférence.

L'amputation résolue fut pratiquée le 16 octobre 1839. Le moignon était très vasculaire. Neuf ligatures durent être appliquées.

La nuit qui suivit l'opération, il y eut une hémorragie assez abondante qui d'ailleurs ne se renouvela plus.

Toutes les circonstances de cette opération semblent réunies pour prouver que la première ligature fut appliquée pour une tumeur anévrismale; si ce n'était point un anévrisme, ce ne pouvait guère être qu'une tumeur érectile. On ne peut point supposer que la tumeur d'abord fût un fongus, car comment admettre l'absorption de la matière encéphaloïde? Ce serait la première fois que l'on aurait vu ce tissu pathologique disparaître de cette manière. Nous croyons fermement que d'abord il y eut un anévrisme ou peut-être une tumeur érectile; que la ligature, aidée de l'application du froid, guérit cette maladie; que plus tard une tumeur probablement encéphaloïde s'est développée au même point, provoquée peut-être par la première tumeur ou par le travail pathologique qui l'avait amenée, mais sans aucune relation de nature avec elle.

Nous avons exprès suivi et décrit pas à pas la marche de la tumeur, après la ligature, et le lecteur pourra s'assurer qu'elle ne peut appartenir qu'à une des deux tumeurs que nous avons dites et plus probablement à la première.

OBSERVATIONS SUR L'IODO-HYDRARGIRATE DE POTASSE; par le docteur HILDRETH.

Ce sel, dont il a déjà été question deux fois dans la GAZETTE MÉDICALE (1834, p. 246, et 1835, p. 234), continue d'être employé avec succès par les médecins américains, qui le regardent comme doué d'une grande énergie et possédant à la fois les propriétés de ses deux composés. Le docteur Hildreth, à l'exemple du docteur Charning, qui, le premier, l'a employé en Amérique, en a fait l'essai dans un grand nombre de maladies différentes, et n'est pas toujours arrivé aux mêmes résultats que lui. Nous allons analyser rapidement ces derniers, après avoir toutefois reproduit quelques généralité sur l'emploi de ce moyen, et qui peuvent être de quelque utilité.

L'expérience a prouvé, suivant l'auteur, que les combinaisons d'iode (y compris l'iodo-hydrargirate), produisent moins d'irritation sur l'économie, lorsqu'elles sont prises après les repas; l'estomac pouvant, dans cette condition, supporter des doses bien plus considérables que lorsqu'il est vide, et il ne paraît pas que la présence des alimens nuise à l'effet thérapeutique du médicament. La nourriture animale est même prescrite par quelques auteurs comme un moyen d'aider son action salutaire. L'iodo-hydrargirate laisse un goût métallique désagréable qu'on dissimule assez bien en le prenant dans une infusion de gentiane ou de camomille.

Lorsqu'on a porté l'iodo-hydrargirate de potasse à une dose fort élevée, on observe une série de symptômes qui exigent qu'on en suspende l'administration pendant plusieurs jours. Ces accidens sont des nausées, des vomissemens, des étourdissemens, de la céphalalgie, une sensation particulière autour des paupières et de la région frontale, un ptyalisme léger, une éruption cutanée qui paraît d'abord à la face et à la poitrine, des coliques et des selles liquides. Tous ces effets morbides sont promptement dissipés par la suspension du traitement pendant quelques jours, mais ils reviennent très promptement quand on a recommencé à prendre le médicament, à moins qu'on n'en diminue considérablement la dose.

L'auteur n'a point obtenu de l'emploi de ce moyen les heureux effets que le docteur Charning en avait retirés dans les cas de phthisie; il a presque toujours vu les accidens s'aggraver sous son influence, ou au moins ne rien perdre de leur gravité. Au reste, il ne pense pas que ce moyen soit applicable dans aucune maladie aiguë. Il assure en avoir obtenu les plus heureux effets dans les maladies purement fonctionnelles de l'estomac, et il a en tant à se louer de son efficacité, que depuis quatre ou cinq ans il n'a pas employé d'autre traitement dans les cas de dyspepsie simple. Par l'activité de ses propriétés altérantes, il corrige les sécrétions vicieuses de la muqueuse gastrique et intestinale, et donne aux fonctions digestives un ton et une énergie qu'on attendrait en vain de tout autre remède. Sous son influence, l'appétit, quoique suspendu depuis longtemps, se rétablit; les acidités; les gaz, la constipation disparaissent; la peau reprend sa couleur et sa souplesse normales, les forces et les chairs reviennent, et le malade ne tarde pas à recouvrer son énergie morale. L'auteur ne se rappelle pas un seul cas de trouble fonctionnel de l'estomac dans lequel il n'ait pas eu à se louer d'avoir employé l'iodo-hydrargirate de potasse. On doit l'administrer dans une infusion amère, après le repas et à doses moyennes. Le cas suivant fera connaître la manière dont cette médication est dirigée.

OBS. I. — M. R., âgé de 50 ans, est, depuis vingt ans, martyr de la dyspepsie. Dans les premiers temps, et plusieurs années ensuite, il fit usage de purgatifs; puis il eut des ventouses appliquées à l'épigastre, des vésicatoires et des emplâtres émétisés, et sans aucun effet permanent. Depuis plusieurs années il avait abandonné tout traitement, se contentant de suivre un régime sévère, et vivant avec sa maladie, que de nombreuses occupations l'aidaient à supporter. Lorsqu'il éprouvait quelque indisposition d'un caractère bilieux ou inflammatoire, il se refusait à toute médication un peu active, de peur d'aggraver sa dyspepsie. Aussi ce ne fut pas sans beaucoup de peine qu'il se décida à prendre l'iodo-hydrargirate de potasse. Il y consentit cependant après une attaque plus violente que les précédentes; il prit donc trois fois par jour, dans une infusion amère et après les repas, 8 gouttes du liquide suivant.

Prenez : Deuto-iodure de mercure....... 16 grammes.
Hydriodate de potasse........ 4 —
Eau distillée................ 34 —

Au bout de quelques jours, il se trouvait beaucoup mieux, mais ne voulut pas attribuer ce changement au médicament. Il le continua pendant trois ou quatre mois, cessant de temps en temps lorsqu'il se sentait très bien, et le reprenant aussitôt qu'il éprouvait le moindre signe d'un retour de sa maladie, et maintenant il est beaucoup mieux portant qu'il ne l'avait été depuis vingt ans, et proclame hautement l'efficacité du seul moyen qui lui ait été réellement utile.

Dans les *engorgemens de la rate*, l'iodo-hydrargirate de potasse paraît avoir une efficacité marquée, surtout chez les enfans. On a cependant vu des cas de ce genre chez des adultes résister à ce traitement, aussi bien qu'à tous les autres.

Comme emménagogue, l'iodo-hydrargirate de potasse paraît avoir des propriétés thérapeutiques très prononcées. Dans ce traitement, on doit le donner à la dose de 6 à 8 gouttes trois fois par jour, pendant la première partie du mois; puis on le portera graduellement à 12 ou 14 gouttes jusqu'à l'époque présumée de la menstruation. Alors, on suspend le traitement pendant quelques jours; puis on le recommence de nouveau et avec de très faibles doses. Le fait suivant mit l'auteur sur la voie de la propriété emménagogue de ce médicament, et qui n'avait pas été signalée par le docteur Charning.

OBS. II. — Il y a quatre ou cinq ans, mademoiselle *** souffrait beaucoup de dyspepsie; sa peau était terreuse et marquée de taches. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait de violentes douleurs pour lesquelles elle était obligée de prendre chaque fois de fortes doses d'opium. Tous les moyens que l'on emploie contre la disménorrhée ne lui avaient procuré aucun soulagement. Dans le but de diminuer les accidens dyspeptiques dont elle souffrait, et qui avaient altéré considérablement sa santé et sa beauté, l'auteur lui fit prendre pendant quelques semaines des doses de six gouttes trois fois par jour. L'époque menstruelle fut beaucoup moins douloureuse que les précédentes. Pendant la semaine qui précéda l'époque suivante, la dose fut portée à 10 gouttes, et les règles vinrent sans aucune douleur. Cet heureux effet continua aussi longtemps qu'elle fit usage du médicament, mais aussitôt qu'elle le suspendait, les douleurs revenaient aux époques menstruelles, avec la même violence qu'avant qu'elle en eût fait usage. Sa santé générale avait cependant beaucoup gagné.

Depuis qu'il a observé ce cas, l'auteur dit avoir employé un grand nombre de fois le même moyen dans des cas analogues, et avoir fréquemment réussi à prévenir les douleurs sur lesquelles les autres médications étaient restées sans effet. Dans quelques cas, la guérison a été complète; dans d'autres, la douleur ne disparaissait que lorsque la malade continuait le traitement. Il assure enfin n'avoir employé l'iodo-hydriodate de potasse dans aucun cas de disménorrhée, sans avoir obtenu un soulagement manifeste, de quelque cause que dépendît cette altération fonctionnelle, soit de la présence d'une fausse membrane, soit d'une contraction du col de la matrice. Le même moyen lui a paru avoir les effets les plus

heureux dans quelques cas de leucorrhée. Les deux observations suivantes feront connaître son mode d'action dans ces cas.

Obs. III. — Madame P. G., ayant depuis plusieurs années des fleurs blanches, était faible et dyspeptique; elle avait eu quatre enfans, dont le plus jeune avait 8 ans. Elle prit 8 ou 10 gouttes de solution trois fois par jour dans une infusion amère, et fit quelques injections astringentes dans le vagin. Au bout de peu de temps, elle fut guérie; l'utérus et ses annexes revinrent si complètement à l'état normal qu'elle devint enceinte immédiatement, et que depuis elle a eu trois autres grossesses.

Obs. IV. — Madame G. fut traitée de la même manière et pour un cas à peu près analogue. Elle avait deux enfans qui étaient morts, et depuis quatre années elle n'avait plus eu de grossesse. Sous l'influence du même traitement, elle vit sa leucorrhée disparaître et eut deux grossesses successivement.

Il est probable que, dans ces deux cas, le retour de la faculté de concevoir fut le résultat de l'action tonique et altérante de l'iodo-hydriodate de potasse sur l'utérus et les ovaires; mais la stérilité chez les femmes dépend de tant de causes différentes, qu'on ne peut espérer, dans tous les cas, d'obtenir un succès analogue à celui des précédens.

La pommade suivante a paru à l'auteur produire les effets les plus heureux sur les engorgemens glandulaires de nature scrofuleuse.

Prenez :	Deuto-iodure de mercure....	4 décigrammes.
	Hydriodate de potasse......	3 grammes.
	Axonge......................	140 grammes.

On doit faire chaque jour deux ou trois applications de cette pommade sur la tumeur; et si elle paraît irriter trop la peau, on augmentera la proportion d'axonge. Il paraîtrait résulter de deux observations longuement détaillées qui terminent ce mémoire que l'iodo-hydriodate de potasses est encore d'une utilité incontestable dans le traitement de certaine ascites ou plutôt d'hydropisies dépendant de l'obstruction de quelques-uns des viscères abdominaux.

RÉCIT D'UNE SÉRIE D'EXPÉRIENCES FAITES PAR LA FACULTÉ MÉDICALE DE LANCASTRE (AMÉRIQUE) SUR LE CORPS DE HENRI COBLER EXÉCUTÉ DANS LA COUR DE LA PRISON DU COMTÉ DE LANCASTRE, LE 20 DÉCEMBRE 1839.

Les expériences consignées dans ce mémoire sont assez intéressantes, surtout quand on les rapproche de celles faites en semblable occasion par Aldani sur le corps de Forster, par le docteur Ure sur celui de Clydesdal, et par les professeurs Mitchell et Horner sur celui de Williams, pour que nous croyions devoir les reproduire avec tous les détails qui seront nécessaires pour leur intelligence. Le rapprochement que nous ferons nous-même d'observations analogues, qui ont été faites, il y a peu de temps, en Allemagne, et qui ont été publiées récemment dans un journal de médecine anglais, ajoutera encore, nous l'espérons, à cet intérêt. Mais disons d'abord que ces expériences ont été tentées avec l'agrément du schériff, qui permit de faire tout ce qui ne serait pas défendu par la loi, et qu'en outre leur programme a été longtemps et longuement discuté, non seulement entre les médecins qui devaient prendre part à ces expériences, mais encore entre plusieurs des médecins des autres facultés, et que même la faculté de Pensylvanie contribua à faciliter ces expériences en envoyant une batterie voltaïque neuve, formée de 200 paires à la méthode de Wollaston. Vingt-deux personnes, appartenant toutes au corps médical, prirent part à ces expériences, partagées en plusieurs comités, qui étaient chargés chacun d'une série de recherches particulières, les uns devant faire les expériences qui devaient avoir lieu avant l'exécution, les autres celles pendant l'exécution, d'autres celles relatives à la dissection, etc.

EXPÉRIENCES AVANT L'EXÉCUTION.

Le 19 décembre, à 11 heures du matin, on recueillit 16 onces en volume d'air expiré dans deux fioles, de 8 onces chacune, et qui furent fermées exactement. L'analyse de cet air fut faite quelque temps après l'exécution, comme nous le verrons plus tard.

La veille du jour et le jour même de l'exécution, Cobler jouissait d'une parfaite santé; il se plaignit seulement d'un léger mal de tête et avait la langue un peu blanche.

La veille de l'exécution, Cobler étant assis, son pouls donna 80 par minute; puis, l'ayant fait lever tout à coup, on trouva 117; il était normal sous tous les rapports, à l'exception de sa grande excitabilité par le mouvement. Le jour de l'exécution, le pouls donnait 80 quand le condamné était en repos complet et 90 quand il toussait.

La veille du jour de l'exécution, les pulsations du cœur pouvaient être entendues dans toute la région précordiale; l'impulsion était faible, mais distincte, le rhythme parfait; la respiration dans l'état de repos donnait 21 par minute. Le jour même de l'exécution, l'impulsion du cœur était faible et vive, la respiration normale.

EXPÉRIENCES PENDANT L'EXÉCUTION.

Le 20 décembre, à 2 heures 17 minutes, la trappe de l'échafaud laissa le condamné en l'air. Deux ou trois efforts amprosthotonoïdes successifs furent les seuls mouvemens du corps que l'on observa. Ces spasmes ne furent produits que par les muscles de la partie antérieure du tronc, à partir du bassin, et imprimèrent au corps un léger mouvement d'ondulation.

Trois minutes après l'exécution, il y eut encore un léger mouvement spasmodique, le dernier qui fût appréciable.

Au moment de l'exécution, la température de l'air était à zéro, et, 9 minutes après, celle du corps était à l'aisselle à 23 R.

3 minutes	après l'exécution,	le pouls donnait....	144	par minute.
3 1/2	—	—	120	—
4	—	—	120	—
5	—	—	150	—
6	—	—	150	—
7	—	—	155	—
8	—	—	Imperceptible.	
8 1/2	—	—	N'existe plus au poignet.	

Plusieurs observateurs se livraient en même temps à cet examen, et leurs rapports se sont trouvés parfaitement d'accord.

4 minutes	après l'exécution,	les bruits du cœur sont obscurs, leur rhythme parfait.	
4 1/2	—	—	les bruits sont moins confus.
5	—	—	les pulsations du cœur sont si fréquentes qu'on ne peut les compter.
5 1/2	—	—	on peut à peine entendre les bruits du cœur.
7	—	—	pulsations du cœur, 120 par minute.
7 1/2	—	—	— — 132 —
10	—	—	— — 60 —
12	—	—	— — 54 —
12 3/4	—	—	aucun bruit appréciable.
13	—	—	absence complète de tout bruit.

Il y a eu une éjaculation de fluide par l'urètre, mais sans érection.

EXPÉRIENCES APRÈS L'EXÉCUTION.

Le corps ayant été descendu de l'échafaud, fut aussitôt porté dans une pièce de la prison et placé sur une table isolée avec de la cire, le nœud n'ayant pas encore été relâché. 23 minutes après l'exécution, on pratiqua la perforation de la trachée, et lorsqu'on retira le trocar, l'air sortit avec force par la canule. On obtint ainsi seize onces d'air (en volume) par la pression sur la poitrine. Douze furent recueillies avec un peu d'eau dans deux fioles de huit onces et avec toutes les précautions convenables.

Par l'effet de quelques difficultés imprévues, on ne put établir qu'imparfaitement la respiration artificielle; avec un soufflet, on insufflait facilement les poumons; mais on ne put faire sortir l'air des poumons avec la même facilité en comprimant la poitrine. Aussi ne tarda-t-on pas à cesser cette opération.

EXPÉRIENCES GALVANIQUES AVANT L'AUTOPSIE.

Exp. I. — 47 minutes et demie après l'exécution, les deux poles de la batterie étant placés, le positif sur la côte gauche du col, et le négatif sur la septième côte gauche, au moment où le contact est établi, les muscles qui reçoivent les nerfs respiratoires éprouvent un mouvement spasmodique.

Exp. II. — 48 minutes après l'exécution, le pole positif étant maintenu sur le col, le pole négatif est porté sur l'épigastre, où on interrompt fréquemment le circuit en frappant la peau avec le pole, et aussitôt les muscles pectoraux entent dans une violente action, et la respiration s'établit avec les bruits distincts de l'inspiration et les mouvemens correspondans des lèvres, qui s'ouvrent et se ferment régulièrement.

Exp. III. — Le pole positif restant sur le même point, on descend le pole négatif le long de la ligne blanche jusqu'au pubis, et à mesure que ce pole descend, les mouvemens respiratoires deviennent de plus en plus forts, et quand le pole fut au-dessous de l'ombilic, ils prirent une grande énergie, ceux surtout de l'expiration. Tous les organes qui contribuent à la respiration prenaient part à ces mouvemens, et l'air entrait dans les poumons et en sortait avec régularité. La bouche ayant été fermée et une bougie approchée du nez, la flamme fut soufflée avec force. Cette expérience fut répétée cinq fois et en quelques instans. Tant que le pole positif resta au-dessus de l'ombilic, le souffle ne fut pas assez fort pour éteindre la bougie; mais cet effet était produit aussitôt que le pole négatif touchait la peau au-dessous de l'ombilic. Les inspirations et les expirations se faisaient régulièrement et la flamme de la bougie était violemment agitée, au point même de brûler les poils dans l'intérieur des narines.

Exp. IV. — 57 minutes après l'exécution, le pole positif est porté vers le tiers supérieur de la cuisse gauche et les mêmes phénomènes que dans l'expérience précédente sont produits, et avec plus d'énergie encore, dans les mouvemens expiratoires. Si on place le pole plus bas, les muscles respiratoires ne se contractent plus avec la même régularité.

Exp. V. — Le pole positif étant maintenu sur le côté droit du pouls et le négatif sur l'abdomen, il en résulte de fortes contractions des muscles de la face et du grand pectoral.

Exp. VI. — Le pole positif étant placé sur le côté gauche du col, et le pole négatif étant porté sur la région iliaque gauche, les muscles de la cuisse gauche entrent en contraction; et sont, au contraire, ceux de la cuisse droite qui se contractent lorsqu'on porte le pole négatif sur la région iliaque droite.

Exp. VII. — Une heure et 4 minutes après l'exécution, le pole négatif est porté sur les grands fessiers et promené sur le trajet du nerf sciatique, et aussitôt les muscles se contractent avec force et portent la cuisse en-dehors. Pendant qu'on porte le pole négatif à la face interne de la cuisse, on voit de légers mouvemens dans le triceps adducteur de la cuisse.

Exp. VIII. — Le pole négatif est porté sur le genou gauche et les muscles de la partie antérieure de la cuisse se contractent.

Exp. IX. — Une heure 20 minutes après l'exécution, on place le pole positif sur le front, sur le nerf sus-orbitaire, et le négatif sur le côté gauche de la poitrine, et aussitôt tous les muscles de la face se contractent avec violence. Les angles de la bouche sont attirés en haut, les paupières fermées sont agitées d'un tremblement continuel, et le muscle occipito-frontal agite le cuir chevelu.

Dans tous ces mouvemens des muscles de la face, il n'y a rien qui ressemble à l'expression d'une passion; ce ne sont que des distorsions des traits, de vraies grimaces.

Exp. X. — Le pole négatif est promené sur divers points du bras et détermine des mouvemens variés de la main et du bras. En stimulant successivement et rapidement les muscles fléchisseurs et extenseurs de la main et des doigts, on détermine une foule de mouvemens variés dans ces organes, qui tantôt se ferment, tantôt s'étendent. Lorsque la main se ferme, la première phalange des doigts reste dans l'extension, tandis que les deux dernières phalanges se fléchissent sur elles.

Exp. XI. — Une heure 29 minutes après l'exécution, le pole positif étant placé sur la partie postérieure du col, le pole négatif est porté le long de l'épine, et aussitôt les muscles du dos se contractent; porté sur les fessiers, il les fait se contracter avec force et jeter les jambes en dehors; placé sur la partie postérieure de la cuisse, le pied se lève et la jambe est fléchie sur la cuisse; placé sur le mollet, il fait contracter avec violence les gastronémiens, tendre le tendon d'Achille avec force et étendre le pied. Le même pole (négatif) étant porté sur le front et d'autres points de la face détermine l'action de tous les muscles de la mastication et simule cette fonction. La mâchoire fait un mouvement comme de broiement, tandis que les lèvres s'avancent comme pour goûter.

EXPÉRIENCES GALVANIQUES APRÈS L'AUTOPSIE.

Exp. I. — Le pole positif étant appliqué près de l'origine de la paire vague et du nerf sympathique, et le pole négatif sur l'épigastre, les muscles de la face, du côté et les intercostaux présentent de légères contractions. On remplace la plaque qui forme le pole négatif par une pointe, avec laquelle on touche, vers l'épigastre, la paire vague, mise à nu et isolée, et à l'instant même une étincelle se dégage du nerf avec un mouvement d'agitation, qu'on peut voir et entendre, et un développement rapide de vapeur.

Exp. II. — Le pole positif étant placé sur le front et le négatif sur l'épigastre; on voit de très légers mouvemens dans les muscles du côté droit de la face et de très énergiques dans les masseters. On met le nerf sus-orbitaire à nu sur le point où il sort de l'arcade sourcilière, mais sans l'isoler; on y applique le pole positif, laissant le négatif sur l'épigastre, et on obtient les mêmes résultats que dans l'expérience précédente. On détache en partie un lambeau de la peau du front, et, après l'avoir renversé, on applique à sa face interne le pole positif, et les muscles de la face éprouvent des mouvemens peu prononcés; on remet la peau en place, et le pole positif est appliqué sur la surface épidermique et les contractions sont plus fortes.

Exp. III. — On divise la paire vague de chaque côté du cou et le pole positif est appliqué au front et le négatif à l'épigastre, et les résultats obtenus sont les mêmes qu'avant la section; ils restent les mêmes, bien que le pole négatif soit porté le long de la ligne blanche jusqu'au scrotum. Les mêmes expériences, répétées avec le pole négatif, terminé par une pointe, restent sans effet.

Exp. IV. — Ayant mis à découvert la moelle épinière, entre la troisième et la quatrième vertèbres cervicales, et le nerf sciatique du côté droit, au-dessous du grand fessier, on établit la communication à l'aide des poles, terminés par des plaques, et aussitôt le grand fessier entre en mouvement. Mais remarquant que le pole négatif est en contact avec les fibres de ce muscle qui ont été incisées, on isole le nerf sciatique, et après que le contact isolé a été établi, on observe les mêmes contractions, mais moins prononcées.

Exp. V. — Le cœur étant mis à découvert, on place le pole positif dans l'incision pratiquée au cou et le négatif à la surface externe du péricarde. Les muscles de la face s'agitent, et les yeux s'ouvrent et se ferment à plusieurs reprises. Pas de mouvement dans le cœur. On répète cette expérience en plaçant le pole positif sur la peau du cou. Les mêmes parties se contractent, mais avec plus de force. Pas de mouvement dans le cœur.

Exp. VI. — Deux heures seize minutes après l'exécution, le pole positif étant appliqué sur le côté droit de la face, et le négatif sur la surface interne du cœur, la bouche offre des contractions, mais le cœur reste immobile.

Exp. VII. — On ouvre la veine pulmonaire, et ayant remplacé les plaques des poles par des pointes de plomb, on fait pénétrer la pointe négative dans le ventricule droit, et la positive est appliquée sur le côté droit de la face. On observe un mouvement vermiculaire de la périphérie de l'oreillette droite. On ouvre l'aorte, on introduit le pole négatif dans le ventricule gauche et on observe les mêmes effets.

EXPÉRIENCES AVEC LA BATTERIE ÉLECTRIQUE.

Exp. I. — Deux heures vingt-huit minutes après l'exécution, la chaîne interne étant appliquée sur le côté droit du cou pendant que l'externe l'est sur la région iliaque droite, les muscles de la partie antérieure de la cuisse droite se contractent au moment où le contact est établi et que brille l'étincelle.

Exp. II. — La chaîne interne est mise en contact avec l'oreillette droite du cœur, et l'externe avec le sommet du cœur. Il n'en résulte aucun mouvement.

Plusieurs expériences faites avec les machines électro-magnétiques ne produisent aucun effet.

Autopsie. — Au moment où le corps fut apporté de l'échafaud et la face découverte, on n'observa aucune contracture des traits, aucun signe de congestion de la face; la langue ne sortait pas de la bouche.

L'autopsie fut commencée une heure cinquante-neuf minutes après l'exécution. Le foie était très volumineux et le siége d'une congestion très prononcée. Sa surface convexe était comme marbrée. La rate était aussi le siége d'une forte congestion, et les intestins étaient injectés. L'estomac était petit, contenait 62 grammes de liquide, et du reste était à l'état normal.

Le fluide sorti par l'urètre, examiné immédiatement après que le cadavre eut été descendu, contenait du mucus avec quelques sels, mais sans traces d'animalcoles spermatiques.

Le péricarde contenait environ huit grammes de liquides. Le cœur avait son volume et sa couleur normales; il était flasque et ne contenait pas de sang dans ses cavités.

Les poumons parurent être à l'état normal.

Au moment où l'on fit avec le trois-quart la ponction de la trachée, il ne sortit de sang ni par la plaie, ni par la canule, ni même pendant qu'on insufflait les poumons avec un soufflet; mais aussitôt que les mouvemens respiratoires eurent été provoqués par le galvanisme, il sortit par la canule une grande quantité de sang écumeux.

Dès qu'on eut ouvert la moelle épinière, il en coula environ 120 onces d'un liquide séreux, puis une énorme quantité de sang ensuite.

On ne trouva à l'examen de la colonne vertébrale ni luxation des vertèbres cervicales, ni rupture du ligament transverse, ni fracture de l'apophyse odontoïde; enfin, il n'y avait de déplacement d'aucun genre.

L'auteur de l'observation présente ici de longs développemens sur l'examen phrénologique, mais ils ne peuvent être d'aucun intérêt, puisque nous ne trouvons aucun renseignement sur le caractère et le crime pour lequel Cobler avait été condamné. Nous terminerons par l'analyse de l'air expiré avant l'exécution et de celui trouvé dans les poumons après. Cet air, remis à deux chimistes différens, a fourni les résultats suivans :

		n° 1.	n° 2.
Air expiré avant l'exécution.	Oxigène	17,84	14,945230
	Azote	79,551	81,932557
	Acide carbonique	2,609	3,122213
		100	100
Air après l'exécution	Oxigène		1,06944
	Azote	9,23	92,10842
	Acide carbonique	7,7	6,82214
		100	100

L'auteur fait observer qu'au moment où on recueillit l'air, avant l'exécution, le condamné était depuis longtemps renfermé dans un appartement clos et chauffé avec de l'anthracite. Il signale encore quelques autres causes légères qui ont pu modifier un peu les résultats.

Nous allons maintenant analyser rapidement les observations faites par le professeur Bischoff, de Heidelberg, dans une occasion analogue, et consignées dans le numéro de septembre 1839 du Dublin Journal of the medical sciences.

Le sujet était un assassin, qui fut décapité publiquement le 6 juillet 1838. Le professeur Bischoff et un ami s'étaient placés sous l'échafaud, pour observer plus promptement aussitôt après la décapitation, tandis qu'un autre observateur était placé en dehors pour voir ce qui pourrait arriver.

Quelques secondes après que le glaive eut accompli sa tâche, la tête fut remise au professeur Bischoff, qui remarqua que le coup avait été donné avec une grande dextérité, la lame ayant passé entre le larynx et l'os hyoïde en avant, et, en arrière, entre les corps des 4[e] et 5[e] vertèbres. Le sang coulait lentement et continuellement. La physionomie exprimait la plus parfaite tranquillité, sans la moindre trace de douleur. Les paupières étaient un peu abaissées, la bouche fermée, mais facile à ouvrir. L'expression des yeux était calme; ils n'étaient ni brillans, ni troubles; on eût dit ceux d'une personne qui aurait regardé quelque chose à une grande distance. Le docteur Herman, qui la veille au soir avait causé pendant une heure avec le criminel, ne trouva d'autre différence dans l'expression que l'absence de ce regard perçant qui lui était habituel et une légère dilatation des pupilles.

Les observateurs firent une foule d'expériences pour s'assurer s'il ne restait réellement à cette tête séparée du tronc aucune trace de sentiment ou de conscience, et nous n'avons pas besoin de dire qu'elles furent sans résultat. Une bouteille de teinture d'assa fœtida, à odeur très forte, approchée du nez, ne produisit aucun effet. Une goutte de teinture de coloquinte ayant été mise sur la langue, celle-ci exécuta un léger mouvement en avant, suivi d'un léger déplacement de la mâchoire. Ces deux mouvemens se répétèrent deux ou trois fois à de courts intervalles, mais sans qu'on pût voir le moindre changement dans le reste des traits. Pensant que l'alcool de la teinture pouvait avoir été la cause de ce mouvement, on place sur la langue une goutte d'alcool pur, qui produit le même mouvement de la langue et de la mâchoire. Ces mouvemens étaient-ils la suite d'une sensation, ou un effet réfléchi de l'irritation de la muqueuse de la langue, ou étaient-ils causés par l'irritation de la moelle épinière? M. le professeur Bischoff pense que cette dernière explication est seule admissible. Au reste, le condamné avait conservé sa présence d'esprit et presque son sang-froid jusqu'au dernier instant.

Toutes les expériences qui furent tentées pour obtenir des mouvemens de réflexion le furent en vain : les cils, les sourcils, la muqueuse de la bouche, du nez, du pharynx, furent stimulés, mais sans le moindre mouvement dans aucune partie. Ce fut même en vain qu'on tenta d'irriter la moelle en touchant la partie où elle avait été coupée en travers avec des aiguilles ou un pinceau trempé dans une solution de potasse caustique. Toutes ces expériences furent faites dans les deux ou trois minutes qui suivirent la décapitation.

Examen du tronc. — Pendant que l'un des observateurs faisait la ligature des carotides, d'où le sang continuait de couler par petits jets, on appela en vain des mouvemens de réflexion, en pinçant, en piquant, en déchirant même la peau de la plante du pied ; mais l'irritation de la moelle épinière détermina des mouvemens des muscles pectoraux et l'élévation des bras.

Le corps fut ensuite transporté à l'hôpital voisin, où tout avait été préparé pour continuer les expériences, qui furent reprises 38 minutes et demie après l'exécution.

On essaya, à diverses reprises, avec un galvanomètre très sensible, à constater la présence de quelque courant électrique ou de quelque électricité libre dans la substance blanche et grise de la moelle et même dans les cordons nerveux; on n'en put obtenir la moindre trace. L'introduction même des aiguilles dans les chairs ne déterminait aucun mouvement dans les muscles. Ayant mis en communication l'un des poles d'une puissante pile galvanique avec la moelle épinière et l'autre avec la main, on obtint de légers mouvemens dans quelques-uns des muscles du bras et de l'avant-bras, sans que l'aiguille magnétique éprouvât la moindre agitation ; elle resta également immobile lorsqu'on appliqua le second pole sur le tronc du nerf et même lorsque les deux poles furent appliqués sur le tronc du nerf, de manière à former une chaîne complète. L'auteur conclut de ces derniers faits que les nerfs sont meilleurs conducteurs de l'électricité que les métaux même, conclusion qui nous paraît au moins hasardée, bien qu'elle semble résulter des faits que nous venons de rapporter.

On ne produit aucun effet sur le nerf médian en l'irritant mécaniquement, en le piquant, en le pinçant, en le coupant même, tandis que le galvanisme y produit encore quelques légers mouvemens.

Au bout de 52 minutes, l'iris avait perdu toute irritabilité, bien que l'action de la pile fût très énergique, puisque le pole qui était appliqué sur l'iris décomposait les liquides de l'œil et donnait lieu à un développement de gaz.

Au bout d'une heure et 33 minutes, le pole galvanique appliqué sur les nerfs phrénique et vague ne détermine aucun mouvement dans l'estomac, les intestins, le canal cystique, le cœur, etc., d'où l'auteur conclut, ainsi que de l'absence des résultats dans les autres expériences, que la susceptibilité nerveuse et l'irritabilité étaient peu prononcées chez cet homme.

On observa les mouvemens ciliaires sur la membrane muqueuse du larynx et de la trachée, mais non sur celle de l'œsophage.

A l'examen de l'urètre, on reconnut qu'il y avait eu une éjaculation de semence, que l'auteur attribue à la contraction violente de tous les muscles au moment de la décapitation. Il y avait dans ce canal plusieurs gros caillots jaunâtres, semblables à de la lymphe coagulée, et un liquide blanchâtre, qui contenait plusieurs animalcules spermatiques encore vivans. On retrouva ces animalcules dans les vésicules séminales et dans tout le trajet du conduit déférent.

Le cerveau fut examiné avec beaucoup de soin. Après qu'on eut enlevé la calotte du crâne, on trouva toutes les veines remplies d'air, et l'air ayant pénétré entre la pie-mère et l'arachnoïde avait produit un singulier effet à la surface des hémisphères. Il n'a pas été possible de constater par où avait pénétré cet air.

La muqueuse de l'estomac était fortement ramollie dans le grand cul-de-sac, six heures après l'exécution, par un temps chaud, et le vin et la salade que contenait l'estomac avaient pris une odeur très acide. Le ventricule gauche du cœur était très fort et charnu et pouvait passer pour être hypertrophié quand on le comparait aux autres muscles du corps.

De l'emploi de l'Actœa racemosa (de Wildenow, Cimicifuga de Nutall) dans le traitement de la chorée ; par le docteur Kirkbride.

Le docteur Young, de Chester (Pensylvanie), est le premier qui parla de l'emploi de cette plante dans le traitement de la chorée, bien que depuis longtemps elle fût connue comme remède populaire. L'auteur dit avoir observé, depuis la publication du travail du docteur Young, plusieurs cas de chorée où il a obtenu les plus heureux résultats du traitement indiqué par ce médecin. Les deux premiers cas qui se présentèrent à son observation avaient pour sujets l'un un jeune garçon de 10 ans, l'autre une jeune fille de treize ans. Chez les deux malades, les symptômes étaient bien prononcés, et, depuis assez longtemps déjà. Le docteur Kirkbride commença d'abord par les préparer par les purgatifs à l'administration de la racine de la plante, réduite en poudre, à la dose d'une cuillerée à thé, trois fois par jour, et en friction sur toute la surface du corps. Aucun autre médicament ne fut employé, et l'amélioration, qui commença avec l'usage de la racine, continua jusqu'à la guérison complète au bout d'environ quatre semaines, dans les deux cas. Ces deux malades furent traités à l'hôpital de Pensylvanie.

Le troisième cas dont il parle se présenta dans la pratique civile, chez une jeune fille de 10 ans, délicate, et chez laquelle les symptômes étaient tranchés, mais depuis peu de temps. Après l'administration de quelques purgatifs, elle dut prendre trois fois par jour un verre de décoction de cimicifuga, et à doses graduellement croissantes. Les symptômes disparurent promptement et la guérison fut complète. Les facultés intellectuelles n'étaient légèrement troublées que chez un de ces trois malades; mais chez le quatrième dont parle l'auteur, le trouble de l'intelligence fut l'un des symptômes les plus graves. Le sujet était une jeune fille de neuf ans, très intelligente. Après six mois de maladie, elle offrait l'aspect d'une idiote, avait perdu presque complètement l'usage des extrémités du côté gauche, et se plaignait fréquemment d'élancemens dans le bras gauche. Une seule application de ventouses fut faite à la partie postérieure de la tête et du col, des frictions furent pratiquées sur toute la surface du corps et elle fut soumise pendant huit jours à l'usage de purgatifs doux, puis elle commença à prendre la décoction de racine de cimicifuga à doses rapidement croissantes. Au bout de quelques jours, l'amélioration était évidente, et, au bout d'un mois, la malade était guérie.

L'auteur analyse encore trois cas, qui étaient au moins aussi graves que le dernier dont nous venons de parler, et qui tous se terminèrent heureusement, à l'exception d'un seul, sous l'influence de la même médication ; puis, cherchant à se rendre compte des effets de la plante, il reconnaît qu'à quelque dose qu'il l'ait administrée, il n'a jamais observé d'excitation dans le pouls ni de céphalalgie; dans deux cas seulement, il y eut quelques nausées; mais pendant le traitement le ventre resta constamment libre ; aussi l'auteur lui attribue-t-il une propriété légèrement laxative. Il est probable que c'est uniquement à cette propriété et aux purgatifs administrés dès le début du traitement qu'on doit attribuer les guérisons qu'il a obtenues, car on sait que le traitement de la chorée par les purgatifs est l'un de ceux qui comptent le plus de succès.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. Barthélemy.

CORRESPONDANCE.

Dans la correspondance se trouve une lettre de M. Lassaigne, qui désire que lecture en soit donnée à l'Académie. Elle a trait au nouveau mode de l'emploi de l'appareil de Marsh, dont ce chimiste a donné connaissance dans la dernière séance. Dans cette lettre, M. Lassaigne rappelle qu'après la lecture de son mémoire, M. Chevallier prit la parole pour annoncer qu'il ne croyait point nouvelle la propriété du gaz hydrogène arsénié utilisée dans le nouveau mode d'emploi de l'appareil de Marsh. Il est vrai, dit M. Lassaigne, qu'un chimiste anglais, dont le nom nous échappe, a parlé de la coloration des solutions de nitrate

'argent par l'hydrogéne arsenié. Mais il croyait à la formation d'un arséniure d'argent susceptible de sublimation. M. Simon a parfaitement prouvé que ce n'est point ainsi que se fait cette réaction, qu'il y a formation d'acide arsénieux et d'argent métallique. Aussi, je suis porté à croire que l'opinion du chimiste anglais est une théorie qu'il n'aura point cherché à vérifier.

M. Chevallier ne trouve point le procédé de M. Lassaigne très avantageux, comme il l'a d'ailleurs dit dans la derniére séance, les faits publiés par M. Lassaigne ne sont pas nouveaux; il a seulement le mérite d'appliquer ces connaissances à un certain ordre d'expériences. Le désavantage que je trouve au procédé de M. Lassaigne, dit M. Chevallier, est de réduire l'arsenic à l'état métallique, ce qui oblige à une série d'opérations pour la transformer en métal.

MM. Orfila, Lecanu, Pelletier et Chevallier sont chargés de vérifier les faits contenus dans le mémoire de M. Lassaigne. Par une honorable susceptibilité, M. Chevallier se retire de cette commission, et est remplacé par M. Bussy.

M. Orfila écrit à l'Académie pour la prévenir qu'elle doit procéder au choix de quatre juges et d'un suppléant, à propos du concours pour la chaire de médecine opératoire, qui s'ouvrira à la Faculté de médecine le 9 novembre prochain.

Les noms des candidats sont les suivans :

MM. Aug. Bérard.	MM. Michon.
Sédillot.	Vidal (de Cassis).
Lenoir.	Boyer.
Malgaigne.	Monod.
Huguier.	Chassaignac.
Moulinié (de Bordeaux).	Robert.
Blandin.	Thierry.
Alph. Sanson.	Laugier.

L'ENFANT NÉ A TERME PORTE-T-IL EN NAISSANT DES CARACTÈRES QUI PERMETTENT DE CONNAÎTRE SA TAILLE, SES PENCHANS, SA CAPACITÉ FUTURE? PAR M. BLANCHET, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE CHERBOURG.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire ainsi intitulé. Depuis 1805, l'auteur s'est livré à une série d'observations qui sont le fondement de son mémoire. A cette époque, 100 enfans à terme furent mesuré par lui, et la longueur relative de leur taille s'est conservée chez la plupart dans l'âge adulte, où il a pu encore les observer. Il a pris sur cent enfans les mesures du crâne et de ses differentes parties, et il a pu s'assurer, par l'étude de ces enfans devenus hommes, que les différences premières du volume de la tête indiquaient des différences d'intelligence, de penchans, qu'il a depuis vérifiées.

L'honorable rapporteur critique ces différentes assertions sous le point de vue théorique; car, dit-il, l'Académie se trouve dans l'impossibilité d'en apprécier la vérité; toutefois, il propose de remercier l'auteur et d'inserire son nom parmi les candidats aux places de membres correspondans.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Orfila : Je viens d'apprendre, par un journal, que des faits analogues à ceux contenus dans le paquet cacheté que j'ai remis le 29 septembre à l'Académie, avaient été annoncés par un médecin; je demande la permission de décacheter ce paquet, et d'en donner lecture. Les faits qu'il renferme sont relatifs à l'arsenic que peut contenir le peroxide de fer hydraté, le carbonate de fer, employés en médecine.

1° J'ai fait bouillir pendant quatre heures, dans cinq capsules différentes, 155 grammes de peroxide de fer, pris chez quatre pharmaciens différens, et 124 grammes d'eau distillée. A l'appareil de Marsh, aucune tache arsénicale n'a été obtenue.

J'ai ajouté 2 grammes de potasse à l'alcool, dans chacune de ces quantités de peroxide de fer; je n'ai pu recueillir aucune trace d'arsenic.

3° Mais en traitant par une ébullition de cinq heures, le peroxide de fer en pareille quantité par l'acide sulfurique pur, le liquide de trois capsules sur cinq a amené des taches d'arsenic.

4° Quatre doses de cent-vingt-quatre grammes de colcotaz du commerce pris chez différens marchands, en solution d'eau distillée n'ont point fourni à l'appareil de Marsh après une ébullition de quatre heures, de traces d'arsenic.

5° La même substance, en même quantité, par l'ébullition pendant cinq heures, avec l'acide sulfurique, a donné de larges taches arsénicales à l'appareil de Marsh.

6° Deux grammes de colcotaz bouilli avec l'acide sulfurique ont donné des taches arsénicales à l'appareil.

7° Un gramme du même corps traité par l'acide sulfurique n'a point donné d'arsenic.

8° Une solution de sulfate de fer ordinaire n'a point donné de traces d'arsenic à l'appareil.

Souvent dans le courant de ces expériences, la flamme de l'appareil, forte et de 5 ou 7 millimètres de diamètre (c'est alors qu'elle est le plus apte à laisser déposer les taches), a donné sur les capsules des taches grises, bleuâtres, brunes, brillantes, miroitantes, qui étaient du fer; elles diffèrent des taches d'arsenic, en ce qu'elles ne sont pas volatiles, qu'elles se dissolvent dans l'acide chloro-hydrique.

J'ai introduit dans l'estomac de trois chiens, 124 grammes de colcotaz, et j'ai empêché le vomissement de cette substance en liant l'œsophage. L'un a été examiné trente-quatre heures, l'autre cinquante, le troisième soixante heures après.

Le foie, la rate, les poumons, le cœur, les reins de ces animaux soumis aux opérations chimiques que j'ai fait connaître n'ont point offert de traces d'arsenic.

Chez le premier chien, le liquide des intestins et de l'estomac séparé du colcotaz donnait quelques taches arsénicales; l'urine ne donnait point de ce dernier métal. Le liquide intestinal, séparé du colcotaz sur le second chien, donnait quelques taches moins apparentes et moins nombreuses que chez le troisième; mais en revanche son urine donnait de larges taches arsénicales.

Conclusions. Le peroxide de fer hydraté et le colcotaz qu'on donne aux animaux ne fournissant point d'arsenic sans l'action d'un acide puissant, en contiennent cependant une petite quantité qui est lentement absorbée, passe par les organes et est éliminée par les urines.

Je me réserve, dit M. Orfila, en finissant, de faire connaître plus tard les conséquences de ces faits. Je crois pouvoir dire à propos du célèbre procès qui agite maintenant le monde, que l'arsenic que j'ai trouvé dans le corps de Lafarge ne venait point du peroxide donné comme contrepoison, et que mes conclusions persistent dans toute leur force.

COMPTE RENDU DES BLESSÉS DE L'AFFAIRE DE BOULOGNE.

On lit au nom de M. Goré trois observations de plaies d'armes à feu, guéries toutes trois.

1° La première est celle du militaire atteint par le coup tiré par le prince Louis. La balle a fracturé deux dents dont une est entrée dans la langue, où elle a séjourné plusieurs jours sans y être soupçonnée.

2° La deuxiéme est celle du colonel Voisin atteint par trois balles qui n'ont que superficiellement pénétré.

3° La troisiéme est celle d'un Polonais atteint d'une plaie pénétrante de l'articulation scapulo-humérale, par une balle. — M. Goré a pratiqué la désarticulation scapulo-humérale qui a très bien réussi. Le lendemain le malade se promenait.

MM. Larrey, Renould et Gimelle rendront compte de ce travail.

SUR LES MÉDICAMENS EMPLOYÉS EN ABYSSINIE.

M. Auber lit un travail sur ce sujet. Dans ce pays, dit-il, les ventouses scarifiées et les cautères actuels forment presque toute la médecine. Cependant il est trois plantes dont les Abyssiniens font un fréquent usage. C'est surtout contre le ténia qu'elles sont employées. Les Abyssiniens, hommes, femmes, enfans, ont le ver solitaire. Je tâcherai d'en expliquer tout à l'heure la cause. Ils ne tiennent pas d'ailleurs à s'en guérir radicalement. Leurs raisons pour vivre toujours avec cet ennemi seraient bonnes si elles étaient vraies. Ils croient que s'ils prenaient, des plantes dont nous parlons, une dose plus grande que celle qu'ils sont habitués à prendre, ils attireraient une maladie plus terrible que le ténia qu'ils aiment aussi bien mieux garder. La dose habituelle les soulage d'ordinaire pour deux mois. Ces maladies sont sans doute des gastrites, des gastro-entérites, que leurs prétendus médecins ne savent point reconnaître.

En observant les habitudes des différentes tribus de l'Abyssinie, M. Auber croit avoir reconnu la cause de la fréquence des vers intestinaux. Toutes celles qui se nourrissent de viandes les mangent crues, et ce sont elles qui offrent le ténia. Au contraire, les habitans de race maure qui ne font usage que d'un régime végétal en sont exempts.

Ce mémoire est renvoyé à une commission.

AFFAIRE DAZAT.

M. Rigal de Gaillac donne à l'Académie quelques éclaircissemens sur l'affaire Dazat jugée à Albi ; et dont il est question dans le mémoire de M. Orfila lu dans les dernières séances. Ce médecin était celui des experts qui avaient posé des conclusions favorables aux accusés; il n'a pas cru devoir dans son rapport nier la luxation de la première vertèbre, en présence du résultat de l'autopsie faite par des confrères consciencieux, qui cependant n'en avaient parlé qu'avec peu de détails. Il persiste à croire que dans un cas pareil la science est incompétente à prononcer sur le genre de mort. C'est d'ailleurs ce qui ressort du mémoire de M. le doyen et de la communication de M. Duméril.

M. Rigal dépose en même temps sur le bureau plusieurs mémoires contenant des expertises médico-légales.

La séance est levée.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 24 OCTOBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Recherches théoriques et pratiques sur les névralgies et leur traitement. — II. Correspondance médicale. Lettre sur les injections intra-utérines.—Accouchement laborieux; présentation des quatre membres à l'orifice vulvaire; terminaison heureuse. — Observations relatives à des corps étrangers qui ont séjourné dans l'oreille. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 12 octobre. — Académie de médecine: séance du 21 octobre. — IV. Revue bibliographique. Traité des maladies nerveuses ou névroses, et en particulier de la paralysie et de ses variétés, de l'hémiplégie, de la paraplegie, de la chorée ou danse de Saint-Guy, de l'épilepsie, de l'hystérie, des névroses internes et externes, de la gastralgie, etc. — Considérations sur les causes, les symptômes et le traitement de l'aliénation mentale. V. Enseignement médical. Réorganisation des écoles secondaires de médecine.—VI. Variétés. Ecole auxiliaire de médecine fondée, en 1837, par le docteur Lagasquie.—VII. Feuilleton. L'infirmier.

MÉDECINE PRATIQUE.

RECHERCHES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LES NÉVRALGIES ET LEUR TRAITEMENT; par C. James, interne à l'hopital de la Charité.

DES NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL.

On donne le nom de névralgie à une douleur qui siége sur le trajet d'un nerf et ne peut être rattachée à aucune lésion organique ni mécanique de ce nerf, soit à son origine, soit dans les divers points de sa continuité. La douleur de la névralgie est à peu près semblable à elle-même quant à son caractère. Elle ne diffère que par ses degrés variables d'intensité. Quelques mots me suffiront pour indiquer les principaux traits auxquels on doit la reconnaître.

La névralgie débute quelquefois d'emblée, sans aucun prodrôme. Ainsi des douleurs éclatent tout à coup dans un nerf, sans que rien ait provoqué, ni fait soupçonner leur brusque apparition. Ce cas n'est pas le plus ordinaire. Presque toujours il y a eu d'abord des fourmillemens, du prurit, quelques élancemens, et ce n'est que par gradation que la sensibilité du nerf s'exalte.

Quelqu'ait été son mode d'invasion, la névralgie est caractérisée par des douleurs aiguës, lancinantes, qui souvent arrachent des pleurs et des cris aux malades, et que ceux-ci comparent à la sensation d'une brûlure, d'une décharge électrique, ou d'un millier d'aiguilles qui traverseraient les chairs. Ces douleurs persistent rarement au même degré d'acuité. Elles disparaissent, reviennent, se modifient à tout instant et sous toutes les formes, sans que souvent on puisse expliquer ni leur absence, ni leur retour.

Tantôt la névralgie occupe tout un nerf, tantôt elle ne réside que dans quelques unes de ses divisions. Les malades indiquent en général très exactement par le trajet de la douleur la direction anatomique du nerf affecté.

Dans quelques cas la douleur se propage du tronc du nerf à ses ramifications. Dans d'autres cas elle suit une marche inverse, et ne gagne le tronc qu'après avoir envahi les ramifications où elle peut rester longtemps limitée.

Il arrive quelquefois que la névralgie se déplace et *saute* d'une branche nerveuse à une autre branche. Elle parcourra ainsi toutes les branches d'un même nerf, sans se fixer spécialement sur aucune. Cette extrême mobilité de la douleur est un signe précieux pour faire distinguer la névralgie de toute autre maladie. Un autre signe non moins important, c'est que la douleur, alors même qu'elle est le plus vive, diminue quelquefois par la pression qu'on exerce sur le nerf où elle siège.

La névralgie revient ordinairement sous forme d'accès, séparés par des intervalles variables, entre lesques la sensibilité du nerf peut rester parfaitement intacte. Ces accès, la plus légère excitation suffit pour les rappeler. Il est des malades qui sont repris de douleurs névralgiques au

Feuilleton.

L'INFIRMIER (1).

Voyez-vous là-bas, au fond d'une salle étroite, longue, bordée de lits de fer aux rideaux peu étoffés, mais blancs, et que surmonte une croix de bois; voyez-vous ce petit homme qui glisse bien plus qu'il ne marche, avec ses savates, sur le carreau ciré, luisant comme le parquet d'un salon? Il paraît et disparaît: le voilà! ne le voilà plus! C'est qu'il va de ruelle en ruelle demandant des nouvelles et donnant le bonjour... savez-vous *à quoi?* A des numeros; car l'homme dont il s'agit n'a pas de semblables dans le lieu où nous le trouvons; il y a *lui*, et puis *un, deux, trois, quatre, cinq, six*, etc.

Où sommes-nous donc? Nous sommes où vont les artisans infirmes, les commerçans honnêtes, les rentiers confians, les serviteurs fideles d'une dynastie déchue, les dévoûmens intéressés, les vertus intègres et les talens modestes; nous sommes où n'arrivent jamais les philantropes brevetés,.. à l'hôpital!

Et maintenant parlons-nous de cet homme que nous avons aperçu tout à l'heure. Est-ce par goût, par vocation, par pénitence, qu'il s'est consacré à vivre au sein des maladies et de l'infection? Aurions-nous devant les yeux quelque disciple généreux de la sensible mère Agnès, ou de Gérard de Provence; quelque *chevalier* hospitalier de Saint-Jean, du Sépulcre, de Mont-Carmel ou de Saint-Lazare? Non; car il n'est pas équipé à la fois pour secourir et combattre, pour assister les malades dans les hospices et pour proteger le transport des blessés sur les champs de bataille. Si adoucies que soient de nos jours les mœurs et les coutumes militaires, l'aspect et l'attitude de ce personnage ne peuvent rien simuler d'héroïque à nos yeux; et puis, enfin, à l'époque ou nous sommes, on ne connaît presque plus, en fait de *chevaliers*, que ceux d'industrie.

Serait-ce plutôt un de ces frères de Jean-de-Dieu, originaires d'Italie, et que Catherine de Médicis a tenté de naturaliser en France? Pas davantage. En ef-

(1) Nous empruntons l'article qu'on va lire aux Français peints par eux-mêmes. Tout le monde connaît aujourd'hui cette piquante publication. Il n'est pas de notre compétence d'apprécier un livre de ce genre; mais nous pouvons dire l'intérêt avec lequel nous l'avons lu. Si quelqu'un de nos confrères trop occupés pour se permettre le plaisir des longues lectures, et trop ennemis du rien faire pour laisser un quart-d'heure aux rêves de l'oisiveté, veut avoir un moyen de remplir agréablement ses instans de repos imprévu et obligé, qu'il se procure les Français peints par eux-mêmes. C'est une suite de tableaux qu'on peut prendre, quitter et reprendre à volonté, sans crainte *de solution de continuité*. Ce livre semble fait tout exprès pour les gens qui ne peuvent regarder les choses qu'en courant, et qui veulent néanmoins avoir une idée de ce qui se fait, se dit, se pense dans leur siècle et sur leur siècle. — L'éditeur, en nous permettant de détacher quelques pages de sa galerie, nous prie de déclarer qu'il n'autorise personne à reproduire cet emprunt.

moindres variations dans la température ou l'état hygrométrique de l'atmosphère, à la moindre émotion de plaisir ou de peine. D'autres se condamnent pendant des heures, des journées entières à une immobilité complète, car ils savent par expérience que certains mouvemens feraient immédiatement reparaître la névralgie.

Rien de plus affreux que ces accès de névralgie quand la douleur acquiert son maximum d'intensité. Il s'y joint souvent des perturbations vers le système musculaire; de là ces convulsions, ces tics, que la volonté ne peut réprimer.

La vivacité et la continuité des souffrances finissent à la longue par entraîner des désordres dans les parties affectées. La santé générale ne tarde pas non plus à s'altérer. Il survient un état de langueur et de découragement qui ôte aux malades toute leur énergie physique et morale. On en a même vu terminer par le suicide une vie qu'ils ne se sentaient plus la force de supporter.

Tel est le tableau, bien incomplet sans doute, des caractères de la névralgie; mais tout incomplet qu'il est, il me suffit pour les questions que je me propose de traiter. Mon but, en effet, n'est point d'écrire une histoire détaillée des névralgies. Je veux principalement *exposer les règles et les résultats d'un mode de traitement, basé sur la physiologie, et appuyé par de nombreux succès.*

L'idée de ce travail et la plupart des matériaux qui m'ont servi à l'exécuter, c'est à M. Magendie que je dois en faire hommage. On verra, en effet, de quelle ressource ont été pour moi les leçons dont l'illustre professeur m'a confié la rédaction (1), ainsi que les faits de sa pratique particulière qu'il m'a permis d'observer chaque jour avec lui et de recueillir sous ses yeux.

Le neveu de M. Magendie, M. de Puisaye, interne très distingué des hôpitaux, a eu pareillement l'extrême obligeance de mettre à ma disposition de précieux renseignemens.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR L'ÉLECTRICITÉ.

C'est dans l'emploi de l'électricité que consiste la méthode de traitement dont M. Magendie a su faire de si heureuses applications contre les névralgies. L'électricité a été essayée depuis longtemps; cependant la plupart des médecins y ont aujourd'hui renoncé, comme infidèle ou inutile. Il est certain qu'administrée comme elle l'est habituellement par des hommes, souvent étrangers aux premières notions médicales, l'électricité doit être d'un bien faible secours. Je dis plus, elle sera nuisible dans beaucoup de cas de névralgie, par cela seul que les procédés usités agissent presque tous d'une manière défectueuse.

En effet, on se sert d'appareils qui tous ont cela de commun qu'ils versent le fluide électrique à la surface de la peau. Or l'épiderme est un mauvais conducteur; par conséquent son action devient celle d'un corps isolant, et le fluide ne pénètre qu'à une très petite profondeur. Il y a donc commotion de toute la partie, sans que le nerf, siége de la névralgie, reçoive une part plus forte de la secousse que les tissus qui l'enveloppent.

(1) LEÇONS SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, professées au Collége de France, par M. Magendie, rédigées par M. James. — Deux volumes.

C'est là un grave inconvénient. Il faudrait que le fluide arrivât en masse sur le nerf, et que celui-ci en ressentît isolément le contact, de sorte qu'on pût à volonté accroître ou diminuer la dose du fluide sans qu'il en résultât un ébranlement général, presque toujours fâcheux. On évite ces inconvéniens et on remplit ces indications en introduisant à travers la peau jusqu'au nerf une aiguille qui sert à conduire le fluide électrique.

L'emploi de l'électricité par ce dernier procédé est décrit dans les livres sous le nom d'électro-puncture. Toutefois personne avant M. Magendie n'avait indiqué la manière spéciale de s'en servir dans le traitement des névralgies de la cinquième paire, en l'appropriant aux connaissances physiologiques que nous avons aujourd'hui sur les importantes propriétés de ce nerf.

Je vais maintenant décrire le manuel de cette petite opération, telle que je l'ai vu pratiquer par M. Magendie, et que je l'ai moi-même pratiquée nombre de fois. J'exposerai plus tard dans quelles espèces de névralgies et sur quels nerfs elle a le mieux réussi.

CHOIX ET MODE D'INTRODUCTION DES AIGUILLES.

On fait choix d'aiguilles très fines, longues de cinq à six centimètres, d'un métal non oxidable. Les meilleures sont en platine. Il y aurait de l'inconvénient à se servir d'aiguilles en acier, ou de toutes autres susceptibles de s'oxider, d'abord parce que la perte de leur poli en rendrait l'introduction plus douloureuse; en second lieu, parce qu'elles pourraient produire des taches indélébiles. L'oxide, entraîné et dissous, séjournerait dans la petite plaie. De là un point bleuâtre, ressemblant assez à de la poudre incorporée par tatouage. Comme les névralgies de la face sont les plus fréquentes, on doit veiller, surtout chez une femme, à ce que l'aiguille ne laisse pas après elle la plus légère empreinte.

Maintenant, comment faire pénétrer l'aiguille? On l'enfonce rapidement et d'un seul coup jusqu'au nerf qu'on veut atteindre. La douleur serait beaucoup plus vive si on introduisait l'aiguille, à la manière d'une vrille, en lui imprimant avec les doigts des mouvemens de rotation sur son axe.

Il faut éviter le voisinage des vaisseaux importans. Non pas peut-être qu'une aussi petite piqûre pût avoir des inconvéniens véritables. Toutefois, cela est plus prudent.

Il n'est pas indispensable de piquer le nerf même: souvent les effets sont également obtenus, bien qu'on ne soit qu'à son contact.

Deux aiguilles sont ordinairement nécessaires, l'une qu'on place vers l'origine du nerf; l'autre vers sa terminaison. Nous verrons cependant qu'il est des cas où une seule aiguille suffit.

L'introduction de l'aiguille est à peine douloureuse, et pourtant elle inspire aux malades une très vive répugnance. Je l'ai vue, mais rarement, suivie de la disparition momentanée de la névralgie. Quand celle-ci n'a pas cédé, ou qu'elle est revenue, c'est alors qu'il faut recourir à l'électricité.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ.

L'appareil électrique le plus généralement connu et le plus facile à se procurer, c'est la pile à auges de Volta. Aussi vais-je entrer dans quelques détails sur son emploi.

fet, écoutez-le répondre à ce pauvre malade qui, mettant tout ce qui lui reste de force à s'impatienter, l'appelle avec trop d'instance... *il jure.*

Examinez-le de près: où pourrait-on rencontrer un air plus triomphant sous un bonnet de coton jauni, si ce n'est chez un restaurateur *prix fixe*, ou dans une cuisine d'hôtel garni? — Il porte sous son bras une serviette quasi blanche, et jamais ministre n'a porté son portefeuille avec autant de dignité et de conviction; — Au dessous de sa veste de hure, sa taille est prise par les cordons d'un tablier relevé aux coins, orné de taches marbrées et veinées de sang: avons-nous donc affaire à un boucher? Mais comment prendre pour un coutelas l'instrument si peu tranchant qu'il manie avec une dextérité remarquable, instrument dangereux qui n'a jamais blessé la partie adverse en face; instrument vieilli, du reste, et que remplace déjà dans la confiance de beaucoup de gens et ailleurs, un objet dont le nom rime avec entonnoir? J'y suis, je le tiens... Quoi! l'instrument?... Eh! non, notre homme; vous ne devinez pas? puisqu'il n'y a plus d'apothicaires, c'est nécessairement un infirmier.

L'infirmier s'appelle toujours Jean, c'est bientôt dit: Jean! C'est à la portée même du phthisique à qui il reste encore quelques parcelles du poumon droit ou gauche, et des moyens pécuniaires pour demander qu'on vide son crachoir ou pour faire remplir son pot de tisane. Jean! — Quatre lettres, comme dans les exclamations *Holà! Houp! Ohé!* mais avec cette circonstance favorable de plus qu'il y a un *h* de moins, c'est-à-dire une consonne très pénible à aspirer et très fatigante à faire sentir. Jean! véritable nom de prédestiné qu'un gouvernement tant soit peu humain devrait imposer à tous les nouveau-nés que leurs pères et mères destinent à l'état de commissionnaire, de concierge, etc. Nous ne parlons pas des grooms: leurs maîtres ont toujours la ressource de le nommer *Tom.*

Jean tient sa vocation de sa misère, de son ignorance ou de sa gourmandise. Ne vous étonnez par trop vite à ce dernier mot, si peu fait pour s'accorder avec hôpital, selon les idées communes. Les passions s'exercent où elles peuvent, comme elles peuvent. Diète et hospice ne sont d'ailleurs pas inévitablement synonymes. Demandez à l'infirmier si la portion, la demi-portion, le quart, les œufs frais matin et soir, ne sont une réalité que sur le cahier de service, et si même cette réalité accumulée ne pèse pas quelquefois très lourdement sur son estomac, à la décharge de celui des malades qui lui sont confiés; et puis on n'administre pas seulement de la rhubarbe et de l'huile de ricin à l'hôpital; les sirops n'y sont pas liqueurs absolument fantastiques, ni l'alcool un *pur esprit:* l'alcool existe si bien, que les vieux réglemens des hôpitaux prescrivaient d'altérer le goût, la couleur de l'eau-de-vie destinée aux blessés, et d'y mêler de l'émétique, afin d'empêcher les infirmiers, sinon d'en voler, au moins d'en boire. Calomnie! s'écrieront les honorables de la profession. Calomnie soit; mais on est convenu qu'il en reste toujours quelque chose, et ce quelque chose pourrait bien approcher de la vérité. Après cela, comme disent les hommes incorrigibles et certains criminels: on n'est pas parfait!

Jean a quelquefois aussi conquis son grade à l'amphithéâtre, sous le scalpel du chirurgien. L'infirmier est alors un échantillon d'opération difficile et *réussie*, de dissection bien faite sur le *vivant*, et que, dans l'intérêt et pour l'honneur de la science, on ne veut pas perdre de vue. On garde l'infirmier, on le conserve à l'hospice par le même motif qui fait mettre les veaux à deux têtes en bocal, et les *tænia* dans l'esprit-de-vin. Hélas! ce même alcool est précisément ce qui détruit

Une pile a été chargée, avant qu'on introduisît les aiguilles, avec un mélange convenable d'eau et d'un acide quelconque, l'acide sulfurique, par exemple. Il faut que l'acidité du mélange ne soit pas trop forte, sans quoi les disques de la pile seraient attaqués, et la mousse produite par l'effervescence empêcherait le dégagement du fluide. On place dans des auges différentes la plaque métallique qui termine chaque fil conducteur. Le nombre des couples compris entre les deux plaques mesure le degré de force de la pile, puisque, suivant que ce nombre augmente ou diminue, on obtient plus ou moins de fluide.

Tout étant ainsi disposé, on met les fils en contact avec les aiguilles; le pôle positif doit correspondre au tronc du nerf; le pôle négatif à ses divisions. Il faut agir d'abord avec peu d'élémens; cinq à six suffisent. Les malades comparent la sensation perçue à une sorte d'étincelle, d'éclair, qui parcourrait toutes les divisions du nerf. En même temps les muscles se contractent. Il ne faut point prolonger le contact des aiguilles et des conducteurs au-delà de quelques secondes. J'ai vu cependant des cas où la douleur n'était heureusement modifiée que quand on avait recours à une sorte de courant continu.

La douleur n'est pas la même aux deux aiguilles. Elle est en général plus aiguë au pôle négatif qu'au pôle positif.

Il n'est pas rare que la névralgie disparaisse dès le premier contact des aiguilles et des conducteurs. On doit alors immédiatement s'arrêter. Une secousse électrique, en l'absence de la douleur, pourrait ramener à l'instant la névralgie.

Il est souvent nécessaire, avant que la douleur cesse, de revenir à plusieurs applications successives. Dans ce cas, il convient d'augmenter graduellement le nombre des élémens. Parfois aussi on se trouve bien de changer les conducteurs de place, de telle sorte que les aiguilles ne soient pas toujours en rapport avec le même pôle. Mais alors il faut toujours avoir soin de diminuer le nombre des élémens, sans quoi chaque changement serait accompagné d'une plus violente secousse.

Si la névralgie vient à quitter le nerf qu'elle occupait pour se fixer sur un autre nerf, ou seulement sur une autre branche du même nerf, on la poursuivra dans ce nouveau siége par les mêmes moyens que je viens d'indiquer.

La douleur n'existe plus. Ne vous hâtez pas cependant de retirer les aiguilles, mais attendez quelques instans, car elle pourrait revenir. M. Magendie recommande ordinairement aux malades d'exécuter les mouvemens qu'ils savent le plus propres à rappeler la névralgie. Celle-ci reparaît-elle, une ou deux applications galvaniques en font promptement justice.

Une fois qu'on s'est bien assuré de la disparition complète de la névralgie, on retire les aiguilles. Il est rare que les piqûres saignent; elles fourniraient tout au plus quelques gouttelettes de sang.

Aucun pansement à faire. Les malades ne ressentent plus qu'un très léger fourmillement sur le trajet du nerf. Souvent même tout souvenir de la douleur s'est dissipé. Il y a bien encore un petit cercle rougeâtre autour des points où étaient implantées les aiguilles; mais, au bout d'une heure, il n'en reste plus de traces.

Telle est la manière de se servir de la pile. M. Magendie emploie de préférence aujourd'hui la machine électro-magnétique de Clarke, comme étant plus commode, exerçant une action plus douce, et n'exigeant pas l'usage d'une solution acide. Son emploi est du reste extrêmement simple. Une fois les aiguilles en place, on les soumet au contact des conducteurs de la machine, et, suivant qu'on tourne la roue avec plus ou moins de rapidité, on obtient plus ou moins de fluide.

Dans quelques cas rares, j'ai vu M. Magendie essayer du petit appareil de M. Le Breton. L'action en est la même que celle de la machine électro-magnétique de Clarke; mais elle réclame plus de précautions, pour ne pas donner de commotions trop violentes.

Toute innocente qu'elle est, cette petite opération ne laisse pas que d'agir vivement la première fois sur l'imagination des malades. Cet attirail de longs fils, d'aiguilles acérées, d'une liqueur qui frémit entre des disques de métal, l'appréhension d'un moyen nouveau, tout cela préoccupe et intrigue. Souvent même des syncopes véritables surviennent avant qu'on ait fait agir l'électricité. Et ce ne sont pas seulement les personnes timides et délicates qui sont ainsi impressionnables. J'ai vu chez M. Magendie un ancien général de l'empire se trouver mal au moment où on allait introduire la première aiguille. Ces émotions d'un instant ne se manifestent qu'à la première séance. Il suffit même qu'on ait vu le galvanisme appliqué à une autre personne pour être déjà complètement rassuré; car, je le répète, l'emploi de ce procédé n'est aucunement douloureux.

DES NERFS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ATTEINTS DE NÉVRALGIE.

Avant de passer à l'étude des névralgies en particulier, je dois commencer par établir quels sont les nerfs susceptibles d'en être atteints. C'est pour avoir méconnu le véritable siége des névralgies, qu'on a commis de si déplorables méprises dans le choix des nerfs contre lesquels on a dirigé parfois des traitemens aussi barbares que déraisonnables. Or, voici ce qu'apprend l'observation.

Les nerfs sensitifs sont seuls sujets aux névralgies. Du moins, les nerfs exclusivement moteurs m'ont paru n'y prendre aucune part. Ainsi se trouve confirmée l'importante distinction des nerfs en nerfs de sentiment et nerfs de mouvement.

Je sais bien que cette opinion est loin d'être généralement adoptée. On oppose des objections et des faits. Mais ces faits et ces objections, bien loin de prouver contre ma manière de voir, trouvent une explication toute naturelle dans les dernières expériences de M. Magendie. Ce physiologiste, en effet, a démontré jusqu'à la dernière évidence que certains nerfs, regardés jusqu'ici comme exclusivement moteurs, jouissent cependant d'une sensibilité très réelle qu'ils reçoivent, non du système nerveux central, mais des anastomoses qui les associent avec les nerfs sensitifs. Ainsi, bien que moteur de sa nature, un nerf peut être atteint de névralgie. Celle-ci siége alors, non dans les filets propres du nerf, mais dans ses filets d'association avec des nerfs de sentiment. J'aurai plusieurs fois l'occasion, dans le cours de ce travail, de signaler l'accord et l'harmonie qui existent entre la pathologie du système nerveux et la physiologie expérimentale.

Les nerfs sensitifs n'ont pas tous une aptitude égale à être atteints de névralgie. Sous ce rapport, les nerfs de la face doivent être placés en première ligne; aussi consacrerai-je à l'étude de leurs névralgies un chapitre spécial.

Dans un second chapitre, je traiterai des névralgies du grand nerf

---

l'infirmier; car tous les rôles sont intervertis, et c'est Jean qui se fait bocal.

L'infirmier parle volontiers, *mais* longtemps. Appuyé sur son balai, l'un des attributs classiques de la profession, il vous racontera, si vous n'y tenez pas le moins du monde, tout ce qu'il sait; or de tout, il *n'en* ignore rien. Il cause monarchie d'après les récits d'un ex-serviteur de S. M. Louis XVI, qui est venu mourir dans le lit numéroté précisément 93; — république, selon les souvenirs du portier d'un girondin : — empire, conformément à la tradition que lui ont transmise plusieurs légionnaires qui ont passé par l'hôpital *pour arriver au champ du repos* (couleur locale)....., et peut-être aussi d'après les feuilletons du journal LE SIÈCLE; — poésie, à la suite de jeunes fous morts entre dix-huit et vingt-cinq ans, en récitant à leurs voisins, affectés de surdité chronique, des pensées qu'aucun ami n'a voulu entendre et des vers incompris du public; — littérature, d'après des éditeurs ruinés; — médecine, suivant tous les médecins qui se sont succédé ou exclus depuis son entrée à l'hôpital; — philosophie, enfin, d'après tous les pauvres.

Chacun subit les défauts de ses propres qualités. Jean est bavard : il doit encore être politique. En effet, Jean peut se donner aujourd'hui comme l'homme le plus fort de France sur les faits Paris d'hier. Jean lit en cachette tous les journaux de la veille : or je fais appel à vos souvenirs de collége, les lectures ainsi faites ne profitent-elles pas infiniment mieux que les autres? — Jean est donc abonné *gratis* au JOURNAL DES DÉBATS de l'administration, au TEMPS du médecin, à LA QUOTIDIENNE de la supérieure, et au NATIONAL de l'élève interne. La foi de Jean aux feuilles les plus diverses, mais imprimées, a été une foi modèle jusqu'au jour où il a dû constater une grave altération de la vérité, commise par l'une d'elles et fidèlement copiée par toutes les autres. Voici le fait : un homme ayant reçu trois coups de couteau de la main chérie de sa maîtresse, la victime fut transportée à l'hôpital. Jean vit sonder et panser ses blessures; elles n'étaient pas mortelles, mais elles entraînaient une opération qui l'était à leur place, ce qui est bien différent. L'homme fut opéré, et mourut. On imprima le lendemain qu'il avait succombé aux coups de l'assassin : Jean maintint que la victime était morte de l'opération; et depuis ce jour-là il se défie un peu du mal et du bien qui se publient touchant les ministères.

Jean flâne avec volupté dans les salles, comme tant d'autres flânent sur les quais et au soleil; il va d'une pleurésie à une gastrite, colportant les nouvelles; il flâne d'un typhus à un rhumatisme, d'un vésicatoire à un ulcère, ainsi que le papillon voltige du thym à la rose, de la rose à l'œillet. Son butin à lui, c'est une compresse qui traînait et qu'il serre, un emplâtre tombé qu'il ramasse, des pois à cautère dont il fait collection.

L'édifice, ordinairement peu gigantesque, de maître Jean se termine, nous l'avons déjà dit, par un bonnet de coton. Jean a le bon goût de ne pas s'en coiffer sur l'oreille, mais d'aplomb et sur les yeux. Sans être peureux, Jean n'est pas *crâne*, et, en homme de tact, il fuit les airs *tambour*, au milieu des malades. Il y a du *gâte-sauce* et du pâtissier dans sa façon de porter le bonnet classique; au fait, Jean n'est pas totalement étranger à l'art de restaurer les autres : Jean restaure quelquefois les malades que le médecin a mis à la diète, et moyennant certaine rétribution qui s'élève en proportion de la sévérité du régime auquel le client devrait être soumis. Le *numéro* qui est à la *demie* et qui veut acheter les

sciatique dont on connaît la résistance si souvent opiniâtre à tous les traitemens ordinaires.

Je pourrais multiplier ces divisions, en raison du nombre des nerfs dans lesquels on a observé des névralgies; mais je n'ai point encore recueilli de matériaux suffisans pour un pareil travail. Mes recherches ont eu jusqu'ici pour principal objet les névralgies faciales et sciatiques; aussi ne parlerai-je point des autres névralgies.

CHAPITRE PREMIER. — NÉVRALGIES DE LA FACE.

Deux nerfs sont spécialement affectés au sentiment et au mouvement de la face; ces deux nerfs sont la cinquième et la septième paire. La première question qui se présente est donc celle-ci : les névralgies peuvent-elles s'attaquer à chacun de ces deux nerfs, ou seulement à un seul? Laissons répondre les faits.

Il n'est douteux pour personne aujourd'hui que la cinquième paire ne soit très fréquemment atteinte de névralgie. Mais on est loin d'être aussi d'accord sur ce qui concerne la septième paire. Pour moi, j'ai une opinion très arrêtée à cet égard, car j'ai observé et recueilli plusieurs cas dans lesquels la névralgie avait évidemment pour siége des branches de la septième paire. Toutefois j'ajouterai que je n'ai jamais vu de névralgies isolées de ce dernier nerf, et que toujours elles coïncidaient avec des névralgies de la cinquième paire dont elles n'étaient qu'une complication.

Les expériences physiologiques nous rendent encore parfaitement raison de ces faits. On sait, en effet, que la septième paire reçoit par des anastomoses sa sensibilité de la cinquième. Ce nerf ne peut donc être affecté de névralgie qu'autant que celle-ci lui aura été apportée de la cinquième paire par les anastomoses.

Autres conséquences physiologiques. M. Magendie a prouvé, depuis longtemps, que la cinquième paire, indépendamment de ses usages comme nerf de sentiment, exerce une action telle sur les organes des sens que ceux-ci se troublent ou perdent leurs fonctions dès l'instant où la cinquième paire est malade. Cet faits trouvent encore ici leur application. Ainsi bon nombre d'amauroses et de surdités n'ont été dans le principe que des névralgies de la cinquième paire, fixées sur les branches de ce nerf, qui sont en rapport avec les fonctions visuelles et auditives. L'odorat et le goût peuvent également être abolis par l'effet de ces névralgies, ce qui s'explique à merveille, pour peu qu'on se reporte aux expériences physiologiques.

La preuve qu'il existe quelquefois une relation parfaite entre les névralgies de la face et la perte des sens, c'est que le même moyen qui triomphe de ces névralgies peut restituer aux sens leurs propriétés perdues. J'ai observé, en pareil cas, de nombreuses guérisons sous l'influence de l'électricité.

Ce que je viens de dire de la sensibilité spéciale est également applicable à la sensibilité tactile de la face. L'anesthésie de cette partie n'a été souvent, dans le principe, qu'une simple névralgie de la cinquième paire (1).

Bien que, n'étant pas le nerf moteur de la face, la cinquième paire exerce une certaine influence sur les mouvemens de cette partie. Aussi les muscles qui reçoivent les nerfs atteints de névralgie se contractent-ils convulsivement, alors même que la septième paire a été respectée. De là le nom de *tic douloureux*, par lequel on désigne généralement les névralgies de la face. Dans les premiers temps de la maladie, les muscles n'entrent en contraction que pendant les accès; mais si la névralgie s'est prolongée trop longtemps, le tic peut persister après que les douleurs ont totalement disparu.

Une autre conséquence de ces névralgies, c'est l'altération dans la nutrition de la face. Ainsi la cornée devient opaque : plus tard elle se ramollit et se perfore, les dents s'ébranlent, la langue se boursouffle et se fendille, la membrane pituitaire se détache par lambeaux, les muscles s'atrophient, en un mot, apparaissent tous ces désordres qu'on détermine à volonté sur l'animal dont on coupe la cinquième paire. Ces complications sont extrêmement graves et peuvent offrir une multitude de degrés intermédiaires, depuis la simple opacité de la cornée jusqu'à la mortification des parties molles. Elles ne se montrent pas dans les premiers temps de la névralgie, mais seulement lorsque celle-ci a entraîné une lésion organique du nerf.

Il me serait facile de donner à ces considérations physiologiques de plus amples développemens. Je préfère en rester là, car ce qui me reste à dire trouvera plus naturellement sa place dans les observations que je vais maintenant rapporter.

Comme il est très rare que les trois branches de la cinquième paire soient simultanément affectées, et que le plus souvent une seule est atteinte, je décrirai à part la névralgie de chacune de ces trois branches. Sans doute, on n'est pas toujours sûr de rencontrer une névralgie bien parfaitement circonscrite dans une seule division nerveuse; mais cependant il y a constamment une branche de la cinquième paire qui paraît être le foyer principal de la douleur; c'est à cette branche que nous rattacherons la description de la névralgie. Quant aux névralgies de la septième paire, elles se confondent tellement avec celles de la cinquième par leurs symptômes et le traitement qu'elles réclament que je n'en séparerai pas leur histoire.

§ Ier. — NÉVRALGIES DE LA BRANCHE OPHTHALMIQUE.

La branche ophthalmique fournit de nombreux rameaux à la glande lacrymale, aux paupières, au front, à la tempe et au dos du nez. Elle envoie un filet qui, après un trajet fort curieux, pénètre dans la fosse nasale par la lame criblée de l'ethmoïde. Ce filet paraît jouer un très grand rôle dans l'olfaction. La branche ophthalmique est encore en rapport avec l'organe de la vue par les nerfs ciliaires, rapport important puisqu'il peut servir à expliquer comment des blessures ou des névralgies de la cinquième paire ont été suivies de cécité.

La branche ophthalmique est très sujette aux névralgies. Celles-ci se reconnaissent aux caractères suivans :

(1) Je viens de présenter à l'Académie de médecine (séance du 20 octobre 1840) un malade qui, depuis plusieurs années, était affecté d'une paralysie complète de la sensibilité de tout le côté droit de la face, y compris les organes des sens, avec perte de la vue, du goût, de l'ouïe et de l'odorat de ce côté. Cette anesthésie avait succédé à une névralgie. Après avoir diagnostiqué une affection de la cinquième paire, j'ai dirigé sur chacune des branches de ce nerf des courans électriques, à l'aide d'aiguilles en platine et de la pile de Volta. En quelques semaines, la sensibilité générale était tout à fait revenue, et les sens avaient recouvré leur intégrité d'action.

---

deux tiers est taxé à un prix raisonnable, c'est-à-dire qu'il paie comme de chrétien à juif, et de fils de famille à usurier; mais le prix s'élève tout à coup et dans une proportion incommensurable pour le *numéro* qui veut, de la diète absolue, passer simplement *au quart;* pour celui-là, l'os de poulet qui n'a été qu'effleuré déjà par des lèvres mourantes ou par des dents ébranlées se paie comme s'il était acheté tout neuf chez le marchand. Mais la sagesse plutôt que l'avarice a présidé à la rédaction de ces tarifs : il est tout naturel que celui qui veut compromettre ses jours paie son imprudence un peu cher.

Arrière! place encore! découvrez-vous donc! voici le héros, le modèle des infirmiers qui s'avance. Ses égaux lui obéissent, ses supérieurs l'estiment : c'est l'infirmier type, l'infirmier hors de prix. Vous avez peut être été voir quelquefois l'homme qui se jette à l'eau sans se mouiller, l'homme qui traverse les flammes sans se brûler, l'imperméable et l'incombustible; l'homme que nous vous présentons en ce moment fait encore plus fort que tout cela..... Il traverse toutes les maladies connues sans en attraper aucune; il faut le voir. Or savez-vous comment il s'y est pris pour arriver à ce grand résultat? le moyen est à la portée de tout le monde : pour s'en préserver il a commencé par en *jouir;* il a eu la fièvre d'hôpital, c'est-à-dire celle qui contient tout, la fièvre des fièvres, la reine-mère des fièvres; celle qui guérit de toutes les autres en vous tuant du premier coup infailliblement, ou bien en vous donnant l'impunité. La fièvre d'hôpital est le Waterloo des infirmiers, leur tour du monde. On n'en revient guère, mais on n'y retourne plus. Aussi cette espèce de *Jean*-là est-elle la plus rare, la plus recherchée. Elle meurt, mais ne se rend pas... aux fléaux; typhus et choléra ne sont pour elle que zéphyrs légers qui passent sans même lui affecter le visage; elle meurt, mais uniquement parce qu'il faut bien, un beau jour, se faire une raison et une fin.

La sœur et l'infirmier sont les deux puissances de l'hôpital; ils se partagent l'empire, mais comme ces choses-là se partagent, c'est-à-dire fort inégalement. La sœur est reine, l'infirmier n'est qu'un seigneur de sa cour, et qui tire sa plus grande autorité de la faveur dont il jouit auprès de la souveraine. Aussi l'infirmier dévot peut le plus.... après l'infirmier hypocrite, bien entendu.

Ce sont, nous l'avons dit, deux grandes puissances. Cette expression prend un nouveau degré de justesse quand on connaît leurs rapports et les petits présens diplomatiques dont s'entretient leur harmonieuse et parfaite intelligence.

Les grandes négociations qu'elles poursuivent entre elles sont ordinairement relatives à des objets de consommation, tels que les œufs, le lait, le vin, toutes matières fort délicates, comme vous voyez, très susceptibles d'altération, et qui demandent des ménagemens. Le problème que les deux puissances ont souvent à résoudre en commun est celui-ci : « Sans rien changer à la qualité, à la quantité prescrites, faire la part de tous les ayant-droit *et de quelques autres encore.* » Quant au vin, on peut sans fanatisme admettre que Jésus a transmis une petite partie du secret des noces de Cana à ses chastes épouses; cette supposition n'est point, en tout cas, la moins chrétienne. Enfin croyez-en ce qu'il vous plaira et *honni soit qui mal y pense*, mais le problème se trouve résolu tous les jours, à la satisfaction générale.

La sœur représente la religion; l'infirmier, la philosophie; elle la résignation; lui, l'insouciance. Qu'est-ce qu'une plaie aux yeux de l'infirmier? Un quart, une demi-livre de chair avariée. — Le sang qui coule est moins précieux que le vin qui

Douleurs vives, commençant au trou sourcilier et se propageant de là aux paupières, à la caroncule lacrymale, au front, à la tempe, partout, en un mot, où se distribuent les rameaux affectés; extrême sensibilité de l'œil; photophobie; resserrement spasmodique de l'iris; sensation de battemens douloureux au fond de l'orbite et vers la tempe; écoulement de larmes âcres et brûlantes. Pendant les paroxysmes, la surface de l'œil devient rouge et les paupières peuvent à peine s'entr'ouvrir; la narine correspondante est sèche, et les malades y accusent parfois un chatouillement désagréable. Il n'est pas rare non plus de voir la douleur retentir jusque dans les sinus frontaux.

Les névralgies de la branche ophthalmique ne s'étendent pas toujours à toutes les divisions de ce nerf; le rameau frontal est quelquefois le seul affecté; dans ce cas, la douleur reste limitée au sourcil, au front et à la tempe.

Voici maintenant quelques faits particuliers qui compléteront la description des névralgies de la branche ophthalmique :

Obs. I. — M. R., âgé de 63 ans, d'une forte constitution, éprouva, dans le courant de janvier 1837, une première atteinte de névralgie. La douleur occupait le nerf sous-orbitaire droit et s'irradiait dans le côté correspondant de la mâchoire supérieure. Deux dents, la première et la seconde molaires, furent arrachées, quoique saines. Mais, bien loin de céder, la douleur devint intolérable. Le malade eut recours alors aux topiques les plus calmans. Emplâtres opiacés, frictions avec la belladone, embrocations huileuses ou balsamiques, tout échoua. Enfin, ce ne fut qu'au bout de trois mois que les douleurs finirent par disparaître.

Une nouvelle crise éclata dans les derniers jours du mois d'octobre 1838. Cette fois la douleur changea de siége. Après s'être promenée, en quelque sorte, de branche en branche, elle parut se fixer définitivement dans les divisions du nerf ophthalmique droit. M. R., qu'une triste expérience avait instruit de l'inefficacité des traitemens ordinaires, vint consulter M. Magendie. Voici quel était alors son état :

La douleur semblait sortir du trou sus-orbitaire droit, et de là elle couvrait de ses irradiations le front et la tempe de ce côté. L'œil était larmoyant et rouge; les paupières fermées avec froncement. Quand le malade essayait de les entr'ouvrir, la douleur devenait plus vive, et il la comparait à la sensation que produirait de l'eau glacée, lancée sur l'œil par une chiquenaude. La pupille fortement contractée ne se dilatait point à l'ombre.

Nul doute sur la nature de l'affection. C'était une névralgie de la branche ophthalmique.

M. Magendie implanta une aiguille au niveau du trou sus-orbitaire droit, une autre au milieu de la région temporale du même côté. La douleur ne fut point modifiée. Nous fîmes agir alors la machine de Clarke, et au bout de cinq minutes la névralgie avait complètement disparu. Le malade ayant prononcé quelque paroles, elle revint, mais en changeant de siége, et se fixa dans les points de la gencive d'où les dents avaient été arrachée. L'aiguille de la tempe fut retirée, et placée dans l'alvéole de la première molaire. En quelques secousses galvaniques, nous eûmes chassé la douleur, et le malade sortit parfaitement guéri.

Il est revenu depuis voir M. Magendie. La névralgie ne s'était point reproduite.

Obs. II. — M. L. éprouvait depuis plusieurs années des douleurs vagues dans le front et la tempe gauche. Ces douleurs avaient tout à fait le caractère des douleurs névralgiques. Elles étaient lancinantes, se portaient d'un point à un autre, et la moindre impression du froid en provoquait le retour. M. L. parvenait habituellement à les calmer en enveloppant de flanelle les parties qui en étaient le siége.

Le 5 avril 1838, M. L., après s'être exposé à un courant d'air froid, fut saisi tout à coup de douleurs atroces dans le front et la tempe du côté droit. M. Récamier, mandé sur-le-champ, prescrivit des pilules de camphre et d'opium. Il y eut un peu de soulagement, mais pendant la nuit la névralgie reparut avec une nouvelle intensité, au point d'arracher au malade, homme vigoureux et dans la force de l'âge, des cris de désespoir. M. Récamier m'envoya de suite près du malade que je trouvai dans l'état suivant.

Attitude exprimant un découragement profond. De ses deux mains il soutient sa tête penchée vers sa poitrine, et il fait entendre par intervalle des gémissemens mal articulés. La douleur est trop aiguë pour qu'il puisse me donner lui-même des renseignemens. J'apprends de la personne qui est près de lui que depuis plusieurs heures il ne peut ni parler, ni même écarter les mâchoires. Le malade me confirme par gestes l'exactitude de ces détails. Je le prie de m'indiquer avec le doigt le trajet de la douleur. Il me montre qu'elle part du trou sourcilier gauche, et de là se dirige vers le front, la tempe, jusqu'à la glande parotide où elle semble aboutir. L'œil est entièrement fermé. Les paupières, rapprochées par une contraction convulsive, n'ont pu être écartées par mes doigts, ni par la volonté du malade. La physionomie tout entière exprime une affreuse angoisse.

J'avais préparé une pile galvanique. Je place une aiguille au niveau du trou sourcilier, point de départ de la douleur, et une autre dans l'épaisseur de la glande parotide près de l'arcade zygomatique. Les conducteurs sont mis en contact avec les aiguilles. J'agis seulement avec huit couples. En moins de trois minutes la douleur a complètement disparu, les muscles ont repris leur contractilité, et tout est rentré dans l'ordre. Le malade a recouvré en même temps la liberté de la parole et le mouvement des mâchoires.

Deux jours s'écoulent et la douleur n'est pas revenue. Vers cette époque le malades a ressenti quelques élancemens qui se sont promptement dissipés d'eux-mêmes.

Le 10 mai, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après la première crise, retour de la névralgie dans les mêmes parties et avec les mêmes caractères. On vient me chercher en toute hâte. Je retrouve le malade dans un état à peu près semblable à celui où je l'avais vu la première fois; seulement la douleur était un peu moins intense.

J'applique les aiguilles et l'électricité avec le même succès que précédemment. En quelques minutes, il ne reste plus de traces de la névralgie.

J'ai eu plusieurs fois depuis l'occasion de revoir M. L. Il éprouvait bien encore dans les changemens de temps quelques élancemens et même des crises d'un instant; mais c'est fort peu de chose, et il n'a jamais souffert assez pour venir de nouveau réclamer mes soins.

Obs. III. — Une jeune dame souffrait depuis plusieurs années d'une névralgie très violente de la branche frontale du côté droit. Après beaucoup de traitemens inutiles, elle se décida à subir la section du nerf; mais le mal augmenta encore par l'effet de l'opération. Son état semblait désespéré quand elle vint consulter M. Magendie. Ce médecin eut recours à l'électricité, et après quelques séances la malade quitta Paris parfaitement guérie.

Je n'ai pu recueillir l'observation de cette dame. Le peu de renseignemens que je viens de transcrire m'ont été donnés par M. Magendie.

Je pourrais aisément multiplier ces exemples, car les cas de névralgie de la branche ophthalmique que j'ai vu céder ainsi au même moyen de traitement sont beaucoup plus nombreux; mais ce serait à peu près les mêmes faits à reproduire. J'aime mieux choisir les cas les plus curieux et les mentionner à propos de chaque névralgie, que d'entrer dans des citations et des développemens qui m'entraîneraient bien au-delà des limites que je veux donner à ce travail.

Je n'ai rien à ajouter de particulier sur les endroits où il convient d'appliquer les aiguilles dans les cas de névralgie de la branche ophthalmique. Comme le nerf frontal est le plus fréquemment affecté, c'est sur ce nerf qu'on est surtout obligé d'agir. On reconnaît facilement sa place au siége

---

fuit. — Un cadavre, c'est ce qui fait place dans le lit à un nouveau malade, ce qui rend un numéro vacant, ce qu'on couvre d'un drap, et ce qu'on descend à l'amphithéâtre. — Voilà.

Les poètes s'écrient fastueusement et sans vérité :

Que j'en ai vu mourir!....

Jean, lorsqu'il se trouve en sensibilité, se contente d'ajouter, mais sans aucune prétention littéraire : *Eh bien! et moi donc?* — Jean et la mort sont en effet de très vieilles connaissances, à l'égoïsme près, car elles ne passent jamais un seul jour sans faire quelque chose l'une pour l'autre. Jean, par une stupide complaisance, ou par inattention, laisse envoler une ame qu'il était possible de retenir un moment encore ici-bas; la mort ajoute par un arrêt capital quelque défroque, une tabatière en écorce de bouleau, par exemple, une pipe *culottée*, à la garde-robe de l'infirmier. Touchant échange! Effroyable réciprocité!

Il y a des jours où les fonctions de Jean prennent un imposant caractère de solennité : c'est lorsqu'il est chargé de conduire à l'amphithéâtre le pauvre blessé qu'attend le fer du chirurgien. Tous les malades, assis sur leur seant, ou debout avec leurs capotes grisâtres, représentent la foule et forment la haie; Jean va et vient du lit du patient à l'amphithéâtre, préparant l'un et l'autre, et l'un pour l'autre. — Les voilà qui passent; l'infirmier soutient la victime pâle et tremblante. Jean lui démontre, en souriant, comme quoi on ne souffre pas, et va même, dans son humanité, jusqu'à lui en donner sa parole d'honneur, *à preuve*. Ceux d'entre les spectateurs qui ont déjà suivi le même chemin et qui en sont revenus heureusement, *rari nantes*, jettent aussi leurs exhortations au passant. — Numéro tant, s'écrie celui-ci, n'aie pas peur, on m'a bien coupé la jambe. — Numéro tant, dit l'autre, du courage; on m'a amputé le bras, à moi. — Chacun offre ce qu'il a perdu au malheureux qui doit laisser où on le mène une partie de lui-même. Jean assiste à l'opération; il prend note des cris, des gémissemens poussés, et classe ensuite, suivant leur nombre, l'opéré sur sa liste et dans son estime. Jean remarque, s'étonne et s'indigne que les femmes supportent généralement les opérations les plus terribles sans laisser échapper un seul mot. — Elles qui parlent si volontiers à propos de rien! ajoute-t-il. Jean ne veut voir là qu'un esprit de contrariété de leur part. En cette circonstance, Jean ne se montre ni juste ni galant.

Combien de fois Jean a-t-il servi de notaire à l'amant qui n'avait qu'une bague en crin et une mèche de cheveux à léguer, en mourant, à la femme pour laquelle, dans le délire de sa jeunesse, de son amour et de sa fièvre, le malheureux avait rêvé des fleurs, des diamans, et la fortune! — Que de douces confidences il a reçues! que de terribles secrets il a dû surprendre! Confidences d'une ame d'élite exilée dans un corps et dans une condition misérables pour expier peut-être les profanations et les raffinemens d'une vie antérieure, et qui, entrevoyant sa délivrance, racontait son espoir...., et son espoir était réputé folie! A l'hôpital, ne faut-il pas que tout rentre dans la nomenclature des maladies ou des infirmités humaines, — secrets de la misère et du génie, discrets jusque-là, mais qui, au dernier moment, ne pouvaient se refuser un peu de luxe, et versaient quelques aveux et quelques larmes? — Secrets du pauvre qui a laissé quelques liards dans le coin de la paillasse de son grabat, et qui connaît trop bien le prix de l'ar-

de la douleur et à la petite dépression qu'on sent avec le doigt, le long du bord supérieur de l'orbite, vers la partie interne du sourcil.

J'ai vu plusieurs fois M. Magendie aller piquer le nerf lacrymal dans le point où il pénètre la glande de ce nom. Un écoulement abondant de larmes indique que le nerf est touché. Cette petite opération est très délicate et exige une grande dextérité. En dirigeant l'aiguille vers l'angle supérieur et externe de l'orbite, on est sûr d'être dans le voisinage du nerf lacrymal et cela suffit, car ordinairement le résultat est le même que si le nerf était atteint.

§ II. — NÉVRALGIES DE LA BRANCHE MAXILLAIRE SUPÉRIEURE.

Le nerf maxillaire supérieur est la seconde branche que fournisse le ganglion de Gasser. Dans son trajet du trou grand rond au trou sous-orbitaire, ce nerf envoie de nombreux rameaux aux méats et aux cornets du nez, au voile du palais, à la voûte palatine, aux gencives et aux dents de la mâchoire supérieure. Il fournit également le filet Vidien qui paraît jouer un rôle important dans les fonctions de l'ouïe. Peut-être doit-on rattacher à la lésion de ce filet nerveux certaines surdités qui succèdent aux névralgies de la face.

Parvenu à l'orifice antérieur du canal sous-orbitaire le nerf maxillaire supérieur s'épanouit en une multitude de filets qui se distribuent à la lèvre, à la joue, au nez, en un mot à toutes les parties voisines.

D'après ces données anatomiques, rien de plus simple que de reconnaître une névralgie du nerf maxillaire supérieur. J'en énumérerai rapidement les principaux phénomènes :

Douleur vive au niveau du trou sous-orbitaire, s'irradiant vers l'aile du nez, la lèvre supérieure et la joue. Les muscles du même côté éprouvent des convulsions générales ou partielles ; quelquefois ils offrent une raideur tétanique. J'ai vu souvent la lèvre supérieure agitée, pendant les accès, de tremblemens singuliers. Élancemens aigus dans les gencives, surtout vers la racine des dents. Il n'est pas rare que les malades accusent des bourdonnemens et des tintemens d'oreille; l'ouïe parfois devient obtuse, et même, ainsi que je l'ai déjà dit, il surviendra une surdité complète.

Quelque facile que paraisse le diagnostic, on confond cependant très souvent ces névralgies à leur début avec de simples douleurs de dents. Les exemples de pareilles méprises sont nombreux. Je citerai celui de Wepfer :

Une malade consulte Wepfer pour une névralgie du nerf maxillaire supérieur droit. Ce chirurgien croit reconnaître une odontalgie, et débute par arracher toutes les dents du côté droit de la mâchoire supérieure. Ensuite, il excise une partie de la gencive. L'os s'exfolia. Pour couronner l'œuvre, Wepfer couvrit le cuir chevelu d'un large vésicatoire, fit placer un cautère et un séton, ouvrit une artère.... La malade mourut dans le marasme sans avoir été soulagée de sa névralgie.

Il y a peu de chirurgiens aujourd'hui qui eussent le triste courage de recourir à des traitemens aussi déraisonnables. Toutefois il est rare qu'on ne débute pas par arracher une ou plusieurs dents, ce qui exaspère à peu près constamment les douleurs. Voici quelques caractères propres à faire distinguer la névralgie véritable de la simple odontalgie :

Dans la névralgie, la douleur existe sous forme d'élancemens et d'étincelles. Elle revient et disparaît, suit le trajet des nerfs, s'accompagne de convulsions de la face. Les parties sont peu ou point tuméfiées. La pression soulage quelquefois la douleur au lieu de l'augmenter.

Dans l'odontalgie, au contraire, la douleur est continue et uniforme. Elle n'offre ni ces crises, ni ces rémissions. La joue devient rouge et gonflée quand les souffrances se prolongent quelque temps. Les muscles n'éprouvent point de convulsions. En explorant attentivement la bouche, on reconnaît quelque dent cariée qui semble être le point de départ ou l'aboutissant de la douleur. Lors même que les dents paraîtraient toutes saines, on s'assure en les percutant légèrement l'une après l'autre qu'il y en a une plus douloureuse que les autres.

Malgré ces signes différentiels, il n'est pas toujours facile de distinguer la névralgie véritable du simple mal de dents; d'autant plus que si la névralgie occupe l'un des nerfs maxillaires, la douleur se propagera jusqu'aux filets nerveux des papilles dentaires, et par conséquent produira une véritable odontalgie.

OBS. IV. — M. P., capitaine d'artillerie, fut pris tout à coup, dans le courant du mois de novembre 1833, de douleurs très aiguës au niveau du trou sous-orbitaire droit. Ces douleurs se propageaient vers la lèvre et la joue. M. P. les combattit par des cataplasmes et l'application de flanelle sèche ou imbibée de linimens calmans. Il y eut peu de soulagement. L'opium pris à l'intérieur et administré par la méthode endermique fut également sans effets marqués.

La douleur ne tarda pas à s'étendre davantage. C'est surtout à l'intérieur du sinus maxillaire, et vers la racine des petites dents molaires droites qu'elle se concentra avec le plus de violence. Ces dents, ainsi que la canine, furent successivement arrachées. Aucune amélioration. Bien plus, l'avulsion de chaque dent fut suivie d'un redoublement de la douleur.

La névralgie eut bientôt acquis un degré d'intensité tel que la position de M. P. devint des plus affreuses. Plus de sommeil; plus d'intervalle entre les souffrances; la mastication est devenue un acte à peu près impossible; aussi le malade est-il réduit à se nourrir de potages, de bouillies et autres alimens liquides. Pendant les crises, il ne peut rien avaler, de sorte qu'aux douleurs de la névralgie se joignent les privations d'une abstinence forcée.

La santé de M. P. se ressentit profondément de cet état continuel de souffrances. Il demanda et obtint d'être admis à la retraite.

Et pourtant tous les traitemens avaient été employés. Saignées du bras, sangsues, emplâtres de toute nature, dérivatifs vers la peau et l'intestin. Le malade est-il donc condamné dans la force de l'âge à vivre ainsi misérablement ? Il se décida à venir à Paris et se présenta à la consultation de M. Magendie, le 12 février 1835. Voici les détails qu'il nous donna, non pas de vive voix, car le parler était impossible, mais en écrivant sur une ardoise qu'il portait avec lui pour se faire comprendre.

Depuis trois jours les douleurs étaient intolérables, et depuis trois jours il n'avait pris aucun aliment. Il souffrait surtout dans la gencive, aux points correspondans aux dents arrachées. Le trou sous-orbitaire était également le siége d'élancemens douloureux. La lèvre supérieure et l'aile du nez, à droite, étaient agitées de petites contractions que la volonté du malade ne pouvait réprimer.

M. Magendie plaça deux aiguilles, l'une dans l'alvéole de la première petite molaire; l'autre au niveau du trou sous-orbitaire; puis nous mîmes en jeu la machine de Clarke. Il fallut plusieurs secousses avant que la névralgie fût entièrement chassée : elle se dissipait pour un instant en revenant ensuite. Cependant, au bout de huit minutes, elle avait complètement disparu. J'essaierais en vain d'exprimer l'ivresse de la joie de M. P., qui se trouvait passer sans transition d'un état affreux à un bien-être immédiat. Il est de ces sensations de bonheur qu'on ne peut comprendre que quand on les a soi-même éprouvées, ou qu'on a été témoin de leur manifestation.

M. P. se crut parfaitement guéri. Il n'éprouva plus, il est vrai, de crises réelles; mais pendant plusieurs jours encore le retour d'élancemens dans les nerfs

---

gent pour ne pas vouloir qu'ils profitent à quelqu'un. — Secrets du brave ouvrier qui s'éteint et regrette amèrement la femme rachitique et les six enfans qui sont restés à la maison sans feu et sans pain ! — Quels trésors de tendresse et de mélancolie lui ont été confiés ! — Dévouemens célestes, crimes exécrables, pleurs de religieuse espérance, grincemens de dents.

Mon Dieu ! combien l'homme qui nous occupe sait-il plus de l'homme que tous les philosophes ensemble ! combien a-t-il plus vu, de ses propres yeux vu, d'horreurs, de drames et d'élégies que l'imagination de tous les poètes réunis n'en a jamais rêvé ! O sublime de la science, Jean sait tout cela sans pédantisme.

Jean regarde les malades se succéder comme les courtisans assistent aux révolutions politiques; c'est la même sécheresse supérieure et incurable; c'est la même insouciance profonde. Ses fonctions se perpétuent auprès de tous, quels qu'ils soient; voilà la seule idée qu'il ait de la constance et qu'il se fasse de l'éternité. Quand vous avez été (quand vous *n'êtes plus* implique une idée d'existence négative et de présent), Jean se dérange encore à votre intention et fait quelque chose pour vous ; il vous descend à la salle des morts, vous couche sur la dalle, allume une veilleuse funéraire, et vous attache au bras gauche le cordon d'une sonnette, pour le cas prévu, et non impossible, de léthargie et de réveil. Jean ne demande pas mieux que de vous croire vivant; mais prenez la peine de l'en avertir et sonnez fort, s'il vous plaît. Sans cette précaution, Jean vous remettra demain à son camarade, le garçon d'amphithéâtre, lequel viendra, le fouet en main et la pipe à la bouche, réclamer *ses sujets*, car, le lendemain vous ne serez déjà plus un mort, vous serez *un sujet* ; c'est ainsi qu'on appelle ceux des hommes qui, utiles encore après leur vie, servent aux recherches anatomiques. — Ses sujets !

Quelle royauté !

Royauté difficile et tourmentée plus qu'on ne pense. — Les jambes, les bras, les têtes sont quelquefois d'une grande turbulence, et sans que le galvanisme s'en mêle, l'anatomiste ne le retrouve pas toujours le lendemain à la place où il les a laissés la veille. Ce phénomène s'explique très naturellement, c'est que les travailleurs se pillent les sujets, dans les pavillons, absolument comme le font les auteurs dramatiques au théâtre.

L'infirmier, pour y revenir, n'est jamais marié. — Il n'a pas, en général, une assez haute idée de l'espèce humaine, pour s'occuper de la perpétuer. — Jean ne fait pas vœu de célibat ; il ne s'engage à rien, et il y tient. — Cependant, comme il y a partout des anomalies, Jean se trouve quelquefois pourvu d'une famille; voici alors de quelle manière elle est distribuée :

Sa mère est aux *Incurables-Femmes*.

Son épouse fait ses couches à *la Maternité*.

Son premier est à *l'Enfant-Jésus*.

Il a enfin un oncle concierge dans un hôpital de province. Cet oncle fait l'orgueil et l'espoir de toute la famille.

L'infirmier n'est pas, comme on pourrait le croire au premier abord, le mâle de la garde-malade. Ils appartiennent l'un et l'autre à une race très différente. Celle ci affiche des prétentions : elle est toujours une veuve qu'a *zété* dans l'aisance, *sous son premier*, pauvre défunt, *qu'était* un fort bel homme, bien *indugué ; elle a t'eu des malheurs.*

primitivement affectés nécessita l'emploi du galvanisme. Ce n'est qu'après une dixaine de séances que la névralgie fut entièrement dissipée.

OBS. V.—Madame V. éprouvait, depuis plusieurs années, des douleurs vagues dans le côté droit de la face. Ces douleurs finirent par se concentrer dans le nerf sous-orbitaire, d'où elles s'irradiaient vers la lèvre supérieure, les dents et la joue. Un médecin conseilla d'arracher la deuxième petite molaire. L'avulsion de cette dent fut suivie d'une crise beaucoup plus violente que toutes les précédentes. Cependant, la crise se calma, et les douleurs redevinrent ce qu'elles étaient auparavant.

Pendant plusieurs mois, l'état de la malade resta le même. Une crise plus forte que la première étant survenue dans le courant de novembre 1837, elle consulta un autre médecin qui fit appliquer des sangsues sur le siége de la douleur, et prescrivit des pilules de sulfate de quinine. Nul soulagement. La crise dura son temps ordinaire, puis se dissipa sans que les moyens dirigés contre elle l'eussent en aucune manière influencée.

De nouvelles crises survinrent qui furent combattues par des moyens aussi infructueux que les premières. Le médecin, désespéré de la ténacité du mal, conseilla la section du nerf sous orbitaire. L'opération fut pratiquée le 12 juillet 1836. Elle fut immédiatement suivie d'une crise affreuse caractérisée comme les précédentes par des douleurs offrant leur maximum d'intensité dans l'épaisseur de la joue et de la lèvre supérieure. Ce n'est qu'au bout de quinze jours qu'il y eut un léger amendement On voulut encore essayer des vesicatoires, de la morphine, de la pommade de belladone; mais la douleur persista

La malade vint consulter M. Mageodie le 15 septembre 1839. Elle était alors au milieu d'une de ses crises, souffrant dans toutes les branches du nerf maxillaire supérieur droit. Elle se plaignait également de bourdonnemens très pénibles dans l'oreille du même côté. Une cicatrice transversale indiquait, au niveau du trou sous-orbitaire, l'opération pratiquée sur le nerf de ce nom. Nous nous assurâmes par plusieurs explorations que la sensibilité des parties dans lesquelles se distribue le nerf coupé était restée parfaitement intacte.

M. Magendie eut recours à l'électricité. Une aiguille fut placée sur la cicatrice, dans la direction du trou sous-orbitaire; l'autre aiguille pénétra dans l'alvéole de la deuxième petite molaire. La malade a soin de tenir les lèvres écartées: leur contact sur l'aiguille aurait empêché le transport du fluide électrique. Nous faisons agir la machine de Clarke. Après quelques secousses, la douleur devint moins vive, et bientôt elle ne consista plus que dans un simple engourdissement. M. Magendie jugea prudent d'en rester là. Il craignait qu'en insistant sur l'électricité on ne rappelât la névralgie.

L'engourdissement se dissipa dans la soirée. Pendant quinze jours consécutifs la malade ne ressentit plus la moindre souffrance.

Vers la fin du mois d'octobre de la même année, madame V. éprouva quelques élancemens pareils à ceux qui précédaient d'ordinaire l'invasion de ses crises. Elle revint trouver M. Magendie. Déjà les douleurs étaient assez vives. Elles cédèrent comme la première fois à l'emploi de l'électricité. Ces douleurs ayant, pendant l'opération, sauté brusquement de la gencive dans l'épaisseur de la parotide, M. Magendie les attaqua de nouveau en implantant une aiguille dans cette glande. Trois ou quatre sécousse galvaniques dissipèrent entièrement la névralgie.

Je n'ai pas revu madame V. depuis cette époque. Mais comme elle devait revenir dès que les douleurs reparaîtraient, je présume qu'elle n'en a plus éprouvé.

OBS. VI. — M. Thélin (je le nomme avec son agrément), est un de nos habitués au traitement des névralgies par l'électricité. Tous les deux ou trois mois, il est repris de crises excessivement douloureuses dans le nerf maxillaire supérieur, et aussitôt il se rend chez M. Magendie, où on le débarrasse de sa névralgie. Il y avait cinq ans que M. Thélin souffrait quand il fut soumis par M. Mageodie au galvanisme. La vie lui était alors tellement pénible, que plusieurs fois des idées de suicide s'étaient présentées à son esprit.

Voici quel était le caractère de ses crises: élancemens aigus dans la gencive, la joue, la lèvre supérieure, l'aîle du nez et la glande parotide du côté droit. La mastication devenait impossible. Le malade pouvait à peine prononcer quelques paroles. Son anxiété était extrême, et il cherchait en vain une attitude qu'il pût garder quelques instans.

Je vais énumérer, comme document curieux, les principaux traitemens auxquels M. Thélin fut soumis avant de s'adresser à M. Magendie.

Le malade s'est fait successivement arracher cinq dents de la mâchoire supérieure. Il a pris plus de 150 pilules de Méglin; et eu pendant deux mois un séton à la nuque. Six vésicatoires furent appliqués sur le côté droit de la face, et pansés avec l'acétate de morphine. Les sangsues n'ont pas été oubliées, ainsi que l'attestent de très nombreuses cicatrices. Bon nombre d'onguens et de baumes furent employés. M. Thélin m'a dit s'être purgé plus de deux cents fois, et, en effet; pendant près d'une année, il a pris régulièrement une bouteille d'eau de Sedlitz un jour, et de l'huile de ricin l'autre. Malgré ce luxe de moyens thérapeutiques, il n'y avait eu aucune espèce de soulagement.

M. Magendie fut consulté pour la première fois le 5 mars 1838. En une séance de quelques minutes, la douleur était chassée. L'oreille du côté droit, qui était devenue paresseuse, recouvra au bout de peu de jours toute sa finesse.

Chaque fois, depuis cette époque, que M. Thélin est repris de sa névralgie, il vient trouver M. Magendie, et toujours il sort de chez lui guéri. Ce n'est qu'après plusieurs mois d'absence que les crises reparaissent.

Nous voyons, par les observations qui précèdent, que la névralgie s'attaque de préférence aux nerfs alvéolo-dentaires et sous-orbitaire. L'application des aiguilles dans ces points n'offre aucune difficulté.

Pour atteindre le nerf sous-orbitaire, il suffit de se rappeler que le canal qu'il parcourt est dirigé obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, et vient s'ouvrir dans l'épaisseur de la joue, un peu au-dessous du rebord inférieur de l'orbite. Du reste, comme le nerf, à sa sortie du canal, s'épanouit en une multitude de divisions, on est toujours certain d'en piquer quelqu'une, en faisant pénétrer l'aiguille dans la direction que je viens d'indiquer.

Quant aux nerfs alvéolo-dentaires, on agit sur eux en implantant une aiguille dans la gencive de la dent douloureuse. On peut quelquefois se dispenser d'employer une aiguille. Dans ce cas, on approche simplement de la gencive le bouton du conducteur. L'humidité de la membrane muqueuse et la finesse de son épithélium permettent au fluide électrique d'arriver jusqu'au nerf sans le secours de l'aiguille.

§ III. — NÉVRALGIES DE LA BRANCHE MAXILLAIRE INFÉRIEURE.

Parmi les nombreux rameaux que fournit le nerf maxillaire inférieur, et qui peuvent tous être affectés de névralgie, il en est trois qui méritent une attention spéciale, comme en étant le plus fréquemment atteints. Ce sont:

1° Le nerf dentaire inférieur, lequel, après avoir fourni des filets aux dents molaires, canines et incisives, s'échappe par le trou mentonnier, pour se perdre dans les parties molles environnantes.

2° Le nerf auriculo-temporal. Nul doute que ce nerf ne joue un grand rôle dans les névralgies du nerf facial, puisqu'il est la voie de communication par laquelle la cinquième paire fournit à la septième sa sensibilité.

3° Le nerf lingual. Nous allons voir, par les observations qui vont suivre, que le nerf lingual est très souvent atteint de névralgie.

Le diagnostic des névralgies du nerf maxillaire inférieur est très facile, pour peu qu'on se rappelle le trajet et la destination des divisions de ce nerf. Ainsi, les malades accusent des élancemens dans la lèvre inférieure, le menton, les gencives, les dents, la tempe et l'épaisseur

---

Celui-là, et sauf les exceptions que nous avons indiquées tout à l'heure, descend sans honte, comme sans vanité, d'un père inconnu et d'une mère dont il a perdu la trace. Les souvenirs de son enfance ne lui rappellent communément que des jeux de bouchon, de *pigoche*, et des escalades de lanternes et de parapets, pour bien voir des guillotinés; il croit être né en Bourgogne; il s'est élevé.... comme s'élèvent les champignons et les orties. — La garde-malade est ronde et grasse; elle roule plutôt qu'elle ne *va-t-en* ville; l'infirmier est maigre et sec. Les malades doivent toujours être tentés de lui répondre: guéris-toi toi-même. — La voracité de la garde-malade se contient toujours dans les limites des choses succulentes et sucrées. — L'infirmier, quand il lui plaît de déployer sa puissance digestive, s'attaque à toutes les substances. Nous avons parlé plus haut de sa gourmandise; ce n'est là qu'un défaut du caractère; mais, hélas! les organes eux-mêmes de Jean se mêlent parfois de se dépraver, et alors cette gourmandise prend un développement surhumain. On a vu des infirmiers engloutir la portion d'une salle presque entière, et leur voracité dépasser les bornes de l'honnête et du possible: appétit bien digne des miasmes qui l'irritaient!

Nous nous apercevons à regret que jusqu'ici nous avons dit beaucoup de mal de l'infirmier; il ne faut pas qu'il nous en veuille: médire est aussi une maladie. Nous nous empressons de convenir que l'infirmier rend souvent des services signalés à l'humanité souffrante, et que, lorsqu'il lui prend fantaisie de se montrer sobre, intelligent et soigneux, il peut beaucoup pour l'adoucissement, voire même pour la guérison de certains malades. — En réfléchissant même, je serais presque tenté de rétracter une partie du mal que j'ai dit de mon héros.

A propos de héros, je dois vous avertir que l'infirmier militaire diffère du civil; d'abord le premier est revêtu d'un uniforme, et tout le monde sait les graves modifications que cette simple circonstance apporte d'elle-même à un individu. On pourrait recueillir aux Invalides les élémens de son histoire intéressante; on découvrirait peut-être un triste revers de la médaille d'Iena; d'Austerlitz et de Friedland.

L'infirmier vous représente l'homme du monde le mieux fixé sur le genre de maladie dont il doit mourir; là-dessus, on ne saurait le tromper; c'est le résultat de son expérience et le couronnement de tous ses travaux. Une fois qu'il a bien reconnu son mal, ne croyez pas qu'il s'occupe de le guérir, pas si simple; il met son orgueil à le caresser, à lui donner toutes les facilités imaginables, et meurt ordinairement par où il a le plus vécu, par l'estomac et les entrailles. — En mourant, il lègue sa pipe au *numéro* qu'il affectionne le plus, et son corps à l'amphithéâtre; le cimetière lui paraît un abus; — les tombes, un obstacle à la circulation; — la sépulture, une recherche et une faiblesse de petit-maître; le *Père-Lachaise*,... il en trouve l'emplacement délicieux pour un *Tivoli* d'été. — Jean recommande seulement à l'interne qu'il croit le plus habile de se charger de son autopsie; il invite d'ailleurs tous les externes et tous les *roupious* (1) *à manger un morceau*; cela signifie, en style d'amphithéâtre, qu'il les invite à prendre, celui-ci un bras, celui-là une jambe, qui un pied, qui la main, qui la tête. — Quant à ses dents, s'il lui en reste, il ne peut pas en disposer plus que de ses cheveux.

(1) Aspirans à l'externat.

de la joue. Le muscle orbiculaire des lèvres est contracté, la commissure tiraillée en bas et en dehors par de petites convulsions. Très souvent la douleur se fixe sur la langue et provoque en même temps une abondante sécrétion de salive. Le mouvement de la mâchoire est difficile, quelquefois impossible. C'est surtout vers l'orifice du trou mentonnier que la douleur est la plus vive. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les symptômes varient à l'infini, suivant les nerfs plus spécialement affectés, et le degré d'intensité de la névralgie.

OBS. VII. — M. C., pendant la guerre d'Espagne de 1823, fit une chute de cheval qui lui occasionna une violente commotion et quelques contusions à la tête. Une large saignée lui fut pratiquée; tous les accidens disparurent. Peu de temps après cette chute, M. C. éprouva vers le trou mentonnier et dans les dents de la mâchoire inférieure, du côté gauche, quelques légers élancemens. Il y fit d'abord peu d'attention. Bientôt les douleurs devinrent plus vives et prirent la forme d'accès. M. C. se fit successivement arracher trois dents saines qu'il présumait être le point de départ du mal. N'ayant éprouvé aucun soulagement, il eut alors recours à cette série de moyens qu'on ne manque pas de vanter contre les névralgies, et qui pourtant comptent si peu de succès bien constatés. Cependant, son état de souffrances resta le même, ou plutôt les crises augmentèrent de fréquence et les douleurs d'acuité. Il y avait vingt-cinq ans que cette névralgie durait, et rien n'en faisait présager le terme, lorsque M. C. vint consulter M. Magendie, le 12 juin 1838. Voici quel était l'état du malade.

Douleurs atroces dans l'intérieur du canal dentaire inférieur gauche, se propageant aux dents du même côté et aux alvéoles de celles dont on avait fait l'extraction. Élancemens aigus vers le trou mentonnier. La région frontale est également douloureuse dans la direction de toutes les branches du nerf sus-orbitaire. Cette crise dure dans toute sa violence depuis plus de deux jours. Elle a rendu le sommeil impossible et ne permet point un seul instant de calme.

M. Magendie emploie immédiatement le galvanisme. Deux aiguilles sont placées, l'une au trou mentonnier, l'autre au trou sus-orbitaire. Il n'y avait pas quatre minutes qu'elles étaient en rapport avec les conducteurs de la machine de Clarke, que la douleur avait quitté le front pour se concentrer tout entière dans le nerf dentaire inférieur et dans la glande parotide. M. Magendie ôte alors l'aiguille du sourcil et l'implante au-devant du lobule de l'oreille. Deux ou trois secousses galvaniques suffisent pour chasser entièrement la douleur.

La soirée se passe et le malade n'a plus souffert. Il dort toute la nuit d'un sommeil profond. Le lendemain, quelques élancemens se font de nouveau sentir dans le trajet du nerf dentaire inférieur; dans la journée elles augmentent. Aussitôt M. C. revient chez M. Magendie, qui fait une nouvelle application des aiguilles. J'avais à peine fait faire quelques tours à la roue de la machine de Clarke, que déjà la névralgie était dissipée.

Nous n'avons pas eu besoin de recourir à une troisième application de l'électricité, car la douleur n'a plus reparu.

J'extrais les deux observations suivantes du deuxième volume des leçons de M. Magendie sur le système nerveux (p. 236, etc.)

OBS. VIII et IX. — « Deux dames, dit le savant professeur, viennent me consulter le même jour pour des douleurs névralgiques. Chez toutes les deux, c'est le côté droit de la face qui est pris; chez toutes les deux aussi, c'est dans la langue que la douleur est la plus vive.

» L'une de ces dames souffre depuis plus de quatre ans; elle m'a dit n'avoir pas eu, pendant tout ce temps, un seul jour de repos. Sa névralgie a commencé par des douleurs très aiguës, d'abord au niveau du trone sous-orbitaire, revenant par accès et s'irradiant vers la lèvre supérieure. Puis la branche frontale s'est entreprise, puis la branche mentonnière, puis enfin le rameau lingual. C'est dans ce dernier nerf que la douleur s'est spécialement fixée depuis quelque temps. Les divisions de la cinquième paire ne sont pas les seules qu'elle a envahies : elle s'est également étendue à celles de la septième, surtout à la branche moyenne de ce nerf, laquelle, vous le savez, reçoit l'anastomose du rameau auriculaire. La malade comparait la douleur à des éclairs, à des décharges électriques, qui lui traversaient les nerfs. Elle est devenue presque sourde de l'oreille correspondante au côté de la névralgie.

» L'autre dame ne souffre que depuis un an. La douleur a débuté par la langue et c'est là qu'elle est restée presque toujours concentrée; elle n'a fait, pardonnez-moi le mot, que quelques excursions dans les autres branches de la cinquième paire et dans celles de la septième; son point fixe, c'est le nerf lingual. Quand elle se propage à la face, elle semble sortir des canaux sous-orbitaire, mentonnier et frontal, pour se répandre dans les divisions des nerfs du même nom. Du reste, chez cette dame, comme chez l'autre, l'ouïe est affaiblie du côté où existe la névralgie.

» Je n'énumérerai pas tous les traitemens qui ont été dirigés contre ces névralgies. Comme ils étaient le plus souvent violens, ils ne faisaient qu'ajouter de nouvelles douleurs à celles qui existaient déjà. En résumé, ils n'ont procuré aucun soulagement.

» Bien entendu que, chez ces deux dames, la première chose qu'on a faite a été de leur arracher les dents, qui répondaient au côté de la douleur. C'est là ordinairement le moyen auquel on a recours avant les autres...

» J'ai donc employé le galvanisme sur ces deux dames. Une aiguille très fine, en platine, a été enfoncée dans le tronc du facial, peu après sa sortie du crâne, à son passage dans la glande parotide; une autre aiguille a été enfoncée dans le côté de la langue correspondant à la névralgie; de cette manière j'étais sûr d'agir sur la septième et la cinquième paires, puisque je piquais le tronc de la première et la branche linguale de la seconde. Autant que possible, il convient de faire passer le courant électrique en même temps dans les deux nerfs de la face, à cause des filets d'association qui transmettent la sensibilité à la septième paire.

» J'ai fait agir la machine électrique de Clarke. Les choses ne se sont point passées de la même manière chez nos deux dames.

» Chez l'une, la douleur a immédiatement disparu de la langue, mais elle s'est portée sur le nerf mentonnier. Nos batteries ont donc dû être changées de place. J'ai retiré l'aiguille de la langue et je l'ai enfoncée au niveau du trou mentonnier. La douleur a encore été chassée de ce point; puis, après une absence de quelques secondes, elle a reparu dans le nerf sous-orbitaire : nouvelle application d'aiguilles dans ce nerf. Enfin la douleur, poursuivie d'une branche à une autre branche, a abandonné le nerf, et quand la malade est sortie de chez moi, sa névralgie était complètement dissipée.

» Chez l'autre dame, la douleur a également abandonné la langue, pour se porter de là dans le nerf sous-orbitaire. Chassée de ce dernier nerf, elle est revenue à la langue, d'où il a fallu également la chasser de nouveau; seulement, au lieu d'enfoncer l'aiguille dans la langue, nous avons approché le bouton du conducteur de la surface de cet organe. Nous avons eu de la peine à déloger la douleur du nerf lingual; cependant nous y avions réussi, quand elle a sauté dans les divisions du nerf sous-orbitaire. Poursuivie dans cet endroit, elle a fini par disparaître, et la malade a été complètement guérie. »

M. Magendie rapproche de ces deux observations le fait suivant, que M. Roux a communiqué à l'Académie des sciences :

Cet habile chirurgien avait coupé sur un malade le nerf mentonnier, devenu habituellement le siége d'une névralgie très opiniâtre; la douleur passe dans la langue : section du nerf lingual; de la langue, elle se porte dans le nerf sous-orbitaire : M. Roux coupe pareillement ce nerf; elle saute à la branche frontale : nouvelle opération; enfin la douleur se réfugie dans le petit ethmoïdal, où le chirurgien fut contraint de l'abandonner, n'osant l'y poursuivre.

« En pareil cas, dit M. Magendie, je poursuis la douleur non avec le bistouri, mais avec le courant galvanique. Si, comme dans l'exemple cité par M. Roux, la névralgie se fixait sur le petit ethmoïdal, j'enfoncerais une

---

C'est l'inévitable part *des garçons*.
Et son ame?
On ne peut penser à tout : l'infirmier a coutume de ne pas s'en préoccuper; les bonnes sœurs s'empressent de prier pour elle. — Mais nous croyons que la malheureuse a pris les devans, et qu'elle est déjà allée au diable, — où nous conjurons nos lecteurs de ne pas nous l'envoyer chercher ou rejoindre. Nous leur en témoignerons notre reconnaissance en leur souhaitant de n'avoir jamais que leur mère, leur sœur, leur femme ou leur maîtresse pour infirmier.

P. BERNARD.

— M. Loiseleur-Deslongchamps, membre de l'Académie de médecine, vient d'être guéri d'un calcul vésical par la lithotritie. Des complications graves ajoutaient aux difficultés de l'opération et faisaient paraître le succès fort douteux aux amis du malade; pourtant le traitement n'a pas duré trois semaines. Comme Dubois, comme MM. Lisfranc, Sanson, Vignerie (de Toulouse) et tant d'autres médecins, M. Loiseleur-Deslongchamps s'est confié à un homme spécial : c'est M. Leroy-d'Etiolles qui l'a opéré.

— MM. BOURGERY et JACOB poursuivent avec un zèle persévérant la publication de leur TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE DE L'HOMME, cette grande et précieuse encyclopédie de toutes les richesses de la science anatomique, et dans laquelle le savoir de l'artiste et le talent de l'écrivain grandissent chaque jour. Leur éditeur, M. Delaunay, vient de mettre en vente la 54e livraison, à sa librairie anatomique, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13. Les livraisons 55 et 56 seront publiées bientôt et achèveront le texte et les dessins des tomes VI et VII, *Anatomie chirurgicale* et *Médecine opératoire*. Cinq volumes seront alors terminés, et le volume *Névrologie* sera publié activement sitôt après.

On peut acheter l'ouvrage par volume ou par livraison dès ce moment.

Le prix de la livraison est de :

Avec dessins en noir .... 8 fr.
Coloriés .... 16 fr.
Sur papier de Chine .... 12 fr.

Chaque livraison renferme huit dessins, trois feuilles de texte et huit demi-feuilles d'explications des dessins.

Le prix de chaque volume est calculé sur le nombre des livraisons qui y sont contenues.

— NOUVEAUX ÉLÉMENS DE ZOOLOGIE, ou Etude du règne animal; par H. HOLLARD, D. M., professeur d'histoire naturelle et d'anatomie comparée. Un fort volume in-8, accompagné de 22 planches gravées.

Prix : Figures noires .... 8 fr. 50 c.
Figures coloriées ..... 14 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

aiguille dans la narine et une autre dans l'orbite, le long de la partie supérieure de la paroi interne, à l'endroit où le nasal externe la parcourt: de cette manière je serais sûr d'agir sur le filet ethmoïdal, puisque, d'une part, ce filet se jette dans la narine, et que, d'autre part, il communique par son tronc avec le nerf nasal externe. Je l'attaquerais donc à son origine et à sa terminaison. »

Comme complément des observations qui précèdent et qui ont rapport aux névralgies de la branche maxillaire inférienre, j'ajouterai quelques mots sur certaines indications anatomiques, qui doivent guider dans l'introduction des aiguilles.

Veut-on piquer le nerf mentonnier à la sortie de son canal osseux, on enfonce l'aiguille dans le milieu d'une ligne qu'on abaisserait verticalement de la couronne de la seconde petite molaire, au bord inférieur de la mâchoire inférieure.

Il est rare qu'on soit obligé d'attaquer le nerf dentaire inférieur au moment où il pénètre dans le canal de ce nom; mieux vaut ordinairement s'adresser à la septième paire, dans l'épaisseur de la parotide. Si pourtant le cas l'exigeait, on ferait pénétrer l'aiguille à deux centimètres environ au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure, et on la dirigerait d'arrière en avant, en passant ainsi entre le périoste et le muscle ptérygoïdien interne.

Quand la névralgie siége dans les dents, l'aiguille sera implantée dans la gencive, à l'endroit où la douleur est la plus vive. On peut, du reste, ainsi que je l'ai déjà dit, se contenter en pareil cas d'appliquer sur la gencive le bouton du conducteur, sans faire usage d'aiguille.

Enfin, s'il s'agit du nerf lingual, on arrivera facilement jusqu'à ce nerf, en se rappelant qu'il longe le bord de la langue sur un plan supérieur au grand nerf hypoglosse, et se distribue à la surface de la membrane muqueuse.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES; par M. le docteur GUILLEMIN, médecin à Rombas (Moselle.)

La question des injections intra-utérines préoccupant aujourd'hui quelques médecins, je crois devoir apporter le contingent de mon expérience, si minime qu'elle soit, car j'ai pratiqué, depuis 1837, des injections sur sept femmes seulement, dont deux filles, atteintes de catarrhe utérin plus ou moins chronique. Je prenais, pour faire cette opération si délicate, toutes les précautions possibles: j'avais grand soin de débarrasser le col des mucosités qui l'obstruaient, puis j'injectais lentement, toutefois avec une certaine force et par saccades, au moyen d'une petite seringue à oreiller, dont la canule, très longue (15 centimètres), était percée à son extrémité de plusieurs trous latéraux, le liquide dont j'avais fait choix pour guérir l'écoulement. L'opération, plusieurs fois répétée, ne produisit aucun accident fâcheux chez six de mes malades, à l'exception de quelques douleurs sourdes dans le bassin, qui se dissipaient après une ou deux heures au plus. Toutes ces malades guérirent après un et deux mois de traitement, ainsi continué; les injections étaient répétées chaque trois ou quatre jours.

Enhardi par ces succès, je proposai, au mois de juin 1839, à une femme accouchée depuis neuf mois d'un enfant mort, atteinte d'un catarrhe utérin très abondant, qui avait résisté à toutes les médications employées, les injections intra-utérines, comme seul moyen de guérison sur lequel je pouvais compter. Ma proposition fut acceptée avec empressement, et nous remîmes au lendemain matin pour faire l'opération. Après l'emploi préalable d'un bain de fauteuil de quelques minutes, je procédai à quelques injections pour déterger le col et permettre au liquide de pénétrer dans la cavité utérine. Le liquide choisi pour les premières injections était de l'eau de guimauve. A la première injection intra-utérine, la femme jeta un cri, et fut en proie immédiatement à des mouvemens nerveux, hystériformes, qui se dissipèrent une heure après, au moyen d'un lavement laudanisé et d'une potion antispasmodique. Cet accident, auquel je ne m'attendais pas, laissa dans mon esprit des craintes et des inquiétudes sur l'emploi postérieur des injections intra-utérines. Le mari de cette femme, qui était présent à l'opération, me rassura bientôt *en partie*, en me confiant, sous le plus grand secret, que sa femme, depuis sa première couche (il y a neuf ans), était sujette à ces attaques d'hystérie presque tous les mois, à l'époque du flux menstruel. La femme ignorait (selon le mari), ou plutôt m'avait caché cette affection. Quoi qu'il en soit, les règles se déclarèrent cinq jours après, huit jours plus tôt qu'à l'ordinaire. Sur les instances réitérées des deux époux, et au souvenir de mes précédens succès, j'oubliais bientôt les craintes que m'avait causées le résultat de la première opération, et 20 jours après cette attaque d'hystérie, douze jours après les règles, je procédai, le 8 juillet, à sept heures du matin, avec les mêmes précautions, à une nouvelle injection, composée cette fois d'une dissolution très étendue de sulfate de zinc. An troisième coup de piston qui fit pénétrer le liquide dans la matrice, la malade se plaignit d'une douleur très forte dans la région iliaque droite; elle fut mise au lit. Une heure après environ, un violent frisson se déclara, bientôt suivi d'une réaction fébrile très intense. La douleur abdominale se propageait dans le bas-ventre; la malade disait ressentir *les gros maux* de l'enfantement. Je prescrivis tout ce que l'état de la malade exigeait, et je rentrai chez moi. A dix heures du soir, je fus appelé en toute hâte pour une perte très abondante qui venait de se déclarer chez notre malade. J'employai tous les moyens capables de modérer le flux hémorragique, qui dura cependant cinq jours. Depuis ce temps, cette pauvre femme jouit d'une santé tantôt bonne, tantôt chancelante. La leucorrhée a été ramenée à un flux très modéré, grâce à l'emploi longtemps prolongé d'une eau naturelle ferrugineuse de nos contrées et ensuite de la poudre de quinquina et de cannelle. Depuis ce temps aussi j'ai renoncé aux injections intra-utérines, et je suis bien décidé à n'en plus faire usage que dans des cas extrêmes, après l'accouchement, par exemple. Puissent-ils ne jamais se présenter!

Agréez, etc.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX; PRÉSENTATION DES QUATRE MEMBRES A L'ORIFICE VULVAIRE; TERMINAISON HEUREUSE; observation communiquée par le docteur GONTIER SAINT-MARTIN.

Dans le numéro 33, du 15 août, de la GAZETTE MÉDICALE, j'ai lu avec le plus vif intérêt, Monsieur le rédacteur, l'observation rapportée par M. le docteur Payen. Appelé par une femme travaillée depuis deux jours par les douleurs de l'enfantement, ce praticien reconnut qu'un enfant à terme était placé transversalement, que déjà, avant sa visite, une sage-femme et un accoucheur avaient inutilement tenté la version. Le bras, qui se présentait à la surface vulvaire, avait été déjà désarticulé; persuadé que de nouvelles tentatives seraient inutiles et pourraient devenir funestes à la mère; convaincu d'ailleurs, par l'état du cordon ombilical, que l'enfant avait cessé de vivre, M. Payen se détermina à pratiquer l'embryotomie. Le corps de l'enfant fut séparé en deux parties avec une adresse et une promptitude qui font le plus grand honneur au talent et à la prudence de notre savant confrère; l'accouchement fut terminé par le forceps et les suites en furent heureuses.

Un fait de pratique d'une si haute importance a réveillé mes souvenirs, et m'a déterminé à rapporter l'observation suivante, qui me semble digne d'appeler la méditation des praticiens qui se livrent au pénible et dangereux état d'accoucheur.

OBS. — Au début de ma carrière médicale en 1806, je fus appelé près de madame Bertrand, habitant Mennecy Villeroy, département de Seine-et-Oise. Depuis vingt-quatre heures cette dame en mal d'enfant était assistée d'une sage-femme; les deux mains de l'enfant, soit que leur sortie fût naturelle, ou qu'elles fussent amenées par une fausse manœuvre, se montraient hors de la vulve: l'accouchement impossible dans cette position transversale, je m'efforçai d'aller chercher les pieds; longtemps mes efforts furent impuissans, tant était énergique la contraction de l'utérus. Je parvins enfin à amener un des membres pelviens, placé vers la fosse iliaque gauche. Aidé de ce membre, je tentai sans succès à entraîner le second, que j'amenai par une nouvelle introduction de ma main à un pouce de l'orifice vulvaire. Je le voyais, je pouvais le saisir avec le pouce et l'indicateur, mais sans obtenir le moindre glissement; je ne fus pas plus heureux en me servant d'un lac placé autour de l'articulation tibio-tarsienne. Mon embarras était extrême: le mari, témoin de cette scène de douleur, jugeant que l'accouchement était impossible, les quatre membres se présentant à l'orifice des parties génitales, me conjurait de sauver sa femme et de couper l'enfant par morceaux. Tourmenté comme je l'étais, j'engageais très vertement le mari de garder ses conseils et de me laisser à mes méditations.

Réfléchissant que les fortes contractions de l'utérus devaient être le seul obstacle à l'évolution que j'avais si inutilement tentée, je prescrivis un bain. Après une heure et demie d'immersion, je pratiquai une forte saignée jusqu'à défaillance, je profitai de cet état de collapsus, sans sortir la femme du bain; d'une main je saisis les pieds, tandis que de l'autre je repoussai les membres thoraciques. La version s'opéra avec la plus grande facilité; un enfant du sexe féminin, d'un volume énorme (neuf livres passées) ne tarda pas à pousser des cris, et les suites de l'accouchement furent heureuses.

Cette observation, Monsieur le rédacteur, me paraît assez importante pour vous prier de lui donner une place dans votre journal;

Agréez, etc.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES CORPS ÉTRANGERS QUI ONT SÉJOURNÉ DANS L'OREILLE ; communiquées par M. le docteur POULAIN.

La GAZETTE MÉDICALE a publié, il y a quelque temps, l'analyse d'une observation de M. Yvan, comme très remarquable, relative à un corps étranger, resté pendant vingt ans dans l'oreille, qui fut extrait avec succès au bout de ce temps.

Je possède aussi une observation, entre autres, qui prouve qu'un corps étranger peut rester fort longtemps dans l'oreille, sans y déterminer des accidens graves. Des trois observations que je possède de corps étrangers dans l'oreille, celle qui se rapproche le plus du fait de M. Yvan est la suivante :

OBS. I. — Je fus consulté, le 30 avril dernier, par Sulpice P., de Serrez, âgé de 14 ans environ. Il me dit qu'à l'âge de 6 ou 7 ans ans, il introduisait dans ses oreilles des haricots ; qu'il les gardait ainsi à peu près à moitié introduits plus ou moins de temps, puis, voulant en saisir un pour l'extraire, il l'enfonça davantage. Il souffrit beaucoup pendant une quinzaine de jours, mais il n'osa pas déclarer la cause de ses souffrances ; il ne le fit qu'au bout de cinq ou six ans, et quoiqu'on se se fût obstiné à ne pas le croire, on se décida à regarder : on crut apercevoir un corps étranger. On fit de vains efforts pour l'enlever, et sa mère me l'amena le 30 avril 1837. On m'assura qu'il n'avait souffert beaucoup que pendant une quinzaine de jours ; on ne consulta alors aucun médecin ; puis, à dater de cette époque, il a toujours souffert de temps en temps ; il n'est guère resté plus de trois à quatre jours sans souffrir. Depuis, Sulpice P. ent toujours la tête inclinée du côté douloureux, et maintenant même, quoiqu'il ne souffre presque pas.

Depuis cette époque aussi il entendit très peu de ce côté.

J'essayai d'abord d'enlever le corps étranger, que je sentais mieux que je ne voyais, avec de petites pinces à polypes. Je renonçai bientôt à cet instrument pour me servir de la curette, à l'aide de laquelle, lorsqu'on peut l'introduire, on enlève très facilement ces corps étrangers. Je l'introduisis, en la plaçant sur la partie inférieure et postérieure du conduit auditif, l'extrémité de l'instrument arrivée au fond du conduit, j'abaissai la main en retirant l'instrument ; le haricot sortit sans difficulté : il était très reconnaissable et assez dur, il se trouvait enveloppé de cérumen.

Depuis cette époque, Sulpice P. n'a nullement souffert, et il entend aussi distinctement d'un côté que de l'autre.

OBS. II. — Antérieurement à l'observation qui précède, je fus consulté pour un enfant de 8 ans, Rousseau Deserrez. Depuis trois semaines cet enfant s'est introduit un haricot dans l'oreille. On a fait de nombreuses et infructueuses tentatives pour l'enlever. Je le vis le 31 mars 1837. Le petit malade souffrait beaucoup. Il s'écoulait une assez grande quantité de matière blanche, inodore, bien liée, produite par l'inflammation de la membrane du conduit auditif externe. Le corps étranger est enlevé assez facilement, malgré toute la résistance du petit malade. Quelques injections furent faites, et à leur faveur le pus s'écoula plus facilement. Au bout de huit jours, le petit garçon était guéri parfaitement, et l'ouïe était aussi bonne qu'auparavant.

La troisième observation dont je vais vous entretenir se rapproche le plus, sous le rapport du traitement, de celle de M. Yvan.

OBS. III. — Je fus appelé, dans la nuit du 20 août 1837, par M. Legrand, à Baillan-l'Evesque. Sa fille, âgée de 18 ans environ, se plaint d'atroces douleurs dans l'oreille gauche et le même côté de la tête. Des crises qui se répètent toutes les cinq minutes l'empêchent de rester un instant dans la même position ; elle jette des cris et paraît souffrir autant qu'une femme arrivée au terme de la gestation. Elle a beaucoup souffert depuis deux jours ; mais elle n'a point encore tant enduré de souffrances. Depuis longtemps (je ne peux préciser exactement l'époque) on a aperçu dans le conduit auditif du côté gauche un polype rougeâtre qui, après avoir acquis un volume assez considérable pour remplir la capacité du conduit, a produit la surdité. Depuis deux jours, il a changé de couleur ; il est maintenant noirâtre ; il s'écoule une sérosité sanguinolente. Je fais avec les pinces à polypes, la curette et une airigne, de vains efforts pour extraire ce corps charnu mortifié.

Je perdais l'espoir de soulager ma malade, lorsqu'en me retirant je conseillai de faire des injections avec du lait bien chaud ; je ne fus pas peu étonné quand je revins d'apprendre qu'un petit morceau de *chair* (c'est l'expression de la malade) était tombé deux heures à peu près après mon départ, et que la malade ne souffrait presque plus. Il s'agissait ici, je crois, d'un polype fibreux ; du reste je n'ai pas pu le vérifier, on l'a jeté avant ma visite.

Je revis la malade quinze jours après, elle entendait assez bien ; mais il y avait encore un peu de suppuration. Je n'en ai pas entendu parler depuis ce temps-là.

N. D. R. — Les observations de corps étrangers qui ont séjourné longtemps dans le conduit auditif sont assez nombreuses. M. Larrey parle d'un militaire chez lequel le corps étranger resta dix ans sans produire d'accidens. F. de Hilden, cité par Bonnet (CORPS DE MÉD., t. II, p. 405 ; obs. 4), obtint une guérison complète en retirant de l'oreille un corps étranger qu'on y avait introduit sept ans auparavant. On a relaté, dit M. Velpeau, une observation semblable en 1829, et les recueils scientifiques fourmillent d'exemples analogues. (Velpeau, MÉD. OPÉR., 2ᵉ éd., t. III, p. 623.) Voyez le mémoire de Leschevin (prix de l'Académie de chirurgie), etc., et plus récemment les RECHERCHES PRATIQUES SUR LES MALADIES DE L'OREILLE, par M. Deleau (première partie, p. 344 et 362).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE.

NOUVEAU GENRE DE CRUSTACÉS ISOPODES (LE GENRE KÉPÔNE).

M. Duvernoy lit un mémoire sur ce nouveau genre qui pourra former une troisième famille à côté de celles des bopyriens et des ioniens dans la section des isopodes sédentaires de M. Milne Edwards.

On connaît depuis longtemps les individus femelles d'une espèce de très petit crustacé parasite de 10 à 11 millimètres de longueur appartenant à l'ordre des isopodes, qui vit sous le bouclier de plusieurs espèces de palémons. Il y est attaché à la membrane qui revet en dedans ce bouclier par lequel la cavité branchiale est protégée. Il y occupe une fossette qui produit en dehors un relief plus ou moins sensible, une sorte de loupe, à l'extérieur de cette paroi.

Le même palémon ne nourrit qu'une seule femelle de bopyre lorsqu'elle est une fois fixée dans l'une ou l'autre de ses cavités branchiales ; mais cette femelle est souvent, sinon constamment, accompagnée d'un individu beaucoup plus petit que l'on trouve comme enfoui entre les deux séries de ses lames branchiales sous-abdominales, près de l'issue des œufs, que sans doute il féconde à mesure de leur sortie, à la manière des batraciens.

Le bopyre a été le sujet de singuliers préjugés consignés dans le recueil des mémoires de l'Académie des sciences. On y lit dans le volume correspondant à l'année 1722 :

« On croit communément sur les côtes de France et d'Angleterre que des soles sont produites par une espèce d'écrevisse de mer, qu'on appelle crevettes. »

Deslandes, correspondant de l'Académie, fit à ce sujet des expériences, desquelles il crut pouvoir déduire que « les petites vessies qu'on trouve entre les pieds de ces animaux, collées à leur estomac (leur thorax), sont des œufs de *sole* qui s'y sont attachés au moyen d'une substance gluante. » Si l'on détache ces vessies, ajoute Deslandes, et qu'on les ouvre doucement, on y voit une espèce d'embryon qui a tout l'air d'une sole, principalement au microscope. Les chevrettes, ajoute-t-il, sont ainsi en quelque sorte les nourrices des soles pendant leur première enfance, et c'est ce qui les a fait passer pour leurs mères. »

Un demi-siècle plus tard, en 1772, Fougeroux de Bonderay vint relever dans le même recueil cette dernière erreur, et représenta l'animal comme un insecte qui s'attache à la chevrette.

Au commencement du dix-neuvième siècle, Latreille, à son tour, s'occupa de cet animal ; il en fit le type de son genre *bopyre*, et le rangea parmi les crustacés isopodes. Il eut encore occasion de s'en occuper à l'époque des deux éditions du RÈGNE ANIMAL de Cuvier, ouvrage dans lequel il s'occupa de la partie relative aux articulés.

En 1837, M. Rathke a donné des détails intéressans sur le genre de vie du bopyre. Deux des femelles observées par ce naturaliste avaient 10 millimètres 1/4 de longueur ; les mâles 3 millimètres seulement. M. Rathke n'a jamais trouvé de bopyres que sur les palémons femelles, quoiqu'il eût rencontré plusieurs centaines de femelles, chacune avec un bopyre femelle et son mâle, et autant de palémons mâles, mais toujours sans bopyres.

M. Milne Edwards, dans son HISTOIRE NATURELLE DES CRUSTACÉS, a ajouté notablement à nos connaissances sur les bopyres. Il a, de plus, fait rentrer dans la section des isopodes sédentaires une seconde famille, celle des ioniens, que Latreille avait laissée parmi les amphipodes.

Le nouveau type générique que M. Duvernoy vient de caractériser est intermédiaire entre les bopyres et les iones.

Les *képônes* (c'est le nom du nouveau genre) ont les 14 segmens du corps, y compris la tête, très distincts ; ceux du thorax sont profondément séparés dans la femelle comme dans le mâle. Dans la femelle, les antennes externes ou postérieures ont quatre articles ; les internes ou antérieures, deux seulement. La bouche a un labre, deux petites mandibules, une lèvre postérieure, des mâchoires. Toutes ces parties sont recouvertes d'une paire de pieds-mâchoires. La banche des quatre premières paires de pieds supporte, sur un court pédicule cylindrique, une pelote hémisphérique multi-papilleuse dirigée vers le haut ; dans les paires de pattes suivantes, le pédicule existe, mais sans la pelote. Les pieds ont cinq articles, dont le dernier n'a pas d'ongle. Plus dilaté que le pénultième, il paraît former une petite pelote, qui rappelle celle des rainettes. Les branchies se composent de six paires d'appendices en forme de feuilles, à bord frangé, attachés isolément sur les côtés des six anneaux de l'abdomen, cinq autres paires d'appendices coniques ou pyriformes sont attachées plus en dedans sous les cinq premiers anneaux de cette région.

Il y a de chaque côté du thorax de la femelle cinq larges plaques d'incubation qui recouvrent toute la face intérieure de cette partie du corps.

Le mâle n'a que moitié de la longueur des plus grandes femelles. L'abdomen et les folioles branchiales principales sont plus développées. Les branchies accessoires des deux dernières paires sont bifurquées. Les antennes externes sont

à proportion plus longues et dépassent sensiblement le chaperon. Il y a une apparence d'yeux à la face supérieure de la tête. Les premières lames qu'on découvre autour de la bouche diffèrent beaucoup pour la forme des pattes-mâchoires de la femelle.

APPLICATION DES VENTOUSES DANS LES PERTES UTÉRINES.

M. Gondret écrit relativement à un mode de traitement qu'il a proposé pour cette affection, et qui doit être maintenant mis en expérience par les médecins de l'hôpital de Louvain, d'après l'invitation qui leur en a faite. Cette méthode consiste à appliquer de larges ventouses au dos ou aux épaules, au lieu de les appliquer aux mamelles comme le proposait Hippocrate; l'état de ces organes dans les pertes utérines qui suivent l'accouchement rendant l'application des ventouses peu convenable en ce point et leur action moins efficace.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Dans la correspondance écrite se trouvent : 1° l'état des vaccinations de Versailles dans l'année 1839, par M. Boucher; 2° une observation de gastrotomie, par le docteur Castelly.

M. le Président annonce que les sections de pathologie chirurgicale, de médecine opératoire, d'obstétrique, se sont réunies pour la nomination des juges au concours de la Faculté de médecine. Les formalités prescrites par l'arrêté du conseil de l'instruction publique n'ayant point été remplies, il y a lieu à une autre nomination. Les sections seront convoquées à cet effet. L'arrête porte que deux tiers au moins de tous les membres des trois sections doivent participer aux votes. Or, le nombre total est de 37, et la nomination, faite par 24 membres seulement, se trouve entachée de nullité. Il y a encore un autre motif de nullité : le même arrêté déclare formellement que les trois sections réunies devront être présidées par le président de l'Académie, qui, n'ayant point été convoqué, ne s'est pas rendu à la séance.

Cette communication soulève beaucoup de réclamations, surtout de la part de plusieurs membres des trois sections. M. Moreau demande qu'on écoute le rapport de la séance, rapport qui prouvera la validité de la nomination.

M. Cornac présente quelques observations sur le mode suivi par l'Académie. Il dit que 37 membres de l'Académie peuvent seuls être appelés au jury des concours pour les neuf chaires de chirurgie de la Faculté. Les sections d'anatomie et de physiologie, sciences qui ont tant d'affinité avec la chirurgie, ne participent point à ces nominations. On peut ainsi compter au sein de l'Académie, y compris les membres de ces deux sections, 31 membres, médecins des hôpitaux, ou tenant à la Faculté, qui sont exclus du jury pour le professorat. L'honorable académicien demande qu'on ajoute cinq membres aux quatre nommés le 3 mars dernier pour examiner le travail qu'il a présenté sur les inconvéniens du nouveau mode employé dans la nomination des juges au concours des professeurs.

M. le Président engage l'ancienne commission à présenter au plus tôt son rapport.

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; PAR M. ORFILA.

Le 26 mars 1839, une commission, composée de MM. Bouillaud, Husson, Ollivier, Lecanu, Amussat, a été chargée de s'assurer des bons effets du traitement tonique emprunté à Rasori, dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Dix séances ont été consacrées par elle à expérimenter ce traitement sur 39 chiens, sacrifiés à cet effet. Elle a constaté que, de 19 chiens empoisonnés par la solution d'acide arsénieux et traités par la saignée, trois seulement ont guéri, qui avaient beaucoup vomi; que huit autres, abandonnés à eux-mêmes après l'empoisonnement, ont tous péri; que les douze autres, soumis aux mêmes doses de poison, mais traités par la médication tonique, à l'aide de bouillon mélangé à l'eau-de-vie, ont tous guéri.

Déjà M. Ollivier a de son côté fait un rapport pour prouver la nullité de ces expériences. Il a montré que pour résoudre le problème on s'était placé dans des conditions fort rares dans les empoisonnemens par l'arsenic, en donnant aux animaux des solutions d'acide arsénieux, tandis que presque toujours le poison est donné en poudre par les criminels. Il aurait pu ajouter beaucoup d'autres critiques, telles que la négligence avec laquelle les expériences avaient été recueillies; ainsi le séjour du poison dans l'estomac des chiens, la quantité des vomissemens, le moment où ils se sont montrés, la quantité des urines sont des circonstances capitales dans de pareilles expériences et qui toutes ont été négligées. Quoique je me sois fortement élevé contre le traitement par les toniques, je votai néanmoins des remercîmens à l'auteur du mémoire, tout en demandant une nouvelle commission pour vérifier les bons avantages de la saignée. Cette nouvelle commission n'a point fait son rapport; profitant de cette circonstance on s'efforce d'établir que vous avez donné votre assentiment à la méthode des toniques et réprouvé le traitement par la saignée. J'ai regardé comme préjudiciable aux intérêts de la vérité le retard de votre dernière commission, et en attendant son travail je me suis mis à l'œuvre avec ardeur pour démontrer une vérité dont toutes mes expériences précédentes avaient établi pour moi l'évidence, et à laquelle les nouveaux faits que je vais vous communiquer me paraissent avoir ajouté quelque chose.

Les nouvelles expériences dont je vais vous entretenir sont au nombre de 157. Je les ai divisées en 7 séries.

1re série. — Expériences sur 12 chiens. — J'ai commencé par démontrer chez ces animaux que la ligature de l'œsophage maintenue en place de cinq à trente heures était une opération innocente, après laquelle ils ne tardent pas à manger, et qui est suivie d'un rétablissement plein et complet. Chez les chiens les plus robustes, elle ne demande pas pour être bien faite plus d'une minute, sans crainte de prendre dans la ligature le nerf pneumo-gastrique. Un pareil accident est la faute d'un expérimentateur inexpérimenté.

Cette première série montre qu'il est faux de dire que les effets de la ligature de l'œsophage compliquent et masquent les effets des toniques. Nous disons même qu'elle est indispensable pour s'assurer de l'action des toniques; car si un animal empoisonné et traité par les toniques guérit, on ne peut reconnaître l'efficacité du traitement qu'autant que le poison et le médicament auront pu agir. Nous regardons comme non avenues les opinions du professeur Giacomini qui sans doute n'aura jamais pratiqué la ligature de l'œsophage.

2e série. — Expériences sur 3 chiens. — Empoisonnés par l'acide arsénieux et traités, l'un, par un mélange de bouillon, 128 grammes; eau-de-vie, 60 gr.; vin, 609 gr.; les autres, bouillon, 128 gr.; eau-de-vie, 30 gr.; vin, 30 gr. et quelques gouttes de laudanum de Sydenham. Ils moururent dans un état d'ivresse, et en témoignant de la douleur. L'œsophage ne fut pas lié.

3e série. — Expériences sur 34 chiens. — Le mode d'empoisonnement a été l'introduction de 1 décigramme de poudre d'arsenic dans le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse. Cinq abandonnés à eux-mêmes sont morts dans les trente ou quarante-huit heures qui ont suivi l'empoisonnement. Dix traités par les toniques sont également morts. Quatre traités par l'eau tiède sont morts. Ils avaient peu uriné. Sept traités par la saignée, mais longtemps après l'empoisonnement, ont succombé. Six traités par les saignées et les diurétiques énergiques ont beaucoup uriné et ont guéri. Leur urine contenait de l'arsenic. Quatre traités par les diurétiques sont morts, mais ils avaient peu uriné.

4e série. — Expériences sur 41 chiens. — Quatre de ces animaux empoisonnés par 15 décigrammes d'acide arsénieux en poudre ont été abandonnés à eux-mêmes. Ils ont beaucoup vomi et ont guéri. Quatre autres empoisonnés, deux par 20 centigr. de la même substance, et deux par 60 centig., sont morts; leur œsophage avait été lié aussitôt après l'ingestion du poison. Quatre empoisonnés par 20, 30, 50, 75 centigr. de poudre d'acide arsénieux, et traités par les toniques, ont guéri; mais ces animaux n'avaient point eu l'œsophage lié, et ils avaient vomi et uriné en abondance. Quatre empoisonnés et traités de la même façon, mais qui ont eu l'œsophage lié, sont tous morts.

Quatre chiens empoisonnés, deux par 30 centig., deux par 50 du même acide, et traités par une forte décoction concentrée de quinquina (250 grammes), sont morts. Leur œsophage avait été lié. Neuf autres traités de la même façon par la même substance ont guéri; mais la ligature de l'œsophage n'ayant point été faite, ces animaux ont beaucoup vomi; ils avaient aussi beaucoup uriné.

5e série. — De neuf chiens, empoisonnés chacun avec 120 centig. de poudre d'acide arsénieux et traités par la saignée, après ligature immédiate de l'œsosophage, sept ont guéri et deux sont morts. Sept autres abandonnés à eux-mêmes, après avoir pris 20, 30 ou 50 centigr. de poison, et sans ligature d'œsophage, ont succombé. Trois qui avaient pris la même dose, mais auxquels on avait lié l'œsophage, sont morts trois heures après l'ingestion du poison.

Dix-huit chiens qui ont pris de 20 à 25 cent. de poison ont succombé en quelques heures, malgré les toniques. L'œsophage avait été lié pour s'assurer de l'action du poison et des toniques.

6e série. — Ayant observé qu'une sécrétion abondante d'urine était suivie de résultats favorables dans les empoisonnemens par l'arsenic, j'ai voulu essayer l'effet de cette médication dans les empoisonnemens par les autres substances métalliques. Je l'ai essayée dans l'empoisonnement par le tartre stibié. Sur cinq chiens j'ai introduit à la partie interne des cuisses, dans le tissu cellulaire, 1 déc. d'émétique, et je les ai traités par les diurétiques; un seul est mort; il n'avait presque point uriné. L'urine des quatre qui se sont sauvés contenait de l'antimoine. Je me suis assuré qu'au bout d'un certain temps après l'empoisonnement l'urine ne contenait plus d'antimoine.

7e série. — J'ai voulu soumettre l'empoisonnement par l'opium au même traitement que celui par l'arsenic et le tartre stibié. On sait que ce médicament entrave les sécrétions. J'espérais cependant les rétablir par les diurétiques. J'ai donné à plusieurs chiens, 2, 4, jusqu'à 6 grammes d'opium, à l'intérieur. Je n'ai pu sur douze chiens produire une émission abondante d'urine, malgré l'emploi des diurétiques les plus énergiques. J'ai essayé de retrouver dans l'urine de ces animaux la morphine et l'acide méconique. J'ai obtenu quelques réactions qui me permettent de croire à leur présence, mais je n'ai pas pu isoler aucun de ces deux corps.

M. Orfila termine par les conclusions suivantes :

1° L'empoisonnement par l'acide arsénieux est plus difficile à guérir, tout étant égal d'ailleurs, si le poison est dissous dans l'eau, que lorsqu'il est à l'état solide, parce que, dans ce dernier cas, l'absorption est beaucoup plus lente, ainsi que je l'ai démontré dès l'année 1812.

2° L'acide arsénieux en poudre appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse des chiens est notablement plus énergique que lorsqu'on l'introduit dans l'estomac, à la même dose et sous la même forme, que les animaux vomissent ou non. D'où il suit qu'il est plus aisé de guérir l'empoisonnement déterminé par l'ingestion de cet acide dans le canal digestif que par le même poison placé sur le tissu cellulaire sous-cutané.

3° On tue indistinctement tous les chiens dans l'espace de vingt-un à trente-six heures, en les soumettant *uniquement*, et à des intervalles de trois heures, à l'action de cinq ou six doses de la médication à la fois tonique, excitante et narcotique proposée par quelques médecins italiens, et notamment par l'auteur de la lettre du 19 mars 1839, comme le moyen le plus propre à guérir l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Cette médication se compose de 128 grammes de bouillon, de 64 grammes d'eau-de-vie, d'autant de vin, et de quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham. On détermine encore la mort de ces animaux en diminuant de moitié la dose de vin et d'eau-de-vie précédemment indiquée. Il est vrai que les effets d'une pareille médication chez l'homme seraient beaucoup

moins nuisibles, parce qu'il supporte mieux que les chiens les liqueurs alcooliques.

4° Lorsqu'il s'agit d'étudier l'influence d'une médication dans un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux ou par toute autre substance vénéneuse introduite dans l'estomac, on peut, sans amener la moindre perturbation, et par conséquent sans rien changer aux résultats, détacher l'œsophage et le maintenir lié pendant trente ou trente-six heures. En effet, les animaux ainsi opérés mangent avec appétit et boivent peu de temps après que la ligature a été détachée. Il y a mieux, les expériences sur l'empoisonnement ne fournissent de résultats complets et certains qu'autant que l'œsophage a été lié, soit qu'on veuille savoir jusqu'à quel point un poison est vénéneux, soit qu'on cherche à apprécier l'action d'une médication quelconque dans un empoisonnement déterminé. Les scrupules élevés à cet égard par Giacomini prouvent seulement qu'il n'a jamais pratiqué l'opération dont il s'agit.

5° *Acide arsénieux solide.* L'intoxication déterminée par 10 centigrammes d'acide arsénieux pulvérisé appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse des chiens de moyenne taille est constamment mortelle, soit que l'on abandonne les animaux à eux-mêmes, soit qu'on les traite par un mélange à la fois tonique, excitant et narcotique, ou par la saignée. Les diurétiques, au contraire, s'ils parviennent à faire abondamment uriner ces animaux, agissent de la manière la plus favorable et guérissent constamment l'empoisonnement, parce qu'ils entraînent au-dehors et dès les premières heures de la maladie, les particules arsenicales qui avaient été absorbées et portées dans tous les tissus.

6° Introduit dans l'estomac des chiens à la dose de 30 à 40 centigrammes, l'acide arsénieux finement pulvérisé n'occasione jamais la mort, même en l'absence de toute médication, si les animaux éprouvent des vomissemens réitérés peu de temps après l'ingestion du poison. Le contraire a lieu, si l'œsophage est maintenu lié seulement pendant quelques heures et que les chiens soient abandonnés à eux-mêmes.

7° Les animaux qui ont avalé 30, 50 ou 60 centigrammes d'acide arsénieux *en poudre fine* guérissent presque constamment par l'administration de quelques doses de bouillon, tonique et spiritueux, *s'ils vomissent à plusieurs reprises peu après l'ingestion du poison*. Ce résultat ne saurait être attribué à l'action sthénique du médicament, car on l'obtient de même et plus sûrement encore en faisant avaler simplement de l'eau tiède aux chiens qui se trouvent dans les mêmes conditions. Dans tous les cas où la médication spiritueuse précitée détermine des vomissemens, le rétablissement des animaux est plus rapide, comme on devait le prévoir.

Si l'œsophage est lié pendant quelques heures seulement avant l'ingestion du médicament tonique, spiritueux, la mort survient en général, et si quelques animaux guérissent, étant placés dans cette dernière condition, c'est que les vomissemens se sont manifestés aussitôt après que le lien a été détaché, ou bien que les animaux ont prodigieusement uriné sous l'influence de la médication tonique.

8° Les chiens empoisonnés par 30, 50 ou 60 centigrammes d'acide arsénieux *en poudre*, et traités par une forte décoction de quinquina, périssent tous, si l'œsophage a été maintenu, lié pendant dix ou quinze heures.

9° Les animaux auxquels on laisse la faculté de vomir guérissent en leur donnant seulement de l'eau *tiède*, même lorsqu'ils ont avalé 110 centigrammes d'acide arsénieux solide, si, à la suite de cette médication, qui peut n'être employée qu'au bout de quelques heures ils vomissent promptement et à plusieurs reprises.

10° On guérit un grand nombre de chiens empoisonnés par 20, 30 ou 50 centigrammes d'acide arsénieux *solide*, à l'aide de la *saignée*, alors même que l'œsophage a été maintenu, lié pendant trois, quatre ou cinq heures, si les animaux urinent passablement.

11° *Acide arsénieux dissous dans l'eau.* Tous les chiens périssent après avoir pris 25 centigrammes d'acide arsénieux dissous dans l'eau, s'ils sont restés plus d'une heure sans vomir, et s'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Parmi ceux qui ont eu des vomissemens, cinq, dix, quinze ou vingt-cinq minutes après l'ingestion du poison, il en est, et ce sont ceux qui ont le plus vomi, qui guérissent.

12° Le bouillon tonique et excitant n'empêche pas la guérison des chiens empoisonnés par 25 centigrammes d'acide arsénieux dissous dans l'eau, pourvu que des vomissemens aient lieu quelques minutes après l'empoisonnement; car si les animaux ne vomissent pas pendant la première heure de l'intoxication, ils *périssent tous, sans exception*, de quelque manière et à quelque dose que le bouillon soit administré.

13° Tous les chiens empoisonnés par 25 ou 30 centigrammes d'acide arsénieux dissous dans l'eau, qui vomissent abondamment quelques minutes après l'empoisonnement, guérissent au bout de quelques heures, en leur faisant prendre *simplement de l'eau tiède*; alors même que ce liquide n'est injecté pour la première fois qu'une demi-heure, une ou deux heures après l'ingestion du poison.

14° Les chiens placés dans la catégorie qui précède guérissent tous aussi facilement, en employant à la fois et la médication aqueuse et la saignée; celle-ci, en la supposant même inutile, n'est donc pas nuisible dans l'espèce.

15° *Tartre stibié.* Les animaux empoisonnés par des doses de tartre stibié *solide appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané*, plus fortes que celles qui sont nécessaires pour déterminer la mort, guérissent tous, si on parvient à les faire uriner notablement, à l'aide de boissons aqueuses et diurétiques.

16° L'urine rendue par les chiens empoisonnés par l'acide arsénieux et par l'émétique contient constamment de l'émétique et de l'antimoine, et les viscères retiennent d'autant moins de ces poisons que la sécrétion urinaire est plus abondante.

17° Dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux introduit dans l'estomac, le médecin doit se hâter de provoquer le vomissement par des liquides abondans, doux et diurétiques, afin d'expulser par la bouche et par l'anus la portion du poison contenu dans le canal digestif, et par l'urine celle qui ayant été absorbée se trouve déjà dans tous nos tissus. Je m'expliquerai plus tard sur l'emploi du peroxide de fer hydraté, contre lequel j'aurai beaucoup à dire. La saignée devra être employée toutes les fois qu'il y aura réaction évidente, tant à cause des expériences qui font l'objet de ce mémoire, que parce que son utilité dans certains cas a été mise hors de doute depuis des siècles. Les toniques et les excitans devront être soigneusement proscrits, parce qu'ils sont inutiles et qu'ils peuvent nuire; les expériences à l'aide desquelles on avait voulu accréditer leur emploi ne sont pas de nature à fixer un instant votre attention.

18° Tout porte à croire, puisque déjà le fait est prouvé par l'acide arsénieux et par l'émétique, que les médecins tireront de grands avantages de la médication aqueuse et diurétique dans les cas nombreux d'empoisonnement, où les substances vénéneuses, minérales ou végétales auront été absorbées; car alors on débarrassera l'économie animale, par la voie de l'urine, d'une grande partie ou de la totalité des poisons absorbés.

J'aurais fini si je n'avais pas une prière à adresser à l'Académie; je viens lui demander de vouloir bien inviter la dernière commission nommée pour assister aux expériences sur le traitement de l'empoisonnement, à se réunir à moi le plus tôt possible pour vérifier les principaux faits contenus dans ce mémoire. Je demanderai encore que les deux sections de chimie et de pharmacie soient adjointes à cette commission pour examiner les points les plus importans de mes mémoires précédens. Enfin, j'inviterai tous les membres de l'Académie qui seraient curieux de voir mettre en pratique ce qu'ils m'ont entendu dire jusqu'à présent, à se rendre aux séances expérimentales que je me propose de donner dans l'un des amphithéâtres de la Faculté, les 25 et 26 de ce mois et les 1er et 2 novembre. J'opérerai de manière à porter, j'espère, la conviction dans tous les esprits. Si par hasard mes démonstrations paraissaient insuffisantes, je ferai toutes les expériences qui me seraient indiquées par mes collègues. S'il ne s'agissait que d'un intérêt médiocre, je n'invoquerais pas le concours de l'Académie; mais, messieurs, la question est immense, et loin de vouloir qu'elle passe sans contrôle, je tiens à ce que l'Académie se prononce sur elle (1). Vingt mois se sont déjà écoulés depuis la lecture de mon premier mémoire, et combien n'y a-t-il pas encore de médecins et d'autres savans dont l'opinion n'est pas fixée, parce qu'ils n'ont rien vu, et que les faits énoncés leur paraissent tenir du merveilleux, ou bien parce qu'ils ont été ébranlés par des objections puériles et sans portée! Il sera digne de vous de venir consacrer les vrais principes sur ce point de la science. Si ce que j'ai dit est exact, je serai très heureux d'avoir obtenu votre suffrage, parce que, suivant moi, vous êtes un des corps les plus compétens pour juger les questions à la fois médicales, chirurgicales et chimiques; si je me suis trompé, vous le proclamerez et vous rendrez à l'humanité un des services les plus signalés.

M. Gerdy demande si le poids des urines, des matières vomies et des chiens a été pris. Cela ne ferait qu'ajouter un intérêt de plus aux expériences déjà si intéressantes de M. Orfila.

M. Orfila répond que ces poids n'ont point été pris.

M. Gerdy : Il serait à désirer que toutes ces précautions et quelques autres fussent prises, pour se convaincre si tout l'arsenic déposé dans l'estomac se retrouve, et en quelle quantité, dans l'urine, les matières vomies, les matières intestinales, la transpiration pulmonaire, ou bien si quelque portion de cet arsenic n'est point pour toujours combinée avec nos tissus, où d'ailleurs on le trouve à l'état normal. Ce serait là le véritable triomphe de la chimie.

M. Villeneuve demande quelques explications sur l'arsenic annoncé par un chimiste dans les muscles.

M. Orfila répond qu'effectivement l'analyse des muscles donne à l'appareil de Marsh des taches d'un jaune clair, couleur de rouille, non volatiles, et qui ne ressemblent point ainsi aux taches arsénicales pures. Il pense que ces taches sont un mélange d'une forte proportion de matière animale, avec un peu d'arsenic.

M. Rochoux demande si l'arsenic qui existe constamment dans quelques-uns de nos tissus ne joue pas un rôle dans notre organisation.

M. Pelletier : Quant au mode d'introduction de l'arsenic naturel, je dirai qu'il existe dans les corps qui nous servent d'alimens des phosphates qui sont toujours accompagnés d'une certaine quantité d'arséniates. Le blé, entre autres, contient beaucoup de phosphate. Vauquelin, dans ses analyses du froment, n'a pu extraire des phosphates les arséniates, qui certainement s'y trouvent; mais il est probable qu'avec nos moyens actuels d'investigation, ces arséniates se révéleraient. Peut-être la chair musculaire contient-elle un peu de phosphate.

M. Orfila : J'ai dit, dans un de mes précédens mémoires, que la présence des phosphates entraînait la présence d'arséniates et d'arsenites, mais en très petite quantité comparative. Dans les os, il y a du phosphate en abondance, on trouve une minime quantité d'arséniates. Dans les muscles, il y a quelques traces de phosphate; la quantité d'arséniate doit être inappréciable. Je crois que les alimens sont la voie par laquelle nous arrive l'arsenic. Je suis maintenant occupé d'un travail d'analyses des terres et des fruits des pays où le chôlage est pratiqué à l'aide de grandes quantités d'acide arsénieux.

M. Chevallier : L'acide arsénieux annuellement employé en France pour le chôlage des terres monte à l'énorme quantité de 60,000 kilog. Peut-être que la matière des étamages est encore une des sources de l'arsenic normal du corps humain. Dans les étamages les plus purs, ceux d'Angleterre, il y a une notable quantité d'arsenic. On a dernièrement découvert à Nancy qu'un puits dont l'eau avait, à diverses reprises, causé des accidens, communiquait avec les eaux de décharges d'une usine voisine où se fabriquaient des préparations arsenicales. L'ana-

(1) M. Orfila a également invité MM. les professeurs et les agrégés de la Faculté de médecine, MM. les professeurs de l'école de pharmacie, les membres de la société de pharmacie, du bureau central, du conseil de salubrité, MM. les médecins et les pharmaciens des hôpitaux civils et militaires, la commission de l'association des médecins et plusieurs autres personnes.

lyse de ces eaux, faite antérieurement à l'appareil de Marsh, n'avait fourni aucune trace d'arsenic.

M. Orfila demande et obtient, après une courte discussion, deux commissions pour vérifier ses travaux chimiques et thérapeutiques sur l'arsenic.

COMMUNICATIONS. — PARALYSIE COMPLÈTE DE LA CINQUIÈME PAIRE D'UN CÔTÉ, AVEC ABOLITION COMPLÈTE DE LA VUE, DE L'OUÏE, DE L'ODORAT, DU GOUT, DU MÊME CÔTÉ, GUÉRIE PAR LE GALVANISME; PAR M. JAMES.

M. James, interne à la Charité, présente un jeune homme affecté depuis deux ans d'une paralysie de la cinquième paire d'un côté, et qui a été guéri à l'aide du traitement par le galvanisme.

Ce jeune homme était couché dans les salles de M. Andral. Il raconte qu'à la suite d'une névralgie de tout le côté de la face correspondant à la paralysie, névralgie dont la durée a été seulement de huit jours, il a été pris des symptômes qu'il offre maintenant. Or, à son entrée, il y avait perte absolue de sensibilité de toute la peau recevant les trois branches sensitives de la cinquième paire. On a constaté à différentes reprises que la conjonctive, la muqueuse nasale, linguale et la cavité du tympan du côté malade ne jouissent d'aucune sensibilité tactile. Quant aux sensibilités spéciales de ces quatre organes, ils étaient aussi complètement paralysés du même côté. M. James dit s'être assuré que la base de la langue elle-même ne percevait point les saveurs du côté malade, et n'était point sensible au contact des corps. Les muscles recevant les nerfs de la branche motrice étaient aussi paralysés, ce qui se révélait par l'inégal abaissement de la mâchoire, avec un léger déplacement en dehors du côté paralytique, et l'impossibilité de serrer les mâchoires de ce côté. Tous ces troubles fonctionnels ont cédé au galvanisme porté pendant un nombre assez considérable de séances sur les différens points affectés. Les organes des sens font les premiers recouvré leur sensibilité; la sensibilité tactile est revenue la dernière.

M. James dépose sur le bureau cette intéressante observation, qui sera l'objet d'un rapport.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE.

Le docteur Gibert présente à l'Académie une pièce anatomique provenant d'un sujet qui a succombé, dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, à une morve aiguë succédant à un farcin chronique. Cet individu était charretier et couchait habituellement dans une écurie où plusieurs chevaux ont été atteints de la morve. Il a commencé à être malade dès le mois de janvier de cette année. Une inflammation de poitrine, annonçant déjà peut-être une infection du sang, paraît avoir marqué le début de la maladie.

Au mois de mai, il fut reçu à l'hôpital des vénériens et traité d'engorgemens et d'abcès froids, qui furent considérés comme scrofuleux. Il sortit pour passer comme tel à l'hôpital Saint-Louis, le 28 septembre. On observait sur divers points des membres inférieurs des cicatrices blanches et déjà anciennes, traces des incisions faites pour ouvrir les abcès. Il existait en outre, entre les deux derniers os du métacarpe du côté gauche, une plaie profonde et fournissant une suppuration abondante.

Du 12 au 13 octobre se déclarèrent des accidens fébriles.

Le 16, on constate sur la région fronto-surcilière droite une éruption de pustules phlyzaciées, très rapprochées les unes des autres, formant un groupe de sept à huit phlyctènes séro-purulentes offrant au premier abord quelque analogie d'aspect avec l'*herpes phlyctænodes*, ou mieux encore avec la pustule maligne. La région qui supportait ces pustules était tuméfiée et d'un rouge intense un peu livide.

Dès le lendemain, le centre de l'éruption était noirâtre, ecchymotique et gangréneux. Un autre groupe analogue s'était formé sur la paupière supérieure du côté gauche.

Il existait en même temps un jetage abondant, séro-purulent et sanguinolent par les narines, dont l'intérieur offrait quelques croûtes. La morve aiguë était ainsi pleinement caractérisée. Le malade succomba le 18 octobre, à neuf heures du soir, après environ six à sept jours de maladie aiguë tout au plus.

A l'ouverture du corps, on trouva des points ecchymosés sur la pituitaire, et de larges ulcérations grisâtres et fongueuses à la base de la cloison des fosses nasales dans le méat inférieur. Des mucosités purulentes et sanguinolentes remplissaient les sinus et recouvraient la muqueuse des fosses nasales et celles du pharynx. Cet organe, ainsi que le larynx, était sain. De petits points indurés et hépatisés grisâtres existaient çà et là sous la plèvre pulmonaire, mais en très petite quantité: quelques-uns entourés d'une ecchymose noirâtre, élémens évidens de ces petits abcès du poumon qui surviennent dans les cas d'infection du sang. La rate était ramollie et noirâtre. Les autres organes n'offraient rien de remarquable. Un abcès séro-purulent, développé pendant le cours de la maladie aiguë, et reconnu durant la vie, fut ouvert à la partie inférieure du bras droit.

M. Gibert se propose de publier plus tard l'observation avec tous ses détails. Ce fait est le vingt-cinquième ou vingt-sixième recueilli à Paris, depuis que l'attention des observateurs a été appelée sur la morve de l'homme par les recherches et les travaux célèbres de M. Rayer.

La séance est levée.

RECTIFICATION AU COMPTE-RENDU DE LA DERNIÈRE SÉANCE.

M. le rédacteur,

En rendant compte dans la Gazette Médicale de l'observation que j'ai faite dans la dernière séance de l'Académie, à propos de la deuxième note adressée par M. Lassaigne, on me fait dire : *que le désavantage que je trouve au procédé de M. L. est de réduire l'arsenic à l'état métallique*, etc.

J'ai dit, au contraire, que l'application qu'avait faite M. Lassaigne des faits observés par Simon, faits décrits dans les Annales de Poggendorf (t. XLII, p. 563) (1), ne me paraissait nullement avantageuse, puisque lorsqu'on avait obtenu l'acide arsénieux en faisant passer l'hydrogène arsenié dans le nitrate d'argent, il fallait : *l'arsenic dans tous les cas d'empoisonnement devant être obtenu à l'état métallique*, faire alors usage ou de l'acide sulfhydrique pour amener l'acide arsénieux à l'état de sulfure d'arsenic, puis décomposer ce sulfure d'arsenic par le charbon et un alcali pour obtenir le métal, ou bien introduire l'acide arsénieux formé dans l'appareil de Marsh, qui, par la combustion de l'hydrogène arsenié, opérée dans des circonstances convenables, donne instantanément l'arsenic métal.

Je dirai en passant qu'à mon avis le meilleur moyen à employer pour obtenir l'arsenic métallique en se servant de l'appareil de Marsh consiste à faire passer l'hydrogène arsenié produit dans cet appareil dans un tube de verre dont la partie antérieure doit être convenablement chauffée et renfermer de petits fragmens de porcelaine; le gaz hydrogène arsenié, en traversant ces fragmens de porcelaine convenablement chauffés, se décompose; l'arsenic mis à nu va se déposer dans le tube où il forme un anneau métallique. Si l'on agit sur 1 décigramme d'acide arsénieux, l'arsenic est facile à séparer, car il se présente en petites lamelles qui adhèrent à peine au tube de verre.

Je suis, etc. A. Chevallier.

18 octobre 1840.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES OU NÉVROSES, ET EN PARTICULIER DE LA PARALYSIE ET DE SES VARIÉTÉS, DE L'HÉMIPLÉGIE, DE LA PARAPLÉGIE, DE LA CHORÉE OU DANSE DE ST-GUY, DE L'ÉPILEPSIE, DE L'HYSTÉRIE, DES NÉVROSES INTERNES ET EXTERNES, DE LA GASTRALGIE, etc.; par H.-J.-M. Hyacinthe Musset, D. M. Paris, 1840. — 400 pages in-8°. Chez Appert, imprimeur-libraire, passage du Caire, 54.

Au milieu des nombreux ouvrages que nous avons sur le système nerveux il y a une lacune que, dans l'intérêt de la science, nous désirions bien de voir remplir. L'anatomie de ce système important a été poussée aussi loin que les progrès de l'art et les moyens qu'il met à notre disposition l'ont permis, et se trouve retracée dans des ouvrages où l'exactitude et l'étendue des développemens laissent peu à désirer; sa physiologie a été également l'objet des études d'un grand nombre d'expérimentateurs; et si nous n'avons pas fait encore de grands progrès dans la connaissance des fonctions dont est chargé ce système, il n'en est pas moins vrai que de nombreux ouvrages ont été consacrés à l'exposition de cette partie spéciale de la physiologie. Mais la pathologie du système nerveux n'a pas reçu la même attention. Nous ne voulons pas dire pourtant qu'elle ait été négligée, car le nombre des ouvrages publiés sur les maladies de l'encéphale et de la moelle, et sur quelques-unes de celles des nerfs, attesterait au besoin combien on s'est occupé de quelques parties spéciales de la pathologie du système nerveux. Mais personne ne s'est livré, jusqu'à ce moment au moins, avec succès à l'étude de cette partie de la science, considérée d'une manière générale; et cependant quel sujet mériterait davantage de fixer l'attention! Si, comme cela paraît bien certain, le système nerveux est le centre d'action dans toute l'économie et le siége de toutes les sympathies, s'il représente à lui seul plus qu'aucun autre appareil l'organisme tout entier, ne devrait-on pas attendre de l'étude de ses maladies, faite d'une manière générale, c'est-à-dire considérées dans leur ensemble et comparées entre elles, ne devrait-on pas attendre d'utiles révélations sur la manière dont se développent les affections des autres appareils; peut-être même est-ce seulement par l'étude presqu'exclusive de la pathologie du système nerveux qu'on arrivera à découvrir dans l'économie, nous ne disons pas les premières traces, le *punctum saliens* des troubles qui s'y développent, mais bien les premières altérations appréciables. Le système nerveux partage seul, avec l'appareil vasculaire, le privilége de dominer toute l'économie, et il n'est pas douteux qu'un grand nombre d'affections dont sont frappés les autres appareils n'aient eu d'abord en lui leur point de départ. Ces considérations, qui se présentent à nous toutes les fois qu'un nouvel ouvrage sur le système nerveux nous tombe entre les mains, nous font regretter qu'une étude sérieuse de la pathologie générale du système nerveux n'ait point encore été tentée. Dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux en ce moment, il est question, il est vrai, de presque toutes les

(1) Simon a aussi fait connaître l'action 1° du chlore liquide; 2° de la solution de perchlorure de mercure; 3° de la solution de platine sur l'hydrogène arsenié. On pouvait se servir de l'action de ces substances pour séparer l'arsenic de l'hydrogène arsenié.

affections nerveuses; mais elles y sont toutes considérées isolément, et l'auteur, comme tous ses prédécesseurs, n'a point cherché si de l'étude et de la comparaison de ces différentes affections entre elles on pourrait trouver quelques lois générales qui leur fussent propres.

Présenter un historique aussi complet que possible de chacune des maladies les plus importantes dont on fixe ordinairement le siége dans le système nerveux, et en s'écartant des formes ordinairement suivies, tel paraît avoir été le but de l'auteur du TRAITÉ DES MALADIES NERVEUSES. Il commence par la paralysie; dont il présente un tableau symptomatique riche de faits et d'exemples, mais sans tenir aucun compte des causes organiques auxquelles on l'a attribuée, et dont elle dépend réellement dans beaucoup de cas. Cette méthode, qui pourrait attirer à l'auteur de sévères admonitions de la part d'un médecin organicien, nous paraît pourtant offrir des avantages qu'on ne trouve pas dans la méthode ordinaire. Elle ne laisse pas en dehors de la science une foule de faits inexplicables par les théories du jour, et dont il faut cependant que le médecin s'occupe puisqu'ils frappent nos semblables. Par cette méthode la paralyse n'est plus exclue du cadre nosologique pour être reléguée parmi les symptômes, et avec beaucoup de raison, car dans un grand nombre de cas la paralysie est toute la maladie et suffit bien pour occuper exclusivement l'attention du praticien.

Quelques-uns des titres sous lesquels l'auteur rapporte plusieurs de ses observations feraient bien certainement sourire nos dogmatistes, qui ont toujours à leur disposition une congestion encéphalique et passagère pour expliquer tous les cas de paralysie dont on ne trouve pas après la mort les causes dans le cerveau. Ainsi nous citerons un cas de *paralysie générale par dessèchement*. Le sujet était une pauvre nourrice dans la misère, qui fut privée tout à coup de sensibilité. A la vue de ses membres flétris et desséchés, de ses seins qui ressemblaient à une vessie vide, de la peau collée partout sur les os, l'auteur se donna de garde d'attribuer la paralysie qui l'avait frappée à une congestion encéphalique : il y vit une paralysie par défaut de nutrition, et au lieu de saignées il lui prescrivit du bouillon et de la soupe dont elle n'avait pas mangé depuis longtemps, et elle se rétablit promptement sous l'influence d'un bon régime. Aussi l'auteur a-t-il raison de dire : « Assurément les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les moxas, l'électricité, le galvanisme, la noix vomique, la strychnine, la brucine, etc., n'auraient jamais pu guérir cette femme. » Si nous voulions faire un contraste nous citerions une observation d'*hémiplégie causée par l'abus du vin et des liqueurs*, nous y verrions une hémiplégie dissipée en peu de temps par des moyens dont l'indication ne pouvait ressortir de la lésion organique qui était restée inconnue.

L'article *chorée* nous a paru aussi complet qu'on peut le désirer. Nous y avons remarqué, outre l'indication de tous les traitements employés dans cette affection mystérieuse, un traitement que l'auteur dit lui être particulier et lui avoir réussi dans de nombreux cas. Ce traitement est une combinaison des moyens analeptiques avec la stimulation de la peau.

Nous voudrions suivre l'auteur dans le reste de son travail où il s'occupe de l'*épilepsie*, de l'*hystérie*, des *névralgies* et des *gastralgies*; nous y trouverions, comme dans ce qui précède, les matériaux d'une instruction vraiment pratique, mais qu'il est difficile, impossible même de détacher, pour les présenter isolés. Nous y trouverions aussi quelques explications et quelques théories qui passeraient pour surannées même à nos yeux peu prévenus pour celles qui n'ont d'autre mérite que la nouveauté. Mais tout l'ouvrage est plein de faits d'une utilité pratique incontestable, et qu'on y lira avec profit si on le parcourt sans préventions.

UEBER URSACHEN, SYMPTOME UND BEHANDLUNG DER GEISTESZERRUTTUNG (CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES, LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE); par le docteur ASCHLEY GAILSKELL; traduit de l'anglais par le docteur WILHELM HARNISCH. — Weimar, 1837; 1 vol. in-8 de 400 pages.

Cet ouvrage contient, dans un cadre fort restreint, les principes généraux sur lesquels reposent l'étude et le traitement de l'aliénation mentale. C'est une sorte de bulletin constatant l'état de la science dans le pays de l'auteur, surtout sous le point de vue thérapeutique.

Placé entre les opinions diverses des médecins, dont les uns considèrent l'aliénation comme une maladie toute corporelle; les autres, au contraire, n'y voient qu'une affection de l'ame; l'auteur semble être éclectique entre les deux doctrines, et avoue que nous sommes encore fort peu avancés à cet égard.

Il considère la folie d'une manière tout à fait générale et la rapporte à deux types : l'excitation et l'affaiblissement, qu'il isole entièrement des formes variées résultant de la constitution du sujet, de sa position sociale, du mode d'action de la cause, etc.

Comme la plupart des auteurs, il admet des causes physiques et morales, dont il subordonne l'influence à une prédisposition, soit héréditaire, soit propre à l'individu et dépendant du tempérament, du sexe, de la sensibilité, de l'éducation. Elle est comme un germe que les causes accidentelles ne font que développer. Quant aux formes que présente l'aliénation, elles sont rarement en rapport avec la nature de la cause qui l'a produite.

Ordinairement la maladie débute par une période d'acuité d'une durée plus ou moins longue, souvent même inaperçue, qui se termine, soit par la mort, soit par un repos momentané que doit suivre un nouveau paroxisme, soit par le passage à l'état chronique, soit par la guérison. Cette marche est plus particulièrement celle du premier type.

Le pronostic se rapporte, soit au danger que peut courir la vie du malade, soit à la curabilité de la maladie. Dans le premier cas, il dépend du plus ou moins d'intensité et de fréquence des accès, de la nature et du mode d'action de la cause, des désordres organiques et des lésions vitales qui en sont la suite. Dans le second cas, l'état des forces vitales, la durée de la maladie, sa nature, celle de sa cause, ses complications, l'âge du sujet, son sexe, son tempérament, sont autant de circonstances dont les diverses combinaisons donnent lieu à des inductions qu'il est assez difficile de réduire en règle générale. Cependant, on doit déduire un pronostic défavorable de la complication de l'aliénation mentale avec l'épilepsie ou d'autres affections semblables. Dans toute autre circonstance, on ne doit point déclarer l'incurabilité avant une période de deux ans, surtout si le sujet est jeune et bien portant, et si la maladie manifeste une tendance à changer de forme. Quoi qu'il en soit, le nombre des guérisons est toujours très petit, si on le compare avec celui des individus atteints d'aliénation mentale. (Il est bien entendu qu'il n'est point question ici de l'imbécillité native ni de l'idiotisme congénial.)

Après avoir recommandé la plus grande circonspection, relativement au diagnostic, surtout quand on a lieu de suspecter, soit le malade, soit les parens, l'auteur passe à la partie thérapeutique, à laquelle il donne une grande extension. Nous allons en extraire les faits principaux.

La thérapeutique doit, ici surtout, avoir pour bases l'observation exacte de la maladie et la recherche de ses causes. Le médecin doit s'attacher à distinguer les symptômes qui dépendent de l'aliénation de ceux que peut produire toute autre affection. Dans quelques cas, il suffit de détruire la cause pour guérir la maladie; mais cela est rare. Généralement, on est réduit à une médecine expectante et symptomatique.

Le traitement est moral ou pharmaceutique, et quelle que soit la méthode que l'on adopte, l'emploi doit en être dirigé avec douceur, patience et fermeté; un bon surveillant a une grande part au succès quand il comprend bien sa mission. L'auteur restreint la nécessité de l'isolement aux affections uniquement morales. Celles qui sont liées à des affections organiques ne la réclament pas. Et quand l'isolement est reconnu nécessaire, il conseille de placer le malade dans une maison particulière. Cette opinion dépend sans doute de l'état des établissemens publics en Angleterre.

Outre le traitement moral, le médecin a à sa disposition les diverses médications que l'on emploie dans les autres maladies. Arrêtons notre attention sur quelques-unes.

Les saignées sont ou générales ou locales. Quoique souvent d'une grande utilité, on doit mettre beaucoup de prudence dans leur emploi. Voici la règle générale que l'on peut établir à cet égard. Quand l'aliénation est simple, il ne faut pas y avoir recours. Il en est autrement quand elle est accompagnée de phénomènes qui la réclament ordinairement. La pléthora, des congestions locales, des inflammations, des accidens traumatiques sont dans ce cas. L'état du pouls, la rougeur de la face, la turgescence des vaisseaux, etc., sont autant d'indications qui doivent diriger le médecin. La saignée générale est préférable chez les personnes d'une forte constitution; dans le cas contraire, il vaut mieux employer les sangsues ou les ventouses. Quant à la quantité de sang tiré, elle doit toujours être moindre que dans les mêmes cas non compliqués d'aliénation mentale. Par les mêmes principes, on doit choisir de préférence, pour faire les émissions sanguines, le début d'un accès qui s'annonce souvent par des symptômes précurseurs. On évite ainsi les effets d'une trop grande prostration des forces dans la période qui suit.

L'administration des *émétiques* a plus d'un but; ils débarrassent les premières voies, produisent de la diaphorèse, agissent comme moyen perturbateur et ont aussi une utilité morale en détournant l'attention du malade des idées qui le préoccupent. On doit préférer le sulfate de zinc quand on craint d'agir trop vivement sur l'estomac. Au début d'un accès de manie, surtout s'il y a embarras gastrique, on associe avec avantage le tartre stibié à l'ipécacuanha. On fait suivre leur administration de

celle d'un léger laxatif, et l'on donne des bouillons nourrissans. Dans certains cas de mélancolie où l'activité vitale est comme anéantie, il faut avoir recours à un moyen plus actif, le sulfate de cuivre. L'état des fonctions digestives doit servir de régulateur pour l'emploi réitéré de ces moyens. Quant toutes les fonctions s'exécutent bien, le tartre stibié ne peut être employé que pour son effet moral. Quant aux contre-indications, elles sont les mêmes que dans les cas non compliqués d'aliénation mentale.

Les purgatifs sont aussi un excellent moyen qui exige dans son emploi une grande circonspection. Quand il y a fièvre, on emploie de préférence les sels neutres, les préparations antimoniales unies au jalap et le calomel à petites doses; l'emploi de ce dernier surtout ne peut pas être longtemps continué. S'il n'y a pas de fièvre, et surtout si la maladie est chronique, on doit de préférence administrer l'aloès qui, n'agissant que sur les gros intestins, ne produit pas cette flatulence qui suit ordinairement l'usage des sels neutres.

La suppression des menstrues, du flux hémorrhoïdal offrent pour l'emploi de ces moyens des indications qu'il est facile de saisir.

Les narcotiques en général et l'opium en particulier doivent être évités partout où il y a une diathèse inflammatoire. Ils sont d'une grande utilité toutes les fois que l'agitation ne se lie à aucune congestion locale. Ils produisent alors un bon effet si on les donne à dose convenable pour obtenir un sommeil tranquille. Le choix des narcotiques dépend encore de l'idiosyncrasie du sujet. On administre surtout l'opium lors que l'aliénation s'accompagne de symptômes nerveux, d'une agitation convulsive sans mouvement fébrile. Si la maladie passée à l'état chronique offre encore quelques momens d'agitation et même pendant la convalescence, on se trouve bien de l'emploi de la teinture d'opium camphrée, administrée le soir avant le coucher. L'opium peut être encore considéré comme le spécifique contre le délire que produit l'abus des liqueurs alcooliques. Lorsque l'usage des narcotiques doit être continué pendant quelque temps, on ne peut les donner qu'à petites doses.

La digitale est employée avec avantage comme sédatif, surtout quand la faiblesse des vaisseaux absorbans coïncide avec un excès d'activité du cœur et des gros vaisseaux, et avec la réserve qu'il n'y ait ni fièvre, ni inflammation. Pour produire de l'effet, son administration doit être continuée pendant quelque temps; au début on donne trois fois par jour 15 gouttes de teinture saturée et l'on augmente progressivement jusqu'à ce qu'on remarque une action; alors, suivant les cas, on diminue la dose ou on en suspend l'administration. Ce médicament déprime plus ou moins promptement les forces vitales, et l'on en doit cesser l'emploi dès que le pouls tombe à 40, que l'on remarque de l'anxiété ou une irritation gastrique; il est bon d'administrer alors des fortifians et de légers apéritifs.

Les toniques, les préparations ferrugineuses sont indiqués dans les cas de faiblesse générale d'aménorrhée. Une décoction de quinquina acidulée combat avec avantage les sueurs profuses qui accompagnent souvent cet état.

Tels sont les principaux agens pharmaceutiques. On en soutient l'action au moyen des bains dont on varie, suivant l'effet qu'on veut produire, la température, la durée, le lien d'application, en y joignant, quand ils doivent être sédatifs, l'usage du froid sous forme d'affusion ou d'application de glace. On ne doit jamais perdre de vue les dangers que peut offrir une trop grande dépression des forces dans la période de faiblesse.

Joignez à cela un régime et une alimentation convenables pour le choix desquels on consulte les habitudes du malade, l'état de ses forces, la saison; un exercice régulier, des occupations soutenues qui ne fatiguent pas l'esprit, une bonne direction donnée aux habitudes, une répression énergique dans certains cas, nous aurons l'ensemble des moyens dont le médecin peut disposer pour combattre l'aliénation. Et n'oublions pas que les forces de la nature bien dirigées font souvent plus que toute méthode de traitement.

E. R.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

RÉORGANISATION DES ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE.

RAPPORT AU ROI.

Sire,

La loi du 11 floréal an 10 a fixé à six le nombre des écoles qui pourraient être fondées et entretenues par l'État pour l'enseignement de la médecine en France. Mais, en dehors de ces grandes écoles, dont trois seulement ont été organisées jusqu'à présent, et qui seules ont le droit de conférer le grade de docteur, il s'est formé des cours d'instruction médicale, et peu à peu des établissemens inférieurs, dont l'objet est d'initier un certain nombre d'élèves aux premiers élémens de l'art de guérir. L'arrêté du gouvernement du 20 prairial an 11 a formellement reconnu cet enseignement préparatoire, institué dans les hôpitaux des principales villes, en vertu de décrets spéciaux. En 1820, une ordonnance royale du 18 mai fit rentrer sous le régime de l'université les écoles secondaires de médecine; et cet acte m'impose le devoir de proposer à Votre Majesté plusieurs dispositions nouvelles dans l'intérêt de ces écoles; car, ainsi que je le disais dernièrement à Votre Majesté dans le préambule de l'ordonnance sur l'enseignement pharmaceutique, lorsque l'université est mise en possession d'un ordre d'établissemens, ce doit être pour l'améliorer et le fortifier.

Il existe en France dix-huit écoles secondaires médicales; mais ces écoles, ayant été fondées isolément et sans aucune règle commune, ne présentent aucun ensemble dans leur organisation. Quelques-unes possèdent des fondations qui pourvoient aux frais du matériel et au traitement des professeurs; dans la plupart, c'est le conseil municipal ou le conseil général du département, ou l'administration des hospices, qui subvient aux dépenses, ce qui livre ces établissemens au vice d'une perpétuelle mobilité; enfin, quelquefois elles n'ont d'autre ressource que le faible produit des inscriptions payées par les élèves. Le prix de ces inscriptions varie, suivant les localités, depuis 6 fr. jusqu'à 30 fr.; dans deux écoles on ne paie même aucune rétribution. Les traitemens des professeurs présentent la même inégalité fâcheuse: quelques-uns ne touchent que 130 fr. par an; d'autres reçoivent 1,000 fr, quelques-uns 1,600 fr.; un assez grand nombre n'ont aucune espèce de traitement. Dans beaucoup de villes, les amphithéâtres de dissection sont insuffisans; dans d'autres, on s'oppose à l'établissement des cliniques dans l'intérieur des hôpitaux; et cependant sans clinique il ne peut exister de véritable enseignement médical. Pendant longtemps l'entrée des salles de maternité a été interdite aux étudians, et elle n'est pas encore complétement libre d'entraves. On refuse même souvent de livrer, pour les études anatomiques, les cadavres qui sont réclamés par les familles. Enfin, le nombre des chaires n'est pas le même partout; dans quelques écoles, il y en a de superflues, et dans d'autres les plus indispensables ne sont pas régulièrement constituées.

Il importe sur tous ces points d'établir des règles fixes, afin que partout des ressources suffisantes soient assurées aux établissemens, les mêmes devoirs imposés aux professeurs, et la même instruction offerte aux élèves. Tel est le but de l'ordonnance que je viens soumettre à l'approbation de Votre Majesté.

L'article 1er remplace, pour les écoles qui seront organisées conformément aux nouvelles dispositions, le titre d'écoles secondaires de médecine par celui d'*écoles préparatoires de médecine et de pharmacie*. Ce titre indique mieux la double destination de ces établissemens, où l'enseignement doit être à la fois médical et pharmaceutique, pour répondre à tous les besoins.

L'art. 2 dispose qu'on enseignera dans les écoles préparatoires:

La chimie et la pharmacie;

L'histoire naturelle médicale et la matière médicale;

L'anatomie et la pathologie internes;

La clinique et la pathologie externes;

Les accouchemens, les maladies des femmes et des enfans.

Les différentes commissions qui, depuis 1830, ont été chargées de l'examen des questions relatives à l'organisation des études médicales avaient demandé que le baccalauréat ès-lettres fût exigé des élèves des écoles secondaires. Cette condition ne m'a point paru indispensable; elle n'a pas été prescrite même dans les écoles spéciales de pharmacie, et elle tendrait à rapprocher trop les écoles secondaires des facultés de médecine dont elles doivent rester complétement distinctes.

Les articles 3 à 7 sont relatifs au personnel obligatoire dans chaque école. Six professeurs et deux adjoints suffisent pour toutes les matières de l'enseignement. Ils seront nommés par le ministre, sur une double liste de candidats, présentée, l'une par l'école où la place est vacante, l'autre par la faculté de médecine à laquelle elle ressortit. Les professeurs devront justifier du doctorat en médecine, ou d'un diplôme de pharmacien obtenu dans une école spéciale: pour les chaires de chimie et d'histoire naturelle, le grade de bachelier ès sciences physiques sera en outre exigé. Un traitement annuel de 1,500 fr. au moins est assuré aux professeurs titulaires, et de 1,000 fr. aux professeurs adjoints. Les uns et les autres auront droit désormais à une pension de retraite, comme tous les fonctionnaires de l'université, dont ils font partie. Chaque établissement aura en outre un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur.

Un des avantages les plus précieux des écoles préparatoires, c'est d'offrir pour les études anatomiques, cette base essentielle de la médecine, des ressources qu'on ne rencontre pas toujours dans les facultés, où les élèves sont quelquefois trop nombreux pour suivre utilement toutes les démonstrations. Il importe de tirer tout le parti possible de cet avantage. Les articles 8 et 9 de l'ordonnance prescrivent aux villes de mettre à la disposition des écoles des amphithéâtres convenablement appropriés et toutes les collections scientifiques nécessaires à l'enseignement. D'un autre côté, les commissions des hospices seront tenues de fournir, pour le service de la clinique médicale et chirurgicale, une salle de cinquante lits au moins.

Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont des établissemens communaux; et, sous ce rapport, elles seront dans la même situation à l'égard des facultés que les colléges communaux à l'égard des colléges royaux. Les villes pourvoiront, en conséquence, à toutes les dépenses du personnel et du matériel, s'élevant ensemble à un minimum de 13,000 fr. L'article 10, qui règle ces dispositions, tient compte de la pratique actuelle, et admet les subventions votées annuellement par les conseils généraux des départemens et par les hospices, comme ressources ordinaires des écoles, en déduction de la somme qui doit être allouée par les conseils municipaux. Le budget de chaque école, établi d'après les bases qui viennent d'être indiquées, sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique, comme celui des colléges communaux. Une commission locale vérifiera chaque année les comptes présentés par le directeur. L'article 11 compose ainsi cette commission: le maire de la ville, président, un membre désigné par le conseil municipal, un membre désigné par le conseil général, et deux membres désignés par la commission des hospices.

Les art. 12, 13 et 14 sont relatifs aux inscriptions des élèves. Le taux en est

fixé à 35 fr. dans toutes les écoles; et le produit en sera versé, soit dans la caisse municipale, soit dans la caisse du département ou des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par la ville, par le département ou par les hospices, qui trouveront ainsi un juste dédommagement des sacrifices qu'ils se seront imposés dans l'intérêt des études médicales. D'après les règlemens actuels, les inscriptions prises dans les écoles secondaires ne sont comptées dans les facultés que pour les deux tiers de leur nombre réel, et cette dépréciation est une cause de décadence pour ces écoles. On conçoit que, pour donner au doctorat en médecine la dignité qui lui appartient, on ne confère ce grade élevé que dans les grands centres d'études; mais les premiers examens n'ont pas cette importance: ils ne demandent qu'une partie des connaissances dont le doctorat exige l'ensemble, celles-là mêmes qui peuvent être plus solidement enseignées dans les écoles secondaires, par exemple les démonstrations anatomiques. Je propose donc à Votre Majesté de décider qu'à l'avenir les inscriptions prises dans les écoles préparatoires pendant deux années seront admises pour toute leur valeur dans les facultés. Je n'ai pas cru devoir déterminer un plus long terme pour cette équivalence; ces deux années sont, en général, le temps que les élèves passent dans les écoles secondaires avant d'entrer dans les facultés, et elles suffisent pour les premières études de médecine. Les inscriptions qui seront prises au delà de la huitième continueront à être comptées comme elles le sont aujourd'hui. Cette disposition, avec celle qui assure un traitement convenable aux professeurs, rendra la vie aux écoles secondaires. Toute l'ordonnance nouvelle est là. Mais l'équivalence des inscriptions ne sera acquise que dans les écoles dont l'organisation aura été complétée conformément à la présente ordonnance, et qui offriront dès lors toutes les garanties exigées pour l'instruction des jeunes gens. Cette mesure est à la fois équitable et nécessaire; elle fait dépendre la prospérité des établissements des reformes qui y seront introduites par le vote libre des communes, et elle distinguera utilement les nouvelles écoles préparatoires des anciennes écoles secondaires.

Par une disposition analogue, l'art. 16 et dernier du projet déclare équivalentes à deux années de stage dans une officine les deux années d'études scolaires auxquelles sont appelées les élèves en pharmacie. Déjà la loi du 21 germinal an 11 reconnaît cette équivalence pour les élèves pharmaciens des hôpitaux d'instruction militaires. La nouvelle ordonnance répond ainsi à sa double destination: elle favorise l'instruction théorique de la pharmacie, trop négligée jusqu'à ce jour, comme elle améliore l'enseignement élémentaire de la médecine; et, sous ce rapport, elle complète avec avantage l'importante ordonnance que Votre Majesté a rendue le 27 septembre dernier sur les écoles de pharmacie. J'ai l'espoir que celle-ci ne sera pas accueillie avec moins de faveur par tout le corps médical.

Je suis avec un profond respect,

Sire,

De Votre Majesté,

Le très-humble, très-obéissant et fidèle serviteur,

V. Cousin.

ORDONNANCE DU ROI.

Louis-Philippe, roi des Français,

A tous présens et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique, grand maître de l'Université;

Vu l'ordonnance royale du 18 mai 1820, qui soumet au régime du corps enseignant les écoles secondaires de médecine;

Vu les règlemens universitaires des 7 novembre 1820 et 26 septembre 1837;

Vu la délibération du conseil royal de l'instruction publique, en date du 13 octobre 1840;

Nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit:

Art. 1er. Les écoles actuellement établies sous le titre d'écoles secondaires de médecine, et qui seront réorganisées conformément aux dispositions prescrites par la présente ordonnance, prendront le titre d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. Les objets d'enseignement dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont:

1° Chimie et pharmacie;
2° Histoire naturelle médicale et matière médicale;
3° Anatomie et physiologie;
4° Clinique interne et pathologie interne;
5° Clinique externe et pathologie externe;
7° Accouchemens, maladies des femmes et des enfans.

Art. 3. Il y aura dans chaque école six professeurs titulaires et deux professeurs adjoints.

Art. 4. Les professeurs titulaires et adjoints seront nommés par notre ministre de l'instruction publique, sur une double liste de candidats, présentée l'une par l'école où la place est vacante, l'autre par la faculté de médecine dans la circonscription de laquelle ladite école se trouve placée.

Les candidats pour les places de professeurs titulaires ou adjoints doivent être docteurs en médecine ou pharmaciens reçus dans une école de pharmacie, et âgés de trente ans.

Les professeurs de chimie et d'histoire naturelle auront à justifier, en outre, du baccalauréat ès-sciences physiques.

Art. 5. Il sera attaché à chaque école un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur de chimie et d'histoire naturelle.

Art. 6. Les professeurs recevront un traitement annuel, dont le minimum est fixé à 1,500 fr. pour les titulaires, à 1,000 fr. pour les adjoints.

Le chef des travaux anatomiques aura un traitement de 500 fr.; le prosecteur et le préparateur, un traitement de 250 fr. chacun.

Art. 7. Les professeurs titulaires et adjoints subiront sur leur traitement la retenue du vingtième au profit de la caisse des retraites, auxquelles ils auront droit désormais comme tous les autres fonctionnaires de l'Université, et aux mêmes conditions.

Art. 8. Chaque école aura un ou plusieurs amphithéâtres et sera fournie de collections relatives à l'objet des divers cours.

Art. 9. L'administration des hospices de chaque ville où une école préparatoire sera établie fournira pour le service de la clinique médicale et chirurgicale de ladite école une salle de 50 lits au moins.

Art. 10. Les écoles préparatoires de médecine et pharmacie sont des établissemens communaux. Les villes où elles sont ouvertes pourvoiront à toutes les dépenses, soit du personnel, soit du matériel.

Les hospices et les conseils généraux des départemens pourront continuer à voter des subventions pour l'entretien des écoles préparatoires. Ces subventions viendront en déduction des sommes qui doivent être allouées par les villes.

Le budget annuel de chaque école sera arrêté en conseil royal de l'instruction publique.

Art. 11. Une commission vérifiera chaque année les comptes presentés par le directeur. Cette commission sera composée du maire de la ville, président; d'un membre désigné par le conseil municipal; d'un membre désigné par le conseil général; de deux membres désignés par la commission des hospices.

Art. 12. Les droits d'inscriptions trimestriels qui doivent être acquittés par chaque élève sont fixés à 35 fr.

Art. 13. Le produit des inscriptions prises dans chaque école sera versé dans la caisse soit de la ville, soit du département, soit des hospices, jusqu'à concurrence des sommes allouées par les conseils municipaux, départementaux ou des hospices, pour l'entretien de l'établissement.

Art. 14. A dater de la présente année scolaire, les élèves des écoles préparatoires, dont l'organisation sera conforme aux règles prescrites par cette ordonnance, pourront faire compter les huit inscriptions prises pendant deux années pour toute leur valeur dans une des Facultés de médecine.

Art. 15. Les élèves en pharmacie seront admis à faire compter deux ans d'études dans une école préparatoire pour deux ans de stage dans une officine.

VARIÉTÉS.

ÉCOLE AUXILIAIRE DE MÉDECINE FONDÉE EN 1837, PLACE DE L'ESTRAPADE, 30, PRÈS LE PANTHÉON, PAR LE DOCTEUR A. LAGASQUIE, DIRECTEUR.

L'absence de direction scientifique et de toute espèce de surveillance morale est la source évidente d'une foule d'égaremens qu'on a trop souvent à déplorer dans la classe des élèves en medecine. Si certains d'entre eux ont assez de discernement pour suivre un plan d'études méthodique, et la volonté assez ferme pour rester dans la ligne du devoir, combien d'autres ne se préoccupent que de leurs plaisirs et se perdent avec leur indépendance!

Mais comment prévenir les écarts si fatalement préparés par le concours de circonstances d'une capitale où abondent tous les genres de séduction, d'une jeunesse avide d'émotions et d'une liberté sans entraves? On a voulu essayer le casernement comme dans les colléges, les élèves n'ont pas voulu s'y soumettre, et comme il n'y a aucune peine universitaire attachée à l'exclusion d'un établissement médical particulier, du moment que les règlemens les ont gênés, rien ne leur a été plus facile que de s'en affranchir.

Dans le prospectus qu'il publia il y a trois ans, M. Lagasquie avait prévu les difficultés et avait franchement déclaré que les habitudes d'indépendance inhérentes à la condition d'étudiant et l'obligation pour eux de fréquenter la Faculté de médecine, ne lui permettaient pas de soumettre ses jeunes gens à des statuts comparables à ceux qui régissent les institutions, les colléges et certaines écoles. Des réformes tendant à une pareille sujétion, ajoute M. Lagasquie, après trois années d'expérience, ne nous paraissent praticables qu'autant que l'université en prendrait l'initiative et les rendrait obligatoires. Jusque-là c'est tenter une entreprise inutile que de substituer une *indépendance surveillée* à la conduite ignorée, à la liberté abusive que favorise l'isolement dans Paris. Or il suffit de vivre sous le même toit, d'agir sur les jeunes gens par des conseils, de faire intervenir au besoin les moyens de répressions dont disposent les familles, pour prévenir, sans contrainte et sans violence, bien des écarts dans lesquels tomberait un jeune homme s'il était livré à lui-même. Enfin, lorsque ni les admonitions assidues du directeur, ni les justes sévérités des parens ne peuvent améliorer un étudiant qui s'obstine à se perdre, il ne reste plus qu'à l'exclure de l'établissement pour écarter un mauvais exemple.

A côté de cette surveillance qui peut s'étendre à beaucoup de choses se trouvent les avantages d'un enseignement intérieur auxiliaire des leçons de la Faculté: des cours particuliers sur les diverses branches de la médecine et sur les sciences accessoires, des conférences, des examens, une bibliothèque, un laboratoire de chimie, un jardin de botanique, des pièces anatomiques, etc.

Sans parler des soins hygiéniques que réclame à si juste titre la santé des étudians, les avantages de l'école auxiliaire de médecine dont nous venons de donner un aperçu sont trop évidens pour que nous ayons besoin de nous attacher à les faire ressortir. Disons seulement que, par ses lumières et sa probité, le directeur est à la hauteur de la tâche qu'il s'est imposée avec le zèle et la conscience d'un homme de bien.

Dr F. Andry.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 44. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 31 OCTOBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. Mémoire sur les tumeurs enkystées qui se développent au-devant du genou. — Nouveau procédé pour la section sous-conjonctivale des muscles de l'œil dans le traitement du strabisme. — II. REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE. Sur le traitement des blessures des artères radiale et cubitale. — Indications du traitement mercuriel général dans les maladies vénériennes.—Observation d'encéphalocèle traumatique.—Observation de calcul urétral extrait de l'urètre d'un enfant de 2 ans.—Hernies inguinales épiploïque.—Observations de deux cataractes par abaissement; suivies de réflexions sur cette opération.—Mémoire sur quelques modifications à apporter au bandage amidonné. —Otite chronique survenu à la suite de la repercussion d'une éruption du cuir chevelu; épanchement purulent dans les méninges.— De la cure radicale de la hernie inguinale réductible.—Mémoire sur la forme intermittente comme terminaison dans les maladies.—Considérations sur les fonctions et sur les maladies du cervelet; observation de ramollissement et de tubercules développés dans le cervelet.—Empoisonnement par l'acide arsénieux; emploi de l'hydrate de peroxide de fer.—Deux cas d'emphysème spontané, dont l'un s'est manifesté pendant l'accouchement et l'autre à la suite d'un ulcère du larynx. — De l'influence des muscles obliques de l'œil sur la vision.—Observations de nécrose.—Observation de hernie crurale entéro-épiploïque étranglée. — Triple ligature de la carotide; hémorragie; artère transpercée de part en part.—Quelques observations de fractures des articulations. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Académie des sciences : séances des 19 et 26 octobre.—Académie de médecine : séance du 27 octobre.—IV. EXPÉRIENCES TOXICOLOGIQUES. Séances données par M. Orfila à l'École-de-medecine.—V. VARIÉTÉS. —VI. FEUILLETON. De l'organisation médicale projetée.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS ENKYSTÉES QUI SE DÉVELOPPENT AU-DEVANT DU GENOU; par M. FLEURY fils, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont.

Lorsque la peau recouvre des organes doués d'une grande mobilité, elle en est séparée par une poche de nature celluleuse, qui forme un sac sans ouverture, dont la face interne est lubréfiée par un liquide qui offre de l'analogie avec celui que l'on observe à la surface des membranes séreuses, et dont la face externe adhère aux tégumens. On a donné à cette petite cavité le nom de bourse muqueuse, ou de bourse synoviale sous-cutanée.

Celle que l'on voit devant la rotule est, sans contredit, une des plus développées qui existent dans l'économie. Le tissu cellulaire de cette région ne contient point de graisse dans ses aréoles; les lamelles qui entrent dans sa composition forment un tissu feutré et offrent l'apparence d'une membrane fibro-celluleuse douée d'une grande élasticité et susceptible d'acquérir, dans quelques circonstances, une grande extension; elles circonscrivent une cavité qui est tantôt unique, tantôt divisée en plusieurs loges par des prolongemens qui s'étendent de l'une des parois à celle qui lui est opposée, et qui forment des cloisons incomplètes. Sa face externe adhère à la peau du genou; sa surface intérieure, qui est lisse et polie, est humectée par un liquide mucilagineux qui a pour usage de favoriser les mouvemens des parties molles sur les os.

Dans l'état normal, cette membrane ne contient que très peu de vaisseaux; ses feuillets sont susceptibles d'une grande distension lorsqu'un liquide s'y accumule. Le développement qu'acquiert alors cette petite cavité forme au-devant de sa rotule une grosseur à laquelle on donne le nom de tumeur enkystée du genou.

Feuilleton.

DE L'ORGANISATION MÉDICALE PROJETÉE.

Lorsque l'année dernière, à pareille époque, ce mot *projetée* tomba de ma plume avec regret, avec amertume, quelques personnes bien instruites, disait-on, affirmèrent que cette organisation allait enfin obtenir la sanction législative. On sait si cette promesse s'est réalisée. Ainsi le mot projetée est encore de mise; il l'est depuis douze ans, il le sera encore très probablement cette année, l'année prochaine, l'année suivante, peut-être encore douze autres années. Certes, on n'accusera pas l'administration d'une précipitation emportée dans l'examen d'une pareille loi. A vrai dire, cette organisation paraît décidément clouée dans l'immobilité du *statu quo*. Cependant, comme on croit facilement ce que l'on désire, beaucoup de médecins pensent que malgré les circonstances actuelles, l'état de crise politique où nous sommes, la session prochaine ne se passera pas sans voir paraître ce messie providentiel, ce grand *desiratum*, de notre profession. C'est là une vaine espérance. et qu'il est inutile d'entretenir. Nous en avons encore pour longtemps de la loi de ventose an XI, et de cette vieille friperie d'ordonnances de l'empire, qui ne vont plus à notre époque. Ce projet d'organisation si longuement, si difficilement élaboré, trouve plus d'un obstacle dans son exécution; aussi sera-t-il mis à l'écart, comme on a déjà fait. La profession reste dans un provisoire devant lequel passeront peut-être plus d'une génération, il n'en faut plus douter. Cependant, avec nos espérances toujours renaissantes et jamais réalisées, sommes-nous dupes d'une illusion, poursuivons-nous une chimère, est-ce un leurre qu'on entretient ? Il serait temps de s'expliquer.

Vous vous trompez, dira-t-on; eh bien ! soit, nous ne demandons pas mieux; que le fait démente nos tristes prédictions, et nous serons satisfaits. On ajoute : quels obstacles prevoyez-vous qui puissent empêcher la discussion de ce projet? Des obstacles sérieux, non, une fois la situation politique éclaircie, mais une foule d'empêchemens, d'intérêts secondaires, de circonstances particulières qui, jusqu'à ce jour, ont arrêté cette discussion dans les chambres, et ont rejeté l'organisation médicale dans un ajournement indéfini. Conçoit-on, en effet, qu'un projet de loi où il ne s'agit ni de réformes plus ou moins profondes, ni de lois politiques qui agitent les esprits, ni de réglemens qui changent les habitudes sociales, ni d'organisation financière qui inquiète les intérêts, ni de lois extensives ou restrictives des libertés publiques, ni d'une foule de questions irritantes si fréquentes à notre époque; conçoit-on, dis-je, qu'un pareil projet soit cependant toujours écarté, oublié, disons le mot, enregistré seulement pour mémoire au bureau des décès législatifs. Rien de plus vrai, néanmoins, et ce qui s'est passé jusqu'ici donne très fort à craindre que cet état ne se perpétue. On dirait que la profession de médecin, ainsi que les rapports de cette profession avec l'immense classe des malheureux, des gens qui souffrent, intéressent fort peu dans une époque où le chacun chez soi, chacun pour soi, est la maxime par excellence. Pour-

Cette maladie, que l'on observe rarement dans les hôpitaux de Paris, est fréquente dans notre pays. C'est d'après les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, que j'ai cherché à en donner une description.

Les femmes paraissent plus exposées à cette affection que les hommes; cela dépend probablement de l'habitude qu'elles ont de rester plus longtemps à genoux; car on l'observe principalement chez les personnes qui reposent souvent sur cette partie, comme chez les prêtres, les religieuses, les blanchisseuses, les ramoneurs. Les deux genoux en sont quelquefois le siége; mais le plus souvent c'est le droit qui en est affecté.

Dans le principe, la tumeur est peu volumineuse, complètement indolente, sans changement de couleur à la peau; sa forme est globuleuse, légèrement aplatie seulement d'avant en arrière. Elle n'apporte aucune gêne dans les mouvemens qu'exécute l'articulation; son développement est très lent, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années que l'accroissement qu'elle a acquis rend la marche difficile, et engage les malades à réclamer les secours de l'art. Si l'on examine alors le genou, on observe au-devant de sa face antérieure une tumeur qui s'implante sur la rotule. Sa partie libre est arrondie, assez développée, sa portion adhérente plus rétrécie et comme étranglée à la forme d'un large pédicule qui est fixé sur l'os et qui lui transmet les mouvemens qu'on lui imprime. Cherche-t-on à la déplacer et à lui faire exécuter des mouvemens latéraux, ils se communiquent bientôt à la rotule, à son ligament inférieur et an tendon des extenseurs de la jambe. Une fluctuation, très sensible dans le principe, plus obscure à mesure que le mal fait du progrès, est perçue dans la tumeur. Dans quelques cas, plus rares à la vérité, le toucher ne donne la sensation d'aucun liquide, et la tumeur s'offre sous l'apparence d'une masse entièrement solide.

Acquiert-elle plus de développement? La station devient plus difficile, la marche est moins assurée, et pour peu que le pied porte à faux, les malades tombent en avant, et ce sont presque toujours les genoux qui supportent le poids du corps et qui viennent frapper le sol.

Après une ou plusieurs chutes, il survient de l'inflammation, la peau rougit, devient douloureuse; le plus léger mouvement imprimé à l'articulation y exalte la sensibilité; les tégumens s'amincissent, se perforent, et l'ouverture qui s'y fait donne passage au liquide qui est contenu dans le kyste; celui-ci, mis en communication avec l'air extérieur, s'altère, acquiert des propriétés irritantes, et contracte une odeur des plus fétides.

Dans d'autres circonstances, les parois du kyste s'enflamment et se perforent spontanément; la sécrétion de la membrane qui le tapisse est modifiée. Au liquide séreux et sanguinolent qui s'en écoulait succède un pus crémeux, blanc, de bonne nature; des bourgeons celluleux et vasculaires se développent et déterminent en se rapprochant et en adhérant les uns aux autres l'oblitération de la cavité.

Cette terminaison, que l'on observe quelquefois, n'est pas constante; la tumeur peut rester stationnaire et n'apporter aucune gêne dans les mouvemens de l'articulation, ou bien le liquide qu'elle contient peut être résorbé spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans le plus grand nombre des cas, l'ouverture qui s'y fait, qu'elle soit spontanée ou accidentelle, occupe sa partie antérieure, qui est beaucoup moins résistante d'une part, et qui, d'une autre part, est la plus exposée aux agens extérieurs; mais quelquefois aussi sous l'influence de la même cause, le kyste se rompt à sa base, et le liquide qu'il contient, au lieu de s'échapper à l'extérieur, fuse sous la peau, s'infiltre lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et va y former une cavité secondaire qui communique avec la principale. Nous en observâmes l'année dernière un exemple très remarquable dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Clermont, chez un cultivateur, âgé d'une soixantaine d'années. Ce mal avait débuté trente ans auparavant par une petite tumeur fluctuante qui était fixée au-devant de sa rotule. Peu volumineuse, indolente dans le principe, elle n'apportait aucune gêne dans les mouvemens du membre pelvien; aussi y attachait-il peu d'importance. Vingt ans après son apparition, cet homme fit une chute sur le genou; la poche que contenait le liquide se rompit, et il s'épancha dans le tissu cellulaire sous-cutané de la peau de la cuisse. Au lieu d'y déterminer une inflammation à laquelle aurait probablement succédé un abcès, et par suite la sortie du liquide, il s'y forma une seconde tumeur enkystée qui devint à la longue assez volumineuse pour gêner la marche et pour engager le malade à réclamer les secours de la chirurgie.

On observait à la partie antérieure et externe de l'articulation fémoro-tibiale du membre gauche une tumeur oblongue, ayant le volume d'une grosse orange; dirigée de bas en haut, de dedans en dehors, elle s'étendait de la rotule à la réunion du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la cuisse; elle était bosselée dans toute son étendue; mais les inégalités qu'elle présentait étaient peu profondes. La peau qui la recouvrait avait conservé sa couleur normale; indolente à la pression, elle n'incommodait le malade que par la gêne qu'elle apportait aux mouvemens du genou.

Cette tumeur paraissait évidemment formée par deux portions distinctes; la première, qui était la plus ancienne, était circulaire et occupait la partie antérieure de la rotule; elle offrait plus de consistance et paraissait contenir un liquide plus épais que la seconde qui lui était accolée et qui s'étendait à la partie externe de la cuisse. Un étranglement assez prononcé existait entre elles deux; mais il n'était pas tellement fort qu'on ne pût faire passer dans l'une la substance contenue dans l'autre; il suffisait pour cela de placer la paume de la main gauche au-devant du genou et de déprimer avec la droite la partie opposée de la tumeur. La peau du kyste de la cuisse était beaucoup plus mince et cédait plus facilement à la pression que les tégumens qui enveloppaient celui du genou. L'un et l'autre adhéraient fortement et par une large base aux parties sous-jacentes; le premier renfermait un liquide rouge, brunâtre, offrant la plus grande analogie avec du chocolat cuit à l'eau; il s'en écoula à peu près 250 gr. La membrane du kyste offrait peu d'épaisseur et n'adhérait que faiblement à la peau; son union avec les muscles de la cuisse était au contraire tellement intime qu'il eût été impossible de la détacher sans les mettre à découvert.

Une ouverture très petite établissait une communication entre les deux tumeurs. L'indicateur ne put traverser la perforation qui s'était faite à la cloison qui les séparait; mais il fut possible, en forçant un peu, d'y introduire le petit doigt qui pénétra dans une cavité peu spacieuse dont les parois étaient tapissées par des brides fibreuses qui offraient une très grande résistance. Elles partaient de la face interne d'une membrane fibro-cartilagineuse très épaisse qui adhérait d'une manière intime à la peau du genou. Ces prolongemens, sous forme de cloisons incomplètes, partageaient la cavité en plusieurs loges, dans lesquelles était contenue une matière pultacée, ressemblant pour la couleur à du chocolat, et pour

---

tant, il faut en convenir, le moment est mal choisi; la gravité des événemens politiques, les inquiétudes de l'opinion publique, les embarras multipliés de l'administration, l'instabilité ministérielle, etc., sont des causes d'ajournement qu'on ne saurait nier; mais ces obstacles n'existeraient point, comme il en fut précédemment, que l'organisation médicale n'en resterait pas moins projetée, éternellement projetée. En vain ferez-vous observer que la santé publique est compromise, que la misère endémique des médecins s'accroît sans cesse, qu'on les place dans la plus difficile des positions, entre l'honneur et les besoins, que cet état de choses tend à faire du premier des arts le dernier des métiers, que le charlatanisme apparent ou caché pousse d'innombrables racines, que les abus se multiplient et se fortifient par l'impunité, etc. Vous n'obtiendrez rien que des promesses, des espérances, des paroles, du vent. D'ailleurs, comme il faut que la médecine soit toujours en seconde ligne, il paraît que l'organisation qui la concerne se lie à un projet d'instruction secondaire, sans limites et sans fin.

Ajoutons, pour le dernier et le plus puissant motif de délai, que les questions d'argent ou d'intérêt matériel auront constamment la priorité sur les questions d'humanité. Les premières sont toujours d'urgence; les secondes, au contraire, toujours condamnées à l'ajournement, c'est une fatalité inévitable. Sur treize projets de lois restés à l'état de rapport, lors de la dernière session, il n'en est que deux relatives à l'humanité, celle des prisons, et celle du temps de travail des enfans dans les manufactures; comme de coutume, on peut croire que leur discussion passera bien après celles des autres, si même il en est question. Dissertez sur la canne et la betterave, déployez les maitresses voiles de votre éloquence, sur les chemins de fer, les bateaux à vapeur, les prises d'eau, etc., vous serez écouté; parlez de l'humanité sous certains rapports, des moyens de remédier à une foule d'abus, tout le monde sera distrait, ennuyé, fatigué; en effet, c'est s'écarter de la question. Comment en serait-il autrement à une époque où la valeur de chacun est uniquement cotée à son cens de contribution, où l'on ne dit pas à un homme : que sais-tu? mais que paies-tu? Qu'on cesse donc de s'étonner si la question d'argent est la question mère, la question prédominante, dans nos assemblées législatives; elles suivent en cela l'impulsion générale. Aussi, d'après un homme de sens, si vous dites à la chambre, en parlant de l'Algérie : nous avons eu tant d'hommes, tant de soldats, tant de colons tués, elle ne vous entendra pas. Il faut lui dire : nous avons eu pour *tant d'argent* de soldats massacrés, d'instrumens perdus, de fermes ravagées, etc. L'utilité matérielle avant tout (1).

Dans une société comme la nôtre, où tout procède du calcul, où l'on ne tient nul compte de ce qui se base sur le sentiment ou le sacrifice, n'est-il pas évident que tout ce qui se rattache à l'organisation des professions libérales doit exciter fort peu d'intérêt? Ainsi l'organisation médicale est très hasardée, indépendamment des événemens politiques qui préoccupent si vivement les esprits. Et puis combien peu de personnes savent quel est le véritable état de la question en ce qui concerne notre profession. On sait seulement que s'y enrichir est une chose exceptionnelle, et qu'on a grand soin de remarquer quand elle a lieu; mais ce

(1) « Aux Etats-Unis, on ne dit presque point que la vertu est belle, on soutient qu'elle est utile. » (De Tocqueville, DE LA DÉMOCRATIE EN AMÉRIQUE, tom. III, p. 244.)

la consistance à du beurre récemment préparé; elle offrait tous les caractères physiques de la pâte que l'on obtient par la pression du cacao.

L'opération qui fut pratiquée pour enlever la tumeur mit à découvert une large surface, et ce ne fut qu'au bout de trois mois et à la suite d'une suppuration abondante que la plaie fut cicatrisée et que le malade put quitter l'hôpital.

Le pronostic de la maladie qui nous occupe n'est point grave.

Son diagnostic est facile à obtenir.

Quelles sont donc les affections chirurgicales que l'on pourrait confondre avec elle?

On sent de la fluctuation dans l'intérieur du kyste. Ce signe qui y est perçu, sinon constamment au moins dans la majorité des cas, dénote une tumeur liquide. Or quelles sont les collections de cette nature que l'on peut observer dans cette partie du corps? Leur nombre est assez limité; nous ne trouvons que des abcès aigus ou chroniques, une hydarthrose ou une tumeur enkystée.

Une collection purulente, qui est l'effet d'un phlegmon, est précédée par des douleurs vives. L'engorgement, lorsqu'il débute, est dur, sensible à la pression, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on y perçoit la sensation d'un liquide; alors la fluctuation y est très sensible, les téguments sont amincis et offrent une couleur violacée dans la maladie que nous décrivons; au contraire, des symptômes d'inflammation ne surviennent qu'à une époque éloignée, encore ne sont-ils point constans. Dans le principe, la douleur est entièrement indolente; à mesure qu'elle se développe, la fluctuation y devient de plus en plus obscure, parce que les parois du kyste acquièrent une épaisseur, qui est d'autant plus considérable qu'il est plus ancien; la douleur des téguments ne change pas.

Un abus symptomatique de la carie de la rotule est une maladie rare; une collection purulente de cette nature serait d'ailleurs précédée par le gonflement de cet os et par des douleurs assez vives, qui se feraient subir longtemps avant l'apparition d'un foyer de pus.

Dans l'hydarthrose aiguë ou chronique de l'articulation fémoro-tibiale, il existe de la tuméfaction, mais on l'observe sur les côtés de la rotule, dont la face antérieure est libre et facile à sentir sous la peau. Lorsqu'on cherche à déplacer le liquide, c'est sur les parties latérales de l'article que l'on sent de la fluctuation, et non pas au-devant de lui.

La petite bourse muqueuse, qui est située sous le ligament rotulien, peut, dans quelques circonstances, devenir le siége d'une hydropisie; mais la tumeur qu'elle forme n'acquiert jamais un volume considérable; il est d'ailleurs facile de la reconnaître à sa position et à la présence du ligament inférieur de la rotule, qui s'oppose à ce que ses parois proéminent en avant.

Il est assez difficile de bien étudier, aux différentes périodes de la maladie, les modifications qui surviennent dans la membrane qui tapisse la face interne du kyste, parce qu'à l'époque où les malades réclament les secours de l'art, la tumeur a acquis un développement considérable. On trouve alors sous la peau du genou une enveloppe fibro-celluleuse, qui, dans le plus grand nombre des cas, lui est unie fortement par un tissu cellulaire très serré; d'autres fois les moyens d'union sont moins intimes et on peut la détacher avec assez de facilité des téguments qui la recouvrent. Les adhérences qu'elle a contractées avec la rotule et avec les tissus fibreux qui existent sur les parties latérales de l'articulation sont toujours très fortes.

Si, après avoir examiné le kyste à sa surface extérieure, on l'ouvre, on donne issue à un liquide mucilagineux, quelquefois incolore, le plus souvent coloré en rouge, et paraissant formé par du sang mêlé à de la sérosité.

Ses parois ont une épaisseur considérable; sa face interne est le plus ordinairement lisse, parfois tapissée de flocons pseudo-membraneux qui lui adhèrent faiblement; elle présente une coloration jaunâtre, parsemée de points rouges, qui offrent quelque analogie avec des ecchymoses.

Cette membrane est ferme, résiste à la distension et paraît formée par un tissu fibro-celluleux très-serré, qui est doublé par une membrane séreuse ou muqueuse. Elle n'offre point dans toutes ses parties la même consistance ni le même aspect. La portion qui correspond à la rotule est parsemée d'excroissances assez analogues aux fongosités qui surmontent certaines tumeurs squirrheuses; elles ont une forme conique, sont libres à leur sommet, et adhèrent par leur base aux organes sous-jacens.

Des vaisseaux nombreux, mais peu volumineux, se ramifient dans les parois du kyste et le font communiquer avec les parties environnantes.

Une tumeur enkystée de la nature de celle que nous décrivons, fut observée sur le genou d'un individu, âgé d'une soixantaine d'années, qui servait aux dissections anatomiques; elle put être enlevée avec facilité.

Le liquide qu'elle contenait était aqueux, sanguinolent, les parois de la poche étaient épaisses, très denses, de structure fibro-celluleuse ayant, dans quelques points, la dureté des fibro-cartilages et offrant quelque analogie, pour la densité et la couleur, avec la crosse de l'aorte des vieillards. Sa face interne était traversée par trois brides fibreuses, très résistantes, libres à leur partie moyenne, adhérentes aux parois du kyste par leurs deux extrémités, et ressemblant un peu aux colonnes charnues du cœur. Leur partie centrale était creusée d'un petit canal. La portion du kyste comprise entre leurs points d'attache était froncée et pouvait s'étendre lorsqu'on pratiquait la section de la bride.

On observait sur la partie de la tumeur qui correspondait à la rotule une masse d'un rouge jaunâtre, spongieuse, analogue au tissu du placenta, et formée par une substance molle, aréolaire, qui s'écrasait facilement entre les doigts. Ce petit corps était formé par des lobules, qui étaient unis les uns aux autres par un tissu cellulaire très lâche; ils n'adhéraient que faiblement à la face interne du kyste.

La nature de ces brides était-elle vasculaire et le petit canal qui occupait leur partie centrale donnait-il passage au sang? C'est ce qu'il ne m'a pas été, jusqu'à présent, possible de vérifier. Quelques-uns des kystes que j'ai extirpés depuis cette époque étaient traversés par des prolongemens fibro-celluleux, mais ils étaient pleins et étaient loin d'offrir la même épaisseur; probablement leur formation était moins ancienne.

Si la tumeur est entièrement solide, comme je l'ai vu une fois, elle peut offrir la même consistance dans toute son étendue, ou être formée par des tissus de nature différente. Dans quelques parties, c'est une trame filamenteuse, parsemée de granulations, qui offrent quelque ressemblance avec la substance du testicule; dans d'autres, on trouve des tumeurs facilement énucléables, qui paraissent formées par de la fibrine, et à la partie centrale desquelles est épanché un liquide sanguinolent.

TRAITEMENT. — Avant d'en venir à une opération chirurgicale, on a cherché à obtenir, par des topiques résolutifs, la disparition de la tumeur et à favoriser la résorption du liquide qu'elle contient; mais ces re-

---

qu'on ignore, parce qu'on ne juge que d'après l'extérieur, c'est la triste position du plus grand nombre des médecins, position d'autant plus cruelle qu'elle s'allie avec de l'esprit et de l'instruction. Connaît-on bien toutes les angoisses de l'indigence dans notre état social? Un Dante nouveau nous fera-t-il pénétrer dans l'enfer de la pauvreté unie à l'éducation et au mérite? Là les démons et les tortures sont le mépris, la douleur, l'affaissement, l'isolement, l'emprunt, la dette, le désespoir. Le prolétariat de l'intelligence est certainement plus pénible mille fois que l'autre, parce qu'il se connaît d'avantage et se sent mieux souffrir. Or combien d'honorable confrères sont condamnés au supplice du premier. Il est aussi des médecins qui très peu au courant de la *chose publique* de la profession ignorent jusqu'à quel degré cette profession est rabaissée dans le public au moins sous certains rapports; c'est qu'ils ne jugent que par la surface, par leur propre position, ou par leurs relations particulières. Quelques-uns prétendent même qu'une nouvelle organisation apporterait peu de changemens favorables à la position du plus grand nombre des médecins. Qu'est-ce à dire? Entendons-nous que de nouvelles institutions redonneraient sur-le-champ à la profession la considération qui lui est due? Pense-t-on que chaque praticien obtiendrait tout d'abord une belle et riche clientelle? pas le moins du monde. Une bonne loi organique, de celles qui attirent au gouvernement les bénédictions des gouvernés, ne peut cependant changer la nature des choses. Dans chaque carrière, le mérite, l'adresse, la fortune, les circonstances ont leur poids et leur influence. Selon le proverbe anglais, ayez un sou et du bonheur, vous vous enrichirez. Il n'est pas dit que tout médecin venant en ce monde jouira nécessairement de 20 mille livres de rente. Il y a des vaudevillistes qui passent l'été dans leur terre et bâtissent un château sur la pointe de quelques couplets; les médecins ne prétendent pas à tant d'avantages. Mais tous ont droit de demander que leur profession soit protégée par la loi, garantie contre les envahissemens du charlatanisme; tous ont le droit de s'associer pour être forts, d'exiger qu'il y ait une solidarité de bonne conduite et de dignité; que la robe doctorale reste sans tache et sans souillure; que des conseils nommés *par eux* et *pour eux* veillent à leur honneur, à leur moralité, qu'ils puissent dire à celui qui exerce leur profession : Qui êtes-vous, d'où venez-vous? Avez-vous pris l'engagement d'entrer dans la corporation par la porte d'honneur, où sont les garanties de vos mœurs, de votre caractère honorable? En définitive, faudra-t-il qu'il y ait toujours pour nous des devoirs sans droits, des travaux sans salaire, une vie sans repos, une vieillesse sans aisance?

On demande encore quels seraient les grands avantages de la nouvelle organisation médicale. Pour les énumérer, il conviendrait de mettre en regard toutes les plaies, tous les abus de la profession; or ce grand et triste tableau se trouve hors de notre cadre. Il nous suffira d'en citer quelques-uns. On a bien souvent fait cette question, qu'est-ce qu'un officier de santé? Que signifient ce nom et ce titre bizarre? On pourra le concevoir encore par l'application dans certaines localités, jamais dans une grande ville, dans la capitale, par exemple. Le public fait-il la plus minime différence des officiers de santé d'avec le grade de docteur? N'en sont-ils pas moins appelés médecins, chirurgiens, docteurs? Je ne conçois pas qu'un jeune homme, voulant rester à Paris, ait le courage de se lancer dans des études longues et pénibles, de s'exposer dans l'arène des examens, de dépenser beaucoup d'argent pour obtenir un titre qui ne lui servira pas à grand'chose. Qu'il soit docteur ou officier de santé, il n'en sera ni plus ni moins pour

mèdes, qui peuvent être employés avec quelque chance de succès dans les premières périodes de la maladie, échouent complètement lorsqu'elle existe depuis plusieurs années; il suffit cependant qu'ils aient réussi dans quelques circonstances pour qu'on ne doive point en négliger l'emploi.

On pourra avoir recours aux frictions faites avec l'onguent napolitain, la pommade d'hydriodate de potasse. Des compresses trempées dans une dissolution de sel ammoniaque seront placées autour de l'articulation et assujéties avec une bande fortement serrée.

Dans un des numéros de la Gazette Médicale on cite l'observation d'un individu qui a été guéri d'une tumeur synoviale qu'il portait au genou par des applications de sangsues et par des dérivatifs portés sur le canal intestinal; mais ces cas sont tout à fait exceptionnels. Ce traitement échoue le plus ordinairement, et on est forcé d'avoir recours à l'instrument tranchant.

Les procédés opératoires devront être différens si la peau est intacte ou si elle est amincie et perforée. Dans le premier cas, on peut se contenter d'ouvrir la tumeur, de la vider du liquide qu'elle contient et de la remplir de charpie, pour y provoquer une inflammation adhésive, ou bien disséquer le kyste, le détacher des tégumens et l'enlever sans l'ouvrir. On peut encore diviser la tumeur dans toute son étendue, par une incision simple ou double, et séparer de chaque lambeau la membrane du kyste qui lui adhère.

On a aussi conseillé de donner issue au liquide, en faisant à la poche qui le contient une ponction avec un trois-quarts, et en y injectant une substance irritante.

Enfin, quelques praticiens ont préconisé l'emploi des caustiques.

Si, par suite de la distension qu'ont subie les tégumens, il s'est fait une ouverture spontanée, on devra pratiquer l'excision de toutes les parties qui ont été amincies au point de ne plus pouvoir se recoller, et abandonner le reste à la suppuration.

Le procédé de l'injection peut avoir réussi dans quelques circonstances, mais il en est d'autres bien plus nombreuses où il a échoué. La membrane qui tapisse l'intérieur du kyste a le plus souvent une épaisseur trop considérable pour qu'elle puisse facilement revenir sur elle-même. Si le liquide que l'on injecte n'est pas assez irritant, il ne provoque point d'inflammation, et les choses restent dans l'état où elles étaient avant l'opération; si, au contraire, il agit avec assez d'énergie, les parois de la tumeur ne pouvant point se rapprocher, le pus qui sera l'effet de l'inflammation n'aura pas un écoulement facile, pourra s'altérer en y séjournant et provoquer des accidens.

L'action irritante des caustiques peut acquérir plus d'intensité qu'on ne le désire, s'étendre au loin et devenir dangereuse, soit en provoquant des accidens primitifs graves, soit en déterminant des dégénérescences ulcéreuses ou fongueuses.

Si l'on opère à une époque peu éloignée de l'apparition de la tumeur, l'organisation de la membrane du kyste n'est point achevée; elle se rapproche par sa nature de celle des séreuses, et offre de l'analogie avec la tunique vaginale dans l'hydrocèle. L'injection pourra alors réussir, et l'inflammation adhésive qu'elle provoquera amènera la cure radicale de la maladie; mais on l'obtiendra bien plus sûrement en se servant d'une substance solide.

La charpie est celle que l'on emploie dans le plus grand nombre de cas. Une incision verticale divise la tumeur dans toute son étendue. Dès que le liquide a été évacué, on le remplace par une tente ou par des bourdonnets de charpie. L'inflammation qu'ils provoquent est bientôt suivie d'une suppuration abondante et du développement de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature, qui, en se rapprochant les uns des autres, finissent par contracter des adhérences et par réunir les parois du foyer.

Dans le procédé de l'extirpation, on peut, avons nous dit, inciser le kyste avant de l'enlever ou le détacher en totalité sans l'ouvrir. Dans le second cas, on fait une incision verticale ou cruciale qui intéresse seulement la peau; on dissèque ensuite chaque lambeau avec soin, puis on sépare la tumeur de la rotule et des expansions fibreuses qui vont s'y insérer. Cette opération qui, dans quelques circonstances, peut être faite avec facilité, est, dans d'autres, d'une exécution des plus difficiles. Le tissu cellulaire de cette région est très serré, et l'on est exposé à percer les tégumens ou à diviser la membrane du kyste, si le tranchant de l'instrument est porté trop en dehors ou trop en dedans.

Les adhérences sont encore bien plus intimes au niveau de l'articulation, et l'on doit craindre de l'ouvrir si la main n'est pas parfaitement exercée (cet accident est arrivé une fois à notre connaissance; le malade succomba aux accidens qui se développèrent).

Ce sont tous ces obstacles qui font souvent préférer la première manière d'opérer; dans celle-ci, une ponction est faite au centre de la tumeur. La pointe du bistouri enfoncée perpendiculairement, jusqu'à ce que l'on sente un défaut de résistance qui indique que l'instrument a pénétré dans l'intérieur du kyste, y pratique une ouverture à laquelle on donne en l'agrandissant une étendue suffisante pour que le liquide s'écoule et pour que le doigt puisse y être introduit avec facilité.

L'indicateur de la main gauche porté dans le foyer et recourbé en forme de crochet sert à tendre et à soulever sa paroi antérieure; le bistouri, tenu de la main droite, achève la section et divise la tumeur en deux parties égales par une incision verticale; chaque lambeau est ensuite soulevé et partagé en deux autres; on les relève ainsi les uns après les autres, et pendant qu'un aide armé d'une pince à dissection en fixe le sommet, l'opérateur sépare la membrane du kyste, et la détache de la peau, si toutefois le tissu cellulaire qui les unit n'est pas tellement serré que l'on ne puisse le diviser. Si les adhérences étaient trop intimes, on se contenterait de l'exciser avec des ciseaux recourbés sur leur plat.

Lorsque chacun des lambeaux a été détaché jusqu'à sa base, on cherche à séparer le kyste de sa rotule; mais la texture serrée des parties rend ce dernier temps de l'opération assez difficile à exécuter dans le plus grand nombre des cas; il suffit de retrancher le sommet des végétations qui surmontent la membrane du kyste, ou d'exciser cette membrane ellemême, sans chercher à l'enlever en totalité.

Lorsqu'une artère un peu volumineuse donne du sang, on en pratique la ligature, mais le plus ordinairement la compression que l'on exerce suffit pour en arrêter l'écoulement.

Le pansement est des plus simples: des bandelettes agglutinatives serviront à maintenir les lambeaux en contact; leur rapprochement sera favorisé par la bonne position que l'on donnera au membre; aussi recommandera-t-on aux malades de tenir la jambe constamment tendue sur la cuisse.

Le kyste n'a-t-il pas été enlevé en totalité, ce qui arrive le plus ordi-

---

sa clientelle. Peut-être aura-t-il l'ample satisfaction de faire suivre son nom des trois lettres cabalistiques, D. M. P.; mais il faut autre chose, qu'un pareil talisman pour conjurer la fortune. Il y a dans Paris des officiers de santé qui font merveilleusement leurs affaires, et ils ont raison; un titre de plus n'ajouterait pas un atome à leur position, ni à leur considération. Bien plus, il en est qui, harassés par la clientelle, veulent bien faire part de leur superflu à quelques jeunes *docteurs*. Bien entendu qu'ils ne leur confient que les petits malades, c'est ce qu'ils appellent faire la *broutille*. Voilà une façon d'agir singulièrement compromettante pour l'orgueil du diplôme.

D'ailleurs la question des officiers de santé est beaucoup plus ardue qu'on ne le croit. De bons esprits se sont élevés contre le nombre multiplié des Facultés; quant à moi je ne partage nullement cette opinion par plusieurs motifs inutiles à exposer ici. Mais l'augmentation des Facultés est une conséquence forcée de la suppression des officiers de santé; pense-t-on qu'un jeune homme ayant fait ses études humanitaires, qui a passé par la triple et rude filière de la réception de bachelier ès-lettres, de bachelier ès-sciences, de docteur en médecine, ira ensuite languir et végéter dans une très honorable, mais très peu lucrative clientelle rurale, dans un pays stérile et montagneux? C'est une erreur fondamentale. Qu'en résultera-t-il? l'inévitable accumulation des docteurs dans les villes et l'abandon des campagnes; mais voilà l'argument par excellence contre l'augmentation des Facultés. C'est la nécessité d'augmenter de beaucoup les dépenses. Rien de plus vrai, une Faculté coûte beaucoup, coûte énormément aux élèves et au gouvernement; à cela je connais un remède certain, infaillible, mais on me permettra de le passer sous silence, c'est mon SECRET; au reste, ce secret n'est pas tel que bien des gens ne l'aient déjà deviné et proclamé.

A cet abus des officiers de santé auquel l'organisation médicale future remédiera autant que possible, s'en joint un autre qui va toujours croissant; on devine qu'il s'agit du charlatanisme. Il n'entre pas dans notre intention d'exposer le triste état de la médecine sous ce rapport, nous aurions trop à faire. S'il fallait compter tous les insectes cachés dans la lèpre du charlatanisme et qui en vivent, s'il fallait aller avec un crochet à la main, fouiller dans cette fange toutes les turpitudes, les bassesses, les folies, les extravagances, les scandales qui s'y passent, on ne finirait jamais. Toutefois nous défions le médecin le plus modéré, le plus calme, le plus indifférent, de lire un mois de suite sans éprouver une profonde tristesse, un poignant retour sur lui-même et sa profession, les affiches, les prospectus, les annonces, les brochures, les petits livres qui fourmillent de toutes parts pour la vente des remèdes secrets au mépris le plus formel de la loi. Ce ne sont pas seulement les annonces de médicamens infaillibles, ce n'est pas même l'audace et l'aplomb du mensonge qui font dresser les cheveux et soulever le diaphragme, ce sont surtout les titres, les grades, les honneurs accolés à l'annonce, qui tendent à l'orner, à lui donner du poids, du relief. Et puis travaillez, pâlissez sur les livres, sur les cadavres, risquez votre santé dans les hôpitaux, pour acquérir de la science. A quoi bon? tant de science et de mérite sont inutiles pour puiser à pleines mains la renommée et les écus dans le trésor de la sottise publique?

Ce qu'il y a de déplorable dans la dégradation de notre profession, c'est que la loi elle-même en est complice sous certains rapports; il s'agit des brevets d'invention. L'autorité ne se lasse pas de demander à l'Académie de médecine son

nairement; on devra placer de petits bourdonnets de charpie sous chacun des lambeaux; ceux-ci, appliqués par dessus, seront maintenus rapprochés par des plumasseaux de charpie que l'on assujétira avec des compresses longuettes.

On devra ne toucher à l'appareil qu'au bout de deux ou trois jours, et renouveler le même mode de pansement, jusqu'à ce que la suppuration soit bien établie; alors on pourra réunir la plaie en rapprochant les lambeaux, et en les maintenant en contact au moyen de bandelettes de diachylum.

Les douleurs qu'éprouvent les malades dans quelques circonstances s'opposent à l'interposition d'un corps étranger entre la peau et les parties sous-jacentes; les petits tampons de charpie placés sous cette membrane exercent, en se desséchant, une pression assez forte pour priver les opérés de sommeil, et les faire souffrir horiblement; cette sensibilité est quelquefois même assez vive pour qu'on soit forcé de les supprimer complètement.

Si l'on cherche à obtenir trop promptement la cicatrisation, on voit que les lambeaux s'unissent avec rapidité les uns aux autres; mais qu'ils n'adhèrent point aux parties sous-jacentes où le pus s'accumule et séjourne jusqu'au moment où il peut se faire jour en déchirant la cicatrice des tégumens, ou en les amincissant et les perforant; on devra favoriser leur recollement en appliquant sur chacun d'eux des petites compresses graduées que l'on fixera avec une bande assez fortement serrée.

Quelquefois il se forme à la base des lambeaux du foyer purulent qui retardent la guérison; c'est ce que l'on observe lorsque l'incision qui divise la tumeur ne descend pas assez bas; il reste alors entre la peau et les parties profondes un cul-de-sac dans lequel s'accumule le pus; il suffit pour obvier à cet inconvénient de prolonger l'incision jusqu'à la partie la plus déclive de la poche.

Si la tumeur n'est pas plus volumineuse, une seule incision dirigée de haut en bas suffira pour la mettre à découvert, et si la membrane du kyste peut être enlevée en totalité, on réunira les deux lèvres de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives, sans glisser de la charpie sous la face profonde de la peau; on obtiendra par ce procédé une guérison beaucoup plus prompte que si l'on pratiquait une incision cruciale; car la rétraction de chacun des lambeaux s'oppose souvent à ce qu'on puisse la mettre en contact.

Quel que soit, du reste, le procédé employé, la guérison est toujours longue; on ne peut jamais espérer une réunion immédiate, car les tissus n'étant point doués de la même vitalité devront suppurer avant de pouvoir adhérer les uns aux autres.

La guérison sera bien plus longue encore si les enveloppes de la tumeur ont été assez amincies pour qu'on ne puisse plus espérer leur recollement; on sera alors forcé d'exciser toutes les portions qui ne paraîtraient pas susceptibles de contracter des adhérences, et l'on attendra que le vide soit comblé par les bourgeons charnus qui serviront de base à la cicatrice qui doit remplacer la peau.

Lorsque celui-ci aura acquis une solidité suffisante, on permettra aux malades de marcher; ils devront exercer leurs articulations à faire quelques mouvemens, et on facilitera leur exécution en leur administrant des bains, des douches, en les faisant frictionner avec des corps gras ou des linimens huileux.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA SECTION SOUS-CONJONCTIVALE DES MUSCLES DE L'ŒIL DANS LE TRAITEMENT DU STRABISME; communiqué à l'Académie des sciences, le 26 octobre 1840, par M. le docteur JULES GUÉRIN.

A M. LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Monsieur,

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que je suis parvenu à réaliser, pour l'opération du strabisme, un procédé qui remplit définitivement toutes les conditions de mes autres procédés de ténotomie et de myotomie sous-cutanées. L'importance qu'a acquise cette opération et l'importance plus grande encore qu'elle me paraît destinée à acquérir m'engagent à soumettre à l'Académie, avec quelques développemens, le procédé dont il s'agit.

Et d'abord, tous les procédés employés jusqu'à ce jour avaient pour but et pour résultat de faire la section des muscles de l'œil en les mettant à découvert, au moyen de plaies plus ou moins étendues de la conjonctive, ou en faisant la section simultanée des muscles et de la muqueuse. Cette méthode rendait l'opération difficile, plus ou moins longue et plus ou moins douloureuse, et consécutivement elle provoquait presque toujours un travail d'inflammation suppurative. Déjà j'avais obvié à une partie de ces inconvéniens par un premier essai de méthode sous-conjonctivale, communiqué, il y a quelques mois, à l'Académie. Vingt-deux opérations, pratiquées par cette méthode, m'avaient mis à même d'en apprécier les avantages. Cependant son application rigoureuse n'était pas toujours réalisable : dans quelques cas je n'avais pu éviter les inconvéniens inhérens à la méthode des incisions directes, la longueur de l'opération, la douleur et l'inflammation consécutive : soit que la dissection de la conjonctive ne pût s'effectuer complètement, soit que son recollement immédiat n'eût pas été obtenu. Le procédé que je viens d'imaginer me paraît devoir aplanir toutes ces difficultés, et constituer la méthode sous-conjonctivale dans son dernier degré de simplification. Voici en quoi il consiste :

Le sujet est couché horizontalement et la tête fixée. Les paupières étant maintenues écartées et le globe oculaire attiré en avant et un peu sur le côté, au moyen d'une érigne, j'enfonce perpendiculairement dans l'angle interne ou externe de l'œil, suivant le muscle à diviser, et sur le côté de ce dernier, un petit instrument convexe sur le tranchant et doublement coudé sur sa tige. La lame de l'instrument ayant pénétré de toute sa longueur (15 millimètres environ), je la relève horizontalement en la faisant glisser entre le globe oculaire et la face correspondante du muscle. Dans un troisième temps, je présente le tranchant convexe de l'instrument à la face interne du muscle, et je divise celui-ci de dedans en dehors, c'est-à-dire du globe oculaire à la paroi de l'orbite. Le globe oculaire étant attiré en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser, produit la tension de ce dernier et facilite l'action de l'instrument tranchant. La section s'annonce par un bruit de

---

avis sur tel ou tel médicament, l'Académie, avec raison, ne se lasse pas de les rejeter avec dédain; puis les bureaux ne se lassent pas d'accorder des brevets d'invention qui permettent la vente de ces médicamens. On lit partout l'annonce de tel ou tel remède, *brévété du roi;* conçoit-on bien sur les faibles, les ignorans, la masse, le prodigieux, l'effet de ces paroles : *brévété du roi.* Ainsi le charlatanisme triomphe et va son train; comme dit le proverbe turc, il laisse aboyer et la caravane passe. En sorte que personne n'ayant de reproche à se faire, un horrible abus s'enracine et se propage; mais que pensez-vous d'une pareille législation?

Il n'est pas besoin de répéter que nous n'avons point l'intention d'exposer la multitude d'abus accumulés dans la profession pendant cinquante ans. Remarquons seulement que depuis le fatal décret d'avril 1791, qui supprima toutes les sociétés savantes, toutes les corporations, rien n'a pu s'établir d'une manière définitive, ce qui prouve combien Mirabeau, tête forte et prévoyante, avait raison quand il s'écria : « Nous avons pris la *faux* du temps, nous avons oublié son *horloge.* » Maintenant on comprend qu'il est très facile de détruire et très malaisé de construire. En effet, l'avenir doit toujours se lier au passé, car c'est le fils qui procède du père, et l'expérience en est la preuve. Celui qui eût affirmé à l'époque où on abolit la corporation médicale, qu'un demi-siècle après on s'occuperait encore de la reconstruction de l'édifice, n'eût trouvé que des incrédules, et cependant on voit ce qui en est. La grande difficulté existe dans la diversité constante des opinions, attendu que chacun part de son point de vue, et quelquefois de ses intérêts. Il est même des personnes qui blâment complètement l'organisation promise depuis longtemps, au moins dans ce qui en est connu. Si on leur parle d'une disposition, d'une mesure quelconque, ils en trouveront toujours le faible, ce qui n'est pas difficile; ils critiquent tout en détail et avec plus ou moins de justesse, tel est l'esprit de notre temps; mais demandez leur ensuite ce qu'il faut faire? comment il faut faire? par quelle voie arriver au but? leur réponse sera vague, insignifiante, leurs moyens inapplicables; vous pressez, vous insistez, vous interpelez, rien, absolument rien qui vaille; le professeur *bon sens* manque à l'appel. Cependant, il faut avouer qu'à l'exception d'un petit nombre de médecins qu'on trouve parmi les indifférens, quelquefois parmi les heureux, au cœur insouciant, ayant repos, *biens et chevance*, la grande majorité sent le besoin d'une nouvelle organisation. Il n'en est pas qui ne conviennent qu'aujourd'hui il n'y a plus de *droit commun* parmi les médecins et qu'il est urgent de le rétablir; que l'identité d'intérêts est le principe générateur de l'association dans notre profession comme dans les autres; que l'éducation, la direction professionnelle si importante pour la dignité de l'art, est totalement négligée; que l'enseignement et la collation des grades ne doivent pas être le but unique et final d'un médecin; que le titre du docteur une fois acquis, impose des obligations dont on ne doit pas s'écarter impunément; enfin que le droit de surveillance de la profession doit s'exercer par les médecins, au moins dans certaines limites compatibles avec les autres lois de la société. Tout cela est bien difficile, diront ceux qui s'effraient facilement et ne considèrent que le présent. Sans doute, il est toujours difficile de changer les choses en mieux, en ce point comme en beaucoup d'autres, mais avec une bonne loi, de l'ordre et du temps, on vient à bout de bien des choses; il ne s'agit que de commencer. Travaillez donc à semer, et s'il le faut, au siècle prochain la récolte. Pour moi, j'augure mieux d'une bonne loi d'orga-

craquement, le sentiment d'une résistance vaincue, et par un petit mouvement du globe de l'œil, qui cède dans le sens de la traction. L'instrument est retiré par la petite ouverture d'entrée, et il n'y a aucune autre apparence de plaie extérieure. On peut s'assurer que la section du muscle a été faite complètement par la rotation de l'œil dans le sens opposé, rendue plus étendue et plus facile, et par l'impossibilité de la rotation dans le sens inverse, ou au moins par une diminution sensible dans l'étendue de ce mouvement.

J'ai appliqué deux fois ce procédé, avec un plein succès, à la section du droit interne. Le muscle a été divisé complètement en moins d'une minute, sans autre plaie extérieure qu'une simple piqûre de la conjonctive et avec redressement instantané du globe oculaire. La seconde application a été faite à la Muette, sur une demoiselle de 18 ans, en présence de MM. les docteurs Dubowitski, Meurdefroy, Laborie fils et Kuhn.

Veuillez agréer, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

SUR LE TRAITEMENT DES BLESSURES DES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE; par M. PUTÉGNAT, de Lunéville.

Après avoir rapporté cinq observations de plaies de ces artères ou de leurs branches, les suites qu'elles ont offertes, M. Putégnat est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Quand l'artère est ouverte dans son tiers supérieur, il faut de suite avoir recours à la ligature de l'artère humérale, surtout quand le blessé est fortement musclé et chargé d'embonpoint. Pour cette conclusion, l'auteur s'appuie sur sa cinquième observation, que voici textuellement :

Obs. — Un militaire portait au bras gauche, à la partie postérieure, antérieure et externe de l'avant-bras, une petite plaie reçue en duel. De cinq chirurgiens consultans, trois demandèrent la compression, deux la ligature de l'huméral. M. Putégnat était de ce dernier nombre, parce que le malade était robuste, fortement musclé, très gros, ce qui rendait la compression peu efficace; on la fit néanmoins; mais la gangrène, en quelques jours, avait envahi le membre, qu'il fallut amputer. L'examen du membre apprit que l'artère radiale était ouverte à sa naissance de l'humérale.

2° Quand la plaie artérielle existe aux deux tiers inférieurs de l'avant-bras, la ligature, la torsion des deux extrémités artérielles, ou la compression, doivent être mises en pratique. Quand on s'arrête à la compression, il faut favoriser son action en comprimant aussi l'humérale.

3° La plaie artérielle siége-t-elle à l'arcade palmaire, aux branches qui s'en échappent, et à la radiale entre le premier espace interosseux, il faut avoir recours à la compression immédiate pendant dix jours, et à celle des deux artères de l'avant-bras. On ne doit chercher à lier ces vaisseaux que lorsqu'on peut facilement les saisir. Dans les observations 2, 3 et 4 de l'auteur, ces moyens lui ont réussi.

Nous n'admettons qu'avec restriction la première conclusion de M. Putégnat. L'artère radiale au haut de l'avant-bras est superficielle, et quand une plaie atteint cette artère à ce niveau, s'il n'y avait point d'infiltration sanguine, d'organisation commençante de la plaie, d'inflammation dans son pourtour, nous n'hésiterons pas, en prenant grand soin des veines, à aller chercher le vaisseau. Ce n'est donc qu'après avoir pesé ces circonstances, et nous être enquis, aussi approximativement que possible, de la hauteur à laquelle la plaie existe, que nous nous déciderions à la ligature de l'huméral, qui est toujours une opération grave. L'observation 5 de M. Putégnat, incomplète pour préciser sur le malade le lieu précis de la plaie artérielle, montre à l'autopsie du membre qu'elle était tellement située que véritablement il n'y avait de ressource que dans la ligature de l'humérale, car, en admettant une guérison, comme la plaie n'était pas complète, le malade eût été atteint plus tard d'anévrisme faux consécutif. D'ailleurs, on y voit aussi qu'une compression générale sur un membre est une méthode vicieuse, qui porte en elle les plus grands dangers.

La troisième conclusion nous semble mériter aussi quelques observations. En principe général, nous croyons que, pour la branche radio-palmaire de la radiale, pour l'arcade palmaire superficielle, et même pour la radiale, quand elle contourne le premier métacarpien pour aller former l'arcade profonde, il faut faire tous ses efforts pour trouver l'artère et en lier les deux bouts. Nous chercherions à parvenir à cette fin, même au prix de l'agrandissement des plaies, qui, lorsqu'elles sont méthodiques, n'apportent pas en elles de plus grands dangers que les plaies étroites. Il faut néanmoins avouer que la chose est difficile. Quand ce moyen ne réussit pas, la compression à la main et des artères à l'avant-bras vient après. Mais il ne faut pas oublier ici, et M. Putégnat n'a point eu son esprit porté sur cet objet, quand il a tiré de cinq observations des conclusions trop générales, qu'il est peu de parties du système artériel plus sujettes à des anomalies fréquentes et variées que les artères de l'avant-bras. C'est une chose bien connue des anatomistes que le volume relatif; la distribution, la position, la terminaison, sont excessivement variées dans ces artères. Il n'entre point dans le but de cette analyse d'indiquer toutes ces variétés; mais une des plus fréquentes fera voir combien il importe d'avoir présente à l'esprit leur possibilité. Supposons une plaie de l'arcade palmaire superficielle qu'on n'aura pu lier au niveau de la plaie : on fera la compression à la main et à l'avant-bras. A la main, la compression est peu efficace, et c'est bien plutôt celle de l'avant-bras qui peut rendre maître du cours du sang. Or, celle-ci est faite sur les deux artères de l'avant-bras, la radiale et la cubitale. Que pourrait faire une pareille compression si l'artère interosseuse, ou celle du nerf médian, développées outre mesure, venaient former une des extrémités de cette arcade, ou se jeter à plein canal dans le milieu de sa courbe?

M. Putégnat assimile les plaies de la cubitale à celles de la radiale et les assimile aux mêmes préceptes. Pour les plaies de cette dernière à la portion supérieure de l'avant-bras, nous croyons la ligature de l'humérale le seul remède efficace.

---

nisation, et je suis certain qu'avant peu d'années, on obtiendrait de bienfaisans résultats. Je dis une bonne loi, car si elle est établie dans un sens et non dans un autre, pour une église plutôt que pour une autre, ce sera à recommencer. Toute mauvaise loi contient en elle les germes de ses infractions, de son abrogation; il n'y a rien de fait, si c'est mal fait.

On doit le répéter, le point essentiel est de commencer; mais pour y arriver n'est-il pas urgent de prouver à qui de droit les tristes nécessités de la médecine en France. Il faut dire, il faut crier la vérité quoi qu'en souffre l'amour-propre. A ce sujet les avis diffèrent encore. D'honorables confrères, en petit nombre toutefois, pensent qu'il convient de cacher, de déguiser le véritable état des choses, par une sorte de pudeur pour la profession. Cette opinion ne me paraît pas fondée, surtout à l'époque où nous vivons. Si vous ne montrez pas en entier vos blessures, comment en mesurer la largeur, en sonder la profondeur; si vous faites mal à propos les glorieux, on vous laissera dans votre misère déguisée, mais réelle; si vous voulez absolument paraître, vous couvrir d'un certain clinquant, on s'occupera des autres et non de vous; si, contens ou à peu près de l'état actuel des choses, vous dites que la médecine est puissante et honorée, on la laissera pour ce qu'elle est en effet; les marchands d'argent et les marchands de paroles conserveront leur suprématie; si vous êtes contens du rang qui vous est dû, sans l'obtenir, soyez tranquilles, on ne vous disputera rien, mais la médecine s'abaissera de plus en plus dans l'estime publique, et nos droits seront *frappés de prétérition*, comme on dit en jurisprudence. Le malheur est que l'on veut toujours juger sur l'apparence, et l'on reste dans l'erreur. La médecine en France est-elle seulement ce qu'elle était il y a trente ans? Personne n'oserait soutenir une telle assertion. Il y a eu 17 docteurs décorés en 1813, et 265 en 1838, et pourtant la profession diffère beaucoup dans ces deux années. Je choisis la preuve suivante: dans la loi des élections, les membres des académies composant l'Institut sont électeurs en payant cent francs de contribution, en sorte, comme on l'a dit, qu'on leur reconnaît pour cent francs d'esprit. La même avance n'a point été faite aux membres de l'Académie de médecine, qui ont à peine cinquante écus de jetons par an. Bien plus, cette société est obligée, chaque année, de demander asile pour faire l'éloge de ses membres décédés; dans peu de temps même, elle n'aura plus ni feu ni lieu. Au reste, en fait d'élections, les savans ne sont pas gâtés : on a calculé qu'il n'y a pas la moitié des membres de l'Institut qui soient appelés dans les assemblées électorales, tandis qu'il n'y a pas le vingtième des épiciers et des marchands d'allumettes pyrogènes qui ne soit admis à nommer nos législateurs.

La médecine a surtout le triste privilége d'être oubliée, abandonnée; alors pourquoi négliger de montrer le véritable état de la question, en exposant ses besoins, ses nécessités? Ce que nous disons ici s'applique encore à cette opinion que les réclamations ne servent pas à grand chose. D'abord, qu'en savez-vous? Ensuite ces réclamations ont-elles été faites convenablement? Il est certain qu'une simple et faible voix comme la mienne ne fait pas grand bruit. Qu'est-ce qu'un pauvre *Jean* criant dans le désert? Cependant, admettez un ensemble de sages, de hautes, de persistantes réclamations, et vous verrez si les oreilles ministérielles resteront toujours closes. Ah! sans doute, si les abus de la profession n'allaient pas toujours croissant, si le vivre et le pouvoir vivre étaient faciles, on n'entendrait pas ces plaintes, ces récriminations perpétuelles; mais il n'en est rien. Dans

INDICATIONS DU TRAITEMENT MERCURIEL GÉNÉRAL DANS LES MALADIES VÉNÉRIENNES; par M. HEURATAY.

Ce n'est pas un des moindres inconvéniens de la syphilis que d'avoir suscité une foule d'écrits, faits plutôt pour encombrer la science, et surtout la pratique. Le mémoire de M. Heuratay n'est cependant pas de ce nombre. Placé à la tête d'un hôpital, il a cherché par l'expérience à résoudre la question de savoir si le mercure est un médicament prophylactique de la syphilis, et s'il est un bon curatif de la syphilis constitutionnelle. Se rapprochant sur cela de beaucoup de ses contemporains, il croit que les signes primitifs syphilitiques peuvent, dans quelques circonstances, guérir sans l'aide du mercure : tel est le chancre simple ou induré dans les quatre ou cinq premiers jours avant l'induration. Il admet même que si l'induration est récente, on peut faire excision de la portion indurée, et se borner à un traitement local. Quant à la seconde question, il est d'avis que le mercure est un excellent remède, mais qui néanmoins ne réussit point dans des cas compliqués, comme d'autres fois il est suivi des meilleurs effets pour des affections qui ne portent en antécédens et en symptômes aucun caractère syphilitique, et non leur lenteur à se guérir.

OBSERVATION D'ENCÉPHALOCÈLE TRAUMATIQUE; par M. DELAHAYE.

OBS. — Le 30 novembre, le nommé Van Sevenbranlls, d'une bonne constitution, âgé de 18 ans, reçut sur la tête un violent coup de bêche, qui fit vers le milieu de la région pariétale droite une plaie assez large, au fond de laquelle on voit la voûte osseuse brisée en esquilles, et des débris de matière cérébrale. Le malade se releva de lui-même (on ne dit pas s'il perdit connaissance, cela est bien probable) et se rendit à pied à sa demeure située à quelques centaines de pas. Peu d'heures après, il y avait engourdissement du bras gauche, avec faiblesse de ses mouvemens, par intervalle quelques convulsions des muscles de l'avant-bras. Le malade marche néanmoins, ses facultés intellectuelles sont un peu troublées.

A trois jours de là, de la fièvre, du délire étaient survenus; les mouvemens convulsifs s'étaient étendus à la face, à la jambe gauche.

Le 8 décembre, à travers l'ouverture des os du crâne et de la dure-mère, s'est fait une hernie de la substance cérébrale, de 4 centimètres de long sur 2 de large. A son passage dans l'ouverture du crâne, le pédicule de la hernie est étranglé. Le chirurgien aux soins duquel le malade était confié avait jugé à propos de comprimer cette masse avec une petite plaque d'argent. Malgré la compression, il y avait intégrité des fonctions intellectuelles; paralysie des membres à gauche; les convulsions continuaient par intervalles et étaient très violentes. La compression est enlevée, et un pansement simple fait.

Le 11 décembre, assoupissement continuel. La hernie cérébrale a considérablement augmenté et est très ramollie, surtout à la surface convertie en bouillie diffluente. L'assoupissement et la paralysie continuèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu le 14 décembre.

AUTOPSIE. Epanchement de sérosité roussâtre en quantité non évaluée, dans la cavité de l'arachnoïde. La dure-mère, dans une certaine étendue au-delà de la plaie est noire et comme mortifiée. La substance cérébrale, depuis la scissure de Sylvius, jusqu'à 2 centimètres de sa pointe postérieure de l'hémisphère, est ramollie, injectée. La portion correspondante à la plaie est demi-liquide.

Si nous avons rapporté cette observation, qui est intéressante sans aucun doute, mais point sans analogues dans la science, c'est qu'elle a été le sujet de rapports médico-légaux contradictoires. Il s'agissait de savoir si la plaie était, de sa nature, mortelle, ou si la mort n'était point le résultat de quelque cause cachée. Les premiers chirurgiens qui avaient pratiqué la compression furent de ce dernier avis. Pour quiconque a lu l'observation, la plaie était presque nécessairement mortelle, et toute discussion à cet égard est superflue. Il n'en est point de même pour le traitement de l'encéphalocèle. Le docteur Delahaye proscrit avec raison, suivant nous, toute compression sur cette espèce de tumeurs. En effet, quand la masse cérébrale herniée s'est échappée à travers une ouverture étroite au-delà de laquelle elle s'est épanouie, par le fait de l'inflammation, que peut faire la compression, sinon aplatir la substance herniée? Elle ne peut en aucune façon agir efficacement pour la faire rentrer. Cette réduction n'est possible que dans des circonstances particulières, lorsque l'ouverture osseuse est aussi grande que la portion cérébrale herniée. Mais nous ne croyons pas non plus qu'il soit prudent d'abandonner à eux-mêmes les débris du cerveau, voués à une décomposition inévitable. En pareil cas, il vaut mieux enlever tous ces débris, surtout au moment où la suppuration s'en empare, que de les abandonner à eux-mêmes. Cette pratique nous paraît d'autant plus rationnelle que c'est le travail qu'emploie la nature dans les cas si rares d'ailleurs de guérison.

OBSERVATION DE CALCUL URÉTRAL EXTRAIT DE L'URÈTRE D'UN ENFANT DE 2 ANS; par M. JACQUES.

OBS. — Le 5 novembre 1839, un enfant de 2 ans fut tout à coup pris de douleurs très vives dans la verge, avec impossibilité d'uriner. La verge entra en érection; le prépuce s'œdématisa et formait obstacle à l'issue de l'urine; on sentait une fluctuation dans le trajet de l'urètre. Après quelques recherches, soit avec des bougies qui allèrent jusqu'à la vessie, soit avec la main, le chirurgien reconnut au scrotum un corps dur assez volumineux, qu'un stylet montra être un calcul. En pressant entre les doigts ce corps, d'arrière en avant, on put le faire arriver jusqu'au gland, où il fut saisi avec une pince à dissection et enlevé.

L'auteur de cette observation pense que l'érection, qu'il croit n'avoir vu mentionner dans aucun cas de calcul urétral, est un phénomène indiquant la présence du corps étranger dans la portion prostatique de l'urètre, ou même à l'ouverture vésicale de ce conduit. Nous ne pouvons imaginer quelles relations existent entre ces deux choses. Ce que nous trouvons de plus curieux, c'est la manière dont le calcul, qui avait 9 millimètres de diamètre, put être extrait par l'espèce de traction exercée sur lui, et aussi la possibilité d'introduire des bougies, et même des sondes pleines.

HERNIES INGUINALES ÉPIPLOÏQUES; par M. DEMEYER.

L'auteur commence par exposer les différentes méthodes opposées aux portions d'épiploons contenues dans les sacs herniaires, après l'étranglement. Après avoir mentionné 1° la réduction simple, si elle est possible; 2° l'excision sans ligature, suivie de réduction; 3° la ligature en masse sans réduction; 4° la ligature isolée de chaque vaisseau, suivie de réduction; 5° la ligature en masse suivie d'excision et de réduction, il s'arrête à cette dernière opération que cependant il semble indiquer comme nouvelle. Or, certainement elle ne l'est pas. Cette méthode est, à notre avis, la préférable, avec la précaution, comme il est d'ailleurs mentionné dans le mémoire, de laisser le pédicule retenu par la ligature à l'ouverture ab-

---

la cohue des ambitions qui se ruent sur la fortune, quiconque n'est pas riche, et la grande majorité des médecins en est là, reste en arrière, heurté, brisé, délaissé, méprisé. Quoi! c'est dans un temps où toute vertu, tout mérite, toute capacité se supplée par l'or, se remplace par un cautionnement qu'il convient au médecin de garder le silence, de rester au bas de l'échelle! A merveille! mais attendez les résultats. Les fabricans réclament, les ouvriers réclament et font des émeutes, les négocians réclament, tout le monde s'agite, s'inquiète, veut changer de place, dans l'espoir d'être mieux, et l'on veut que les médecins, dont la profession a le plus besoin de garanties, passent et se courbent sans mot dire' Qu'arriverait-il? C'est que cet absurde et imprévoyant quiétisme serait pris au sérieux. Vous vous taisez, c'est que vous n'avez rien à dire; vous n'élevez pas la voix, c'est que vous n'avez aucun motif pour le faire; vous ne vous plaignez pas, donc vous acceptez votre position, etc. Voilà des conséquences très simples, très naturelles, qu'on tire de votre silence. Tout attendre du temps et ne pas coopérer à son œuvre, c'est sottise ou folie. Un ancien voulait que chaque citoyen portât écrit sur son front ce qu'il pensait de la chose publique. Il serait peut-être à désirer que tout médecin ayant le souci intelligent de l'avenir de la profession, exprimât son opinion sur ce qu'il conviendrait de faire pour l'améliorer. Il faudrait que, sans bruit, sans tumulte, sans fracas, mais avec ordre, avec constance, avec fermeté, on réclamât une organisation qui devient de plus en plus indispensable. Dans le fait, que voulons-nous? Ce qu'on ne saurait nous refuser sans injustice, des garanties, qui, en définitive, sont dans l'intérêt des malades et de la société. Ainsi nous réclamons, fortement appuyés sur le droit, *justitia est constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuendi.* (INSTITUT., lib. I. tit. I.) La justice est une ferme et perpétuelle volonté de rendre à chacun ce à quoi il a droit. Nous ne voulons rien de plus, rien de moins.

R. P.

M. SERRES, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, au musée du Jardin des Plantes, le samedi 31 octobre, à une heure et demie, et le continuera les mardis et samedis suivans à la même heure.

— M. TROUSSEAU, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, commencera, lundi 2 novembre 1840, un cours de clinique des maladies chroniques et des maladies des enfans à la mamelle, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, et le continuera les lundi, mardi et vendredi de chaque semaine.

La visite commencera à sept heures et demie; la clinique à neuf heures.

— A céder une clientelle de médecin, située à une distance de 8 myriamètres de Paris.

S'adresser à M. Jolly, rue Vivienne, 15.

dominale, dans le but de s'opposer au développement consécutif d'une autre hernie. Nous avons vu, dans un cas, une masse épiploïque laissée sans ligature dans un sac herniaire, avec lequel elle avait quelques adhérences, entrer en suppuration très abondante, les veines de son intérieur s'enflammer et amener avec tous les accidens de la phlébite une mort prompte. N'est-ce pas d'ailleurs une loi chirurgicale très générale que celle de soustraire les malades, autant que possible, à toute suppuration, ou au moins d'en diminuer la durée?

OBSERVATIONS DE DEUX CATARACTES PAR ABAISSEMENT, SUIVIES DE RÉFLEXIONS SUR CETTE OPÉRATION; par M. VANCAMP.

Les deux observations qui précèdent les réflexions du docteur Vancamp sur la cataracte ne diffèrent point assez de celles qu'on trouve dans les annales de la science, pour être rapportées ici. Une d'elles a été pratiquée à un enfant de 2 ans pour deux cataractes congéniales. Elle était molle et paraissait cristalline. Il fallut broyer le cristallin, qui était assez opaque, ainsi que la capsule. Il est bon que les praticiens soient avertis, dans ces circonstances, de la difficulté que l'indocilité des enfans apporte dans l'opération. Dans le cas présent, après l'opération, les chambres antérieures et postérieures étaient pleines d'un liquide nuageux et de débris de capsule et de cristallin que l'absorption emporta. Néanmoins, le cristallin remonta incomplètement à droite, et, de ce côté, la capsule postérieure se prit aussi. L'œil pouvait néanmoins distinguer les objets. L'enfant sujet de cette observation a présenté un phénomène particulier: quelques jours après son opération, on lui présenta un papier sur lequel on avait dessiné les traits d'un homme; on lui demanda ce qu'il voyait. Il répondit : c'est un enfant. Voilà un fait bien en contradiction avec l'aveugle de Cheselden.

Les réflexions dont M. Vancamp a fait suivre ces deux observations ont trait à la direction qu'il faut donner à la lame de l'instrument quand il pénètre la sclérotique, et au point de la sclérotique qui doit être percé. Tous ces points, que l'auteur traite comme un sujet nouveau, sont depuis longtemps résolus comme il le fait lui-même. Ainsi, il suppose qu'aucun auteur n'a recommandé de tenir l'aiguille un des tranchans tourné en dehors et l'autre en dedans, tandis que c'est un précepte des plus généraux, et cela depuis assez longtemps; il suppose encore que les chirurgiens donnent le précepte d'enfoncer l'aiguille sur l'axe transversal de l'œil, tandis que presque tous, et tous de nos jours, disent qu'il faut l'enfoncer un peu au-dessous de ce diamètre, comme il le dit lui-même; et chacun sait que ces deux préceptes sont tirés de la position de l'artère ciliaire longue. Quant au précepte de percer la sclérotique 6 millimètres au-dessous de l'axe transversal, cela n'offre ni avantage ni inconvénient, et à cet égard chacun peut faire à sa guise. Ce sont de ces petites modifications opératoires qui n'ont point de portée.

Le mémoire de M. Vancamp se termine par plusieurs remarques sur l'emploi de l'extrait de belladone pour dilater l'iris avant l'opération de la cataracte par abaissement. Il se déclare complètement opposé à cette dilatation, même dans les cas où la pupille est fortement contractée, comme cela arrive quelquefois. Cette dernière condition est pour le médecin belge une contre-indication formelle, car elle résulte alors d'une iritis, d'une rétinite, ou d'une congestion cérébrale, maladie qu'il regarde avec raison comme incompatible avec l'opération de la cataracte. Il est certain néanmoins qu'il est des pupilles normalement resserrées, sans l'existence d'aucune maladie semblable. D'un autre côté la crainte de blesser l'iris quand il n'est point dilaté n'est point, suivant notre auteur, une bonne raison pour se servir de la belladone, car cette blessure n'a jamais eu de suites funestes dans le cas où il l'a observée. La facilité qu'on éprouve à diriger les mouvemens de la pointe de l'aiguille suivie alors par l'œil, et la possibilité de balayer complètement tous les corps opaques ne sont pas non plus suffisans pour lui faire adopter l'usage de la belladone, et un autre inconvénient que nous avons quelquefois observé, c'est la facilité que le cristallin en tout ou en partie a trouvé quelquefois à franchir la pupille quand elle est dilatée. Or c'est là sans contredit une très mauvaise condition connue des praticiens, et dont nous n'avons pas besoin d'indiquer les suites. Nous n'entendons pas, comme le praticien belge, réprouver toujours l'emploi de la belladone, mais nous croyons qu'il est telle circonstance où elle est inutile, que quelquefois elle favorise le passage du cristallin dans la chambre antérieure, tandis que d'autres fois elle facilitera beaucoup l'opération.

La réascension du cristallin ne semble en aucune façon à M. Vancamp tenir aux mouvemens des malades, aux secousses imprimées par la toux, quand ils ne sont extrêmes ni l'un ni l'autre. Il attribue la cause la plus fréquente de cette réascension à la compression exercée sur le globe oculaire par les muscles de l'œil. Cette compression est, suivant lui, capable de changer la forme de l'œil, et dès lors de déplacer le cristallin devenu mobile dans l'œil.

Il emprunte cette opinion à celle des physiologistes qui expliquent la vue à diverses distances par des changemens de longueur dans les axes de l'œil, changemens qui s'opèreraient sous l'influence des mouvemens de l'œil. A l'appui se trouve encore l'observation de Demours, qui vit un malade pouvant à volonté faire passer son cristallin de la chambre postérieure dans l'antérieure, et réciproquement de celle-ci dans la première. Nous concevons très bien qu'un cristallin libre de ces adhérence puisse, par la pression des muscles droits, être chassé par la cornée ouverte, ou passer dans la chambre antérieure; mais nous ne concevons pas comment feraient les muscles obliques pour ramener la lentille dans la chambre postérieure. Il est certain que la contraction des muscles de l'œil agit sur le globe oculaire en modifiant ses foyers. Il suffit pour s'en convaincre de fixer avec un seul œil un objet quelconque, de préférence la lumière d'une bougie, et de mettre ses muscles en contraction; l'objet varie aussitôt de forme; la vision devient confuse, et tout se rétablit lorsque cesse la contraction musculaire. Si le phénomène est vrai, et cela est incontestable, comment agissent les muscles qui en sont certainement les agens, c'est ce que nous n'avons pas la témérité d'expliquer. D'ailleurs attribuant la réascension fréquente du cristallin à l'action musculaire, M. Vancamp conseille l'emploi des lavemens laudanisés, que Dupuytren conseillait seulement quand, avant l'opération, l'œil était agité de mouvemens convulsifs.

MÉMOIRE SUR QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER AU BANDAGE AMIDONNÉ; par M. VANMEERBEECK.

Comme tous les procédés chirurgicaux nouvellement inventés et nouvellement appliqués après un long oubli, les appareils inamovibles donnent lieu à une foule de controverses et d'écrits.

En France, on ne connait que le bandage inamovible, généralement fait avec la dextrine. En Belgique, après l'appareil inamovible est venu l'amovo-inamovible, et celui-ci se confectionne de plusieurs manières. Ainsi c'est celui de M. Seutin qui, en temps convenable, après la dessication de l'appareil appliqué suivant sa méthode, retranchait à l'aide de forts ciseaux une portion du cylindre formé par l'appareil, l'aidait ainsi à s'accommoder au volume du membre diminué par la résolution et l'inaction, et le raffermissait après par un bandage roulé. Il existe encore une autre manière d'appliquer ce bandage amovo-inamovible, dont nous épargnerons la description à nos lecteurs. Enfin la modification la plus récente est celle que vient de proposer M. Vanmerbeeck, et il sera facile de voir de quelle *immense* importance elle va devenir dans le traitement des fractures, à tel point que tous les chirurgiens français qui désormais ne s'y conformeront pas seront réputés, de par son auteur, *arriérés dans le traitement des fractures*. M. Seutin faisait un bandage amovo-inamovible de la manière décrite plus haut. M. Vanmeerbeeck fait avec deux plans superposés de bandelettes de scultet se réfléchissant d'avant en arrière sur deux attelles de fer placées de chaque côté du membre, un premier bandage inamovible ouvert en avant et permettant de voir une partie antérieure du membre; plus sur un premier appareil, il applique une bande roulée amidonnée on non: voilà l'appareil amovible que le chirurgien peut ôter à volonté pour examiner à loisir le siége de la fracture.

On ne peut voir, me direz vous, qu'une partie assez limitée du membre; mais si vous écartez avec force les bords de l'appareil placés en premier lieu, vous découvrez presque toute la circonférence du membre, et vous comprenez dès lors le nom donné à cet appareil de *bandage amovo-inamovible bivalve sans incision*. Maintenant le lecteur est à même de juger de la révolution apportée dans le traitement des fractures, et il sera bien difficile s'il n'admet pas, avec l'auteur belge, qu'à Paris où le bandage amovo-inamovible n'est pas mis en usage comme en Belgique, *l'on ne comprend pas* les avantages de cette méthode, et que les chirurgiens de cette ville sont dans la *vieille ornière*. Nous terminerons en mentionnant un des avantages attribués par l'auteur à son appareil: c'est que, dit-il, l'achat des baguettes d'acier est très minime, et quelles dispensent d'acheter les ciseaux de M. Seutin!

OTITE CHRONIQUE SURVENU A LA SUITE DE LA RÉPERCUSSION D'UNE ÉRUPTION DU CUIR CHEVELU; ÉPANCHEMENT PURULENT DANS LES MÉNINGES; MORT.

Les cas bien observés d'accidens à la suite de la disparition des éruptions chroniques sont assez rares pour que nous croyions devoir reproduire le fait suivant, où l'on peut suivre avec facilité l'accroissement des

accidens du côté des os du crâne et du cerveau avec la diminution de l'éruption cutanée.

Obs.—Rombaut, relieur, âgé de 13 ans, tempérament lymphatique, a eu, dans son enfance, des éruptions au cuir chevelu, qui offrirent un caractère d'intermittence remarquable, disparaissant par intervalles de quelques mois, pour revenir ensuite, mais avec moins d'intensité, de sorte qu'il y avait amélioration graduelle avec les progrès de l'âge. Du reste, sa santé était satisfaisante, et jamais elle n'était meilleure que lorsque l'affection pustuleuse était dans toute sa force. Il y a un an environ, une nouvelle éruption s'étant manifestée, on la combattit par des lotions avec de l'eau de son, et elle disparut en quelques jours; bientôt après, le malade ressentit de vives douleurs dans l'oreille droite, au point de lui arracher des cris perçans; ces douleurs s'irradiaient dans tout le côté correspondant du cuir chevelu; sous l'influence de quelques émolliens, la douleur diminua, sans disparaître toutefois complètement.

L'été dernier, l'éruption reparut à l'endroit accoutumé, et l'oreille ainsi que la santé générale s'améliorèrent beaucoup; mais des onctions faites avec un onguent, conseillées par un pharmacien, firent disparaître l'éruption au bout de quelques jours, et, peu de temps après, les douleurs de l'oreille revinrent avec une nouvelle intensité, et le malade entra à l'hôpital St-Jean, de Bruxelles, le 29 février 1840, dans l'état suivant : douleurs atroces dans le côté droit de la tête; otorrhée, surdité; face congestionnée; pouls fréquent; chaleur à la peau et légers frissons alternant; soif; perte d'appétit et grand amaigrissement. Le lendemain, il fut pris de délire, avec céphalalgie, convulsions, contracture et opisthotonos, et malgré des sangsues appliquées aux tempes et aux apophyses mastoïdes, un vésicatoire sur le cuir chevelu et des purgatifs, il mourut le 4 mars.

Autopsie. — Oreilles. Forte suppuration des parties molles contenue dans l'oreille interne et moyenne; destruction de la membrane qui tapisse leurs parois; celles ci dénudées et rugueuses.

Méninges. Dure-mère détruite dans le conduit auditif interne; épanchement purulent dans l'arachnoïde correspondant à la base du cervelet et à la moelle allongée; inflammation des méninges à cet endroit; production de fausses membranes; collection de plusieurs onces de sérosité et dépôt de pus dans les ventricules cérébraux; cerveau congestionné. Il était évident que le pus formé dans l'oreille interne et épanché dans l'arachnoïde était la cause de son inflammation.

II. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

(Mois de Juin, Juillet et Août 1840.)

DE LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE RÉDUCTIBLE; par M. SOTTEAU.

Le procédé de cure radicale proposé par l'auteur est nouveau; mais le but atteint est à peu de chose près le même que par les divers procédés connus d'invagination. Les deux praticiens dont nous rapporterons les travaux dans cette analyse ne semblent point avoir dirigé leur attention sur cette particularité que la cure radicale d'une hernie ne doit être complète que lorsque la peau invaginée a contracté, par sa surface profonde, des adhérences intimes avec le canal, et lorsqu'aussi l'anneau interne est oblitéré, ce que leur méthode, pas plus que les autres, ne peut atteindre qu'involontairement et au prix de graves dangers, surtout en égard à la seconde de ces deux conditions. Disons d'ailleurs qu'on trouve dans ce travail treize observations de cure radicale, deux appartenant au professeur Wutzer de l'Université de Bonn, et onze au docteur Sotteau. Parmi elles il y a un seul exemple d'insuccès, par la méthode du docteur Wutzer, quand l'anneau était peu dilaté, et aucun par la méthode Sotteau, quand l'anneau était fort dilaté.

La méthode du professeur de Bonn se pratique à l'aide d'un instrument nouveau qu'il a nommé celekleizon, et que nous ne prétendons décrire que très sommairement, tout en décrivant l'opération, au fond la même que celles généralement connues par invagination cutanée. On commence à refouler avec le doigt la peau du scrotum dans le canal inguinal, laissant entre la face dorsale du doigt et la paroi postérieure du canal le cordon testiculaire et ses annexes. On glisse sur la face palmaire une tige creuse de bois plus longue que le canal, percée près de son extrémité d'un trou destiné à donner passage à la pointe d'une longue aiguille mobile dans son intérieur. Cela fait on fait saillir l'aiguille qui, s'échappant par le trou du cylindre, perce successivement les parois antérieures de l'infundibulum cutané, du sac et du canal inguinal. Au dehors, la pointe de l'aiguille est reçue dans une espèce de chas percée à l'extrémité d'un autre cylindre de bois, placé à l'extérieur parallèlement au cylindre intérieur, et du côté de l'anneau externe les deux cylindre sont unis par une vis de pression qui les presse l'une contre l'autre; mais de telle manière que la pression porte surtout au point où l'aiguille traverse la peau. On conçoit qu'avec un tel instrument ami e t laissé en place, terme moyen, six ou sept jours, l'aiguille remplace les points de suture placés ordinairement au fond du cul-de-sac cutané, et qu'il n'y a de plus que la pression exercée dans une étendue très limitée par les cylindres.

Dans beaucoup des observations relatées dans ce mémoire, la pression a été assez forte pour occasioner une gangrène des tégumens dans une étendue de 7 à 11 millimètres carrés. La présence de l'aiguille détermine une inflammation comme les sutures, et c'est sur elles qu'on compte pour les adhérences préservatives de la récidive; mais comme elles aussi, elles portent avec elles des dangers de suppurations diffuses, d'abcès, d'érysipèle; ce dernier accident est d'ailleurs arrivé dans l'observation 10. Quant à la pression exercée par les deux cylindres, elle est si limitée qu'elle ne peut ajouter grand chose à l'étendue des adhérences; si elle était plus étendue, comme cela est arrivée dans quelques-unes des observations propres à M. Sotteau, pour agir efficacement, elle amènera, ainsi qu'elle l'a fait, des gangrènes assez étendues, et qui ne sont jamais sans danger. La modification de M. Sotteau consiste à ajouter un demi-cylindre de métal ou cylindre de bois qu'introduit M. Wutzer dans l'infundibulum cutané; une des extrémités de la gouttière métallique est également percée d'un trou pour le passage de l'aiguille et l'autre d'un pas de vis pour la vis de pression, unissant les cylindres intérieur et extérieur. Avant de refouler la peau dans le canal inguinal, on prend entre le cylindre qui doit remplir ce dernier et la gouttière un pli assez considérable de la peau scrotale; c'est ce pli qui est refoulé dans le canal et qui occupe le fond de l'infundibulum cutané. Comme il est placé entre les deux trous que doit traverser l'aiguille, il est lui-même traversé. M. Sotteau croit cette modification propre à la cure radicale des hernies inguinales réductibles avec une large dilatation de l'anneau.

Les observations qu'il cite à l'appui prouvent que les malades ont été guéris radicalement pendant le temps qu'ils ont passé à l'hôpital après l'opération, temps en général fort court et qui empêche de se prononcer sur l'efficacité de ce procédé. Cette dernière circonstance de la permanence de la cure ne semble point avoir préoccupé l'esprit du chirurgien belge, et c'est néanmoins la chose principale. D'ailleurs l'analogie de ces procédés avec ceux connus d'invagination permettent de les ranger dans la catégorie d'opérations très dangereuses, et inhabiles à atteindre le but qu'on se propose.

MÉMOIRE SUR LA FORME INTERMITTENTE COMME TERMINAISON DANS LES MALADIES; par le docteur BINARD.

Nous ne mentionnerons ce travail que comme apportant de nouvelles preuves à l'appui de l'assertion émise depuis quelques années et déjà démontrée par de nombreux faits recueillis dans des contrées fort éloignées; mais qui se trouvent dans des circonstances miasmatiques analogues: Qu'un grand nombre de maladies qui débutent par un appareil inflammatoire bien tranché et sous le type continu ne tardent pas passer à l'état intermittent, résistent aux antiphlogistiques les plus énergiques et cèdent au contraire avec facilité à l'antipériodique par excellence. Cette observation qui a été faite dans tous les pays où se rencontrent de grands foyers miasmatiques, comme dans une grande partie des Flandres, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne, et a déjà sauvé l'existence d'un grand nombre de nos compatriotes qui, sur le sol fiévreux de l'Algérie, auraient succombé si on eût suivi dans leur traitement les méthodes qui, dans nos climats, réussissent parmi des cas en apparence analogues.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FONCTIONS ET SUR LES MALADIES DU CERVELET; OBSERVATION DE RAMOLLISSEMENT ET DE TUBERCULE DÉVELOPPÉS DANS LE CERVELET; par le même.

Aux faits déjà nombreux que possède la science, dans lesquels des altérations du cervelet ont paru avoir déterminé un trouble grave dans la locomotion et dont quelques-uns sont rapportés dans ce travail, M. Binard en a ajouté trois qui lui sont personnels et assez importans pour que nous croyions devoir en consigner ici les traits principaux.

Obs. — Hendrin, chasseur au troisième régiment des chasseurs à pied, né de parens sains, d'une bonne constitution, tempérament lymphatique, est envoyé au dépôt pour des attaques d'épilepsie datant de 6 mois, et qui étaient venues à la suite d'une violente affection morale qu'il avait éprouvée étant en prison. Au mois de février, la gravité des accidens l'oblige d'entrer à l'infirmerie où il présente: intelligence obtuse, céphalalgie et attaques épileptiques fréquentes, mais de courte durée; toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement; une saignée et quelques purgatifs n'empêchèrent pas les accidens d'augmenter. Un nouveau symptôme apparut vers le 15 mars. Quand le malade voulait se lever, il était obligé de s'accrocher aux objets voisins, sans quoi il *reculait* jusqu'à ce qu'il rencontrât un appui. Quand il marchait la progression était vacillante, semblable à celle d'un homme dans l'état d'ivresse. Rien de remarquable du côté des organes génitaux; soupçonnant une lésion du cervelet, on eut recours à la révulsion, sur la région occipitale, au moyen d'un vésicatoire; mais les accidens s'accrurent rapidement;

les extrémités inférieures ne tardèrent pas à être paralysées, et Hendrin mourut après vingt jours d'alitement.

AUTOPSIE. Léger engorgement des veines superficielles des méninges; petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. Le cerveau est plus mat que dans l'état normal. Le cervelet offre un ramollissement très considérable; ce ramollissement est diffluent sur toute la circonférence du lobe latéral gauche. La substance pulpeuse a perdu toute trace d'organisation. L'altération diminue en allant vers le lobe latéral droit et disparaît au niveau du lobe médian.

Sur un autre sujet dont parle l'auteur et qui était dans un état d'ivresse apparent, bien qu'il n'eût fait aucun usage des liqueurs spiritueuses, on trouva une *injection de toute la masse du cervelet qui était de couleur rose*, teignant la totalité de l'organe; chez le sujet de la troisième observation qui est personnelle à l'auteur, et chez lequel on trouva à l'autopsie un tubercule de la grosseur d'une noix dans le lobe gauche du cervelet, il y avait eu également pendant la vie une grande débilité du système musculaire, surtout aux extrémités inférieures, et qui rendait la station peu sûre et la progression très laborieuse, et en outre une douleur violente et continuelle à l'occiput.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; EMPLOI DE L'HYDRATE DE PEROXIDE DE FER; GUÉRISON; par le docteur ANSEOOL.

Le fait dont il est question dans cette communication ne peut être très concluant en faveur de l'hydrate de peroxide de fer employé comme antidote de l'arsenic; car on n'a pu savoir quelle quantité de ce dernier avait été prise; bien plus même, comme l'arsenic était en poudre et qu'il avait été avalé sous cette forme, sans être ni mélangé avec aucune substance, ni dissous dans aucun liquide, il est probable que la quantité ingérée dans l'estomac avait été très peu considérable. Quoi qu'il en soit, le jeune homme qui l'avait pris dans le but de se donner la mort éprouvait des mouvemens convulsifs des muscles de la face, des mâchoires et des extrémités, suivis de raideur extrême, des vomissemens d'une matière brunâtre; sa peau était couverte d'une sueur froide et visqueuse; son pouls était petit et régulier, lorsque trois quarts d'heure environ après qu'il avait pris le poison, on commença à lui administrer l'antidote. Peu à peu les accès convulsifs diminuèrent d'intensité, les nausées et les crampes de l'estomac, qui étaient très vives, se calmèrent, et les douleurs ne reparurent plus que sous forme de tranchées. Le malade avait pris 250 grammes du médicament à l'état liquide, et à l'aide de ce traitement, avec deux applications de sangsues et une diète sévère, toutes les traces de ce grave accident avaient disparu au bout de huit jours.

DEUX CAS D'EMPHYSÈME SPONTANÉ, DONT L'UN S'EST MANIFESTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET L'AUTRE A LA SUITE D'UN ULCÈRE DU LARYNX; par le docteur BOUUAUT.

Les deux faits suivans nous ont paru assez curieux pour être rapportés en entier.

OBS. I. — Antoinette Ae., âgée de 28 ans, forte, entra, enceinte de huit mois, à la Maternité de Gand. Elle a toujours joui d'une bonne santé, et n'a jamais offert de maladies des organes respiratoires. Le 30 octobre 1839, elle commença à éprouver les douleurs de l'enfantement. La descente de l'enfant fut pénible, et le lendemain, vers une heure de l'après-midi, la tête était encore engagée dans le détroit périnéal. Les douleurs ne se renouvelant plus on fit prendre un bain à la malade, qui jusque-là avait conservé dans ses plaintes son timbre de voix naturel. Tout à coup, et on ne dit pas que ce fût à propos d'un effort, la voix devint rauque, et elle sentit se former au bas de la partie antérieure du col une tumeur qui peu à peu s'étendit au-devant de la poitrine, envahit la face, aux parties latérales du cou. La peau était tellement distendue sur toutes ces régions et en particulier à la face que la malade était méconnaissable. La peau partout molle et rénitente n'avait point changé de couleur, elle cédait facilement à la pression du doigt qui donnait alors une sensation manifeste de crépitation. La malade y éprouvait un sentiment de gêne et de fourmillement; elle ne pouvait pas préciser exactement le lieu où avait d'abord paru la tumeur. L'emphysème continuant ses progrès, et l'accouchement ne marchant point, il fallut le terminer par le forceps. L'enfant était mort.

Depuis l'accouchement, l'épanchement d'air n'augmente pas jusqu'au 4 novembre, et pendant ce temps on n'employa aucun moyen se contentant de recommander à la malade le silence le plus absolu.

Le 4 novembre, l'emphysème commença à diminuer, la face reprit la première ses dimensions, puis la poitrine et enfin le cou.

Quelque temps après la disparition du gonflement, on pouvait encore sentir la crépitation.

Le 14 novembre, la malade était complètement guérie.

Cette espèce d'emphysème, dont les cas ne sont pas très rares, semble analogue à tous ceux qui résultent d'efforts violens de toux convulsives, comme dans le croup, par exemple. C'est habituellement à une rupture de quelques vésicules pulmonaires qu'il est dû, et encore de quelques vésicules de la surface; car, à supposer cette rupture dans la profondeur du poumon, l'infiltration d'air dans le parenchyme de l'organe serait certainement une cause de trouble profond dans la respiration, qu'on n'observe point d'habitude. Il est encore quelque chose de singulier dans le siége presque constant de cette rupture, c'est presque toujours au col que l'emphysème paraît d'abord, et son apparition, suivant presqu'aussitôt les autres symptômes, annonce que l'air ne vient pas de loin et qu'il s'échappe par une déchirure voisine; serait-ce qu'à la partie supérieure, le poumon n'est point soutenu aussi solidement que dans les espaces intercostaux et au niveau des côtés, ou que les tubes bronchiques sont un peu plus larges en haut qu'ailleurs? C'est une disposition que nous n'avons pu constater par la dissection; il est encore quelque chose d'inexpliqué. Comment la vésicule pulmonaire étant déchirée, l'air s'échappe-t-il dans les tissus celluleux du col, et ne remplit-elle pas d'abord la cavité pleurale, pour de là regorger au-dehors? La plèvre est-elle percée aussi? Nous ne pensons pas que les autopsies aient constaté cela. Heureusement ces emphysèmes produits par des efforts, quand ceux-ci cessent, se guérissent rapidement et n'entraînent point, à moins d'être portés à un haut degré, de graves inconvéniens. La raucité de la voix, observée chez les malades au moment où la tumeur a paru, tenait-elle à la compression faite par la tumeur, ou au partage de l'air entre la rupture pulmonaire et le canal aérien, et s'est-elle maintenue pendant toute la durée de l'emphysème? Il est difficile d'imaginer qu'une rupture placée si loin du canal, et ne diminuant que fort peu la force de la colonne d'air pendant l'expiration, ait pu produire la raucité, qui, tenant à cette cause, aurait dû persister pendant le temps que la tumeur a mis à augmenter, pour disparaître, quand elle est restée stationnaire. C'est ce que l'observation ne nous apprend pas.

OBS. II. — Julie V. D., âgée de 15 ans, lymphatique, était depuis cinq à six mois en proie à des indispositions regardées comme tenant au début de la menstruation. Elle éprouvait en même temps une certaine difficulté à avaler, et un mal de gorge, que les médecins, malgré la fixité du mal et sa continuité, considéraient comme une affection hystérique.

Le 20 mars 1836, la jeune fille se trouve plus mal; elle accusait une forte douleur à la gorge; ses mâchoires ne s'écartaient que difficilement, et elle ne pouvait avaler aucun aliment solide. Il s'y joignait quelques symptômes gastriques qui engagèrent le médecin à placer une quinzaine de sangsues à l'épigastre.

Les 21 et 22, l'état de la malade reste à peu près le même.

Dans la nuit du 22 au 23 mars, le médecin fut mandé en toute hâte: il trouva le col, la face à droite, emphysémateux. Comme la jeune personne, effrayée, poussait de grands cris, on voyait à chacun d'eux la tumeur augmenter; dans les mouvemens que faisait la malade, le gonflement s'étendait rapidement d'un endroit à l'autre. Le silence, le repos du corps furent recommandés.

Dans la journée du 23, l'air avait gagné les deux côtés de la face, le dos. On fit plusieurs scarifications, et on s'en tint au repos et au silence.

Le 24 mars, l'emphysème s'était de beaucoup étendu; les membres supérieurs et l'abdomen étaient presque envahis. La veille, on avait encore fait quelques scarifications. On les répéta le 24, mais à mesure que l'air s'échappait à travers les incisions, il était promptement renouvelé. Le soir de ce jour, la tête, la face, le tronc, les bras, à l'exception de la paume des mains, étaient emphysémateux. L'air n'était point arrivé aux extrémités inférieures.

Dans la nuit du 24 au 25, la jeune malade succomba.

AUTOPSIE le 26. On constata la présence du gaz dans tous les points que nous avons mentionnés, l'air ne dépassait point le pli des cuisses. Dans toute l'étendue des parties soulevées par l'air, il se déplaçait avec une extrême facilité.

Les poumons n'offraient aucune lésion. Le cœur avait son ventricule droit gorgé de sang écumeux. En ouvrant les voies aériennes, nous découvrîmes dans le ventricule droit du larynx, un peu au-dessous de la corde vocale, un petit ulcère rond et percé à son centre d'une ouverture assez semblable à celle que ferait à la peau un plomb de lièvre.

Sur la face interne du pharynx, on voyait quatre on cinq ulcérations, présentant le même aspect blafard, mais superficielles et mal circonscrites.

L'ABDOMEN. La muqueuse stomacale offre quelques traces de phlogose; les autres organes étaient sains.

En réfléchissant à l'histoire de cette jeune malade, il semble que la chirurgie n'ait pas fait pour elle tout ce qu'elle pouvait. L'observation, présentée telle qu'elle est, montre l'esprit des médecins porté sur la maladie du larynx, et sinon connaissant au juste sa nature, au moins soupçonnant son existence; d'un autre côté, l'examen de la poitrine, les antécédens de la malade, pouvaient établir l'intégrité du poumon. Cela étant, et l'emphysème se déclarant tout d'un coup, après une exaspération de la douleur du larynx, et quoique cela ne soit pas dit, des symptômes d'asphyxie existant nécessairement, il restait une ressource, grave sans doute, mais seule capable de sauver les jours de la malade; c'était l'opération de la trachéotomie. Ce sont là deux cas d'emphysème bien différens en nature, en gravité et en indications.

DE L'INFLUENCE DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ŒIL SUR LA VISION; par le docteur SZOKALSKI.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de prouver que les muscles obliques sont destinés, dans certains mouvemens de la tête, à maintenir l'œil dans l'immobilité, en le faisant tourner sur un certain axe. Il est démontré, suivant lui, par M. Tartual, médecin allemand, que les mouvemens de rotation du globe oculaire ne se passent pas dans un axe correspondant à la direction du nerf optique, mais bien dans celle d'une ligne qui, du centre de la cornée, irait tomber sur la tache de Sœmmering. Or, l'action des muscles est de faire exécuter ce mouvement de rotation aux deux globes oculaires, quand la tête exécute elle-même des oscillations à droite et à gauche.

Suivant notre auteur, l'action des deux muscles obliques n'est pas volontaire, et appartient, suivant lui, aux *impressibilités*.

L'oblique inférieur d'un côté agit en même temps que l'oblique inférieur de l'autre côté. Le premier fait tourner l'œil en haut et en dedans, et le second, en bas et en dedans.

Pour prouver l'influence des muscles obliques sur les mouvemens de rotation, M. Szokalski a recours à l'expérience du punctum cœcum, ou de l'hypothèse que la rétine, à la naissance du nerf optique, est insensible, fait que la majeure partie des physiologistes attribuent à Mariotte, mais que Haller, si nous avons bonne mémoire, rapporte à un autre auteur. Disons en passant que c'est une pure hypothèse, que ni l'expérience de Mariotte, ni celle indiquée par Haller, et qui est à peu près semblable, ne prouvent ce fait, auquel, suivant nous, elles donnent un grand démenti. Il cherche encore à le prouver, en montrant que l'œil étant fixé par des ophthalmostats, si la tête tourne à droite ou à gauche, l'immobilité des yeux les empêchant d'exécuter des mouvemens de rotation antagonistes, les axes optiques ne se rencontrent plus, et l'on voit les images doubles.

Croyant avoir ainsi trouvé la véritable fonction des muscles obliques, et du droit supérieur en particulier, il fait application de cette réaction à la pathologie, et en déduit les caractères de la paralysie des nerfs de la quatrième paire, qui sont, suivant lui :

1° Impossibilité de rotation de l'œil dans l'orbite, reconnaissable à ce que l'œil malade reste immobile, quand on fait exécuter à la tête des mouvemens alternatifs à droite et à gauche.

2° Il y a diplopie, et les deux images sont superposées. L'œil malade voit l'image inférieure.

3° Cette double vision disparaît quand on incline la tête du côté opposé à l'œil affecté.

Telles sont, en résumé, les nouvelles opinions de M. Szokalski. On ne peut voir qu'avec intérêt l'étude que cet auteur a faite des relations des mouvemens de la tête et des yeux, et les solutions qu'il a cherché à donner de ce phénomène. Sans le contredire sur ce dernier point, il a été amené, par ses recherches, à émettre sur l'action des muscles obliques, des opinions qui, suivant nous, ne sont pas justes, et qui trouvent dans son mémoire même une réfutation tirée de sa propre expérience. Les phénomènes qu'il rattache à cette maladie ne sont certainement pas suffisans pour la faire reconnaître. Il n'est point de notre objet de nous étendre sur tous ces points d'ailleurs fort difficiles; nous avons voulu seulement résumer les idées et non les critiquer, ce qui serait ici beaucoup trop long.

III. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Ce journal est en grande partie rempli par les observations puisée à l'hôpital St-André, à Bordeaux. Nous en avons extrait les plus intéressantes.

OBSERVATIONS DE NÉCROSES; par M. BERMOND.

Rien n'est plus délicat en chirurgie que d'appliquer à temps la médication convenable à un cas donné de nécrose; faut-il attendre, faut-il enlever le sequestre, faut-il amputer? Ce sont trois questions auxquelles il est difficile de répondre, même pour les plus habiles. M. Bermond a réuni quatre cas de nécroses, dans lesquels les deux derniers partis ont été pris pour des cas différens.

OBS. I. — Le premier n'offre pas grand intérêt, c'est celui d'un jeune homme de 16 ans qui portait au tibia depuis longtemps un sequestre superficiel dans une partie de sa longueur et maintenu en bas par une portion d'os vivant qu'il fallut enlever avec la scie.

Le malade guérit au bout de deux mois et demi.

OBS. II. — Le second est plus instructif. Une jeune fille de 19 ans, fraîche, pleine d'embonpoint, entre à Saint-André le 4 octobre 1838. Elle porte depuis dix ans le mal qu'elle offre maintenant; des fistules conduisant dans l'épaisseur du tibia font présumer l'existence de sequestres invaginés; le stylet reconnaît ces derniers.

Le 9, la malade est opérée. Une ellipse de peau, comprenant celle percée de points fistuleux, est enlevée à 6 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, et met à nu le tibia considérablement hypertrophié. Les ciseaux et le maillet enlèvent à grande peine une lame de 1 centimètre de long sur un demi-centimètre d'épaisseur. Sous cette lame on rencontre une substance osseuse rugueuse, non altérée, et paraissant composer tout l'os. Le chirurgien expérimenté (M. Chaumet) qui pratiquait l'opération ne crut pas devoir continuer. La plaie fut pansée avec des boulettes de charpie.

Le 22, la jeune malade succombait à une phlébite et à une pleurésie purulente, suite de la phlébite.

L'examen du tibia moutra la substance compacte de cet os considérablement augmentée d'épaisseur; le centre occupé par du tissu réticulaire sans canal médullaire. Le canal fistuleux qu'avait traversé le stilet passait à travers le tissu compacte, arrivait jusqu'au centre de l'os où une petite cavité contenait quelques parcelles d'os nécrosés, mais assez petites pour s'éliminer facilement par le trajet fistuleux.

Ainsi, voilà une opération inutile; la nécrose étant déjà éliminée en majeure partie, les parcelles nécrosées qui restaient encore auraient trouvé une voie facile pour s'échapper.

Dans deux autres cas, on n'a point tenté d'enlever le sequestre. Le chirurgien, presque forcé par les malades, s'est décidé à l'amputation.

OBS. III. — Dans le premier cas, un homme de 49 ans portait, à la suite d'une chote arrivée plusieurs mois auparavant, un gonflement du coude-pied. Ce gonflement s'abcéda, et il existait en arrière, vers le côté du tendon d'Achille, une ouverture fistuleuse à bords mollasses fongueux et blafards avec coloration violacée de la peau avoisinante. Un stylet introduit dans cette fistule, arrive sur des surfaces rugueuses et comme cariées. L'articulation tibio-tarsienne conserve toute sa mobilité. Le malade réclame l'amputation; elle est pratiquée le 16 octobre 1839 sur la jambe au lieu d'élection. Le malade succomba le 26 octobre à des accidens mal définis dans l'observation; mais pour le sujet qui nous occupe, voici ce qu'on trouva dans le membre amputé : l'articulation tibio-tarsienne était saine, et qu'un sequestre peu mobile était logé dans la partie supérieure du calcanéum.

Nul doute que si on eû en connaissance exacte de la lésion, il n'eût fallu tenter l'extraction du sequestre de calcanéum préférablement à l'amputation de la jambe, qu'elles qu'aient été d'ailleurs les sollicitations du malade à cet égard. C'est donc à reconnaître des cas pareils que le chirurgien doit surtout diriger tous ses efforts. L'opération de la résection du calcanéum ou de l'extraction du sequestre est infiniment moins grave qu'une amputation de jambe au lieu d'élection. Sans doute, la profession du malade aura seul empêché l'amputation sus-malléolaire. L'extraction des sequestres du calcanéum a été pratiquée un assez grand nombre de fois, et nous l'avons vu pratiquer, entre autres, chez un jeune homme de 18 ans, auquel le professeur Velpeau enleva un sequestre du volume d'un œuf de pigeon situé dans l'épaisseur de cet os. Soit qu'indépendamment du sequestre isolé déjà, mais non mobile, il existât d'autres portions nécrosées, soit que par sa grande vascularisation le tissu spongieux de cet os se soit par cette opération même enflammé et consécutivement nécrosé, toujours est-il que la plaie ne se modifia en aucune façon; la couleur violacée de la peau persista; la suppuration conserva les mêmes caractères physiques propres aux maladies des os, et l'amputation malléolaire devint nécessaire. Elle a d'ailleurs parfaitement réussi. Cette espèce de nécrose paraît beaucoup plus fréquente chez l'enfant, et nous connaissons un jeune chirurgien dont l'attention particulièrement dirigée sur ce point nous promet sur cette matière un prochain travail intéressant.

OBSERVATION DE HERNIE CRURALE ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUE ÉTRANGLÉE; par M. MOULINIÉ.

Le point intéressant de cette observation, celui sur lequel nous voulons attirer les regards, est la pratique adoptée pour la portion d'épiploon irréductible. Déjà au commencement de cette revue, nous avons mentionné des observations d'un praticien belge qui a adopté la même méthode, qui est en effet la plus rationnelle et entraîne efficacement avec elle des chances de cure radicale.

OBS. — Une femme de 65 ans portait depuis quinze ans une hernie crurale jamais maintenue; il se fit un étranglement. Depuis quatre jours M. Lambert essayait sous les remèdes, et entre autres six fois le taxis. A l'arrivée du docteur Moulinié, la malade était dans un état déplorable, et il ne voulait point opérer. Cependant, engagé par ses confrères, il fait l'opération en désespoir de cause. Il ouvre le sac et trouve une masse considérable d'épiploon, et l'intestin derrière.

Le débridement fait sur le pubis permet de faire rentrer l'intestin. Il fallait prendre un parti pour l'épiploon. M. Moulinié embrassa par deux ligatures tout le pédicule de la masse épiploïque, et retrancha ce qui était en deçà de la ligature.

La malade guérit parfaitement, et le bouchon épiploïque, deux mois après l'opération, avait mis obstacle à la reproduction de la hernie. C'est une cure radicale par une espèce d'autoplastie, mais qui n'est point d'ailleurs nouvelle.

TRIPLE LIGATURE DE LA CAROTIDE; HÉMORRAGIE; ARTÈRE TRANSPERCÉE DE PART EN PART; par M. CHAUMET.

OBS. — Un homme de 55 ans portait un fongus du corps du maxillaire inférieur et un cancer de la parotide du même côté. Ancienneté et siége du mal, mauvaise santé, tout éloignait l'idée d'une opération; quand on se vit forcé de la faire, le malade menaçant de se brûler la cervelle si on ne l'opérait pas. Avant d'entreprendre cette opération, la ligature de la carotide primitive du même côté devait être pratiquée. Ce vaisseau fut mis à nu, séparé des organes voisins, et soulevé par une sonde cannelée qui devait conduire l'aiguille armée du fil. Après la première ligature, le sang s'échappait avec abondance du fond de la plaie. Comme la sonde cannelée n'avait point été retirée, une deuxième ligature fut appliquée, et l'hémorragie continua encore. Une troisième ligature est appliquée sans produire immédiatement de meilleur résultat. On allait descendre 27 millimètres plus bas pour appliquer la ligature en cet endroit, quand le sang s'arrêta de lui-même.

La mâchoire et la glande furent extirpées, séance tenante. On dut cautériser une grande étendue de la plaie.

Le deuxième jour, des accidens cérébraux se déclarèrent, et le huitième jour après l'opération le malade succomba.

AUTOPSIE. L'artère carotide primitive était transpercée par la sonde cannelée à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. L'épaisseur des fils était à peu près suffisante pour boucher l'ouverture de l'artère. A 27 millimètres au-dessous de la ligature, l'artère avait fort diminué de calibre, et elle était remplie par un caillot fibrineux, dense; les parois de l'artère étaient un peu ramollies.

Ce fait curieux d'arrêt de la circulation dans une grosse artère si voisine du cœur, par suite d'une ligature n'en étreignant que les deux tiers et y faisant d'ailleurs deux ouvertures, rend ce cas extrêmement intéressant, surtout quand on songe à l'état dans lequel se trouvait le malade: une tumeur cancéreuse ancienne, une mauvaise santé! nous sommes tentés d'admettre l'explication donnée par M. Chaumet. L'hémorragie, suivant lui, ne s'est arrêtée que lorque les fils ont fait un cordon assez gros pour remplir l'ouverture faite par la sonde cannelée, ce qui est surtout arrivé quand, mouillés par le sang, leur diamètre s'est augmenté. Peut-être aussi le mode d'oblitération donné par MM. Velpeau et Jameson, et arrivant pendant le séjour de corps étrangers dans les artères, aura-t-il contribué à la formation du caillot oblitérateur.

QUELQUES OBSERVATIONS DE FRACTURES DES ARTICULATIONS; par M. BERMOND.

Ce travail est composé d'une suite d'observations, parmi lesquelles ceux qui veulent étudier ce genre de lésion peuvent puiser avec fruit. M. Bermond n'a eu en vu de soutenir aucune opinion chirurgicale, il a seulement raconté. Il y a parmi elles trois observations de séparation de l'épiphyse inférieure de l'humérus avec différentes autres lésions du coude. Tous ces malades étaient des enfans, dont le plus âgé n'avait pas douze ans.

A l'hôpital Saint-André de Bordeaux, on ne fait point usage dans ces fractures compliquées de l'appareil dextriné. Cependant par la lecture des observations de M. Bermond, nous nous sommes assuré que quelques-unes d'entre elles auraient retiré de grands bénéfices de son emploi.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE.

CHIMIE ATOMIQUE.

M. Biot lit des considérations sur les données que l'état actuel de nos connaissances peut fournir pour établir les bases de la mécanique chimique. Un pareil travail par sa nature ne se prête guère à l'analyse, et nous pouvons seulement donner une idée de l'esprit dans lequel il est conçu, en reproduisant ici un fragment de l'introduction.

« L'idée la plus générale, et en même temps la plus exacte que nous puissions avoir sur la constitution des corps matériels, d'après l'ensemble des expériences qui nous les rendent sensibles, c'est de les concevoir composés de particules individuellement imperceptibles à nos sens par leur petitesse; cependant étendues, figurées, formant ainsi de petits corps distincts, doués comme les plus grands corps de l'attraction universelle, proportionnelle aux masses et réciproque au carré des distances, et peut-être agissant aussi les uns sur les autres par d'autres forces plus rapidement décroissantes; mais toujours maintenus hors du contact soit par une force répulsive propre, émanée d'eux-mêmes, soit par l'interposition de milieux matériels sensiblement impondérables, qui les empêchent de se joindre en leur résistant ou en les repoussant. L'essence individuelle, et les qualités propres de ces particules imperceptibles, constitue la nature chimique de chaque corps, laquelle persiste tant qu'elles-mêmes ne sont pas modifiées d'une manière durable, ou décomposées en d'autres systèmes corpusculaires doués de propriétés différentes; car de telles mutations peuvent être effectuées, ou plutôt provoquées dans beaucoup de cas, non pas à la vérité par des opérations mécaniques qui seraient infiniment trop grossières pour atteindre de si petites molécules, mais par des actions dynamiques émanées de particules dissemblables, en en modifiant, soit la quantité, soit l'état des principes impondérables, particulièrement de l'électricité et du calorique attachés à leurs élémens matériels ou interposés entre eux. Afin donc d'embrasser dans une définition commune toute la diversité possible de leur constitution simple ou complexe, nous les nommerons *les groupes matériels constituant des corps*, sans préjuger d'ailleurs si les principes impondérables qui les accompagnent toujours leur sont simplement interposés ou en font essentiellement partie; et nous achèverons de les caractériser en les considérant comme le dernier terme de subdivision que chaque corps puisse subir sans se dénaturer chimiquement.

» Les corps matériels, considérés en masses de dimensions sensibles, doivent alors nous offrir et nous offrent en effet deux ordres de propriétés phénoménales tout à fait distinctes, dont les unes sont essentielles à leur substance et la spécifient individuellement, au lieu que les autres n'en sont que les attributs accidentels. Les premières appartiennent aux groupes moléculaires constituans, elles subsistent et se conservent inaltérées dans tous les états de désagrégation physique que l'on peut faire subir aux masses sans modifier leur constitution intime. Les autres propriétés, au contraire, que l'on pourrait appeler contingentes, appartiennent accidentellement à l'ensemble des groupes formant la masse sensible du corps considéré. Elles caractérisent son volume actuel, son poids total, ses dimensions, sa forme, son état d'agrégation plus ou moins régulier, plus ou moins résistant. On peut les modifier à volonté par des procédés mécaniques, sans que les propriétés moléculaires en ressentent aucun changement. Celles-ci font seules l'objet des études chimiques. Un corps de dimension sensible est chimiquement homogène lorsque ses groupes moléculaires constituans sont identiques entre eux. Il est chimiquement hétérogène lorsqu'ils sont dissemblables; et quand cette dissemblance de groupes existe entre deux corps chimiquement homogènes, elle les rend chimiquement différens. Ils peuvent donc être tels par une différence de nature entre les élémens matériels qui composent leurs groupes constituans, ou par un arrangement différent des groupes secondaires dont ceux-ci se composent; ou par une inégalité, soit de quantité, soit d'état, des principes impondérables qui leur seraient intérieurement associés, ou enfin par ces diverses circonstances réunies.

» Les petites dimensions des groupes moléculaires les rendant imperceptibles à nos yeux même armés des plus puissans microscopes, on ne peut caractériser leur diversité, ou même la découvrir, que par la différence des effets sensibles opérés par les forces dynamiques qui en émanent. Ces effets sont de deux sortes: physiques ou chimiques. Les premiers, particuliers à certaines substances, consistent dans les déviations que leurs groupes moléculaires impriment aux plans de polarisation des rayons lumineux, en vertu d'un pouvoir spécial qu'ils exercent individuellement, et dont l'énergie, ainsi que le plan de déviation, sont indépendans de l'état actuel d'agrégation établi entre eux. Ce pouvoir rotatoire s'exerce sans décomposition des groupes actifs. Les effets chimiques, au contraire, consistent dans les réactions qui s'opèrent entre les groupes moléculaires de différente nature ou de constitution différente, et à la suite desquelles on trouve de nouveaux groupes formés soit par la simple association des groupes primitifs en un système nouveau où ils entrent sans s'être individuellement décomposés, soit par une séparation de leurs élémens matériels et leur réorganisation en groupes composés différemment. Le but de ce mémoire est de montrer comment ces modifications des groupes primitifs peuvent être manifestées et caractérisées par l'observation du pouvoir rotatoire lorsqu'il les précède ou qu'il en résulte. »

M. Milne-Edwards fait hommage à l'Académie du troisième et dernier volume de son HISTOIRE NATURELLE DES CRUSTACÉS. La première partie de ce volume contenant l'histoire des amphipodes, des isopodes, des lœmodipodes et des trilobites avait été déjà offerte à l'Académie dans sa séance du 28 janvier 1840. La portion qui y fait suite et qui complète ce traité est consacrée à la description des branchiopodes, des entomostracés, des crustacés suceurs et des xyphosures. M. Milne-Edwards fait remarquer que cet ouvrage est le premier *species* qui ait été publié sur cette classe d'animaux.

Parmi les nombreuses recherches auxquelles a donné naissance la théorie des substitutions, celles de M. Malaguti sur l'éther chloroxalique sont sans contredit des plus remarquables. Nous y voyons deux séries complètes de produits tous dérivant les uns des autres sans destruction et par de simples combinaisons ou transformations, séries qui nous offrent constamment, d'un côté de l'hydrogène, et de l'autre du chlore le remplaçant atôme à atôme. Certainement il est impossible d'imaginer un isomorphisme chimique mieux établi et plus parfaitement caractérisé. Néanmoins, ni pour ces produits, ni pour les produits obtenus par de semblables substitutions, on n'a pu jusqu'ici constater l'isomorphisme cristallographique. Le plus souvent, en effet, les deux substances, ou du moins l'une d'elles, ne cristallise pas et se refuse à toute mesure exacte. Il était pourtant fort intéressant d'arriver sur ce point à une solution précise: le chlore peut-il se substituer à l'hydrogène? peut-il le remplacer sans altérer le

groupement chimique, sans modifier l'arrangement moléculaire? Ceci maintenant ne peut plus guère être l'objet d'un doute. Peut-il enfin le remplacer sans altérer la forme cristallographique? Cette dernière question est aujourd'hui résolue, grâce aux observations de M. de la Provostaye. Des cristaux d'oxaméthane et de chloroxaméthane très purs et très susceptibles de mesure lui ayant été remis par M. Malaguti, il a reconnu que les deux substances sont strictement isomorphes.

M. Guyon qui, dans la séance du 28 septembre, avait présenté un mémoire sur une maladie des pays chauds, désignée dans quelques localités sous le nom de bicho, adresse aujourd'hui les pièces anatomiques destinées à faire voir les altérations qu'offre une partie du canal intestinal chez les individus qui succombent à cette affection. Ces pièces seront renvoyées à l'examen de la commission qui a été chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Guyon.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE.

L'Académie a nommé un membre correspondant. Les candidats présentés par les sections de médecine et de chirurgie étaient :

MM. Lallemand,
Brodie,
Guyon,
Dieffenbach.

Les suffrages ont été repartis comme il suit :

MM. Lallemand.... 39 voix.
Guyon 4
Brodie.... 1
Dieffenbach 1

M. Lallemand ayant réuni la majorité des voix a été nommé membre correspondant.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA SECTION SOUS-CONJONCTIVALE DES MUSCLES DE L'OEIL DANS LE TRAITEMENT DU STRABISME.

M. Jules Guérin annonce qu'il vient d'imaginer et d'employer avec succès un nouveau procédé pour la section sous-conjonctivale des muscles de l'œil dans le traitement du strabisme. (Voir ci-contre la lettre.)

CONTRACTION MUSCULAIRE ARTIFICIELLE PAR LA CHALEUR.

M. le docteur Kuhn adresse la lettre suivante :

Tout le monde sait que le tissu musculaire se contracte sous l'influence de la chaleur; mais personne, que je sache, n'a encore cherché à tirer parti de cette propriété pour étudier le mécanisme des mouvemens et en faire d'autres applications.

Dans ce but, j'ai appliqué la chaleur à des muscles isolés un à un nombre plus ou moins grand. J'ai produit différens degrés de raccourcissement, et par conséquent différens degrés de tension.

Voici les procédés que j'emploie :

1° Je plonge une partie entière, un membre, par exemple, dans l'eau bouillante, après avoir préalablement coupé en travers un certain nombre de muscles, en ne laissant intacts que ceux dont je veux connaître l'action, soit isolée, soit collective : au bout de quelques minutes les brisures du membre se dirigent dans le sens de l'action des muscles non divisés;

2° Je découvre le muscle dont je veux étudier la fonction propre, je l'isole soigneusement des parties voisines au moyen de corps non conducteurs, et je le soumets à un courant de vapeur;

3° Je découvre le muscle, et j'en détermine le raccourcissement au moyen d'un fer chauffé, soit dans l'eau ou dans l'huile bouillantes, soit à une température voisine du rouge. Pour éviter la rôtissure de la surface du muscle, je le recouvre d'un linge mouillé, dont l'évaporation, pénétrant dans l'intérieur du corps charnu, concourt elle-même au raccourcissement.

Voici quelques applications nouvelles dont ce fait me paraît susceptible.

On pourra étudier d'une manière plus précise l'action spéciale de chaque muscle, et reproduire, sans emploi d'aucune force étrangère, la plupart des mouvemens réalisés chez le vivant. La permanence de cette contraction facilitera singulièrement l'étude du mécanisme exact des mouvemens et la détermination plus rigoureuse du mode de combinaison des agens musculaires, et de leur somme d'influence respective dans la production de chacun de ces mouvemens.

Une autre application du même fait est de permettre de reproduire jusqu'à un certain point, les difformités articulaires du système osseux, et de confirmer, par voie d'expérimentation, la théorie de ces difformités établie par M. Jules Guérin. C'est ainsi que je suis parvenu à imiter les variétés du pied-bot et d'autres difformités des membres supérieurs et inférieurs, à reproduire les différentes variétés du strabisme, et même jusqu'à un certain point les déviations latérales de l'épine.

Enfin, la tension musculaire par la chaleur permettra, ainsi que me l'a indiqué M. Jules Guérin, de répéter sur le cadavre la section sous-cutanée des tendons et des muscles : la tension et les rapports nouveaux que contractent les muscles raccourcis sont, en effet, deux des conditions importantes qui favorisent et règlent ces opérations, et l'on sait que jusqu'ici, en l'absence de ces deux conditions, elles n'avaient pu être appliquées ni démontrées sur le cadavre.

Je suis, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

A la lecture du procès-verbal, M. Cornac réclame la parole pour demander que quatre membres nouveaux soient ajoutés à la commission chargée de réviser le règlement dans les dispositions relatives au choix des juges pour les concours de la Faculté. Cette proposition est adoptée.

RAPPORT DE M. BÉGIN SUR LA SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 24 OCTOBRE.

Cette séance a été consacrée à la nomination des juges pour le concours ouvert devant la Faculté de médecine. Le nombre des membres présens était de 26.

Juges : MM. Gimelle.... 17 voix.
Amussat .. 15
Bégin 19
Lagneau.... 18
Suppléant : M. Villeneuve.. 20

ACTION THÉRAPEUTIQUE DES DIVERSES TÉRÉBENTHINES ET DU COPAHU EN PARTICULIER; PAR M. MEGE, PHARMACIEN INTERNE DES HÔPITAUX.

M. Cullerier lit un rapport sur ce travail. M. Mège a voulu séparer les deux principes qui composent le copahu, parce qu'il croit avoir reconnu que, de ces deux substances, l'une d'elles est seule efficace contre les gonorrhées. L'huile du copahu est âcre, tandis qu'au contraire la résine balsamique seule jouit de la propriété que jusqu'à présent on a attribuée au baume de copahu. Pour séparer ces deux substances, on fait chauffer dans une capsule de porcelaine cinq parties de copahu dans quatre parties et demie d'eau; puis on traite la masse par l'acide nitrique. On ajoute au résidu un peu de sous-carbonate de soude. Le produit de ces opérations est la résine de copahu rendue plus soluble par l'action alcaline du sous-carbonate de soude. On peut mélanger cette substance avec du sucre et l'administrer contre les blennorrhagies. D'autres résines ont été traitées de la sorte. Ainsi administrée, la résine de copahu a amené des guérisons rapides et aussi sûres que lorsque le baume lui-même a été pris.

M. le rapporteur propose de remercier l'auteur du mémoire et de l'engager à publier son procédé, qui donne un médicament dont les médecins peuvent tirer les plus grands avantages.

M. Roux désirerait que M. le rapporteur précisât mieux les doses auxquelles le médicament a été administré, et la période de la maladie à laquelle il convient mieux.

M. Cullerier répond que dans les six cas où il a employé ce médicament, il l'a seulement administré à la dernière période.

M. Velpeau : Quant à moi, j'ai employé, à moins d'inflammation intense, le copahu à toutes les époques de la blennorrhagie, et je l'ai vu presque toujours réussir, quelle que fût cette époque. J'ai l'habitude de l'associer au poivre de cubèbe, à la dose de deux parties de cubèbe pour une de copahu.

M. Soubeiran : Si M. Mège n'a eu pour but que de séparer les deux principes de copahu, il existe dans la science des procédés plus simples que le sien; rien de plus facile d'ailleurs et de plus connu que de rendre la résine de copahu plus soluble. Il suffit d'y ajouter une petite solution alcaline. L'acide nitrique qu'a employé M. Mège complique son opération, de telle sorte que le produit de l'action de cet acide sur la résine est un produit nouveau et tout à fait inconnu de lui et de chacun de nous ici. Je ne crois pas que l'Académie doive donner son approbation à un pareil médicament. Je demande que l'Académie remercie et encourage l'auteur, mais qu'elle n'approuve point l'emploi de la substance qu'il propose d'introduire dans la thérapeutique.

M. Bouillaud : On vient de parler de l'action du copahu dans la blennorrhagie; je ne crois pas que cette substance soit le spécifique de la maladie. J'ai vu beaucoup de blennorrhagies traitées par elle ne point guérir, tandis que j'ai remarqué souvent qu'en y substituant un traitement antiphlogistique énergique, on en venait facilement à bout. Ces remarques ont été faites sur des malades entrant à l'hôpital pour une maladie grave et affectés en même temps de blennorrhagies. Par de nombreuses saignées adressées à la maladie principale, la blennorrhagie disparaissait avec celle dernière. Je crois donc qu'on devrait avoir plus recours qu'on ne le fait d'habitude aux pertes de sang. Le copahu exerce d'ailleurs une bien funeste action sur certains individus. J'ai vu un homme en prendre seulement le tiers de la dose habituelle dans une potion de Chopart, et avoir 19 selles.

M. Delens et d'autres membres parlent dans le sens de M. Soubeiran.

La proposition de ce dernier est mise aux voix et adoptée.

NOUVEAU COMPRESSEUR DE L'ARTÈRE FÉMORALE; par M. Charrière.

M. Velpeau, chargé de faire un rapport sur cet instrument, dit qu'il ne l'a point vu employé sur le vivant, mais qu'il lui paraît très ingénieux, comme tout ce qui sort des mains de l'habile M. Charrière.

PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, A L'AIDE DU MANCHE D'UN COUTEAU; PAR M. ALLINET. (Rapport de M. Velpeau.)

M. Ollinet écrivit, en 1837, à l'Académie, qu'il avait mis en usage, dans la réduction d'une luxation de mâchoire, un nouveau procédé. Appelé auprès d'une

malade, chez laquelle la luxation venait de se produire, M. Ollinet introduisit jusque sur les dernières dents inférieures le manche d'un couteau ordinaire; puis se servant de ce manche comme d'un levier, il abaissa la mâchoire et réduisit la luxation. Ce procédé, dit M. le rapporteur, n'offre en lui-même de nouveau que la tige dont on s'est servi; mais comme il est d'une grande simplicité, et d'ailleurs innocent, nous vous proposons de remercier l'auteur et d'inscrire sa note dans notre bulletin. (Adopté.)

EXCISION D'UN POLYPE UTÉRIN CONTENANT UNE CAVITÉ DANS SON INTÉRIEUR; PAR M. DEMAZIÈRES. — RAPPORT DE M. VELPEAU.

M. le rapporteur regarde comme très intéressante l'observation de M. Demazières, sous le rapport de la cavité qu'offrait l'intérieur du polype, des adhérences qui unissaient son pédicule au col utérin, et de la facilité avec laquelle il pouvait emmettre une erreur de diagnostic. A ce propos, M. Velpeau raconte qu'étant élève à Saint-Louis, il a vu M. Richerand enlever à une femme une tumeur sortant hors de la vulve, et contenant à son intérieur une cavité tellement semblable au sac péritonéal, qu'offre l'uterus renversé, que la pièce fut préparée et devait être presentée à l'Académie comme une matrice enlevée en entier. Sur ces entrefaites l'opérée fut prise d'accidens et succomba; on trouva dans le bassin un utérus parfaitement conformé. Une autre erreur semblable est arrivée en 1824, à la clinique de la Faculté. Le vide qu'on sent dans le bassin en touchant par le rectum est un mauvais signe, quoi qu'en dise un chirurgien moderne, pour juger de la présence ou non de la matrice. Il est évident qu'une tumeur polypeuse, qui est sortie de la vulve, entraîne l'utérus avec elle, et le déplace.

CONCLUSION.—Remercîemens à l'auteur et insertion de sa note dans le bulletin (adopté).

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LA JUGULAIRE D'UNE JUMENT, DEUX MINUTES APRÈS L'OUVERTURE DE LA VEINE; ENTÉRORRHAGIE PRÉEXISTANTE A LA SAIGNÉE.—MORT 71 HEURES APRÈS; PAR M. BOULEY.

Le 25 janvier 1839, j'ai eu l'honneur de vous présenter une observation, sinon semblable, du moins fort analogue à celle-ci. Je déplore le malheur qui m'a fourni l'occasion de vous entretenir du fait suivant. Le 24 mars dernier, je fus appelé à donner des soins à une jument poussive âgée de 14 ou 15 ans. Après un examen approfondi, je pensai que le sujet de la maladie de cette bête était dans l'abdomen, sans pouvoir en préciser rigoureusement la nature. Je pratiquai immédiatement une saignée à la veine jugulaire gauche. L'ouverture de la veine faite, je confiai l'animal à un maréchal, qui devait en tirer deux kilogrammes; il y avait à peine deux minutes que j'avais abandonné la jument malade, qu'elle fut prise subitement d'accidens très inquiétans. J'arrivai en toute hâte, et trouvai l'ouverture de la veine ouverte et donnant un sang écumeux. L'animal chancelait sur ses pieds; sa langue était pendante; le pouls était insensible. Attribuant ces accidens à l'entrée de l'air dans la veine, je fermai la veine du côté du cœur, et laissai écouler encore 120 grammes de sang. L'animal eut à plusieurs fois des crises au milieu desquelles il tombait en proie à des mouvemens convulsifs. Enfin, sept heures et demie après la saignée, il tomba et mourut bientôt.

AUTOPSIE.—Les plèvres et le péricarde contiennent un peu de sérosité citrine les poumons sont pleins d'un sang noir; les cavités droites du cœur et de l'artère pulmonaire contiennent un sang écumeux mélangé de beaucoup de bulles d'air. Le ventricule gauche contient du sang offrant le même mélange. Dans les veines cérébrales et cérébelleuses superficielles, dans le système de la veine porte, dans la veine jugulaire, il y a également du sang mélangé avec des bulles d'air.

Les parois d'une assez longue portion des intestins contiennent, dans leur épaisseur, une grande quantité de sang épanché, qu'on peut évaluer à 6 ou 7 litres. C'était une apoplexie intestinale, l'entérorrhagie, maladie toujours mortelle quand le sang épanché est en assez grande quantité.

M. BOULEY termine par des réflexions que lui inspire ce fait intéressant; il croit que l'animal a succombé à l'entérorrhagie, mais que peut-être la mort a été hâtée par l'introduction de l'air dans la jugulaire; mais il croit surtout que l'action de ce fluide dans le système circulatoire a été singulièrement favorisée par la déplétion des vaisseaux, résultat nécessaire de l'entérorrhagie.

M. AMUSSAT : Après la discussion qui a eu lieu à l'Académie il y a quelques années, je ferai remarquer que le fait de M. Bouley est beaucoup plus important qu'il ne l'eût été auparavant, car il vient à l'appui de nos expériences et des idées que nous avions émises alors. Ce fait prouve jusqu'à l'évidence la possibilité et le danger de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines; en effet, les accidens éprouvés par l'animal qui fait le sujet de l'observation de M. Bouley ne peuvent être attribués qu'à l'entrée spontanée de l'air dans la jugulaire, deux minutes après l'opération de la saignée faite par M. Bouley et confiée à un maréchal; il a vu l'air ressortir par l'ouverture faite à la jugulaire et il a constaté tous les symptômes de l'entrée de l'air dans les veines. Du reste, l'autopsie a démontré qu'il existait une grande quantité d'air dans les cavités droites du cœur et surtout dans l'artère pulmonaire et l'aorte; il était à l'état de *mousse* ou *écume sanguine*; aussi, malgré les lésions trouvées dans le ventre, je pense que c'est l'air qui a été la cause occasionelle de la mort; sans doute on peut dire que l'entérorrhagie a favorisé le phénomène; mais je pense que ce fait rentre dans la catégorie des animaux sur lesquels j'ai démontré que la soustraction d'une certaine quantité de sang favorise l'entrée de l'air et détermine la mort plus promptement.

Depuis notre discussion, c'est le deuxième fait communiqué par M. Bouley; le premier était encore beaucoup plus concluant, puisque le cheval était mort quelques minutes après (huit minutes). De plus, les journaux vétérinaires contiennent aussi d'autres faits. Je me contenterai de citer le plus concluant; il appartient à M. Mercier, vétérinaire à Evreux; il s'agit d'un cheval entier mort trois quarts d'heure après une saignée de la jugulaire avec tous les symptômes produits par l'introduction accidentelle de l'air dans les veines. A l'autopsie, faite neuf heures après la mort, on a trouvé une grande quantité de *mousse sanguine* : l'auteur dit que son fait est *indéniable*.

Je dois faire observer qu'à l'époque de notre discussion, nous ne possédions que deux exemples de l'introduction accidentelle de l'air dans les veines après la saignée de la jugulaire; mais comme les chevaux n'étaient pas morts on en avait conclu que l'introduction de l'air n'était pas aussi dangereuse que je le pensais d'après mes expériences et les faits observés sur l'homme. On voit donc maintenant que j'avais en raison de dire que l'introduction spontanée de l'air dans les veines était fort dangereuse et pouvait causer la mort, puisque voilà déjà trois faits depuis notre discussion sans compter tous ceux qui n'ont pas été publiés ou qui ont été mal observés.

M. BARTHÉLEMY : Je dois commencer par déplorer le malheur qui rassemble dans les mains de M. Bouley trois accidens pareils à celui dont il vient de nous faire l'histoire. Pour moi qui, depuis 40 ans, faits des saignées, je ne l'ai jamais observé. Cela ne veut pas dire que l'introduction de l'air dans les veines soit impossible. Bien loin de là, j'ai fait, comme bien d'autres, des expériences qui prouvent qu'elle est possible; mais qui en même temps agrandissaient singulièrement le cercle dans lequel M. Amussat avait restreint ce phénomène. Notre confrère pensait, en effet, qu'au-delà des veines qui offrent les pouls veineux l'entrée de l'air n'était plus possible. L'entrée de cet air exige certaines conditions dont quelques-unes sont connues; mais dont d'autres nous échappent complètement. Parmi les premières on peut ranger l'état antérieur de vacuité du système vasculaire, et la direction de la plaie de la veine. La première de ces conditions ne paraît elle-même que secondaire. J'ai tiré 10 kil. de sang à un cheval, et l'air n'a point pénétré par l'ouverture veineuse qui avait donné passage au liquide. J'ai maintenu béante l'ouverture de cette veine, et l'air n'a point pénétré. Il a fallu pour cela introduire dans le calibre de la veine un tube qui a pu seul y conduire l'air. D'un autre côté, je crois avoir démontré par mes expériences que l'air en pénétrant dans les veines ne doit pas inspirer autant de crainte qu'on paraît le supposer. Ainsi j'ai tiré 10 kil. de sang à un cheval, j'ai introduit un tube dans ses veines, j'ai laissé l'air s'introduire pendant une minute, l'animal est tombé, s'est débattu pendant une heure contre la mort, mais s'est relevé après ce temps, et a parfaitement survécu. Si en lui-même cet accident n'est point redoutable, il peut être plus dangereux quand déjà les animaux sont en proie à une grave maladie. A laquelle ils vont prochainement succomber. M. Bouley sait lui-même que l'entérorrhagie est une maladie mortelle, à laquelle un animal ne survit pas plus de douze ou quinze heures. Il n'y a rien d'étonnant que la jument poussive qu'il a saignée ait succombé sept heures après son arrivée, surtout quand elle était malade depuis déjà quelques heures sans doute. L'introduction de l'air dans les veines est plus dangereuse sur les animaux qui ont une lésion de l'appareil respiratoire. J'ai vu des moutons dont les poumons étaient malades mourir beaucoup plus vite et pour de bien plus petites quantités d'air que d'autres moutons bien portans quand on introduisait de l'air dans leurs veines.

Quand on veut tuer un cheval en lui introduisant de l'air dans les veines, il faut d'énormes quantités d'air; j'ai pu le plus souvent en introduire jusqu'à cinq et six litres. Quelquefois je suis allé plus loin. C'est au-delà de cette quantité que l'air est mortel. Je me résume : je crois qu'on a beaucoup exagéré les dangers de l'air dans les veines; que sur un animal bien portant, l'entrée spontanée de l'air n'est point assez considérable pour tuer; que la jument, saignée par M. Bouley, n'est point morte d'un pareil accident; que sa mort est due à une apoplexie intestinale; que si l'air est entré dans ses veines, comme cela ne paraît point douteux, la quantité était trop minime pour être dangereuse, M. Bouley ayant comprimé la veine deux minutes après l'ouverture de la veine.

M. RENAUD : A l'époque de la discussion sur l'entrée de l'air dans les veines, j'ai aussi fait quelques expériences. Je me servais d'abord d'une seringue ordinaire, celle qui sert à donner des lavemens aux chevaux. Avec un pareil instrument je pouvais injecter des quantités considérables d'air sans déterminer la mort de l'animal : injecter, par exemple, sept à huit seringues. Je m'aperçus bientôt que tout l'air n'entrait pas dans les veines, et je fis alors d'autres expériences avec une vessie qui portait un robinet. Dès lors les pertes d'air n'étaient plus possibles, et je ne pus jamais injecter plus d'un litre et demi d'air sans que cette dose ne fût mortelle.

M. FERRUS dit qu'il a connaissance de deux faits qui sembleraient prouver que l'introduction spontanée de l'air peut être mortelle. Le premier de ces faits est relatif à un cheval à lui appartenant, qu'il a perdu très peu de temps après une saignée. Le second lui a été raconté par un carrossier à qui appartenait le cheval. Ce dernier mourut une demi ou trois quarts d'heure après la saignée. L'autopsie n'a été faite dans aucun de ces cas. M. Ferrus critique l'habitude que l'on a d'attacher par une corde très courte l'animal au râtelier, aussitôt l'opération faite. Il croit que la position de l'animal peut favoriser l'entrée de l'air.

M. BARTHÉLEMY répond à M. Renaud qu'il a mis dans ses expériences toute la précision désirable; car il s'est servi précisément des vessies dont parle M. Renauld, et il a eu de plus soin de serrer fortement les veines sur les tubes, et de prendre garde à l'issue de l'air, quand on enlève le tube. Il a indiqué en chiffres les quantités d'air injecté. Quant aux faits de M. Ferrus, il les regarde comme de peu de poids dans la question, car M. Ferrus lui-même ne les a point vus, et il n'y a point eu d'autopsie.

M. BOULEY croit, comme M. Barthélemy, que la jument a succombé à l'entérorrhagie, d'autant mieux que, lorsque les animaux succombent à l'entrée de l'air dans les veines, leur mort est très prompte, et elle arrive depuis six ou huit minutes après l'accident jusqu'à une heure au plus. Mon observation, dit-il, est destinée surtout à prouver qu'un animal qui a déjà perdu beaucoup de sang est plus exposé qu'aucun autre à cet accident.

M. Amussat : Pour répondre aux diverses objections qui ont été faites, je dirai d'abord que je pense, contrairement à M. Bouley, que la mort de la jument qui fait le sujet de son observation devait être attribuée à l'entrée de l'air dans le cœur, puisque, comme je l'ai dit, les symptômes observés avaient eu lieu pendant la saignée de la jugulaire, et que si on n'eût pas fermé la plaie deux minutes après, l'animal n'aurait pas sans doute survécu sept heures. Du reste, les praticiens pèseront le fait et jugeront à quelle cause on doit attribuer la mort. Quoi qu'il en soit de la différence de nos opinions' je me plais à rendre justice à la sincérité et à la bonne foi de M. Bouley. Je le remercie pour ma part d'avoir eu le courage de publier les accidens qui lui sont arrivés. Son exemple a déjà été imité; car d'autres vétérinaires ont publié des faits analogues; il a rendu un véritable service à la science, et les faits qu'il nous a fournis sont d'une très grande importance, car ils jettent un nouveau jour sur une question toute neuve.

M. Ferrus a dit qu'il avait fait faire un grand nombre de saignées de la jugulaire sur l'homme, et qu'il n'avait jamais observé d'accidens. Cependant il faut être sur ses gardes, et suivre, dans ce cas, le précepte de M. Larrey, c'est-à-dire comprimer au-dessous de l'ouverture. J'engage donc les chirurgiens à être fort prudens à cet égard, et je crois que si nous n'avons pas de nouveaux faits sur l'homme, c'est parce que les chirurgiens sont sur leurs gardes depuis notre discussion, et qu'ils prennent plus de précautions quand ils opèrent dans la région que j'ai appelée dangereuse. Relativement aux deux chevaux dont nous a parlé M. Ferrus, et qui sont morts subitement après la saignée de la jugulaire, il est fort à regretter qu'on n'ait pas ouvert ces animaux.

Pour prouver le danger de l'introduction de l'air, il me suffira de citer un fait qui s'est passé hier à l'amphithéâtre de M. Orfila : un chien était pendu depuis longtemps et les spectateurs voyaient avec peine la lenteur de l'agonie de l'animal. Déjà, la veille, nous avions été affectés péniblement en voyant la difficulté de faire mourir les chiens par la strangulation. J'ai conseillé de faire une ouverture à la jugulaire; l'animal pendu n'a pas fait un seul mouvement après. Je dois dire que nous n'avions ni vu ni entendu l'air entrer dans la veine, ouverte très près de la poitrine. L'autopsie, faite immédiatement, nous a pourtant convaincus que ce chien était mort de l'introduction de l'air dans les veines, puisqu'en ouvrant les cavités droites du cœur, nous les avons trouvées distendues et remplies par une *écume sanguine*. Les assistans ont été frappés de ce résultat. Comme on le voit, c'est le moyen le plus expéditif pour se débarrasser d'un animal; on conçoit que si l'accident arrive sur l'homme après une opération longue et laborieuse, la mort peut arriver aussi subitement; c'est, du reste, ce qui est arrivé plusieurs fois, comme je l'ai prouvé dans mon mémoire. En présence de ces faits, on a dit cependant que j'exagérais le danger de l'introduction de l'air dans les veines. Je tiens beaucoup à me justifier de ce reproche et à prouver que, lors même que j'aurais mis de l'exagération dans mes assertions, ce qui n'est pas, il ne pourrait y avoir que de l'avantage, quand il s'agit d'un accident aussi formidable que l'entrée de l'air dans les veines. En effet, remarquez que cet accident est plus redoutable même que l'hémorrhagie, car on la reconnait facilement et promptement, tandis que l'entrée de l'air peut s'être effectuée pendant un certain temps, avant qu'on s'en aperçoive, et alors les secours efficaces dans le début auraient perdu toute leur opportunité.

M. Barthélemy a beaucoup trop insisté, je crois, sur la quantité d'air nécessaire pour tuer un cheval, quand on injecte ce fluide dans le cœur. Je ferai remarquer que la véritable question, c'est l'introduction spontanée. On ne croyait pas, avant mes expériences, que l'air pût pénétrer spontanément, et en assez grande quantité pour tuer un animal. Maintenant, les faits viennent à l'appui de mes expériences. Aussi, contrairement à l'opinion de M. Barthélemy, je pense qu'on devrait faire une instruction pour les vétérinaires et les maréchaux, afin de les prévenir de la possibilité de l'accident, de son danger, et leur indiquer que le meilleur moyen, pour empêcher l'accident d'avoir lieu, c'est de comprimer constamment au-dessous de l'ouverture. En résumé, je n'ai pas dit que l'introduction spontanée de l'air après la saignée de la jugulaire sur le cheval fût facile; je vois cependant, par les faits déjà connus, qu'elle est beaucoup plus facile que je ne l'aurais supposé, et que loin d'avoir exagéré, je crois n'avoir pas encore assez insisté sur la possibilité et le danger du phénomène dans les circonstances que je viens d'indiquer.

Enfin, je dirai en terminant que l'introduction spontanée de l'air dans les veines pendant une opération, soit sur l'homme, soit sur les animaux, est un fait acquis à la science, grâce à nos débats et à la discussion académique qui a eu lieu sur ce sujet. Si cette question s'est éclaircie, et si elle est résolue maintenant, on a le droit de dire que les discussions académiques sont utiles aux progrès de la science.

EXPÉRIENCES TOXICOLOGIQUES.

SÉANCES DONNÉES PAR M. ORFILA A L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

Ainsi que nous l'avions annoncé dans l'un de nos derniers numéros, des lettres d'invitation devaient réunir dimanche et lundi 25 et 26 octobre une commission prise au sein de l'Académie royale de médecine, et les notabilités des sciences médicales, chimiques et pharmaceutiques. L'appel a été entendu, et à l'heure fixée une immense affluence avait pris possession de l'amphithéâtre. C'est qu'il ne s'agissait de rien moins que de voir s'opérer au grand jour la solution des problèmes sans nombre que semble poser à la science le plus capricieux des poisons connus, et qu'à côté de l'intérêt qui nécessairement devait s'attacher à un tel résultat, le nom de M. le doyen Orfila s'élevait de toute la hauteur d'une réputation incontestable. Grâces à son dévouement que ne sauraient fatiguer les expérimentations les plus repoussantes, ni effrayer les difficultés les plus ardues, nous osons maintenant affirmer que la chimie légale a fait d'immenses progrès, surtout dans celle de ses parties qui offrait le plus de points obscurs ou en litige, nous voulons parler des empoisonnemens par l'acide arsénieux.

M. Orfila s'est d'abord attaché à démontrer l'extrême délicatesse et l'infaillibilité de l'appareil de Marsh.

Sur quoi reposent en effet les objections qu'on a voulu faire au sujet de l'emploi de cet appareil?

1° *Sur la prétendue difficulté de distinguer parmi les taches qu'il produit, celles que produit l'arsenic, de celles que produit l'antimoine.*

Mais outre l'éclatante distinction qu'on peut tirer de la différence de leurs caractères physiques, ignore-t-on que les taches arsénicales se volatilisent immédiatement sous l'influence de la flamme de l'hydrogène, tandis que la volatilisation des taches antimoniales est au contraire fort lente? D'ailleurs qu'on dissolve les unes et les autres dans l'acide nitrique, et qu'on évapore à siccité, le résidu de l'évaporation sera, pour les premières, de l'acide arsénique d'un blanc très légèrement jaunâtre, qui, par l'addition d'une goutte de nitrate d'argent non acide, se colorera en rouge-brique, et pour les secondes, de l'acide antimonieux en poudre jaune parfaitement insensible à l'action du nitrate d'argent non acide.

2° *Sur la rare pureté des réactifs employés dans l'appareil de Marsh.*

Quels sont ces réactifs? de l'eau, de l'acide sulfurique et du zinc. Mais supposons que l'appareil qui fonctionne à l'aide de tels réactifs ne donne pas la moindre tache, ne sera-t-il pas raisonnable de conclure qu'ils sont purs, très purs? Aussi a-t-on toujours le soin d'essayer l'appareil avant d'y introduire la matière suspecte.

3° *Sur la formation de la mousse qui gêne l'inflammation de l'hydrogène.*

Mais il suffit de quelques gouttes d'huile pour la comprimer immédiatement, si d'ailleurs on ne préfère la séparer en transvasant le liquide au moyen d'un entonnoir.

4° *Enfin, sur la mobilité de la flamme et son infidélité.*

Mais les courans d'air évités, on n'aura jamais à se plaindre de l'infidélité de la flamme, si l'on sait qu'elle se compose de deux parties, l'une plus chaude et plus aiguë (partie oxidante), l'autre plus intérieure et moins chaude (partie réduisante), et si au lieu de recevoir celle-là sur la capsule on a le soin d'y recevoir celle-ci.

Parlant ensuite de l'habitude où l'on est de douter de la présence de l'arsenic, à cause qu'il est presque impossible d'apprécier le poids des taches, M. Orfila a fait voir combien cette habitude est peu raisonnée. Il résulte d'un nombre infini d'expériences que l'acide arsénieux donne la mort à la dose d'*un grain et demi à deux grains*. Or, cette quantité sera bien minime si on veut la concevoir disséminée dans tout le corps. D'ailleurs il s'en perd par les vomissemens, la sueur, l'urine surtout qui en entraîne la majeure partie, observation importante de laquelle ont jailli pour M. Orfila les précieux avantages d'une médication diurétique dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Que voulez-vous donc retrouver, en expérimentant sur le foie, le cœur ou tout autre organe, sinon des quantités littéralement impondérables, sinon des traces d'arsenic?

Le meilleur moyen à mettre en usage pour déceler l'arsenic absorbé, consiste, a ajouté M. Orfila, à introduire dans l'appareil de Marsh les produits de la carbonisation des matières organiques par l'acide azotique, ou de leur décomposition par l'azotate de potasse. Mais on ne se servira de l'azotate de potasse que lorsque le premier procédé sera insuffisant, c'est-à-dire lorsqu'on agira sur des cadavres dont l'inhumation ne sera pas récente, parce qu'alors les organes étant en partie saponifiés, ne donnent par l'acide azotique qu'un charbon d'une texture molle et comme résineuse. Alors seulement on doit recourir à l'azotate de potasse, dont l'emploi, toutes choses égales d'ailleurs, est moins avantageux, l'incandescence qui se produit pendant l'opération déterminant la volatilisation, et par cela même la perte de l'arsenic qu'on recherche, sinon en totalité, du moins en grande partie.

Mentionnons ici une expérience faite par M. Orfila, qui a pu démontrer en même temps que la pureté de l'acide sulfurique, celle de l'azotate de potasse. Il a pris deux capsules parfaitement nettoyées, et dans chacune d'elles il a mis une livre d'azotate de potasse du commerce et 14 onces d'acide sulfurique. Il a ensuite chauffé, et bientôt l'acide nitrique

ayant été chassé par l'acide sulfurique, il est resté dans les deux capsules du bi-sulfate de potasse. L'un de ces bi-sulfates n'a donné avec l'appareil de Marsh *aucune tache arsénicale*, et l'autre auquel on avait mêlé *un centigramme seulement d'acide arsénieux, a donné immédiatement des taches très prononcées.*

1re EXPÉRIENCE. — Nous arrivons enfin à un fait capital. Un chien a été pris à l'état normal; ce chien a été pendu et ses organes (cœur, foie, poumons, rate et reins) enlevés, desséchés autant que possible, ont été carbonisés par l'acide azotique. Le charbon obtenu a été traité par de l'eau bouillante et le décoctum soumis à l'action de l'appareil de Marsh. *Aucune tache n'a été produite. D'où il suit que les organes à l'état normal, carbonisés par l'acide azotique, ne donnent aucune tache arsénicale.*

D'un autre côté, on a pris un autre chien; son œsophage a été lié, ouvert avec des ciseaux, et à l'aide d'un entonnoir, injecté de 12 gr. d'acide arsénieux en solution dans l'eau. On a fait ensuite une seconde ligature au-dessous de l'ouverture pratiquée sur l'œsophage, et on a lié la verge pour recueillir l'urine. *Le quart du foie* de ce chien, carbonisé par l'acide azotique, a donné *immédiatement de nombreuses taches arsénicales.*

2e EXPÉRIENCE. — L'urine du chien normal n'*a donné aucune tache d'arsénic*, après avoir été carbonisée par l'acide azotique. *D'où il suit que l'urine à l'état normal, carbonisée par l'acide azotique, ne donne aucune tache arsénicale.*

L'urine du chien empoisonné a donné *immédiatement des taches arsénicales très abondantes.*

3e EXPÉRIENCE. — Un foie d'homme adulte à l'état normal a été desséché et décomposé par le nitrate de potasse. Le résidu traité par l'acide sulfurique et introduit dans l'appareil de Marsh, n'*a donné aucune tache arsénicale. D'où il suit que le foie normal, décomposé par l'azotate de potasse, ne donne aucune tache arsénicale.*

Le décoctum du foie d'un chien empoisonné, traité par l'azotate de potasse et l'acide sulfurique, ainsi que le précédent, *a donné de nombreuses taches arsénicales.* Il est à remarquer que loin d'agir sur la substance même, on n'a agi ici que sur le produit d'une ébullition qui a duré deux heures.

4e EXPÉRIENCE. — Douze livres de chair musculaire d'un cadavre normal ont été soumises à l'ébullition pendant cinq heures, avec de l'eau et une once de potasse à l'alcool. Le liquide a été exprimé à travers un linge, évaporé à siccité et carbonisé par l'acide azotique. On a fait bouillir dans l'eau, pendant une demi-heure, le charbon obtenu, et la liqueur soumise ensuite à l'appareil de Marsh a donné des *taches blanches, opaques, volatiles, insolubles à froid dans l'acide nitrique, solubles dans l'acide nitrique bouillant, et ne se colorant pas en rouge-brique par le nitrate d'argent non acide, après qu'on a évaporé à siccité le produit de leur dissolution dans l'acide azotique bouillant.* M. Orfila pense que ces taches sont formées *de très peu d'arsenic et d'une grande quantité de matières organiques.*

La chair musculaire du bras de Soufflard a donné de *nombreuses taches arsénicales.*

Il est du reste fort inutile dans une expérience de chimie légale de s'attaquer à la chair musculaire, puisqu'on peut en toute confiance s'adresser au foie ou au cœur qui à l'état normal ne donnent pas de taches. Quant à l'objection qu'on pourrait faire, que dans quelques années on trouvera peut-être un procédé qui permettra de démontrer la présence de l'arsenic dans le foie normal, il est aisé d'y répondre. A quoi servirait ce procédé, lorsqu'à l'aide de celui que nous employons tous les jours, nous pouvons, à la suite d'expériences comparatives, arriver sans effort à la découverte de la vérité? Ce procédé serait certainement curieux et intéressant pour la science, mais il serait très funeste dans ses applications à la chimie légale dont il entraverait singulièrement la marche.

Nous nous occuperons dans un prochain article des empoisonnemens par l'émétique et les préparations antimoniales, après avoir toutefois rendu compte de ce qui reste à dire à M. Orfila sur l'acide arsénieux et l'emploi des moyens thérapeuthiques les plus convenables pour combattre les empoisonnemens par cet acide. (ESCULAPE.)

ADOLPHE MAGEN.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans le numéro du 10 octobre de votre estimable journal, ont été insérées deux lettres que j'ai laissées sans réponse; une appartient à M. Duparque, qui adopte le principe des *injections intra-utérines*, invente un procédé et fait des théories. L'adhésion de ce confrère à mes principes était déjà connue; le procédé qu'il croit avoir inventé l'était encore mieux depuis ma dernière brochure; les théories seules sont neuves, mais je ne les ai pas comprises : je n'avais donc pas de réponse à faire à M. Duparque.

Qu'ai-je à répondre à M. Hourmann, qui veut être amusant dans une question grave? En parlant des progrès des injections *intra-utérines*, j'ai dit qu'après avoir mesuré la capacité de la matrice, je n'injectais que le liquide qui pouvait être contenu dans cet organe. Je ne craignais pas alors que le surplus passât par les trompes dans le péritoine. Toutes les objections étaient ainsi levées. M. Hourmann rit beaucoup de cela. Il n'y a pas progrès, parce que je diminue la quantité de liquide; pour qu'il y eût progrès, il faudrait qu'on allât toujours en augmentant cette quantité! Que répondrait M. Guérin à quelqu'un qui, avec l'esprit qu'on connaît à M. Hourmann, s'égaierait fort de ses progrès en tenotomie, et qui trouverait très ridicule, qu'au lieu de vous servir d'un large bistouri, vous vous serviez d'un instrument que vous avez réduit au point de faire la tenotomie *par acupuncture*? Vous garderiez le silence. C'est le parti que j'ai pris. Cependant, j'avais à dire le pourquoi à ceux qui n'ont pas compris la prose de mes adversaires. Un autre motif m'a fait reprendre la plume, c'est la lettre de M. Guillemin, insérée dans votre dernier numéro. Cet honorable confrère publie sept guérisons par les *injections intra-utérines*; il raconte ensuite avec bonne foi ce qui lui est arrivé chez une femme hystérique. Ce fait semble lui faire prendre une résolution qui lui ravirait beaucoup de succès dans sa pratique. Voilà une femme qui, depuis neuf ans, presque tous les mois, à l'époque de ses règles est prise d'accès d'hystérie; une injection *intra-utérine* éveille un accès; une autre injection fait naître des douleurs abdominales de la réaction et une perte de sang. Qu'y a-t-il là d'extraordinaire? Sur une pareille femme, la cautérisation aurait produit le même résultat, une forte émotion morale aussi. Ceux qui ont étudié les caprices, les extrêmes susceptibilités de certains tempéramens, n'ont été nullement surpris de ce qui est arrivé à la malade en question. Je connais des femmes qui ont eu des coliques très vives et une forte réaction après une simple injection dans le vagin avec la décoction de feuilles de noyer. Les calmans les plus simples, le repos, ont rétabli le calme qui était quelquefois annoncé par une légère hémorrhagie utérine. Je n'ai pas pour cela renoncé aux injections dans le vagin. J'ai vu périr une femme du tetanos; on lui avait enlevé une loupe comme une aveline, située sur l'avant-bras. L'opérateur n'en continua pas moins d'extirper des loupes. Vous dirai-je tous les accidens que peuvent produire sur certaines individualités les modificateurs internes, réputés les plus innocens? Mais la *pathologie générale* enseigne tout cela, et vos lecteurs habituels le savent. D'ailleurs, Monsieur le rédacteur, je crois avoir prouvé, dans mes deux brochures, que les injections *intra-utérines* pouvaient avoir un degré d'utilité dans la thérapeutique des maladies de la matrice; j'ai prouvé leur innocuité, *surtout quand elles étaient faites d'après ma dernière formule.* Pas un argument valable ne s'est produit contre ces deux propositions. Quand il en naîtra, quand ils seront présentes par des hommes sérieux, j'y répondrai; autrement je garderai un silence que tous les esprits comprendront.

Agréez, etc.

VIDAL (de Cassis).

— TRAITÉ DE L'ALIÉNATION MENTALE, ou de la nature, des causes, des symptômes et du traitement de la folie, comprenant des observations sur les établissemens d'aliénés; par W. C. ELLIS, médecin en chef de l'asile d'Hanwell. Ouvrage traduit de l'anglais, avec des notes et une introduction historique et statistique, par TH. ARCHAMBAULT, médecin de l'hospice de Bicêtre; enrichi de notes, par M. ESQUIROL, médecin en chef de la maison royale des aliénés de Charenton, etc. Un volume in-8, avec planches, dont une représente les plan et façade d'un hôpital pour les aliénés, projeté par M. Esquirol. — Prix : 8 fr.; franco, 10 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION ou Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'etat physiologique et morbide de l'économie; par BARTH, docteur en medecine, agrégé à la Faculté de médecine, ex-chef de clinique medicale à l'Hôtel-Dieu, ancien interne lauréat des hôpitaux, et H. ROGER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne de l'hôpital des enfans malades, lauréat des hôpitaux. Un vol. grand in-18. Prix : 4 fr. 50 c. pour Paris, et 5 fr. 50 c. (franc de port) par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— MULTIPLICATION, ÉLÈVE, ENTRETIEN ET ENGRAISSEMENT DU PORC; par M. MAGNE, professeur d'hygiène, d'épizootie et de botanique à l'Ecole royale vétérinaire de Lyon, vice-président de la société linnéenne, membre de la société d'agriculture de la même ville. Une brochure in-8°; prix : 2 fr. 50 c.

Paris, chez Bouchard Huzard, libraire, rue de l'Eperon, 7.

Lyon, chez Savy jeune, libraire-éditeur.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° à 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Expériences sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux et par le tartre stibié, faites à l'amphithéâtre de l'Ecole-de-medecine par M. Orfila.—Recherches théoriques et pratiques sur les névralgies et leur traitement.— —II. Revue des Journaux de médecine français des départemens et de la Belgique. (Suite.) Observation d'hystérotomie. — Recherches sur un nouveau moyen de préserver les matières animales de la putréfaction. — Observation sur l'effet du sous-carbonate de potasse dans la péritonite et la métro-péritonite puerpérale. — Taches produites sur certains verres, et qui simulent celles que déterminent les matières arsenicales sur la porcelaine dans l'appareil de Marsh. — Observation de lithotritie chez une femme de 18 ans, pour un calcul dont le noyau était une tige de bois de 108 millimètres de long.—Observations sur la vertu malfaisante de la moisissure des roseaux.—Ramollissement de l'estomac, survenu après la mort, sur un sujet mort subitement.—Hernie de l'utérus par le canal inguinal; opération césarienne.—Observations sur la variabilité du traitement des calculs vésicaux. — Oblitération de la veine cave inférieure; obstruction filamenteuse d'une partie des troncs fémoro-pelviens; circulation veineuse supplémentaire. — Ulcération perforante de la valvule mitrale. — Essai sur quelques rapprochemens à faire entre le diabète sucré et la phthisie tuberculeuse. — Observations de diabète sucré, traité par la méthode de M. Bouchardat. — De la dothinentérie chez les enfans nouveau-nés; observation de dothinentérie congéniale.— Considérations sur la médication emétique; traitement du croup par les vomitifs coup sur coup. — III. Travaux académiques. Académie des sciences: séance du 2 novembre.—Académie de médecine : séance du 3 novembre.—IV. Variétés. — VI. Feuilleton. Séance publique de la Faculté de médecine.

TOXICOLOGIE.

EXPÉRIENCES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX ET PAR LE TARTRE STIBIÉ, FAITES A L'AMPHITHÉATRE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE; par M. Orfila.

Il y a un an que la Gazette Médicale signalait l'heureuse révolution qui venait d'être effectuée en toxicologie par les belles recherches de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux. L'ingénieux procédé à l'aide duquel cet habile expérimentateur était parvenu à déceler les plus petites parcelles d'arsenic introduites dans l'économie, permettait en effet d'entrevoir une ère nouvelle pour cette branche importante de la médecine légale, par les applications ultérieures qu'on en pourrait faire aux autres poisons. Quant à ce qui était de la question de l'empoisonnement par l'arsenic, elle put dès lors être considérée comme résolue à fond. L'expérience est venue depuis confirmer toutes ces prévisions. L'application juridique des nouveaux procédés analytiques a constamment été couronnée de succès. Cependant des doutes ont été soulevés depuis, des objections ont été faites ou se sont présentées d'elles-mêmes, qui, dans une matière aussi grave, étaient de nature à ébranler une conviction qu'il était si nécessaire de maintenir pleine et entière. Quelque peu fondés que fussent ces doutes, quelque spécieuses que fussent ces objections, il était de la plus haute importance de ne leur laisser aucun aliment. Et l'on ne doit point se le dissimuler, quelques-unes de ces objections pouvaient paraître graves au premier abord. Il faut en effet pénétrer jusqu'au cœur de la question pour se faire une idée de la complexité d'un tel problème, et des difficultés dont sa solution est entourée; qu'on en juge par l'énoncé des conditions suivantes, qui ont fait l'objet d'autant d'objections, et qu'il a fallu éliminer une à une afin d'isoler complètement le résultat définitif de tout ce qui pouvait l'obscurcir ou le déguiser. Les substances à l'aide desquelles on obtient l'incinération ou la décomposition des matières animales présumées arsénicales, contiennent elles-mêmes de l'arsenic en proportions variables; tels sont l'acide sulfurique, la potasse à l'alcool et l'acide nitrique. L'appareil de Marsh, dont on se sert pour ces expériences, fonctionne à l'aide de substances qui peuvent également contenir de l'arsenic; le zinc, l'acide sulfurique, le nitrate de potasse. La présence d'une certaine quantité d'arsenic normal dans quelques-uns des tissus de l'homme est devenue un fait constaté. La putréfaction des matières animales, a-t-on dit, favorise la formation de l'arsenic. Les terres de certains cimetières contenant de l'arsenic ne transmettraient-elles pas ce métal au cadavre qu'elles entourent; et cette

Feuilleton.

SÉANCE PUBLIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Tous les ans à pareille époque la Faculté consacre la réouverture de l'enseignement et des études par une solennité dont le principal but est la distribution des prix. On joint d'ordinaire à cette courte cérémonie quelques lectures dont le choix paraît assez arbitraire. Le plus souvent c'est un *éloge* de quelque membre de la Faculté mort dans le cours de l'année écoulée. Il n'y a rien à reprendre à cet usage pieux, considéré en lui-même; ce dernier témoignage de reconnaissance, d'affection et d'estime du corps tout entier à l'égard de ceux de ses membres que la mort vient successivement retrancher est en soi une chose noble et digne. Un éloge est d'ailleurs un sujet élastique, une sorte de cadre où il n'est pas impossible de faire entrer quelques élémens étrangers, et rien n'empêche à la rigueur d'en faire un discours de circonstance. Le héros de ces oraisons funèbres étant toujours un médecin ou un chirurgien, un professeur et un écrivain, parler de lui, c'est parler à la fois de la science, de l'art et de la profession; et ces trois chefs comprennent à peu près tout ce qui peut et doit être dit devant un auditoire de jeunes étudians et de médecins. Le talent, l'érudition, l'esprit philosophique et critique de l'orateur peuvent s'y étendre à l'aise; et y trouver un texte pour des développemens et des idées appropriées à la situation.

Malheureusement ce thème déjà trop restreint n'est pas toujours rempli de la manière la plus convenable. Il arrive que l'orateur chargé de ce soin reste plus ou moins au-dessous de sa tâche, et qu'au lieu d'agrandir et de relever son sujet, il le rapetisse et l'abaisse; or un éloge académique réduit aux menues proportions d'une simple notice nécrologique, et à une simple énumeration de dates et de titres de livres, est nécessairement quelque chose de fort insignifiant. Le double but du discours, c'est-à-dire l'éloge du mort et l'instruction de l'auditoire, est manqué. La gloire des savans est, en effet, toute dans leurs idees, et le meilleur ou plutôt le seul panégyrique qu'on en puisse faire, c'est d'exposer, de développer, d'expliquer ce qu'ils ont pensé et ce qu'ils ont exécuté, de montrer en quoi et comment ils ont servi le progrès des connaissances, en un mot de déterminer leur rang dans la science. Mais faire tout cela, c'est faire à la fois de l'histoire et de la critique scientifiques, c'est tracer en raccourci le tableau intellectuel d'une époque entière, c'est faire ce que fesaient en pareille occasion d'Alembert, Vicq-d'Azyr et Cuvier. C'est là sans doute être exigeant; mais ce n'est qu'ainsi qu'un discours de rentrée, qu'il porte le titre d'éloge ou tout autre, peut remplir son but. Il faut que les élèves appelés ainsi pour la première fois en présence de leurs maîtres rapportent de cette première rencontre une idée d'autorité et d'ascendant; il faut que les maîtres, en ouvrant de leurs mains la porte du sanctuaire aux disciples, leur prouvent qu'ils ont besoin de guides, et que ces guides sont devant eux. C'est ainsi que ces premières communications peuvent laisser des impressions salutaires et fécondes, inspirer l'amour de la science et du travail, et déter-

substance ne chemineraît-elle pas par voie d'imbibition jusque dans les viscères? Enfin est-il toujours possible de distinguer les taches arsénicales fournies par l'appareil de Marsh, d'avec d'autres taches que l'on peut obtenir également par cet appareil, telles que les taches de soufre, de fer, d'antimoine, de phosphore? La plupart de ces difficultés avaient déjà été abordées par M. Orfila, et les objections dont elles étaient l'objet combattues avec avantage. Néanmoins, afin de ne laisser aucun doute et d'ôter tout prétexte, tant aux objections déjà faites qu'à toutes celles qu'il était possible de prévoir, M. Orfila a cru devoir répéter publiquement les expériences qui l'avaient conduit aux conclusions énoncées dans ses divers mémoires sur la matière. Ces expériences ont eu un double objet, 1° de démontrer l'infaillibilité de l'analyse par l'appareil de Marsh, et de mettre dans tout leur jour les élémens si nombreux et si complexes de la question chimico-légale; 2° d'éclairer par des épreuves comparatives la question de thérapeutique, notamment celle du traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Voici le programme de ces expériences tel qu'il a été présenté par M. Orfila à l'ouverture des séances. Ce professeur s'est proposé de prouver :

1° Que l'acide arsénieux et le tartre stibié, introduits dans le canal digestif, ou placés sur le tissu cellulaire sous-cutané, sont absorbés, mêlés au sang, et portés dans tous les organes de l'économie animale;

2° Qu'ils séjournent pendant un certain temps dans les viscères et dans les muscles, où leur présence est démontrée; mais que, dès les premières heures de l'empoisonnement, une partie de la portion absorbée abandonne ces tissus et est éliminée par l'urine;

3° Que cette élimination, beaucoup plus rapide pour le tartre stibié que pour l'acide arsénieux, continue d'avoir lieu pendant plusieurs jours, et jusqu'à ce que les tissus indiqués soient complètement débarrassés de ces poisons;

4° Qu'il est dès lors avantageux et même indispensable, dans le traitement de l'empoisonnement par ces substances vénéneuses, de favoriser la sécrétion de l'urine;

5° Qu'il est possible, dans la plupart des cas, de distinguer si l'acide arsénieux et le tartre stibié que l'on retire des viscères d'un cadavre ont été absorbés pendant la vie, ou bien s'ils sont arrivés dans ces viscères par suite d'une imbibition cadavérique, et par conséquent après la mort;

6° Que les procédés les plus propres à déceler les petites quantités de ces poisons absorbés consistent à détruire la majeure partie ou la totalité des matières organiques, en les carbonisant par l'acide azotique concentré, ou en les décomposant par l'azotate de potasse, et à introduire les produits dans l'appareil de Marsh modifié;

7° Qu'il est toujours aisé de distinguer l'arsenic de l'antimoine, sous forme de taches et de s'assurer que ces taches ne proviennent ni de l'appareil ni des agens chimiques dont on s'est servi;

8° Qu'il existe dans les os de l'homme et de plusieurs animaux un composé arsenical insoluble dans l'eau;

9° Que l'on peut extraire de la chair musculaire de l'homme une matière que M. Orfila croit formée d'une très minime proportion d'arsenic, de soufre et d'une substance organique;

10° Que l'on trouve dans les terrains de certains cimetières des quantités infiniment petites d'arsenic que l'eau bouillante ne dissout point;

11° Enfin, que l'on peut aisément, dans un cas de médecine légale, éviter les erreurs que semblerait, au premier abord, devoir faire naître la présence de l'arsenic dans les os, dans les muscles et dans les terrains de certains cimetières.

Nous ne reproduirons pas tout au long le détail des expériences faites en vue de démontrer la vérité de chacune de ces propositions. On en peut lire le détail exact fait d'après les procès-verbaux de la commission, dans la GAZETTE DES TRIBUNAUX, numéros des 31 octobre et 2 novembre. Nous nous bornerons à les grouper de manière à ce qu'on en puisse saisir le résultat général, et reconnaître la légitimité des conclusions. Nous aurons le soin, pour éviter toute confusion, de scinder en deux catégories distinctes les expériences qui ont trait au point chimico-légal, et celles qui ont pour objet la question thérapeutique.

M. Orfila s'est préalablement attaché à démontrer la délicatesse, la précision et l'infaillibilité de l'appareil de Marsh, à indiquer les moyens de s'assurer de la pureté des réactifs dont on se sert dans cet appareil, et à reconnaître les caractères différentiels des taches qu'il fournit. Il est bon de rappeler en peu de mots quels sont les réactifs qui entrent dans l'appareil de Marsh. L'eau, le zinc et l'acide sulfurique, tels sont les élémens de cet appareil. Quant au procédé en usage pour déceler la présence de l'arsenic dans les tissus animaux, il consiste à introduire dans l'appareil de Marsh les produits de la carbonisation de ces matières. Cette carbonisation s'obtient en traitant les matières organiques par l'acide nitrique, ou bien en les décomposant par le nitrate de potasse, ou la potasse à alcool, lorsque la carbonisation par l'acide nitrique est rendue impossible à cause de l'état de saponification dans lequel se trouvent les tissus des cadavres inhumés depuis longtemps. Il était donc urgent, avant de procéder aux épreuves comparatives, de s'assurer de la pureté de chacun de ces réactifs, ou du moins d'acquérir la conviction qu'aucun d'eux ne livrait à la flamme de l'appareil, la moindre trace d'arsenic; c'est ce qui a été fait, soit en éprouvant chacune de ces substances isolément, soit en traitant, par chacune d'elles, des organes à l'état normal, soumis ensuite à l'appareil de Marsh.

Notons comme une circonstance importante que chaque expérience a été suivie d'une contre-épreuve; de sorte qu'après s'être assuré que les réactifs et les organes normaux traités par ces mêmes réactifs ne fournissaient aucune tache arsénicale, on en obtenait constamment en mêlant à ces substances ou en ajoutant à l'appareil de Marsh une quantité, si minime qu'elle fût, d'acide arsénieux. A chaque analyse, l'appareil était préalablement essayé pour s'assurer qu'il ne fournissait aucune tache. Avant de procéder aux expériences sur les animaux vivans, il restait encore à constater les caractères différentiels des taches arsénicales d'avec d'autres taches que peut également fournir l'appareil de Marsh et qui auraient avec les premières quelques points de ressemblance propres à entraîner la confusion. Les seules taches qui soient dans ce cas sont celles qui proviennent du soufre, du fer, du phosphore et du tartre stibié. Outre les caractères directs des taches arsénicales, d'un brun violacé, miroitantes, très volatilisables, disparaissant par l'acide nitrique et transformées en rouge brique par le nitrate d'argent, il est très aisé de les distinguer de chacune des autres, soit par la couleur et l'aspect différens qu'elles offrent, soit par l'action de leurs réactifs propres; ainsi que les taches de soufre, d'un jaune serin, ne sont point attaquées par l'acide nitrique; les taches de fer quelquefois brillantes, le plus souvent ternes, toujours fixes, sont transformées par l'acide chlorhydrique en un chlorure de fer appréciable par

---

miner dans tous ces jeunes esprits des résolutions généreuses. L'appareil et l'espèce de pompe extérieure dont on entoure ces solennités ne seraient qu'une assez pauvre et ridicule parade, si on n'ajoutait à ce cérémonial ce qui seul lui donne un sens sérieux, c'est-à-dire les idées et les sentimens qu'il accompagne, mais qu'il ne remplace point.

D'après cette manière de concevoir le but et l'importance de ces séances solennelles, on peut douter que les Eloges soient la forme de discours la plus convenable. D'abord toujours louer, c'est nécessairement mentir souvent. Or quoi de plus froid, littérairement parlant, qu'un panégyrique imposé? Quoi de plus triste, même sous le rapport moral, que ces fastidieuses et banales énumérations des qualités et vertus personnelles et privées de l'homme, qu'on répète machinalement sans y croire et qu'on écoute de même; sorte de paraphrase stéréotypée des épitaphes funéraires, avec toute leur grace et leur sincérité: *bon ami, bon père, bon fils et bon époux!* Il faut certes bien de l'esprit et du talent pour faire passer tous ces lieux-communs obligés; et, si par malheur, la main de l'orateur n'a pas toute la dextérité et la délicatesse requises, comme il advient, ces détails d'intérieur, étalés dans tout leur prosaïsme, sont littéralement insupportables. Ajoutons que, quoique assez extensible, la matière du discours est cependant circonscrite en des limites qu'on peut reculer, mais non supprimer; de manière que tout ce qu'on y fait entrer de considérations empruntées au but de la réunion n'y figure que comme un épisode et un hors d'œuvre et manque son effet.

Ainsi donc, il serait à désirer, selon nous, que les discours prononcés dans ces occasions importantes fussent plus souvent qu'ils ne le sont, composés pour l'occasion même. La profession, la science, l'enseignement en seraient les textes généraux. On y retracerait les devoirs des élèves et ceux des maîtres, les difficultés de la pratique de l'art et les moyens de les surmonter; on insisterait sur la mission sociale du médecin, sur le rôle unique et exceptionnel qu'il remplit parmi les hommes, sur l'influence civilisatrice qui lui est spécialement dévolue, et qui n'a pu lui être disputée, suivant les lieux et les temps, que par le sacerdoce. Enfin on montrerait le haut rang que tient la médecine parmi toutes les connaissances humaines par la généralité des études qu'elle embrasse, par la noblesse et la dignité de son objet, qui est l'homme même, par la multitude de ses applications qui embrassent toute la vie individuelle et sociale, et comment, à tous ces titres, le médecin, qui a fait tout ce qu'il devait pour se rendre digne de ce nom, est le type le plus élevé et le plus complet de culture intellectuelle et morale que la condition humaine et les nécessités extérieures de la société aient pu réaliser. Ces vues, et mille autres analogues, développées avec conviction et talent, seraient, ou nous nous trompons fort, de riches semences déposées dans les âmes de cette naissante génération, qui ne demande qu'à agir et à marcher, pour une bonne fin et dans une noble voie. La plupart d'entre ces jeunes esprits, libres encore des liens matériels qui plus tard embarrasseront leurs pas, étrangers aux calculs et aux misères de l'exercice de l'art, seraient d'autant plus désireux de s'élancer dans une carrière dont on leur montrerait la dignité et l'éclat, et y apporteraient par cela même les dispositions les plus propres à leur faire surmonter les dégoûts et le désappointement qui les attendent.

La science ne serait pas moins féconde que la profession, et l'enseignement que la science. L'exposition de l'état des connaissances sur des points de doctrine ou de pratique choisis avec discernement et traités avec une suffisante généralité, des

les réactifs de ce métal. Les taches de phosphore rougissent légèrement le papier tournesol. Enfin les taches d'antimoine, qu'il serait plus facile de confondre au premier abord avec les taches arsenicales, s'en distinguent néanmoins par un caractère tranché qui est la plus grande fixité de la tache antimoniale, laquelle ne se volatilise que beaucoup plus lentement à la flamme de l'hydrogène et n'est point dissoute par l'eau bouillante après avoir été traitée par l'acide nitrique, ainsi que se comporte l'arsenic.

Ces épreuves faites, M. Orfila a procédé aux expériences d'intoxication. Il était évident qu'après de telles précautions, et après des épreuves préliminaires aussi rigoureuses, il ne pouvait rester dans l'esprit des spectateurs aucun doute sur la valeur des résultats qu'allait produire l'appareil de Marsh.

Voici en résumé en quoi ont consisté ces expériences, dont quelques-unes ont déjà été reproduites dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE.

Les viscères d'un chien mis à mort par pendaison, desséchés, carbonisés par l'acide nitrique, traités par l'eau bouillante, et puis soumis à l'appareil de Marsh, n'ont produit aucune tache arsénicale.

Une portion de foie d'un chien dans l'estomac duquel on avait ingéré 12 grammes de solution aqueuse d'acide arsénieux, œsophage et verge liés, a fourni à l'appareil un grand nombre de taches arsénicales.

L'urine du premier chien carbonisée par l'acide nitrique n'a donné aucune tache d'arsenic. L'urine du second chien en a donné un grand nombre.

Un foie d'homme est décomposé par le nitrate de potasse; le résidu traité par l'acide sulfurique et introduit dans l'appareil de Marsh ne donne lieu à aucune tache arsénicale.

Le foie d'un chien empoisonné, traité de la même manière, donne de nombreuses taches arsénicales.

Un chien est empoisonné par l'application de l'acide arsénieux solide sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse. La verge avait été liée. A défaut d'urine on pend la vessie que l'on lave avec de l'eau distillée. Ce liquide versé dans l'appareil de Marsh donne lieu à plusieurs petites taches arsénicales.

D'autres chiens ont été empoisonnés par le tartre stibié, soit en ingestion dans l'estomac avec la précaution de lier l'œsophage et la verge, soit par l'application sous le derme. Chez l'un de ces chiens l'urine recueillie le jour même de l'empoisonnement n'a point fourni de taches antimoniales. Chez un autre empoisonné de la veille, l'urine a donné une grande quantité de taches antimoniales; on a également retiré de nombreuses et larges taches antimoniales du foie du même animal.

On voit jusque-là avec quelle précision, quelle rigoureuse exactitude, on peut, à l'aide de l'appareil de Marsh, déceler la plus petite portion de substance toxique mêlée ou combinée avec de la matière animale. La constance de résultats pareils, toujours prévus, ne doit plus laisser subsister le moindre doute à cet égard. Si la question en était réduite à ces termes, elle serait on ne peut plus simple, et l'on serait surpris qu'elle eût pu prêter à la plus légère contestation; mais elle comprend bien d'autres élémens qui en font une des questions les plus ardues, les plus délicates de la chimie légale. Sans contredit il n'est pas douteux, après les épreuves que l'on vient de voir, qu'une portion animale donnée, soumise à l'analyse contient de l'arsenic; mais quelle est l'origine de cet arsenic? C'est là le dernier terme de la question, et l'un des plus délicats, quand on sait que nos tissus contiennent une certaine quantité d'arsenic normal, que de l'arsenic existe dans les terrains de certains cimetières, qu'on en a trouvé récemment dans le peroxide fer, considéré jusqu'à présent comme antidote de cette substance. On pressent de quelle importance il était de résoudre des questions aussi graves et de détruire jusqu'à la dernière des objections qui pouvaient s'appuyer sur ces diverses circonstances. Eh bien! disons-le tout d'abord, les objections qui n'auraient d'autre base que ces faits seraient aujourd'hui sans valeur. C'est avec un remarquable esprit d'analyse que M. Orfila a abordé chacune de ces questions délicates qu'il a successivement résolues, soit par le raisonnement, soit par de nouvelles expériences; qu'il nous suffise d'en donner quelques exemples.

La première de ces questions subsidiaires, qu'il était important de résoudre, est celle de la pétulence de l'arsenic normal dans nos tissus. On sait déjà, par des expériences précédentes, qu'on n'a constaté la présence de l'arsenic que dans les os et la chair musculaire. L'arsenic contenu dans les os y est à l'état d'arséniate de chaux insoluble dans l'eau bouillante, ce qui suffit déjà pour le caractériser. De la chair musculaire d'un cadavre a été carbonisée par l'acide nitrique, puis dissoute dans l'eau bouillante; le décoctum soumis à l'appareil de Marsh a donné des taches d'un blanc opaque, ayant quelques-uns des caractères des taches arsenicales, mais se comportant avec les réactifs d'une manière fort différente des taches arsenicales pures, de telle sorte que la confusion n'est pas possible. Ces taches ne sont autre chose qu'un mélange d'une très petite proportion d'arsenic et de matière animale.

La putréfaction, avait-on dit, décèle la présence de l'arsenic normal dans les viscères qui n'en fournissent pas aux réactifs, alors que la mort est récente. D'après les instructions de M. Orfila, un foie humain normal a été abandonné pendant plusieurs jours à la putréfaction, puis desséché, carbonisé par l'acide nitrique et dissous dans l'eau bouillante. Le produit soumis à l'appareil n'a donné aucune tache arsenicale.

Quant à l'arsenic des terrains de cimetière, pour qu'il s'introduise dans les tissus cadavériques et en puisse imposer pour un empoisonnement, il faudrait admettre deux conditions qui n'existent pas: 1° que l'arsenic contenu dans ces terrains fût soluble; 2° que l'imbibition cadavérique fût apte à transmettre l'arsenic dissous jusque dans les viscères les plus profonds. Une expérience a dû être faite pour démontrer les limites de l'imbibition. Douze grains d'acide arsénieux en dissolution dans quatre onces d'eau furent injectés dans l'estomac d'une femme morte depuis deux jours. Le cadavre, placé dans une position horizontale, resta deux jours dans cette attitude; après quoi on constata, au moyen de l'appareil de Marsh, que la tranche du foie le plus immédiatement en rapport avec l'estomac contenait seule une très petite proportion d'acide arsénieux.

Nous n'insisterons pas sur d'autres épreuves et d'autres argumens ayant pour objet de lever une à une toutes les difficultés de cet important problème. Nous croyons en avoir dit assez pour faire voir combien sont légitimes et rigoureuses les conclusions qui se déduisent des savantes recherches et des belles expériences de M. Orfila.

Il nous reste à dire un mot sur l'état de la question thérapeutique et sur les expériences faites en vue d'éclairer la question sous ce nouveau point de vue. Ici, nous l'avouerons, la certitude nous abandonne pour nous livrer aux hésitations, aux tâtonnemens et aux fréquens mécomptes

---

considérations sur les tendances de l'esprit scientifique en général, et sur la marche de la médecine en particulier; des recherches critiques sur les méthodes d'enseignement et de démonstration en usage, sur leur valeur, leur portée et leur signification; des indications développées des lacunes les plus marquantes existant dans la science médicale et des moyens de les remplir; tels seraient les nombreux et inépuisables matériaux qui s'offriraient chaque année et dont chaque année mettrait en œuvre quelque fragment. Les faits scientifiques contemporains pourraient fournir les thèmes les plus heureux et les plus intéressans. Qui empêcherait, par exemple, la Faculté de donner, par l'organe de l'un de ses membres, son avis sur ces systèmes et ces méthodes thérapeutiques qui s'imposent de temps en temps à la foule, et y sévissent comme des épidémies, par exemple, la phrénologie, l'homéopathie, l'hydrothérapie, le magnétisme animal, etc... d'examiner les fondemens scientifiques de ces théories et de ces pratiques où tout n'est pas absurde sans doute, et de faire voir dans toutes ces choses où finit l'observation, l'expérience, la science, et où commence l'hypothèse, l'erreur et le charlatanisme. Le corps enseignant, qui doit être censé le plus éclairé et le mieux instruit, trouverait de cette manière l'occasion de faire acte de vie et d'autorité scientifiques; et dans ces questions d'un intérêt général et quelquefois contemporain ses orateurs trouveraient pour développer la force de leur pensée, de leur talent et de leur savoir, une matière plus solide et plus abondante que dans l'analyse laborieuse des vertus et des talens, assez équivoques le plus souvent et quelquefois à peine perceptibles, d'un individu. Les hommes dignes d'être étudiés en détail sont en effet très rares; il en est très peu dont l'éclat général puisse se réfléchir sur les intimes particularités de leur existence individuelle avec assez de puissance pour qu'elles inspirent quelque intérêt ou ne provoquent pas le dégoût.

Ces pensées sont peut-être une chimère que nous sommes loin de voir réaliser. Peut-être, en nous y livrant, avons-nous été involontairement inspiré par le souvenir de ces belles coutumes des anciennes universités, dont la tradition est perdue. Peut-être avons-nous représenté comme un rêve de notre esprit le spectacle donné pendant tant d'années par cette illustre école de Leyde, où le grand Boërhaave prononçait ses immortels discours, chefs-d'œuvres de langue, d'érudition, de savoir et de goût. Quoi qu'il en soit, puisse à cet égard se réaliser la sentence du poëte:

Multa renascentur, quæ jam cecidere!

Pour sortir des hypothèses, revenons à la séance qui devait faire le sujet de cet article.

L'*Eloge* de cette année était celui de Richerand; l'orateur, M. Jules Cloquet. Louer Richerand était chose facile, mais le louer en tout n'était pas aisé. Le panégyriste s'est sacrifié de bonne grâce aux exigences officielles de l'*Eloge*; et le célèbre baron, sous sa plume optimiste, nous est apparu comblé, non seulement de tous les dons du génie chirurgical, ce qui va sans dire, mais encore de toutes les vertus patriarcales et théologales. Il a vécu et il est mort comme un saint. Sous ce dernier rapport, il faut dire encore, comme un autre poëte:

Seigneur, Laïus est mort; laissons en paix sa cendre.

Quant à l'appréciation du mérite du chirurgien, du professeur et de l'écri-

de l'expérimentation appliquée aux questions de cette nature. Les problèmes thérapeutiques ont cela de désespérant, que l'analyse logique la plus sévère et la plus rigoureuse suffit à peine pour en saisir tous les élémens, et qu'elle est presque impuissante à suivre dans leur extrême mobilité et leurs variations infinies les modes de réactions réciproques, des phénomènes organiques et des phénomènes vitaux, différant en cela de l'analyse chimique qui, s'exerçant sur des élémens fixes et invariables, donne des résultats certains et toujours identiques.

La question thérapeutique n'a été envisagée par M. Orfila que sous un point de vue seulement. Laissant de côté ce qui est relatif à l'action spéciale du poison absorbé, sur l'organisme, ainsi que la question des neutralisans ou antidotes, il s'est proposé uniquement de démontrer : 1° que la ligature pratiquée sur l'œsophage des chiens comme opération préalable aux expériences d'empoisonnement, n'amène qu'un trouble momentané et peu considérable dans les fonctions de l'animal, et qu'elle ne peut par conséquent altérer que d'une manière bien peu sensible les résultats de l'expérience; 2° que l'expulsion du poison par les vomissemens est, sans contredit, le moyen le plus efficace de prévenir les effets de l'intoxication; 3° que le poison absorbé est en partie éliminé par les urines, et que la saignée pratiquée après cette absorption dégage l'économie d'une portion du poison; 4° enfin, que la saignée, si elle n'est pas un moyen efficace de traitement, n'a pas du moins les dangers qu'on lui a gratuitement attribués. A cet effet, M. Orfila a institué les expériences suivantes :

On a pratiqué sur plusieurs chiens la ligature de l'œsophage; cette ligature a été enlevée vingt-quatre ou trente heures après. Le surlendemain ces animaux ont été présentés parfaitement bien portans. Sur un certain nombre de chiens empoisonnés par une dose égale d'acide arsénieux en dissolution, 50 centigr. environ, les uns ont été abandonnés à eux-mêmes, à d'autres on a pratiqué des injections d'eau tiède pour favoriser les vomissemens; on a lié à quelques-uns l'œsophage seulement, et à d'autres l'œsophage et la verge. Les chiens qui ont pu vomir quelques minutes après l'ingestion du poison, et notamment ceux auxquels on a injecté de l'eau tiède dans l'estomac, ont tous guéri. Les chiens qui n'ont pas vomi dans les premières minutes qui ont suivi l'empoisonnement, ceux dont l'œsophage a été lié, et ceux auxquels on a lié à la fois l'œsophage et la verge, ont succombé. D'autres chiens qui n'ont pas vomi, et chez lesquels, par conséquent, l'absorption du poison a eu lieu, mais qui ont abondamment uriné peu de temps après, ont guéri. En un mot le poison a été constamment mortel lorsque les chiens n'ont pu ni vomir ni uriner; il a été le plus souvent innocent lorsque les vomissemens et les urines ont eu leur libre cours.

Deux chiens ont été saignés quelque temps après avoir pris une dose considérable d'arsenic, ils ont guéri tous deux.

Il va sans dire que l'urine contenue dans la vessie des chiens auxquels on a lié la verge, celle qui a été expulsée et qu'on a pu recueillir, ainsi que le sang provenant de la saignée, contenaient de l'arsenic, comme on a pu s'en assurer par l'appareil de Marsh.

Nous regrettons que ces expériences n'aient pas été poussées plus loin, et faites sur une plus grande échelle, car on ne saurait se dissimuler qu'elles laissent encore bien des points indécis, en dehors de leur champ d'action. Elles demeureront toutefois comme des documens précieux pour éclairer ultérieurement la question. Préoccupé de la question chimico-légale sur laquelle il a projeté par ses recherches une si vive lumière, M. Orfila, on le conçoit, ne pouvait encore porter un examen suffisamment approfondi sur la question thérapeutique, qu'il n'a traitée dans ces séances qu'incurremment et sous un petit nombre seulement des points de vue de cette question.

Nous désirerions vivement voir diriger l'incessante activité et le judicieux esprit d'investigation de M. le doyen vers la solution de ce second problème qui ne le cède pas en intérêt et en importance au premier.

En résumé, pour tous ceux qui ont assisté, comme nous, aux dernières expériences de M. Orfila, il reste parfaitement établi que la question chimico-légale de l'empoisonnement par l'arsenic est une question jugée et complètement résolue. La série d'expériences qui ont servi à mettre en lumière tous ces faits : et les propositions qui en ont été déduites, constituent le point de départ d'une doctrine chimico-légale nouvelle destinée sans aucun doute à changer entièrement la face de la toxicologie. Les heureuses applications que M. Orfila en a déjà faites lui-même aux préparations antimoniales et aux sels de cuivre contribueront également à établir cette doctrine d'une manière définitive dans la science.

H. B.

MÉDECINE PRATIQUE.

RECHERCHES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LES NÉVRALGIES ET LEUR TRAITEMENT; par C. JAMES, interne à l'hopital de la Charité.

(Suite et fin. — Voir le numéro 24 octobre.)

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DE LA FACE PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Les observations que je viens de rapporter prouvent quel parti puissant on peut tirer de l'électricité dans le traitement des névralgies de la face. M. Magendie a, depuis longtemps, adopté presqu'exclusivement cette médication, et il n'a qu'à s'applaudir de son emploi. Est-ce à dire qu'elle ne doit compter aucun insuccès? Les spécifiques sont rares en médecine; aussi je suis loin de croire que la méthode que j'expose devra toujours réussir. J'ajouterai cependant que M. Magendie n'a rencontré dans sa pratique que deux cas de névralgie faciale dans lesquels l'électricité ainsi employée par lui ait échoué : proportion extrêmement faible si on compare ces résultats avec ceux que fournissent les autres modes de traitement. Voici quelques détails sur ces deux cas :

Une dame, âgée de 37 ans, vient consulter M. Magendie, le 28 décembre 1839, pour une névralgie du nerf dentaire inférieur gauche, qui la fait souffrir très cruellement depuis plus de trois ans. La douleur, pendant tout ce temps, n'a point changé de place. Elle commence à l'orifice supérieur du canal dentaire, pénètre dans ce canal, retentit dans la racine des dents, et sort par le trou mentonnier, pour se répandre dans le menton en même temps que les divisions nerveuses. Tel est, au dire de la malade, le trajet de la douleur. Une multitude de traitemens ont été

---

vain, il y avait là matière à quelques distinctions. Comme chirurgien praticien, Richerand laisse bien peu de traces et peu de souvenirs. Sa fameuse résection des côtes est le seul fait qui ait attiré sur lui l'attention comme opérateur. Comme professeur, personne n'ignore qu'une infirmité naturelle embarrassait le jeu de sa parole et troublait la netteté de l'articulation. Ses leçons, du reste, sauf cet inconvénient fâcheux, avaient la clarté méthodique de ses livres; mais elles n'eurent jamais l'éclat et le succès populaire que donnent seuls les talens brillans ou l'originalité des idées. C'est donc seulement comme écrivain médical, comme propagateur de la science, que Richerand peut réclamer un rang distingué dans l'enseignement. Ses ÉLÉMENS DE PHYSIOLOGIE, à peu près copiés d'Haller, ont été jusqu'à ces dernières années, grâce à des corrections et additions faites avec intelligence, le *vade mecum* indispensable des étudians. Dans une autre branche, et par le même genre de mérite, sa NOSOGRAPHIE CHIRURGICALE a eu la même espèce de succès. Son HISTOIRE DE LA CHIRURGIE a eu la réussite et la durée d'un pamphlet. Sa dernière production n'appartient pas à la médecine. C'est une œuvre d'humoriste dans laquelle l'esprit n'est pas au niveau de l'énormité des paradoxes, qui ne peuvent passer qu'à cette condition. Mêlé à tout ce qu'il y eut de plus grand dans l'époque impériale, Richerand a reçu, comme tant d'autres, le reflet de cette gloire universelle, et en a profité. Plusieurs débris du même temps, encore debout, laissent souvent douter si ce sont eux qui ont illustré l'empire, ou si c'est l'empire qui les a illustrés.

L'éloge de Richerand a été suivi d'un rapport de M. Royer-Collard sur les ouvrages envoyés pour le prix Monthyon. Ce rapport a été écouté avec intérêt, et il méritait de l'être. C'était une exposition claire, nette, précise et intelligente de l'esprit et du but de la fondation du prix Montyon, que plusieurs concurrens paraissent cette année avoir entièrement méconnus, ce qui a empêché de décerner le prix. La question proposée avait, en effet, besoin de quelques explications, et la Faculté ne pouvait choisir, pour les donner, une plume plus distinguée, un esprit plus juste, une intelligence plus philosophique, et un talent plus heureux. Une innocente phrase sur nos chirurgiens militaires, *destinés peut-être à traverser encore une fois l'Europe*, est venue tomber à l'improviste comme une étincelle électrique sur la masse compacte qui se pressait dans le vaste amphithéâtre, et y a soulevé une tempête d'acclamations. La séance a été terminée par la proclamation et distribution des prix, et par l'indication des questions proposées pour l'an prochain.

Lorsque la clôture de la séance, a été prononcée par M. Orfila, président, le jeune auditoire, encore tout ému de l'idée de traverser l'Europe, a demandé la *Marseillaise*. Cette motion n'a pas eu pourtant de suite. La *Marseillaise* est une chanson fort agréable; mais certainement *non erat hic locus*. Il y a du temps pour tout.



employés sans aucun succès : on a même fait, je ne sais trop pourquoi, la section du nerf mentonnier, à sa sortie du canal de ce nom. La douleur resta la même, et la peau du menton paraissait tout aussi sensible de ce côté que du côté opposé. M. Magendie eut recours alors à l'électricité. Deux aiguilles furent implantées, l'une dans la parotide, l'autre au trou mentonnier, et il se servit de la machine de Clarke, puis de l'appareil de M. Lebreton. Les résultats furent tout-à-fait nuls. Après plusieurs séances, la douleur n'avait pas été le moindrement influencée; aussi fut-on obligé d'abandonner ce traitement.

Le second cas est beaucoup plus grave que le précédent par l'atrocité des souffrances qui caractérisaient la névralgie. C'était chez une dame de soixante ans. Les douleurs n'étaient plus seulement limitées à une branche nerveuse, mais toute la cinquième paire du côté gauche paraissait entreprise. Ainsi la malade accusait des élancemens dans le front, la tempe, les gencives, les dents, la langue, la joue, l'oreille, en un mot, partout où la cinquième paire se distribue. Les sens étaient aussi très notablement affaiblis de ce côté. Quels traitemens n'avait-elle pas faits? Je n'ai rien vu de plus affreux que l'état de cette malade à l'instant des crises : elle se renversait convulsivement la tête en arrière ; tout son corps était agité de secousses tétaniques ; ses pieds frappaient le sol, et en même temps elle poussait des cris aruyans. Ces crises revenaient toutes les cinq minutes et duraient plusieurs secondes. Dans l'intervalle, les douleurs étaient supportables, quoique vives. Cette dame sur laquelle on avait déjà coupé inutilement le nerf sous-orbitaire, était adressée à M. Magendie par un chirurgien, pour qu'il *fît la section de la cinquième paire dans le crâne*. Je n'ai pas besoin d'ajouter que M. Magendie ne put prendre au sérieux une pareille invitation. Il essaya le galvanisme sous toutes les formes, mais ses diverses tentatives furent infructueuses et la névralgie ne perdit rien de son intensité.

N'avions-nous affaire ici qu'à une simple névralgie? Je serais plutôt porté à penser qu'il y avait quelque lésion organique, d'autant plus que la malade se plaignait de douleurs lancinantes et profondes dans tout le côté gauche de la tête, et que ces douleurs avaient précédé celles de la névralgie.

Ici se termine ce que j'avais à dire du traitement des névralgies de la face par l'électricité. Je pourrais passer en revue les autres modes de traitement employés journellement contre ces maladies et montrer combien celui que je viens d'exposer l'emporte par la sim plicité de son exécution, la certitude et la rapidité de ses résultats. Il me serait facile de prouver que cette méthode est la seule qui s'attaque véritablement à la douleur, la suivant partout, s'accommodant à tous ses caprices, en triomphant à peu près constamment, quel que soient son siége et son intensité; mais je préfère me borner à l'exposé simple des faits et les laisser parler d'eux-mêmes.

Cependant, parmi les autres méthodes de traitement, il en est deux sur lesquelles je vais m'arrêter quelques instans, parce qu'elles reposent sur la physiologie et que leur mode d'action peut être aujourd'hui beaucoup mieux apprécié; je veux parler de l'emploi de la morphine par la méthode endermique et de la section des nerfs affectés de névralgie.

EMPLOI DE LA MORPHINE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE.

Quand on dépose de la morphine sur la peau, dépouillée de son épiderme, cette substance s'imbibe à travers le chorion ; une partie arrive ainsi aux fibrilles nerveuses sous-jacentes, tandis que l'autre partie passe dans la circulation, emportée par les courans sanguins. Quelquefois alors la douleur de la névralgie se calme. On peut se demander si, dans ce cas, la morphine agit directement sur le nerf malade, ou bien si son influence est toute secondaire, et s'exerce d'abord sur le système nerveux central, pour réagir ensuite sur la névralgie. M. Magendie a résolu ce problème par l'expérience suivante :

Il a mis à nu, sur un animal vivant, les deux cinquièmes paires dans le crâne. Après s'être assuré que la sensibilité des deux nerfs était la même, il a déposé sur un seul nerf une goutte d'une solution saturée d'acétate de morphine. Quelques minutes après, ayant exploré de nouveau la sensibilité des deux cinquièmes paires, il a trouvé la sensibilité obtuse du côté où la morphine avait été appliquée; elle restait, au contraire, parfaitement intacte dans l'autre nerf. Ici donc l'action de la morphine avait été toute locale, car, si elle se fût transmise par l'intermédiaire du cerveau, les deux nerfs auraient dû être influencés simultanément et au même degré.

De cette expérience découlent d'importantes considérations. Ainsi on n'ira pas appliquer la morphine sur les points où la peau est séparée du nerf par une grande épaisseur de parties molles, sans quoi cette substance serait emportée par la circulation avant d'être arrivée au nerf douloureux.

Dans les endroits même les plus favorables pour l'imbibition de la morphine, l'emploi de la méthode endermique ne laisse pas que d'offrir parfois des inconvéniens. En effet, il faut plusieurs heures avant que le vésicatoire ait soulevé l'épiderme et que la morphine se soit imbibée; ce sont donc de nouvelles souffrances jointes à celles de la névralgie et qui dans quelques cas les exaspèrent.

Et puis si la douleur change de place et se fixe ailleurs, il faudra recourir à un second vésicatoire, peut-être même à un troisième, avant d'être dans les conditions voulues pour que le médicament agisse. Ajoutez à cela que les malades, surtout les femmes, ont une extrême répugnance pour de semblables applications.

Malgré ces inconvéniens, j'ai vu plusieurs fois la morphine être em-ployée avec avantage dans certaines névralgies de la face, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes :

Obs. X. — Le nommé Ober, sergent-de-ville, entre à l'hôpital de la Charité le 1er janvier 1840, dans le service de M. Andral. Il se plaint de douleurs extrêmement vives dans le sourcil, le front et la tempe du côté gauche. Ces douleurs reviennent par accès, dont voici les principaux caractères :

Vers cinq heures du matin des élancemens aigus, accompagnés de battemens très pénibles, se manifestent subitement au niveau du trou sourcilier, et de là se répandent dans toutes les divisions du nerf. Le malade est alors dans une affreuse anxiété. Il se précipite de son lit et marche à grands pas, comme s'il voulait se fuir lui-même. La crise dure deux heures; puis tout à coup elle se calme, et en même temps survient une transpiration abondante. Le reste de la journée se passe assez bien; mais le lendemain à la même heure éclate une nouvelle crise, aussi violente que celle de la veille.

Il y a plus de quinze jours que le malade souffre. Il avait déjà eu en 1819 une première atteinte de la même névralgie qui avait duré six semaines.

M. Andral, après s'être assuré que les accès avaient réellement le caractère que leur assignait Ober, prescrivit l'emploi de la morphine par la méthode endermique.

Le 3 janvier, un vésicatoire est appliqué au-dessus du sourcil, dans la direction du nerf frontal. Le soir, à huit heures, je saupoudre sa surface avec 2 centigrammes d'acétate de morphine.

La douleur revient le lendemain à la même heure que d'ordinaire, mais moins vive. Le malade peut rester dans son lit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois semaines. (Même pansement avec la morphine.)

Le 5, la douleur est encore revenue, mais elle ne ressemble plus à ce qu'elle était ; seulement elle est toujours suivie de sueurs copieuses. (Rien de changé au pansement.)

Le 6 et le 7, on continue de saupoudrer avec le même sel d'opium la surface du vésicatoire qui offre encore les conditions physiques de l'absorption. La douleur a fini par disparaître. Toutefois le malade continue à ressentir, vers cinq heures du matin, quelques fourmillemens accompagnés de sueurs, dans les divisions du nerf sus-orbitaire. M. Andral prescrit alors le sulfate de quinine (6 décigr. en deux doses). Dès le lendemain, les sueurs ni les fourmillemens ne se sont point reproduits, et tout sentiment de la névralgie a cessé.

Ober quitte l'hôpital parfaitement guéri, onze jours après son admission.

Cette observation m'a paru mériter d'être citée, parce qu'elle prouve l'action de la morphine dans les cas où cette substance est placée au contact du nerf. Elle est remarquable aussi en ce qu'elle constate l'influence des préparations de quinquina, quand la névralgie revient sous forme intermittente.

Obs. XI. — Le malade qui fait l'objet de cette observation est le nommé Beudet, sergent-de-ville, le même qui fut blessé sur les boulevarts, le 4 décembre 1839, par un coup de feu que lui tira à bout portant un jeune homme, et dont les journaux ont beaucoup parlé dans ce temps. Je rappelle cette circonstance parce qu'elle se rattache à la névralgie dont il était atteint quand il fut placé dans nos salles à la Charité. Voici, en effet, ce qu'il nous raconta:

Peu de jours après sa blessure (il avait reçu dans le bras droit toute une charge de plomb), il fut pris de douleurs lancinantes dans le front et le sourcil du côté droit. Les douleurs paraissaient sortir du trou sus-orbitaire. Depuis cette époque, il était constamment sujet à des crises de névralgie qui offraient, au moment de l'admission du malade à l'hôpital, le 4 avril 1840, le caractère suivant :

Elancemens aigus, rapides comme l'éclair, revenant toutes les deux ou trois minutes, dans le sourcil et le front du côté droit. En même temps la peau de ces parties se fronce ; les paupières se ferment, tandis que leur commissure est tiraillée en dehors par de petites contractions fibrillaires. Chaque accès dure plusieurs secondes. Si le malade parle au moment où l'accès se montre, il est obligé de s'arrêter ; puis il achève sa phrase quand la douleur cesse, pour s'arrêter de nouveau quand celle-ci reparait.

M. Andral prescrivit, comme dans le cas précédent, un vésicatoire au niveau du trou sus-orbitaire. On pansa de même avec l'acétate de morphine.

Au bout de peu de jours, la maladie fut heureusement modifiée, et le malade sortit guéri de l'hôpital.

Je ferai remarquer que dans cette observation, comme dans la précédente, c'est le nerf sus-orbitaire qui a été affecté. La position superficielle de ce nerf explique très bien la facilité avec laquelle la morphine s'est

imbibée jusqu'à ses divisions, et a diminué; par son action toute locale, leur sensibilité exaltée.

SECTION DES NERFS AFFECTÉS DE NÉVRALGIE.

Quand la névralgie a résisté à toute espèce de traitement, et que le malade ne recule devant aucun sacrifice douloureux pour s'en débarrasser, on a quelquefois recours à la section du nerf. Je vais essayer d'apprécier dans quelles circonstances cette opération est rationnelle et offre quelques chances de succès.

Parlons d'abord du nerf facial. J'établis en fait qu'il n'est aucun cas où les névralgies du nerf facial doivent être combattues par la section de ce nerf *dans la portion comprise entre sa sortie du trou stylo-mastoïdien et son anastomose avec la branche auriculo-temporale de la cinquième paire.* Voici sur quoi repose mon opinion : M. Magendie a prouvé par des expériences récentes, consignées dans ses leçons sur le système nerveux (1), qu'en coupant la septième paire en cet endroit, on ne change rien à la sensibilité des branches de ce nerf, parce que celles-ci ne reçoivent point leur sensibilité du tronc dont elles émanent, mais bien de l'anastomose avec la cinquième paire : on s'assure en pinçant la portion du nerf coupé qui répond à la face, que, malgré la section de la septième paire en ce point, la sensibilité reste la même. Pour s'attaquer à celle ci, il faut, ainsi que je l'ai vu faire plusieurs fois par M. Magendie, inciser l'anastomose elle-même. Alors seulement toute sensibilité du nerf facial disparaît. Ainsi, de ce que dans un cas de névralgie on aura empêché les branches du nerf facial de communiquer avec le système nerveux central, ces branches n'en resteront pas moins sensibles qu'auparavant, et par conséquent la névralgie persistera.

J'arrive maintenant à une autre question : Peut-on combattre les névralgies de la septième paire par la section de ce nerf *audelà de l'anastomose avec le rameau auriculo-temporal*, c'est-à-dire *dans la portion comprise entre l'endroit où cette anastomose a lieu et la terminaison du nerf facial*? Ici, je n'hésite pas à résoudre la question par l'affirmative. En effet, du moment que ces branches ne communiquent plus avec l'anastomose, elles ne reçoivent plus leur sensibilité. Sans doute celle-ci pourrait ne pas être entièrement abolie, car la septième paire est en rapport avec la cinquième par d'autres filets d'association ; mais ces filets sont d'une bien moindre importance.

Je crois avoir le premier établi cette distinction toute physiologique entre les diverses portions de la septième paire, relativement à la section des branches de ce nerf dans le traitement des névralgies. Elle explique très bien comment M. le professeur Roux et d'autres chirurgiens ont vu cette section être suivie de succès. En effet, la situation profonde, derrière la mâchoire, de l'anastomose avec le rameau auriculo-temporal empêche qu'on ne coupe la septième paire avant cette anastomose. C'est ordinairement à leur sortie de la glande parotide qu'on fait la section des branches de ce nerf ; or nous venons de dire qu'on peut dans cet endroit s'attaquer directement à leur sensibilité.

Je n'ai point parlé du filet Vidien. Ce filet semble avoir pour usage de donner de la sensibilité au tronc du facial, lequel, insensible à son origine au bulbe rachidien, paraît être sensible dans le canal spiroïde, après sa jonction avec ce filet. Dans les névralgies du filet Vidien on de la corde du tympan, (car il est probable que c'est l'un de ces nerfs qui est affecté dans les cas de douleurs profondes et lancinantes au fond de l'oreille) j'ai vu la douleur céder de suite à l'électricité administrée au moyen de deux aiguilles, dont l'une avait été implantée dans la membrane du tympan, et l'autre au trou sous-arbitraire.

Je terminerai ce qui a rapport à la section de la septième paire, en disant qu'une pareille opération aurait toujours le grave inconvénient d'entraîner la paralysie du mouvement dans les muscles où la branche coupée va se distribuer.

Un mot maintenant sur la section des branches de la cinquième paire, comme traitement extrême de la névralgie. Les mêmes motifs d'empêchement que je viens de signaler à propos de la septième paire n'existent pas pour la cinquième, puisque ce dernier nerf reçoit directement sa sensibilité du système nerveux central. Aussi cette opération compte-t-elle d'assez nombreux succès. Je ferai cependant remarquer que quelquefois elle échoue, ou même aggrave les souffrances; que, quand elle réussit dans le moment, la névralgie peut revenir plus tard dans les mêmes points; que la douleur, à cause de son extrême mobilité, peut abandonner la branche coupée pour se porter sur d'autres branches, et par suite nécessiter de nouvelles opérations. Enfin il serait à craindre que, par suite de la section des branches principales de la cinquième paire, la sensibilité et la nutrition ne subissent de graves altérations vers la face et spécialement les organes des sens. Ainsi tout en admettant que cette opération peut et doit dans quelques cas être pratiquée, je pense qu'il ne faut y recourir qu'avec beaucoup de discrétion, et quand tous les autres moyens ont échoué.

L'excision d'une portion du nerf malade est bien préférable à une simple incision. Par ce moyen on a moins de chances de voir la névralgie se reproduire : cependant, malgré cette précaution, les cas de récidive ont été fréquemment observés. Ces cas, bien qu'offrant peu de chances favorables, peuvent encore pourtant être traités avec succès par l'électricité, ainsi que j'en ai vu et recueilli quelques exemples.

CHAPITRE SECOND. — NÉVRALGIES SCIATIQUES.

Le grand nerf sciatique est très fréquemment atteint de névralgies. Le diagnostic de ces affections présente rarement de la difficulté; car il suffit de se rappeler le trajet du nerf et de ses divisions. Ainsi, la douleur commence au niveau du plexus sacré, ou des dernières vertèbres lombaires, sort par l'échancrure sciatique, se porte verticalement en bas, entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion, puis arrive au creux poplité. Elle peut s'arrêter là. Le plus souvent, cependant, la douleur s'étend au nerf sciatique poplité externe, et se distribue avec les divisions de ce nerf à la région antérieure de la jambe et à la partie dorsale du pied. Il est rare que les deux branches de bifurcation du grand nerf sciatique soient simultanément affectées. Presque toujours, la douleur est bornée à la branche externe. On reconnaît que la branche interne est entreprise aux élancemens qui se font sentir dans le mollet, le côté interne du tendon d'Achille et la surface plantaire.

Quelquefois le tronc du nerf n'est point douloureux, et cependant plusieurs de ses divisions sont affectées. Ainsi, la douleur commencera à la tête du péroné et se répandra dans toutes les branches du poplitéexterne. J'ai vu même des cas où quelques filets de ce dernier nerf étaient seuls le siége de la névralgie. D'autres fois, les deux branches de bifurcation, l'interne et l'externe, sont respectées, et il n'y a de malade qu'une fraction du tronc du nerf sciatique. En deçà et au-delà, aucune apparence de douleur.

Ce que j'ai dit des névralgies en général au commencement de ce travail s'applique également aux névralgies sciatiques. Cependant, celles-ci diffèrent par plusieurs caractères particuliers, qu'il importe de mentionner, puisqu'ils influent sur la marche de la maladie et les résultats du traitement.

Dans la névralgie sciatique, les douleurs sont continues. Elles offrent bien, vers le soir, des phénomènes d'exacerbation, mais ce ne sont plus ces intermittences dans la disparition et le retour des accès, telles qu'on les observe dans les névralgies de la face.

La pression exercée sur le nerf sciatique accroît presque constamment la douleur. Dans les névralgies de la face, au contraire, il n'est pas rare qu'elle soulage.

Pour peu que la névralgie sciatique acquière une certaine intensité, le pouls se développe et la fièvre s'allume. Souvent alors la saignée est indiquée. On n'observe point ordinairement de troubles semblables vers la circulation dans les névralgies de la face, excepté peut-être quand les crises deviennent très violentes; mais, la crise passée, le mouvement fébrile disparaît.

Nous avons vu que les névralgies de la face s'accompagnent fréquemment de contractions convulsives et spontanées des muscles. Ces contractions ont plutôt un caractère permanent dans la névralgie sciatique. Ainsi, la cuisse restera fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, sans que le malade puisse faire exécuter à ces parties les moindres mouvemens.

J'ai indiqué, en traitant des névralgies de la face, quels sont les principaux phénomènes morbides qu'elles entraînent dans les parties où elles siégent. Nous retrouverons également à la suite des névralgies sciatiques de nombreux désordres.

En première ligne est la claudication. La position du nerf sciatique et de ses divisions au milieu des muscles qui servent à la marche explique très bien comment la moindre contraction de ces muscles expose le nerf à des tiraillemens douloureux. On voit assez souvent la claudication persister, lors même que la névralgie a cessé entièrement. C'est qu'il y a dans ce cas paralysie des muscles. En effet, les malades se plaignent d'un sentiment de faiblesse dans les endroits où siégeait la névralgie, faiblesse qui dure quelquefois toute la vie, sans que rien puisse la dissiper. Il n'est pas rare non plus que ces mêmes muscles, qui ont perdu de leur énergie contractile, s'atrophient, ce qui entraîne l'amaigrissement général du membre. Si, dans ce cas, on mesure la longueur des deux membres, il peut arriver qu'on constate un léger raccourcissement du côté où existait la névralgie.

(1) Op. cit.

Une remarque que j'ai eu nombre de fois l'occasion de faire dans les névralgies sciatiques, c'est que la sensibilité des parties molles diminue en même temps que celle du nerf augmente. Ainsi, la peau de la cuisse et de la jambe sent moins vivement quand on la pince ; au contraire, pour peu qu'on appuie sur le trajet du nerf, la douleur devient extrême. On dirait que c'est aux dépens de la sensibilité générale du membre que la sensibilité du nerf s'accroît dans les points où s'est fixée la névralgie.

Cette paralysie du sentiment persiste souvent aussi après que toute trace de douleur a disparu.

J'insiste spécialement sur ces lésions du sentiment et du mouvement, parce qu'elles éprouvent de très heureuses modifications par l'emploi de l'électricité. Ainsi, j'ai vu des membres, depuis longtemps paralysés par l'effet des névralgies sciatiques, recouvrer, en totalité ou en partie, leurs facultés contractiles et sensitives.

J'arrive maintenant à l'action immédiate que l'électricité exerce sur la douleur de la névralgie sciatique. Ensuite, j'indiquerai quels sont ses effets ultérieurs sur la guérison plus ou moins complète de la névralgie.

Aussitôt que les aiguilles ont été implantées aux deux extrémités du nerf douloureux, et que la secousse galvanique s'est fait sentir, la douleur n'existe plus, ou plutôt elle a été remplacée par un sentiment général d'engourdissement du membre. Le malade ne souffre pas, et pourtant il ne peut dire encore qu'il soit guéri. Il lui faut quelques instans avant de pouvoir analyser exactement ses sensations. Au bout d'une ou deux minutes, lorsque le membre est en quelque sorte revenu de sa stupeur, le malade sait à quoi s'en tenir sur sa névralgie. Il peut se faire alors que celle-ci ne soit pas revenue : dans ce cas, on retire les aiguilles. Si, au contraire, la douleur s'est montrée de nouveau, on laisse les aiguilles en place, et on donne une nouvelle secousse galvanique. Il faut répéter ces secousses jusqu'à ce que la douleur soit entièrement dissipée.

On ne parvient pas toujours à chasser ainsi les névralgies sciatiques. J'en ai vu de tellement opiniâtres qu'on était obligé, après plusieurs tentatives infructueuses, de les abandonner à elles-mêmes. D'autres fois, la douleur disparaît tout d'abord, et ne se reproduit qu'au bout de plusieurs heures. D'autres fois enfin, et les observations suivantes en font foi, la guérison est complète, et le nerf n'éprouve plus aucune modification dans sa sensibilité normale.

Dans les cas même où l'électricité échoue contre la névralgie, elle peut être de quelque utilité au moment des crises, en engourdissant momentanément le nerf qui en est le siége.

Les malades souffrent ordinairement de leur névralgie beaucoup plus le soir que le matin et dans la journée. Aussi est-ce vers le soir qu'il convient surtout d'agir. En général, il faut choisir l'instant où les douleurs sont les plus vives. Si on galvanise le nerf alors que la névralgie se fait peu sentir, on s'expose à réveiller une crise immédiate.

Quand la névralgie s'accompagne de beaucoup de fièvre, que la peau est brûlante, il est prudent de débuter par une ou plusieurs émissions sanguines. Ce n'est qu'après que les phénomènes fébriles sont calmés qu'on doit recourir à l'électricité.

En règle générale, la névralgie sciatique cédera d'autant mieux à ce mode de traitement, qu'elle sera exempte de toutes complications, et réduite, pour ainsi dire, à la douleur seule. C'est donc à combattre les complications qu'il faut s'attacher d'abord : viendra ensuite l'emploi de l'électricité.

Obs. XII.—Un commissionnaire, âgé de 37 ans, robuste, accoutumé aux travaux fatigans, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1839, et est placé, salle Ste-Jeanne, dans le service de M. Récamier, dont j'étais interne. A la visite du soir, je constate l'état suivant.

Fièvre intense. La peau est chaude, le pouls plein, la face très rouge. Le malade accuse une douleur considérable sur le trajet du nerf sciatique droit, douleur qui s'étend depuis les dernières vertèbres lombaires jusqu'à la pointe du pied. C'est au niveau de la tête du péroné qu'elle se fait le plus vivement sentir. Le moindre mouvement, la moindre pression l'exaspèrent. Il y a trois jours que le malade est alité; il n'a rien fait encore pour se traiter. C'est la première fois qu'il éprouve des douleurs semblables, et il ne sait à quelle cause rattacher leur développement.

Je pratique à l'instant une saignée de quatre palettes. (Limonade légère pour boisson.)

Le lendemain, M. Récamier trouve le malade à peu près sans fièvre. La nuit avait été passable, bien que sans sommeil. Mais la douleur de la névralgie reste la même. (40 sangsues sur le trajet du nerf; même lisane; calaplasmes laudanisés.)

Le 19, les sangsues coulent encore; le malade se sent un peu faible. Du reste, pas de changement sensible dans les douleurs, qui sont surtout aiguës dans l'intérieur du bassin, vers l'échancrure sciatique, le long de la cuisse et à la tête du péroné. (Potion diacodée; tisane de mauve; mêmes cataplasmes.)

Le soir du même jour, je revois le malade. Je le trouve à genoux dans son lit, les coudes appuyés sur le traversin, et la tête soutenue par ses mains, de manière que la partie postérieure du tronc, courbée en voûte, soulevait les couvertures. Il me dit avoir été pris, vers trois heures d'après midi, d'une rage de douleur épouvantable. Ce n'est qu'après beaucoup de tentatives qu'il a trouvé cette position, où il souffre un peu moins. Il demande avec instance quelque soulagement, car ses forces sont épuisées.

Quel traitement employer dans un cas aussi pressant? Je ne vois que l'électricité. J'enfonce à l'instant une aiguille sur le côté droit de la première vertèbre lombaire, dans l'épaisseur des parties molles, et une seconde aiguille dans l'endroit où le nerf sciatique poplité externe contourne la tête du péroné. Les aiguilles ainsi placées, et le malade conservant la même attitude, je fais agir la pile galvanique, d'abord six, puis dix, puis quinze couples. En peu de minutes, le malade a pu se coucher à plat ventre sur son lit. Il dit que la douleur est maintenant très supportable. Encouragé par ce premier succès, je continue à galvaniser le nerf. Cinq minutes s'écoulent encore, puis la névralgie disparaît. Je retire les aiguilles. Alors le malade s'assied sur son lit, fait exécuter à la cuisse et à la jambe des mouvemens étendus sans souffrir, se lève et marche quelques pas. Il se sentait tellement dispos, que, si je ne m'y fusse opposé, il serait resté debout quelques instans.

Le 20, à la visite de M. Récamier, le malade est dans un état très satisfaisant. Il nous dit avoir dormi toute la nuit d'un sommeil profond, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus de cinq jours.

Le soir, le malade est moins bien. Quelques élancemens dans le nerf sciatique lui faisaient craindre le retour d'une crise pareille à celle de la veille. Il me demande avec instances de lui faire une seconde application des aiguilles. J'y consens volontiers. Quelques secousses électriques suffisent pour chasser la douleur et dissiper les alarmes du malade.

La névralgie n'est point revenue les jours suivans, et, le 25 mars, le malade quitte l'hôpital, sans éprouver autre chose qu'un peu de faiblesse dans le membre.

Obs. XIII.—M. M., caissier d'une des principales maisons de banque de Paris, éprouva, en 1831, une névralgie très violente du nerf sciatique droit, et, en 1835, une seconde atteinte de névralgie du nerf sciatique gauche. Ces affections furent combattues par les sangsues, les bains, les frictions avec des pommades opiacées et plusieurs vésicatoires saupoudrés de morphine. Elles durèrent, la première six semaines; la seconde deux mois et demi.

Dans les premiers jours d'octobre 1837, M. M. commença de nouveau à ressentir des douleurs vagues, sourdes, accompagnées de fourmillemens dans le trajet du nerf sciatique gauche. Ces douleurs augmentèrent au point de forcer le malade à garder le lit. Elles devinrent bientôt intolérables. Une abondante saignée fut pratiquée, et, à plusieurs reprises, on appliqua le long du trajet du nerf sciatique des vésicatoires qui furent pansés avec la morphine. On eut recours ensuite aux sangsues, aux liniments, aux purgatifs huileux et salins. Cependant la névralgie durait depuis près de trois mois, sans qu'il y eût aucune amélioration.

Je suis appelé près du malade le 20 janvier 1838, et je le trouve dans l'état suivant : décubitus sur le côté droit, la jambe gauche légèrement fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. C'est la seule position qui soit un peu supportable. La douleur s'étend depuis les vertèbres lombaires jusqu'à l'extrémité des orteils. Elle est extrêmement aiguë, surtout à la cuisse. Le malade la compare à la sensation que produirait une lame de couteau qu'on enfoncerait dans les chairs. Du reste, point de rougeur à la peau. Ce ne sont pas seulement les mouvemens qui augmentent la douleur; la pression du doigt ou le simple poids des couvertures suffit pour déterminer une sorte de convulsion de tout le membre.

Ce qui effrayait le plus le malade, et dut par conséquent appeler spécialement mon attention, c'était le gonflement considérable qui existait au niveau de l'articulation coxo-fémorale, gonflement tel, qu'un chirurgien avait cru reconnaître une luxation spontanée du fémur. Quand le malade essayait de se mettre debout, ses pieds ne reposaient pas également sur le sol, et il était évident que le membre gauche était plus court que le droit de près de 5 centimètres. Il n'y avait cependant aucune rotation forcée du membre. Je fis coucher le malade sur le dos. En mesurant comparativement la longueur des deux membres inférieurs, il me fut aisé de reconnaître que l'excès de longueur tenait à ce que la hanche gauche était bien plus élevée que la droite par l'effet de la contraction des muscles, car, au moyen de tractions ménagées, je parvins à rendre momentanément au membre sa longueur normale.

Il n'y avait donc là qu'une névralgie sciatique compliquée de rétraction musculaire. Je ne voulus point revenir à l'emploi de moyens déjà inutilement essayés, et, après avoir tenté sans succès quelques bains de vapeurs, je résolus de recourir à l'électricité. Le malade était dans de bonnes conditions. Le gonflement de la hanche avait un peu diminué depuis les bains. Je crus pouvoir attaquer directement la douleur.

Une aiguille fut placée par moi à la tête du péroné; une autre à l'endroit où le nerf passe entre le grand trochanter et la tubérosité sciatique; puis je mis la pile en jeu. Je commençai par cinq couples, et les portai successivement jusqu'à neuf. Au bout de dix minutes, la douleur était chassée. Le malade descend de son lit, fait plusieurs pas dans sa chambre, s'assied, se lève sans l'aide de personne, et dit ne presque plus souffrir. Seulement, il boite légèrement.

Le lendemain, quelques douleurs sont revenues. Nouvelle application de l'électricité, qui est suivie de la disparition immédiate de la névralgie.

Il faut encore, pendant quelques jours, recourir au même traitement. Dès la huitième séance, le malade se trouve assez bien pour aller faire un tour de promenade en voiture.

Cependant, la douleur reparaissait toujours dans l'intervalle d'une séance à l'autre. Elle était peu vive, mais assez toutefois pour déterminer un peu de claudication. Ce n'est qu'à la douzième séance que la névralgie se dissipa entièrement.

M. M. reprit ses occupations, et en quelques semaines il avait recouvré toute

la vigueur et toute l'agilité du membre si longtemps douloureux. Sa santé fut bonne jusque vers le milieu du mois de juillet de la même année, époque où il commença à ressentir des douleurs dans le nerf sciatique gauche. Bientôt ces douleurs eurent acquis toute l'intensité de la dernière névralgie. Cette fois j'eus recours d'emblée à l'électricité, et au bout de quelques jours M. M. fut parfaitement guéri.

Obs. XIV. — Cécile Colbert, âgée de 19 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Charité, le 20 janvier 1840, et est placée dans le service de M. Andral. Elle nous dit éprouver depuis trois mois une douleur très vive dans toute la partie externe et antérieure de la jambe droite, et jusque sur la face dorsale du pied. Cette douleur est survenue à la suite d'un refroidissement. Elle offrait cela de particulier, que tous les jours, vers quatre heures de l'après-midi, elle devenait très vive et durait ainsi toute la nuit; le matin elle se dissipait en partie pour revenir de nouveau le soir, à la même heure, avec les mêmes caractères.

Nul doute que nous n'eussions affaire ici à une névralgie des principales divisions du nerf sciatique poplité externe. Pendant les premiers jours nous nous abstînmes de tout traitement, afin de voir si la douleur continuera à reparaître avec sa forme régulière. Effectivement elle revient tous les jours, vers quatre heures, et ne se dissipe que le lendemain. M. Andral m'autorise à employer l'électricité sur cette malade.

Le 24 janvier, dans la soirée, au moment où la douleur était la plus intense, j'enfonce deux aiguilles, l'une à la tête du péroné, l'autre au voisinage de la malléole externe. Je mets les conducteurs de la pile en contact avec les aiguilles. Dès la première secousse électrique la douleur est chassée, et elle ne reparaît pas de toute la nuit.

Le 25, la douleur n'est point encore revenue au moment de ma visite du soir. Ce n'est que vers huit heures qu'elle s'est montrée, par conséquent quatre heures après le moment ordinaire de son apparition.

Le 26, au matin, comme la douleur persiste encore, je fais une seconde application de l'électricité. Même résultat que la première fois. Une seule secousse suffit pour chasser la douleur. Celle-ci revient le soir, mais seulement à dix heures.

Le 27, la malade souffre à peine. La nuit avait été très calme. Je crois inutile d'appliquer l'électricité.

Le 28, souffrances assez vives le matin. Je place les aiguilles dans les mêmes endroits que précédemment, et je fais agir la pile. La douleur cesse à l'instant sous l'influence d'une seule commotion électrique. Elle ne revient que vers minuit.

Enfin, après plusieurs alternatives de disparition et de retour de la névralgie, celle-ci a fini par se dissiper entièrement. Et, phénomène singulier! dans les sept à huit séances galvaniques qui ont été nécessaires, la douleur a toujours disparu par l'effet d'une seule application de l'électricité. Elle revenait plus tard, il est vrai; mais c'était autant de temps de gagne sur la névralgie qui a enfin cédé sans laisser après elle aucune faiblesse dans le membre, ni aucune difficulté dans les mouvemens.

Obs. XV. — Lefébure (Alphonse), âgé de 33 ans, peintre en bâtiment, fut pris dans le courant du mois d'octobre 1839 d'une douleur très vive dans le trajet du nerf sciatique gauche. Cette douleur fut combattue par des sangsues, des ventouses et des vésicatoires; elle disparut au bout de six semaines. Peu de temps après, la névralgie revint avec les mêmes caractères dans le nerf sciatique droit. C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Andral.

Examen du malade, le 11 janvier 1840, jour de son admission: Élancemens très douloureux dans la hanche, la cuisse et la jambe du côté droit. Le malade indique parfaitement avec son doigt la direction du nerf sciatique et de la branche externe de sa bifurcation. Insomnie absolue depuis près de huit jours. Pâleur et amaigrissement. La chaleur du lit exaspère la névralgie qui revient souvent sous forme de crises, pendant lesquelles l'état du malade est des plus pénibles. On a déjà essayé en ville des sangsues; des cataplasmes laudanisés et des vésicatoires: tout a été inutile. C'est là une de ces névralgies, comme on en rencontre tant, qui sont rebelles à tous les traitemens les plus rationnels.

M. Andral veut bien me confier le traitement de ce malade. Afin qu'il n'y ait aucun doute sur l'influence des moyens que je dois employer, j'attends le développement d'une crise de la névralgie. Celle-ci ne tarde pas longtemps, car le 23 janvier, à ma visite du soir, je trouve le malade en proie à d'horribles souffrances et à un violent desespoir. Il se lamentait, répétant que s'il avait un pistolet il se tuerait. Je veux examiner le siége de la douleur; mais il me faut les plus grandes précautions, car le moindre contact du doigt fait tressaillir tout le membre. C'est surtout à la partie moyenne de la cuisse et vers la tête du péroné que la névralgie sevit avec le plus d'intensité.

Je juge le moment opportun de recourir à l'électricité. Le malade a beaucoup de peine à se placer convenablement dans son lit; il faut qu'on lui aide, tant il redoute de faire le moindre effort.

Comme tout le nerf est douloureux, j'implante une aiguille près de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire. Une seconde aiguille est placée à l'extrémité dorsale du pied. Je me sers de huit, dix, quinze couples de la pile. Au bout de cinq minutes les mouvemens sont redevenus libres et peu douloureux. Le malade se tourne en tous sens; il n'ose croire à un si heureux changement; cependant au moment où j'allais retirer les aiguilles, quelques élancemens reparaissent vers le creux poplité. Nouvelle application de l'électricité. La douleur se dissipe et ne revient pas.

La nuit se passe fort tranquille, et le malade dort d'un profond sommeil.

Le tendemain, M. Andral ne trouve plus à sa visite aucun vestige de la névralgie.

La guérison s'est parfaitement soutenue. Nous laissâmes quelques jours encore le malade dans la salle, afin qu'avec le repos sa santé générale lui permît de reprendre les habitudes de sa profession.

Obs. XVI. — Eugénie Morel, âgée de 36 ans, ouvrière, habituellement bien portante, d'un tempérament lymphatique, fut prise, vers le milieu du mois de juillet 1839, de douleurs très vives dans les reins, douleurs qui plongeaient dans le bassin, et se propageaient vers les membres inférieurs. Elle n'était point tombée, n'avait point reçu de coups, et ne savait à quelle cause rapporter l'origine de ses souffrances. Cette malade entre à l'hôpital, le 25 novembre 1839, dans le service de M. Récamier.

Nous crûmes d'abord à une affection rhumatismale. Des vésicatoires et des ventouses furent promenés sur le rachis sans aucun soulagement. Comme il y avait eu des dérangemens dans la menstruation, et un écoulement par la vulve de nature suspecte, M. Récamier prescrivit un traitement anti-syphilitique. Il ne survint aucun changement sous l'influence de ce traitement. La malade accusait toujours des douleurs vives dans les reins, la cavité pelvienne et toute la longueur des membres inférieurs. Parfois ces douleurs étaient remplacées par un simple fourmillement, ou bien au contraire elles s'exaspéraient et étaient caractérisées alors par des élancemens extrêmement aigus.

Le siége de la douleur et son extrême mobilité ne pouvaient-elles pas s'expliquer par l'existence d'une névralgie occupant le faisceau nerveux appelé queue de cheval et s'irradiant de là dans les deux nerfs sciatiques? L'absence de toute déformation de la colonne vertébrale éloignait l'idée d'une compression mécanique de la moelle. Nous voulûmes essayer de l'électricité.

Je disposai les aiguilles comme dans les cas de sciatique simple. L'une fut placée au niveau des vertèbres des lombes du côté droit; l'autre, à l'extrémité du pied du même côté; puis je fis agir la pile. La douleur fut immédiatement chassée du membre droit. Elle resta limitée au membre gauche. Même expérience sur ce membre et même résultat, tellement qu'en moins d'un quart d'heure la malade ne souffrait plus.

C'est le 25 décembre que je fis cette première application. Le lendemain, la malade se leva, ce qu'elle n'avait pu faire depuis plusieurs semaines. Comme la douleur était un peu revenue, nous crûmes convenable de recourir une seconde fois à l'électricité. Après cette seconde séance, la névralgie (car c'en était évidemment une) ne reparut plus, et la malade, très bien guérie, quitta l'hôpital dans les premiers jours de janvier.

Ce cas est le seul où j'aie vu les membres inférieurs affectés simultanément et au même degré de névralgie. Ce qui a rendu ici le diagnostic difficile, c'est que la douleur ne siégeait pas seulement dans les nerfs sciatiques. Les autres nerfs des membres inférieurs ont été également entrepris, et cela se comprend, puisque la névralgie avait son point de départ dans la moelle elle-même. En pareille circonstance, l'erreur est aisée, et il est probable qu'on aura souvent pris pour une maladie organique de la moelle ce qui n'était qu'une simple névralgie.

Ces observations, dont il me serait facile de citer un beaucoup plus grand nombre, établissent l'efficacité toute puissante de l'électricité dans certains cas de névralgies sciatiques. Non pas, je le répète, que ce moyen réussisse aussi constamment que pour les névralgies de la face: ainsi, dans le service de M. Andral, où nous l'avons employé, nous avons eu plusieurs insuccès. Je dis seulement que dans beaucoup d'occasions j'ai eu à m'applaudir de son emploi. J'ajouterai enfin que dans les cas même où la névralgie ne cède pas, on parvient presque toujours à diminuer l'intensité des accès et à en éloigner le retour.

Quant aux autres méthodes de traitement des névralgies sciatiques, je n'ai rien de particulier à en dire, car mes recherches ont eu seulement pour but d'établir quel parti on peut tirer de l'électricité contre ces névralgies.

Je devrais donc, d'après le cadre que je me suis moi-même tracé, clore ici mon travail. Cependant, je ne puis résister au désir de publier une observation que je crois unique dans les annales de la science, et qui, à ce titre, me paraît mériter une mention spéciale.

CONTRACTION FORCÉE ET PERMANENTE DES DOIGTS, SUITE D'UNE SAIGNÉE DU BRAS; TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ; GUÉRISON.

Obs. XVII. — La nommée Clarice Leclerc, domestique, âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juin 1838, pour une brûlure qu'elle s'était faite à la jambe avec de l'huile bouillante. Elle est placée dans le service de M. Breschet, dont j'étais alors interne. La brûlure n'offrait rien de grave. Aussi, je me contenterai de dire, sans plus de détails, qu'au bout d'un mois la plaie était complètement cicatrisée. Seulement, comme il existait un peu de fièvre au moment de l'admission de la malade, M. Breschet prescrivit une saignée du bras. C'est sur cette saignée et les accidens qui l'ont accompagnée et suivie que je dois maintenant insister.

La saignée fut faite par un des externes du service. Celui-ci piqua la veine médiane céphalique du bras gauche, dans le lieu d'élection, c'est-à-dire en dehors du tendon du biceps, à deux centimètres environ au-dessus de l'angle formé par les deux médianes; mais n'ayant pas obtenu de sang, il introduisit une seconde fois la lancette dans la plaie. Du sang s'échappa; en même temps, la malade accusa un engourdissement profond de tout l'avant-bras, et, au lieu de rouler la bande qu'on avait placée dans sa main, elle se mit à la serrer très fortement par l'effet de la contraction involontaire et convulsive de ses doigts. On n'obtint que fort peu de sang; le bras fut bandé sans que la malade souffrît dans la plaie; mais l'engourdissement de l'avant-bras persista, ainsi que la contraction des doigts.

Cette contraction était tellement énergique que l'externe eût beaucoup de peine à ouvrir la main de la malade pour en retirer la bande. A peine les doigts furent-ils remis en liberté qu'ils se fermèrent immédiatement avec la rapidité d'un ressort dont on lâche la détente, et se placèrent dans l'ordre suivant: le pouce était couché transversalement dans la paume de la main; les doigts reposaient sur lui et appuyaient de manière à exercer sur son articulation métacarpo-phalangienne des tractions douloureuses.

L'externe vint immédiatement me prévenir (M. Breschet avait fini la visite et était parti). Je pensai qu'il n'y avait là qu'un simple spasme des muscles fléchisseurs, et je prescrivis un cataplasme et un bain local. La plaie n'offrait d'ailleurs rien de particulier. Ses bords étaient déjà agglutinés par le sang.

Deux jours, trois jours se passent sans le moindre changement. M. Breschet insiste sur les applications émollientes. Bien que la plaie soit presque cicatrisée, les muscles fléchisseurs des doigts sont toujours contractés avec la même énergie. On est même obligé de mettre un rouleau de charpie dans la main de la malade sans quoi les ongles, quoique coupés très courts, entameraient la peau.

Après quinze jours de traitemens infructueux, M. Breschet se décide à recourir à des moyens mécaniques. Nous étendons, non sans peine, les doigts de la malade, et les fixons sur une attelle digitale, ainsi que cela se pratique pour la cicatrisation des brûlures de la main. Pendant deux semaines, l'attelle est laissée en place, nous bornant à resserrer les lacs quand ils viennent à se relâcher. La malade s'y était habituée. Elle ne souffrait plus de cette position, qui lui avait d'abord paru si fatigante. Enfin, nous retirons l'attelle. Au même instant, les doigts se ferment et reprennent leur état de contraction forcée.

Que faire donc? M. Breschet essaie des douches de toute espèce et sous toutes les formes. Point d'amélioration. On frictionne le bras de la malade avec des pommades irritantes. Même insuccès. Enfin, au bout de six mois, nous n'étions pas plus avancés que le premier jour.

Cette jeune fille paraissait condamnée à une infirmité incurable. Déjà nous nous occupions de son placement à la Salpêtrière; mais auparavant, M. Breschet voulut que j'essayasse de la pile galvanique et des aiguilles.

Le 20 décembre eut lieu la première séance. J'enfonçai une aiguille en platine dans l'épaisseur des muscles extenseurs, près du coude, et une autre aiguille à la face dorsale du poignet. Je fis agir la pile; 25 et 30 couples furent employées sans obtenir le moindre effet. Il semblait même que sous l'influence de l'électricité la contraction des doigts devenait de plus en plus énergique.

Je procédai d'une autre manière:

Les aiguilles ayant été retirées, j'en implantai une dans les muscles fléchisseurs, près de l'épitrochlée, et l'autre aiguille au milieu de l'arcade fibreuse sous laquelle passent les tendons de ces muscles pour se rendre à la main. Ensuite, je mis les aiguilles en rapport avec les conducteurs de la pile. A ma très grande surprise, les doigts s'allongèrent et s'étendirent sous l'influence des commotions galvaniques. Le pouce seul était un peu réfractaire. Quand je prolongeais le contact des aiguilles et des conducteurs, de manière que le fluide arrivât, non plus par décharges, mais par courant continu, la main restait toute grande ouverte.

Je continuai régulièrement tous les jours ces applications. Dès la quatrième séance, la malade pouvait se servir assez librement de deux doigts, l'index et le médius. Après la septième, les mouvemens du doigt annulaire étaient aussi redevenus à peu près complètement libres. Chaque fois j'avais galvanisé les muscles fléchisseurs. Tout indiquait donc une guérison prochaine, lorsque vers la fin du mois de décembre la malade fut obligée de quitter l'hôpital. Je la perdis alors entièrement de vue, bien que je lui eusse recommandé de me tenir au courant de son état.

C'est seulement dans le mois de juillet 1839 qu'elle vint m'apprendre que sa main était complètement guérie. Et, en effet, je constatai par moi-même que les doigts avaient repris toute l'agilité et toute la délicatesse de leurs mouvemens, puisqu'elle s'en servait pour coudre et pour faire toute espèce de travail à l'aiguille. Je pensai bien que je ne devais point m'attribuer tout l'honneur de cette cure. Voici les renseignemens qu'elle me donna.

Après sa sortie de l'hôpital, elle n'avait pendant un mois à peu près, été soumise à aucun traitement, travaillant pour vivre et s'aidant autant que possible de ses doigts redevenus libres par suite de nos applications galvaniques. Mais bientôt ces mêmes doigts eurent perdu de nouveau la faculté de s'étendre, et la main se trouvait presque dans le même état qu'après l'accident, lorsqu'un médecin entreprit de nouveau de la traiter. Informé des moyens que nous avions employés à l'Hôtel-Dieu, et du commencement de succès obtenu sous leur influence, il appliqua l'électricité de la même manière, c'est-à-dire en galvanisant les muscles fléchisseurs. En une douzaine de séances, la malade avait recouvré toute l'intégrité des mouvemens de ses doigts.

J'ai eu plusieurs fois depuis l'occasion de revoir cette jeune fille. Sa guérison s'est parfaitement soutenue, et elle ne se ressent en aucune manière aujourd'hui d'un événement qui avait failli compromettre à jamais son avenir.

Je dois même rapporter une particularité assez curieuse. Cette malade a été saignée le 4 septembre 1840 au même bras, à la même veine, et précisément dans le même point que la première fois. La piqûre de la lancette n'a déterminé aucun accident. Elle s'est parfaitement cicatrisée, sans que les doigts aient ressenti le moindre engourdissement, ni la moindre gêne des mouvemens.

Si maintenant on voulait établir de quelle nature est l'affection que nous avons eue ici à traiter, j'avoue que je n'oserais hasarder à cet égard aucune conjecture. Sans doute cet état de contraction forcée des doigts était un phénomène tout à fait actif, dépendant de l'action exagérée des muscles fléchisseurs et non de la paralysie des extenseurs. Mais quelle cause a pu provoquer un pareil accident? D'après le siége de la piqûre, le nerf musculo-cutané a seul été exposé à être blessé. J'admets sa blessure, on ne voit pas encore en quoi la contractilité musculaire a dû être compromise, puisque ce nerf ne fournit à l'avant-bras et à la main que des rameaux cutanés. La lésion simultanée des nerfs cubital et médian pourrait seule expliquer anatomiquement des phénomènes semblables à ceux que nous a offerts la malade qui fait l'objet de cette observation: or ni l'un ni l'autre de ces deux nerfs n'ont pu être atteints.

Autre particularité non moins extraordinaire. Comment se fait-il qu'en galvanisant les muscles extenseurs, les doigts soient restés fermés, tandis qu'ils se sont ouverts quand nous avons galvanisé les muscles fléchisseurs? Ce fait est opposé à ce qu'on observe journellement; car on sait que l'électricité a pour effet de provoquer la contraction des muscles. Aussi avais-je commencé par galvaniser les muscles extenseurs, espérant par ce moyen vaincre la contraction des fléchisseurs.

Nul doute par conséquent que nous n'ayons en affaire ici à une de ces anomalies nerveuses qui se jouent de nos prévisions et cèdent parfois aux traitemens les moins rationnels en apparence. Aussi aimé-je mieux raconter simplement le fait que de terminer par une hypothèse hasardeuse un travail que je me suis attaché à n'appuyer que sur des observations pratiques et des rapprochemens fournis par la physiologie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite.)

IV. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES.

OBSERVATION D'HYSTÉROTOMIE; par M. HOEBEKE.

OBS. —La nommée V. Dewenne, âgée de 55 ans, forte et pléthorique, mère de quatre enfans, dont le plus jeune a 3 ans, s'est parfaitement bien portée jusqu'à la naissance de son second enfant. A cette époque elle commença à ressentir des douleurs rhumatismales qui continuèrent pendant ses troisième et quatrième grossesses. L'accouchement se fit dans ces deux circonstances à terme et aussi facilement qu'auparavant. Après son quatrième accouchement, elle fit usage, à l'instigation de quelques voisines, de l'huile de baleine, et continua ce médicament pendant deux ans; elle n'éprouva aucune amélioration dans ses douleurs, seulement sa faim augmenta considérablement, et elle éprouvait de plus en plus une grande peine à marcher; bientôt la progression devint impossible.

Le 13 avril 1839, M. Hœbeke, mandé par l'accoucheuse qui assistait la femme Dewenne, constate une telle déformation du détroit périnéal qu'il pratiqua immédiatement l'hystérotomie. L'opération fut prompte, et après quelques accidens, le 24 avril, ce chirurgien ne vit plus la malade, la regardant complètement guérie. La plaie était cicatrisée sept jours après l'opération.

Quatre jours après, la malade était reprise de graves accidens qui se terminèrent en vingt-quatre heures par la mort.

AUTOPSIE. Péritonite purulente et générale. L'examen du bassin montre que les branches de l'arcade périnéale s'étaient tellement rapprochées l'une de l'autre qu'elles étaient en contact, et que le détroit périnéal était borné en avant par les deux tubérosités sciatiques au contact, latéralement par les ligamens sciatiques et en arrière par le coccyx.

Nous avons voulu, en rapportant cette observation, appeler l'attention sur la production de cette grande difformité pendant l'usage de l'huile de baleine. Déjà plusieurs observations ont donné de semblables résultats, et le docteur Hœbeke n'a pas hésité ailleurs à attribuer à cette huile d'aussi fatales conséquences, tandis qu'elle est devenue pour d'autres médecins une espèce de panacée. Il se peut que dans l'observation il y ait seulement coïncidence de la déformation du bassin et de l'usage de l'huile de baleine; mais le fait n'en est pas moins remarquable et mérite toute l'attention des médecins.

RECHERCHES SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRÉSERVER LES MATIÈRES ANIMALES DE LA PUTRÉFACTION; par le docteur DUBOIS.

Ce moyen c'est la suie, que l'auteur emploie soit en nature, soit en solution, soit en teinture. Mise en usage sous ces différentes formes, la suie paraît pouvoir rendre quelques services pour la conservation de quelques animaux en nature. Elle est introduite en place des viscères, qui sont extraits, et surtout du cerveau, lorsque les animaux sont d'un volume un peu considérable. Des chats, des lapins, des oiseaux de toutes grandeurs ont été conservés par cette méthode. La solution de suie est employée en bain, mais elle paraît beaucoup moins efficace que les autres méthodes. Cependant vingt livres de chair musculaire de cheval se sont

parfaitement conservées à l'air libre, après avoir séjourné environ deux mois dans un liquide analogue. En teinture, la suie paraît être un moyen très puissant de conservation; mais, sous cette forme, elle perd l'un de ses plus grands avantages, son bas prix. Voici la manière dont elle est employée : après avoir lié l'anus avec un fil, un suspend l'oiseau, si c'est un oiseau, par le bec, puis, au moyen d'un petit entonnoir, adapté au gosier, on remplit l'estomac et les intestins avec la liqueur préservatrice. La même opération est répétée deux ou trois fois, à un jour d'intervalle.

Ce moyen, qui, sous le rapport du bas prix, laisse peu à désirer, ne peut conserver des masses un peu considérables de substances animales; mais il paraît pouvoir suffire pour les objets destinés aux collections zoologiques et d'un petit volume. Cependant les chairs se dessèchent et les animaux raides et fluets prennent une forme qui est peu agréable. Les oiseaux conservent, il est vrai, tout l'éclat de leur plumage.

OBSERVATION SUR L'EFFET DU SOUS-CARBONATE DE POTASSE DANS LA PÉRITONITE ET LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE; par le docteur DUCHÈNE.

L'auteur de cette communication rapporte quelques observations à l'appui de l'opinion qui attribue au sous-carbonate de potasse une action tempérante énergique sur le système nerveux. Mais ces faits sont en trop petit nombre pour que les conclusions que l'auteur en tire aient toute la valeur qu'il leur accorde. Dans l'un de ces faits cependant, il serait difficile de nier l'action du sous-carbonate de potasse, qui, administré à une femme atteinte d'une métro-péritonite grave, contre laquelle les antiphlogistiques et les opiacés avaient complètement échoué, amena le calme et la disparition successive des accidens. Les seules conclusions qu'il nous serait possible de tirer de ces observations, c'est que les motifs pour lesquels un a repoussé, dans ces derniers temps, l'emploi du sous-carbonate de potasse de la médecine interne n'étaient peut être pas très fondés; et que de nouvelles expérimentations, faites sans prévention, comme sans faveur, sont aujourd'hui indispensables.

TACHES PRODUITES SUR CERTAINS VERRES, ET QUI SIMULENT CELLES QUE DÉTERMINENT LES MATIÈRES ARSÉNICALES SUR LA PORCELAINE DANS L'APPAREIL DE MARSH.

L'intérêt qui se rattache en ce moment à tout ce qui concerne l'arsenic considéré sous le point de vue médico-légal nous engage à reproduire la note suivante, dont nous ne garantissons ni l'authenticité, ni l'exactitude.

Si l'on chauffe (dit M. Louget, professeur à l'école de commerce de Bruxelles), à l'aide du chalumeau, un fragment de fioles à médecine, qui se trouvent dans le commerce à Bruxelles, le point chauffé ne tarde pas à devenir rouge et en refroidissant présente une tache circulaire plus ou moins foncée, brillante, miroitante, tout à fait analogue à celles que produit la flamme de l'appareil de Marsh sur le verre ou sur la porcelaine, lorsqu'il renferme des matières arsénicales, décomposables par l'hydrogène ou l'acide sulfurique. Si au fragment de fiole à médecine on substitue un autre verre, l'effet n'est plus produit; si au chalumeau ou à la lampe un substitue l'appareil de Marsh, contenant de l'eau distillée, du zinc ou de l'acide sulfurique pur, et qu'on fasse arriver la flamme de l'hydrogène produit sur un même fragment de fiole à médecine, les taches brillantes apparaissent encore, mais, comme dans l'expérience précédente, elles se forment au feu de réduction et disparaissent au feu d'oxidation. La flamme de l'hydrogène, appliquée à des verres autres que des fragmens de fioles à médecine, ne produit plus de taches. L'auteur pensa d'abord que le verre des fioles contenait de l'acide arsénieux, mais des expériences lui ont démontré qu'il n'en était rien.

V. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

OBSERVATION DE LITHOTRITIE CHEZ UNE FEMME DE 18 ANS, POUR UN CALCUL DONT LE NOYAU ÉTAIT UNE TIGE DE BOIS DE 108 MILLIMÈTRES DE LONG; par M. DELMAS.

Chez la femme, incontestablement, la lithotritie offre des avantages et une facilité d'exécution qui surpassent de beaucoup la même opération chez l'homme. L'opération pratiquée par M. Delmas en est une preuve certaine. Ce n'est pas que des faits presque aussi extraordinaires n'aient été observés chez l'homme; mais il est incontestable que si, chez ce dernier, un était sûr d'un calcul formé sur une tige de bois longue de 108 millimètres, la taille serait infiniment préférable à la lithotritie. Voici cette curieuse observation.

OBS. — Une jeune demoiselle se plaignait depuis un an de douleur dans la région hypogastrique, et offrait tous les signes d'une pierre volumineuse. Il faut y joindre cependant une particularité fort remarquable, et dont l'intérêt est mis au jour par la forme du calcul : la jeune personne ne pouvait s'asseoir qu'en prenant les plus grandes précautions. Elle avait besoin d'un siége fait d'une certaine façon pour éviter la compression des parties génitales, et malgré ces précautions, quand elle était assise, elle était obligée de prendre appui sur ses coudes, pour empêcher tout le poids du corps de porter sur le bassin.

Le cathétérisme annonça l'existence de la pierre; et M. Delmas, après avoir calmé quelques élémens de cystite, pensa pouvoir détruire par la lithotritie. Cette opération fut pratiquée le 2 mai pour la première fois, et répétée quatre fois pendant l'espace d'un mois. Le calcul saisi et broyé à chaque fois fournissait une grande quantité de débris qui s'échappaient avec les urines. Néanmoins, la malade souffrait toujours. Dans l'intervalle de la troisième à la quatrième séance, la malade éprouva des accidens, suites de l'engagement d'un fragment dans l'urètre.

Après ces quatre séances de lithotritie, un corps étranger restant toujours dans la vessie, M. Delmas soupçonna quelque anomalie. Il finit par s'assurer qu'un an avant la jeune personne avait introduit dans son urètre une de ces tiges de bois auxquelles s'adaptent les plumes métalliques. Le petit anneau de fer qui termine ces tiges y tenait. De l'urètre, celle-ci entra dans la vessie, et y était restée. Il était dès-lors évident que cette tige était le noyau du calcul. Nous omettons de dire que la forme de quelques uns des fragmens avait aidé le chirurgien dans ses soupçons. Cette nouvelle ne le fit pas renoncer à l'extraction du corps étranger par la lithotritie. Il fit une première tentative avec l'instrument ordinaire, sans réussir. Il en fit fabriquer un nouveau, très solide, dont les branches mâle et femelle étaient changées de place. Il espérait ainsi saisir la tige de bois probablement ramollie par de fortes pressions; puis par l'action de la branche mâle marchant d'arrière en avant, courber la tige de façon que ses deux extrémités se repliant en arrière prissent une direction presque parallèle aux branches de l'instrument, elle put ainsi être extraite. Il ne parvint pas précisément à remplir son but, mais ses manœuvres séparèrent la tige en deux portions très inégales, qui furent séparément extraites. Après l'issue de la plus petite portion, la plus grande s'engagea dans l'urètre, et il fut difficile de l'en dégager. La jeune malade s'est parfaitement rétablie. Ce traitement a demandé huit ou neuf séances de lithotritie, faites du 2 mars à la fin du mois de juillet.

Les deux portions de tiges étaient encroûtées de matières pierreuses. L'anneau de fer qui entourait la tige avait complètement disparu.

Nous n'avons cité que les faits principaux de cette observation, dont tous les détails sont intéressans. (Numéro d'octobre, p. 489 du journal dont le titre est cité plus haut.)

OBSERVATIONS SUR LA VERTU MALFAISANTE DE LA MOISISSURE DES ROSEAUX (ARUNDO DONAX).

Les faits suivans sont assez nombreux et assez remarquables pour mériter de fixer l'attention; ils nous offrent une nouvelle action spécifique, qui était restée jusqu'ici inconnue, et dont la connaissance ne peut être, qu'utile, lors même que cette action ne serait susceptible, comme nous le craignons dès ce moment, d'aucune application thérapeutique.

OBS. — La veuve Dijon, âgée de 39 ans, tempérament bilieux, nourrice depuis six mois, est employée, le 4 mars 1835, à ratisser des roseaux dont les feuilles s'étaient *moisies, mais séchées*. Pendant ce travail, qui dura près de quatre heures, elle fut surprise d'éternuer souvent et d'être fort altérée. Le soir de ce même jour, elle éprouva de la céphalalgie, puis elle fut prise successivement de larmoiement et de vives démangeaisons, avec picotemens sur toute la surface du corps, mais principalement à la face, à la partie supérieure du tronc, à la face interne des cuisses, aux parties sexuelles, puis une rougeur érysipélateuse s'étendit aux parties du corps déjà indiquées; cette éruption s'accompagna de pustules, remplies d'une sérosité roussâtre, qui se voyaient de préférence au pourtour des paupières, des lèvres, des ailes du nez, des mamelons, de la vulve. Il y eut difficulté d'uriner dès le premier jour de la maladie, mais bientôt la suppression fut complète. La voix, qui était devenue rauque, s'éteignit peu à peu. En même temps, les démangeaisons étaient très vives, le larmoiement était presque continuel; il s'écoulait des mucosités très abondantes par les narines; il y avait sputation fréquente de salive mousseuse, et parfois vomissement; des mucosités, des plaques blanchâtres, sillonnées de stries sanglantes, couvraient différens points de la bouche et de la gorge; la respiration était difficile, la toux quinteuse, et cependant la fièvre avait peu d'intensité.

Tous ces symptômes arrivèrent à leur développement complet dans l'espace de deux jours, puis ils diminuèrent successivement pendant les sept jours suivans; à la fin desquels ils avaient complètement disparu. L'éruption présenta dans sa marche les changemens qu'éprouvent habituellement les pustules, d'abord affaissement, puis dessèchement, et enfin desquamation du derme.

La médication à laquelle on eut recours avait été symptomatique et simple. Elle se borna à l'emploi de lotions émollientes, de gargarismes adoucissans, de tisanes de même nature, de la diète et d'un vésicatoire au bras.

Ce fait seul serait peu important, et pourrait être attribué à quelque idiosyncrasie, ou à quelque cause morbide autre que la moisissure des

roseaux; mais, en même temps que la femme Dijon était occupée à ratisser ses roseaux, elle avait auprès d'elle l'enfant qu'elle nourrissait, âgé de six mois, et un petit enfant, âgé de six ans, qui ne cessait de s'amuser sur ces mêmes roseaux; aussi fut-il atteint comme sa mère et éprouva-t-il les mêmes symptômes; ceux-ci furent même plus intenses : la muqueuse buccale était blanchâtre partout; la toux était convulsive et ressemblait au cri d'un jeune coq; il ne pouvait articuler aucune parole; le crachement de salive spumeuse était fort abondant; les nausées étaient plus fréquentes que chez sa mère; la verge était devenue trois fois plus grosse qu'à l'état ordinaire; il y avait phlegmasie, les urines étaient supprimées. Malgré tous ces symptômes, le pouls était presqu'à l'état normal. La maladie se termina heureusement, comme chez sa mère, le neuvième jour. L'enfant de six mois éprouva aussi quelques symptômes analogues : la figure devint rouge et enflée; les lèvres surtout devinrent très grosses; elle buvait beaucoup, urinait de même, mais il n'y eut aucun symptôme d'irritation aux parties sexuelles; la toux fut moins intense que chez le jeune garçon.

Dijon père, qui resta à peine une demi-heure dans la chambre où sa fille ratissait les roseaux, et qui descendit lui-même à l'écurie les feuilles et les débris du ratissage, fut pris bientôt après d'une céphalalgie très forte, avec éternuemens fréquens et picotemens dans les yeux. Un épistaxis, qu'il eut pendant la nuit, le soulagea beaucoup, et un second, qu'il eut le lendemain dans la journée, le guérit complètement. Deux personnes, le mari et la femme, qui voulurent continuer le travail de la femme Dijon, éprouvèrent les mêmes accidens que les précédens vers les fosses nasales, les parties sexuelles et la peau. Plusieurs autres personnes qui travaillaient à des roseaux de la même récolte que les précédens, et avariés comme eux, éprouvèrent des accidens tout-à-fait analogues. Une ânesse même, qui était à l'écurie, et dont on avait fait la litière avec les débris du ratissage de ces mêmes roseaux, fut aussi affectée de gonflement et de rougeur aux naseaux et aux parties sexuelles.

L'identité de cause et d'effet est ici évidente, et la seule question que l'on puisse s'adresser à cette occasion, c'est sur le mode d'action de cette cause. A-t-elle agi par le contact seul des matières irritantes, portées sur les parties accessibles à l'air; ou bien est-ce par intoxication à la suite de l'absorption? Nous pensons, avec l'auteur, que la cause a agi des deux manières à la fois.

Le docteur Trinquier, auteur d'un rapport sur ce mémoire, fait à la société de médecine pratique de Montpellier, indique un passage des Élémens de chimie de Chaptal; duquel il ressort qu'on aurait déjà observé des effets semblables produits par les mêmes causes. (T. III, p. 82, édit. de 1790.)

RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC, SURVENU APRÈS LA MORT; par M. BARRE; SUR UN SUJET MORT SUBITEMENT.

Un bon nombre de médecins persistent encore dans leurs anciennes croyances sur la nature constamment inflammatoire du ramollissement de l'estomac. Le fait suivant, communiqué à la société de médecine pratique de Montpellier, nous paraît propre à jeter quelque lumière sur ce point important, depuis si longtemps en discussion. Il rappelle les expériences faites, il y a quelques années, par M. Carswell, et nous paraît d'autant plus précieux que le médecin qui l'a recueilli ne l'a pas considéré sous le point de vue que nous signalons ici.

Obs. — Un individu phthisique, ayant encore ses forces, et dont la vie ne paraissait pas prochainement menacée, est mort subitement, après son dîner, mangé de bon appétit, en vomissant quelques gorgées de sang. L'ouverture du cadavre a montré une caverne au sommet du poumon gauche; le poumon droit n'offrait d'autre altération qu'un peu d'emphysème, qu'on retrouvait aussi dans l'autre poumon; l'estomac était distendu par du gaz, et contenait du sang, en partie caillé, en partie liquide, qu'on a évalué à 342 grammes environ; ce sang enveloppait les alimens, à demi digérés et reconnaissables encore, que le malade avait pris peu de temps auparavant. Au grand cul-de-sac de cet organe, la muqueuse était ramollie et d'un rouge violacé; ailleurs elle était pâle et sans injection.

L'état de santé du sujet, qui venait de faire un dîner copieux au moment où il fut frappé de mort subite, ne permet pas de croire qu'il fût atteint en ce moment d'une affection aiguë de la muqueuse gastrique, et il est bien évident que le ramollissement de cette membrane n'a pu s'opérer que sous l'influence des produits de la digestion commencée, et peut-être aussi du sang épanché, qui a au moins coloré par imbibition la matière ramollie. Ce cas est une expérience faite par la nature elle-même, dans les mêmes conditions et avec les mêmes résultats que les expériences du médecin anglais dont nous venons de parler.

HERNIE DE L'UTÉRUS PAR LE CANAL INGUINAL; OPÉRATION CÉSARIENNE; GUÉRISON DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT; par M. LEDESMA, de Salamanque.

Si, depuis quelques années surtout, les recueils périodiques renferment un grand nombre d'observations de gastrotomie pour vice de conformation du bassin, il n'en est point de même pour l'hystérotomie pratique pour une hernie de l'utérus. On en trouve bien, dans les auteurs, quelques exemples, mais en général manquant de détails aussi complets que le fait dont nous donnons une analyse. On verra que l'auteur avait désiré profiter de cette circonstance pour étudier le souffle placentaire produit, dans sa conviction, par la circulation de cet organe; mais malheureusement occupé par les soins de l'opération, il avait laissé cette étude à un confrère servant d'aide, qui oublia ce soin. Cela est à regretter, car c'était un cas bien propre à éclairer la nature de ce bruit, et rallier les différentes opinions qui ont cours dans la science sur les causes de sa production. Les détails de l'observation ne permettent pas de décider rigoureusement que la matrice déplacée s'était échappée à travers l'anneau inguinal. La chose est néanmoins assez probable. Le volume de la hernie inguinale existant avant l'hystérocèle n'est point noté, et c'est un oubli, car l'hystérocèle s'étant faite à trois mois de grossesse, il faut nécessairement, pour admettre qu'elle était inguinale, une grande dilatation de l'anneau inguinal interne. Les signes de la tumeur herniaire ne sont point assez précis pour lever tous les doutes à cet égard. Dans les autres cas d'hystérocèle, l'opération césarienne fut rarement pratiquée; mais cette opération est nécessaire quand la hernie est irréductible, et on conçoit qu'ici il en devait être ainsi, l'utérus ayant pris, hors de l'abdomen, tout le développement qui sépare le neuvième mois du troisième.

Obs.—Le 26 janvier 1839, la nommée Ramus, âgée de 24 ans, de bonne constitution, ayant eu six enfans, portait, depuis quelque temps avant son mariage une entérocèle inguinale à droite. A une septième grossesse, avancée de trois mois, elle était debout et s'approchait de quelqu'un, quand elle sentit tout d'un coup un tiraillement incommode du côté gauche du bas-ventre. La tumeur qu'elle observait déjà dans ce dernier disparut, et elle rendit du sang par le vagin. Sa main, portée à la hernie inguinale, rencontra quelque chose d'insolite, de dur, et douloureux à la pression : elle essaya souvent la réduction sans y parvenir. A sept semaines de là, elle y sentait des mouvemens manifestes. En bas et à droite de l'abdomen, tumeur descendant sur la cuisse de ce côté, distendant la grande lèvre droite, tombant sur le pubis, et allant même jusque sur la cuisse gauche, 22 pouces de largeur, 25 de circonférence au milieu, et 22 et demi à sa jonction avec l'abdomen. Elle était fluctuante, et en déplaçant le liquide, on sentait un corps dur qui paraissait mobile dans le liquide. Par le vagin, on ne trouvait point de col. A sept mois, le stéthoscope permettait d'explorer les bruits du cœur du fœtus et le souffle placentaire, qui étaient parfaitement distincts, à cause de la position superficielle de l'organe. M. Ledesma jugea par le souffle placentaire, que le placenta était inséré à gauche et un peu en avant; le bruit était clair et très circonscrit. Des essais de réduction furent inutiles. Le 6, elle éprouva les premières douleurs. Le 7, la poche des eaux se rompit, et celles-ci s'écoulent par le vagin. On essaya la réduction en vain. L'hystérotome fut pratiquée, avec soin de l'éloigner de la partie latérale gauche de la tumeur. L'incision de l'utérus donna une grande quantité de sang. La tête du fœtus était contre le col; le chirurgien saisit les pieds qui étaient au fond de la matrice et le retira fortement.

Le placenta était inséré à l'endroit prévu; on ne pensa point, comme nous l'avons déjà dit, à explorer directement le souffle, immédiatement après la sortie de l'enfant. Après que l'utérus fut dégorgé, on prescrivit un bain tiède qui provoqua des contractions utérines qui arrêtèrent tout écoulement de sang. On songea alors à la réduction de l'utérus; mais eu égard à un mouvement de torsion du col, elle fut jugée impossible, et on laissa l'organe à l'extérieur. (Fomentations, narcotiques et calmans; diète; pansement simple.)

Le 12 juillet, les lochies ont pris la route du vagin. Après quelques accidens légers en comparaison de la gravité de l'opération, la malade se rétablit. La plaie suppura plus d'un mois.

Le 13 juillet, les règles étaient revenues.

Le 11 août, le rétablissement est complet. La tumeur a considérablement diminué. L'enfant est aussi bien portant, mais il succomba quelque temps après.

OBSERVATIONS SUR LA VARIABILITÉ DU TRAITEMENT DES CALCULS VÉSICAUX; par M. FRANCK, agrégé de Montpellier.

L'Hôtel-Dieu de Montpellier est un grand théâtre chirurgical où les faits viennent facilement à l'appui des doctrines. La science possède un grand nombre de faits qui permettent d'établir d'une manière incontestable que la dureté des pierres était souvent un obstacle invincible pour la lithotritie. Dans le travail du docteur Franck il existe un fait analogue. L'auteur a eu pour but de prouver, par l'exposition de sept observations très remarquables et un sommaire de quatre autres, qu'il ne pouvait point adopter une règle générale de conduite dans le traitement des calculeux. Aux uns la lithotritie, à ceux-ci la taille, avec ses différentes variétés réclamées par des indications particulières. Nous ne croyons pas que ces

préceptes soient nouveaux. Rien de mieux que de les écrire et de les appuyer par de bonnes observations comme le fait M. Franck. Parmi les sept observations détaillées que contient son travail, il en est quatre où la lithotritie a délivré les malades assez heureusement. Le plus jeune de ces malades avait 24 ans et le plus âgé 72 ans. Les séances furent au moins au nombre de quatre et de cinq au plus. L'opération a toujours été douloureuse chez deux malades; l'un d'eux fut guéri en dix jours. Le plus jeune de ces sujets ne souffrit presque pas des manœuvres. Chez les deux autres, des fragmens de calcul s'arrêtent à plusieurs reprises dans l'urètre, causent les accidens ordinaires; mais peuvent cependant en sortir sans le secours des instrumens. Le plus vieux de ces malades fut celui qui fut le plus éprouvé par l'opération. Des fragmens de calcul dans l'urètre, cystite, orchite aiguë, retardèrent sa guérison, au point qu'il fallut huit mois pour le débarrasser complètement de sa pierre.

Nous avons eu depuis quelque temps des cas assez nombreux de calculs d'une telle densité que les instrumens lithotriteur restaient impuissans contre eux. M. Franck en donne une nouvelle observation.

Obs. — C'est celle du nommé Bosc, âgé de 22 ans, offrant depuis sa plus tendre enfance les signes rationnels de la pierre. Il entra, le 8 janvier 1840, à l'hôpital Saint-Eloi, où M. Lallemand reconnut un calcul volumineux de 6 centimètres dans son plus grand diamètre et fort dur en même temps. Sa vessie ne pouvait contenir que très peu d'urine. Un médecin avait fait déjà cinq tentatives inutiles de broiement. M. Lallemand essaya encore la même opération, mais le calcul sain ne put être écrasé.

Le 13 janvier, la taille fut pratiquée par le procédé bilatéral choisi à cause du volume du calcul. M. Lallemand modifia néanmoins le procédé opératoire : l'incision cutanée au lieu d'aller en demi-lune devant l'anus portait seulement sur le raphé. L'incision en demi-lune fut réservée pour l'incision du col de la vessie et de la prostate. L'extraction de la pierre offrit quelques difficultés, et parce que la vessie très étroite l'embrassait exactement, et parce qu'il fut à plusieurs reprises arrêté à travers l'épaisseur du périnée par des brides que le bistouri boutonné dut détruire. L'artère bulbeuse fut ouverte, et son hémorragie arrêtée avec le nitrate d'argent. Malgré un extrême abattement, auquel le malade fut en proie pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, il se rétablit assez promptement et quitta l'hôpital parfaitement guéri le 29 février. Le calcul était d'oxalate de chaux au centre, et à la périphérie il ne fut point analysé.

Nous ne connaissons point les motifs qui ont engagé M. Lallemand à modifier le procédé opératoire de la taille bilatérale; ils ne me paraissent pas tenir à des circonstances propres au malade; mais plutôt à une méthode arrêtée. Or en pareil cas, nous n'en voyons pas les avantages, et avec tout le respect que nous professons pour ce chirurgien célèbre, nous dirons que nous la croyons mauvaise. Les incisions dans le périnée sont faites suivant des directions mûrement calculées par les anatomistes pour éviter les organes ou les canaux sanguins qui occupent cet étroit espace. Dans la taille bilatérale, on a cherché à combiner deux incisions symétriques en rapport avec la symétrie du triangle. L'incision de M. Lallemand, faite comme le faisait frère Jacques, sur le raphé ne put atteindre les dimensions de l'incision ordinaire qu'en blessant presque nécessairement le bulbe, l'artère bulbeuse en haut et en bas le rectum. C'est précisément parce que M. Lallemand connaît mieux que personne tous les dangers que nous sommes étonnés de ne pas le voir appuyer une dérogation aux principes qui régissent cette matière par des raisons chirurgicales.

Chez un autre malade, dont l'histoire fait la troisième observation du mémoire de M. Franck, la lithotritie ne put être appliquée, parce que après l'agrandissement du méat urinaire et d'un premier rétrécissement très voisin, M. Lallemand en rencontra un autre au niveau de la première courbure urétrale. Il se décida dès lors à l'opération de la taille, se réservant après de traiter la coarctation.

La septième de ces observations, portant le n° 3, est assez curieuse pour être rapportée dans tous ses détails. Elle montre combien quelquefois les plus graves accidens, les plus graves opérations réussissent avec la plus merveilleuse facilité. C'est une de ces cures auxquelles l'air des hôpitaux de Paris ne nous habitue point.

Obs. — Carle, âgé de 26 ans, tailleur, entra, le 2 mars 1839, à Saint-Eloi, pour un calcul vésical, dont il avait les signes rationnels depuis plusieurs années. Un de ses frères avait été opéré pour la même maladie à l'âge de 2 ans.

Le 3 mars, on fait une séance de lithotritie, dans laquelle, à quatre reprises, un calcul de 6 centimètres dans un de ses diamètres fut saisi et broyé avec facilité. Le malade accuse beaucoup de douleur.

Le 9 mars, nouvelle séance, à la suite de laquelle des fragmens assez volumineux s'échappent.

Le 15, un des fragmens s'arrêta à la courbure de l'urètre et ne put être ni repoussé ni retiré. La sonde arrivait dans la vessie passant entre le fragment et la paroi urétrale. Ainsi placé, ce fragment empêchait l'entrée du lithotriteur et la sortie des autres portions du calcul qui s'accumulaient derrière lui; M. Lallemand se décida alors à pratiquer immédiatement la taille latérale, qui permit d'extraire les débris du calcul pesant en tout 150 grammes au moins, et le noyau principal encore situé dans la vessie. La plaie saignant beaucoup est cautérisée avec le fer rouge qui arrête toute hémorragie.

Du 15 mars au 15 avril, la plaie quoique rétrécie fournissait encore toutes les urines. On constata alors un rétrécissement tellement étroit au point où le calcul s'était autrefois arrêté, que les plus petites bougies ne pouvaient y passer.

Le 9 mai, M. Lallemand ne pouvant par aucun moyen pénétrer dans le rétrécissement se décida à inciser l'urètre au niveau de son oblitération et à pratiquer l'urétroplastie.

Le 28 mai, la cicatrisation était presque parfaite; il restait cependant une petite fistule, dont le malade impatient ne voulut pas attendre la guérison.

VI. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE; OBSTRUCTION FILAMENTEUSE D'UNE PARTIE DES TRONCS FÉMORO PELVIENS; CIRCULATION VEINEUSE SUPPLÉMENTAIRE; par le docteur GELY.

Nous allons analyser avec détails cette observation qui offre un exemple d'une altération assez commune, mais qui est rarement aussi prononcée qu'elle le fut chez le sujet de celle-ci, et qui, en outre, est remarquable sous plusieurs autres points de vue que nous signalerons plus tard, mais surtout par la clarté et la forme avec lesquelles l'auteur a relevé les points les plus importans.

Obs. — Gérard, ancien marin, 48 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, offrait à la partie antérieure des cuisses et du tronc de nombreux replis variqueux, plus saillans sur le côté droit de l'abdomen que partout ailleurs, et souvent compliqués d'excoriations et d'œdème aux jambes. Cette altération empêchait le malade de se livrer habituellement à aucun travail actif.

Cette affection remontait à l'hiver de 1823, pendant lequel Gérard eut, à bord d'un bâtiment de l'état, les deux jambes gelées et très enflées. C'est alors que se montrèrent les varices des membres inférieurs; traité à l'hôpital de Rochefort, il parvint cependant à se rétablir, et son temps de service étant achevé il revint dans sa famille.

Embarqué de nouveau à bord d'un bâtiment négrier, il contracta une de ces affections cutanées si communes chez les esclaves nègres et fut retenu très longtemps sur le lit, par suite d'ulcérations et d'abcès qui se formèrent aux membres inférieurs. Pendant ce temps les varices ne cessèrent d'augmenter de volume, et depuis cinq ou six ans Gérard était réduit à l'état que nous venons d'indiquer.

A la fin de l'hiver 1838 il entra à l'Hôtel-Dieu de Nantes avec les symptômes suivans : abattement, oppression, fièvre, anasarque compliquée d'ascite. Ces phénomènes s'aggravent rapidement, et le malade meurt au bout de quelques semaines, avec les symptômes d'une affection du centre circulatoire.

Autopsie. Les tumeurs variqueuses se sont en grande partie affaissées après la mort; le tissu cellulaire qui les entoure est condensé, granuleux; partout ailleurs il est infiltré de sérosité.

Les veines superficielles des membres inférieurs se présentent sous la forme de gros cordons repliés un si grand nombre de fois sur eux-mêmes qu'on ne peut les comparer qu'à l'origine du canal déférent. Cette masse qui avait augmenté à mesure qu'elle s'approchait de l'arcade crurale, après avoir passé au-dessus d'elle pour se continuer sur l'abdomen, va en diminuant de volume à mesure qu'elle se rapproche des fausses côtes. Le cordon variqueux ainsi formé est sensiblement plus gros et plus flexueux à droite qu'à gauche; il représente les veines tégumenteuses abdominales, et va s'anastomoser de chaque côté avec une grosse branche mammaire externe, née de l'axillaire, plus volumineuse encore et plus flexueuse à droite qu'à gauche.

La veine épigastrique du côté droit est plus étroite qu'à l'état normal, tandis que celle du côté gauche est énormément dilatée; près de l'aîne son volume égale celui du petit doigt; elle diminue environ d'un tiers en remontant vers l'ombilic pour pénétrer dans le ligament suspenseur du foie; elle y suit exactement le trajet de la veine ombilicale et s'ouvre dans le sinus de la veine porte réduite au volume d'une plume à écrire.

Les veines fémorales, iliaque externe, interne, et primitive du côté droit, sont rétrécies dans toute leur étendue, embarrassées par une multitude de filamens, de brides, qui lui donnent l'apparence de certains sinus cérébraux, et réduisent la colonne muqueuse, qui peut encore traverser le calibre de la veine, au dixième environ de celle de l'autre côté. Ces brides deviennent de plus en plus nombreuses, à mesure que l'on se rapproche davantage de la veine-cave, dans laquelle ces brides sont encore plus nombreuses, et même à 6 ou 8 millimètres des veines émulgentes, elles l'obstruent tellement qu'elle se trouve changée en un cordon dur fibro-cartilagineux, qui disparaît à la hauteur des émulgentes, où la veine-cave se trouve libre de nouveau, mais rétrécie. A partir de ce point, elle reprend peu à peu son calibre, qu'elle a recouvré entièrement à l'oreillette.

Les veines testiculaires sont assez volumineuses. La droite reçoit, près de la symphyse sacro-iliaque, une branche intra-pelvienne; après quoi elle triple de volume jusqu'à son embouchure dans la rénale. La gauche, également très volumineuse, s'insère dans la veine-cave immédiatement au-dessus de la rénale. On n'a pu constater si elle recevait, comme la droite, quelque branche pelvienne.

Les deux rénales sont très volumineuses; on voit à droite une *branche anormale* extrêmement flexueuse, qui s'ouvre dans la veine-cave, au-dessous de la rénale, et se continue en bas avec la veine satellite du nerf crural, fort dilatée, qui semble chargée de la circulation profonde de la cuisse et envoyait en dedans une branche profonde au plexus veineux lombo-vertébral, et par conséquent

dans le système des veines azygos. Cette branche pénètre dans le rachis par un des trous de conjugaison.

Les veines diaphragmatiques, lombaires, intercostales, azygos et demi-azygos paraissent plus volumineuses que de coutume; l'azygos a la grosseur du petit doigt.

La veine-porte est très large; son sinus paraît notablement dilaté; elle est saine et libre; les veines hépatiques sont aussi volumineuses.

Le cœur est évidemment hyperirophié, avec dilatation de toutes les cavités. Concrétions osseuses dans le tissu de l'aorte et autour des orifices aortiques et ventriculaires. Le foie est volumineux, gorgé de sang noir qui en ruisselle à chaque incision. La vésicule est pleine d'une bile épaisse et poisseuse. La cavité abdominale contient deux pintes de sérosite citrine. Le sang est partout noir et fluide, excepté dans le plus grand nombre des circonvolutions des veines superficielles, où il est à l'état de coagulation noirâtre, très ferme, formé de feuillets excentriques, analogues à ceux des anévrismes, et sans traces de ramollissement au centre.

Il est bien important de reconnaître les voies que la nature avait ménagées chez ce sujet pour suppléer à la circulation de la veine-cave, qui était complètement interrompue vers sa partie moyenne. Ces voies étaient disposées sur deux plans différens : l'un superficiel, l'autre profond, et n'étaient pas les mêmes des deux côtés. A droite, le liquide, ramené par la circulation veineuse superficielle, passait par les tégumenteuses et par les mammaires externes dans l'axillaire, et de là dans la veine-cave supérieure, et l'appareil veineux profond se vidait par la veine du nerf saphène dans la veine-cave inférieure et dans le plexus veineux lombo-vertébral. A gauche, le sang, de retour des parties superficielles, suivait la même route que du côté opposé, tandis que celui qui venait des parties profondes était versé dans l'épigastrique, et de là dans le sinus de la veine-porte, par la veine ombilicale. Cette portion du sang veineux était donc portée au foie et ne rentrait dans la circulation générale, par les veines hépatiques, qu'après avoir parcouru le même trajet que suit le sang veineux abdominal.

L'ouverture de l'une des veines épigastriques dans la veine ombilicale, et la dilatation énorme de la veine qui côtoyait le nerf crural s'ouvrant dans la veine cave inférieure, sont deux anomalies qui distinguent particulièrement cette observation.

Quant à la cause qui a produit cette grave altération de la veine-cave, elle est restée tout à fait inconnue; cependant, comme la maladie a commencé à peu près vers l'époque où les deux pieds furent congelés, il semble probable qu'elle fut une suite de cet accident; mais comment la congélation des pieds a-t-elle pu amener une maladie aussi grave? C'est ce qu'il est impossible de déterminer avec exactitude.

ULCÉRATION PERFORANTE DE LA VALVULE MITRALE; par EUG. BONAMY, D. M.

L'insuffisance des valvules à peine étudiées sous le point de vue de l'anatomie pathologique et du diagnostic laisse encore beaucoup à désirer sous ces rapports et surtout sous celui des causes qui les produisent. L'exemple suivant de cette altération sera, nous pensons, parcouru avec intérêt.

OBS. — Denian, garçon d'écurie, âgé de 24 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1839, se plaignant d'être sujet depuis plusieurs années à contracter pendant l'hiver des catarrhes pulmonaires. Il est adonné à l'ivrognerie qui paraît avoir été la cause de toutes ses indispositions antérieures. La toux était devenue continue depuis le mois de janvier, et le malade eaut eu à diverses reprises quelques accès de fièvre intermittente. La figure est pâle, bouffie, et l'abdomen contient une assez grande quantité de sérosité. Le pouls est lent, la toux fréquente, les crachats sont fort abondans, analogues à une solution de gomme. Son mat fort peu étendu à la région du cœur, impulsion moyenne, bruits normaux secs, sans bruits pathologiques; point de sueurs ni de diarrhée; forte dyspnée, allant quelquefois jusqu'à l'orthopnée; infiltration séreuse générale; disposition du malade au mécontentement.

Très peu de temps après l'entrée du malade, on reconnaît une irrégularité marquée dans les battemens du cœur et du pouls. Trois pulsations assez vives sont ordinairement suivies d'une intermittence évidente. Cet état persiste pendant plusieurs mois sans autre changement qu'une augmentation de l'infiltration et de l'ascite, qui, après avoir résisté aux moyens les plus énergiques, disparurent presque complètement lorsqu'on avait cessé tout traitement, à la suite d'une diurèse des plus abondantes; ces deux symptômes reparurent au bout de quelques jours et persistèrent jusqu'à la mort qui arriva le 29 octobre 1839.

AUTOPSIE. Le cœur est petit, bien que ses parois aient leur épaisseur normale. Les cavités droites contiennent du sang noir semi-fluide. Le ventricule gauche ne renferme qu'un très petit caillot fibrineux; l'oreillette gauche, au contraire, est remplie par un très gros caillot, dont l'extrémité inférieure est adhérente à la partie supérieure de la valvule mitrale. Cette adhérence étant rompue, laisse à nu une perforation de la valvule dans le point où celle-ci recouvre l'origine de l'aorte. Cette perforation, à peu près ronde, a 7 millimètres de diamètre; les bords renversés du côté de l'oreillette sont couverts de petites excroissances analogues aux végétations vénériennes. La position de cette ouverture et le renversement de ses bords du côté de l'oreillette indiquent qu'elle devait laisser rentrer dans l'oreillette le sang du ventricule. Le caillot qui adhérait solidement au pourtour de cette ulcération perforante présentait une surface chagrinée, formée par de la fibrine granuleuse, panachée de gris et de rose, assez semblables à certains ulcères à fond grisâtre.

ESSAI SUR QUELQUES RAPPROCHEMENS A FAIRE ENTRE LE DIABÈTE SUCRÉ ET LA PHTHISIE TUBERCULEUSE; par le docteur BONAMY.

OBSERVATIONS DE DIABÈTE SUCRÉ, TRAITÉ PAR LA MÉTHODE DE M. BOUCHARDAT; par M. MARION DE PROCÉ.

Dans le premier de ces deux mémoires, l'auteur, s'appuyant, d'une part, sur la théorie par laquelle M. Bouchardat explique la formation du sucre dans le diabète, de l'autre sur la théorie que M. Roche a avancée sur le développement de la phthisie tuberculeuse, qu'il attribue, comme on sait, à une alimentation insuffisante et composée trop exclusivement de farineux, puis sur une foule d'autres faits, cherche à établir entre ces deux affections une série d'analogies sous le rapport des causes, de la composition du sang, des lésions fonctionnelles et organiques, dont la connaissance peut être utile dans l'étude de ces deux maladies, et qu'il nous suffit d'avoir indiquées ici sommairement.

Nous trouvons dans le second deux observations de diabète, traité d'après la théorie de M. Bouchardat. La rareté des cas de guérison de cette affection nous détermine à présenter une courte analyse de ces deux observations.

OBS. — M. X., 48 ans, bonne constitution, est atteint, au commencement de février 1839, sous l'influence d'un chagrin prolongé, d'un diabète qui, en moins de vingt jours, acquit un haut degré d'intensité. M. X. resta encore onze jours dans cet état avant de consulter M. Marion, et alors il est très amaigri, très affaibli, et ne peut monter, sans une fatigue extrême, une rue en pente ou un escalier. Sa langue est sèche; soif inextinguible, que douze pintes de liquide par jour ne peuvent étancher. Sa peau est sèche et comme écailleuse. Le volume des urines excédait chaque jour de deux pintes celui des boissons; elles étaient décolorées, écumeuses et d'une saveur sucrée bien manifeste. On lui prescrit abstinence complète d'alimens féculeux, bains de vapeur ou d'eau chaude, de courte durée, frictions sèches sur la peau, exercice, boissons peu abondantes.

M. X. suivit exactement le régime suivant pendant six mois consécutifs :

Le matin il mangeait trois œufs à la coque, un pigeon et un beefteck, et prenait un peu de café; à dix heures, il mangeait une tranche d'aloyau; à dîner, il prenait un bol de fort bouillon, un poulet entier ou un canard, avec un peu d'épinards au jus ou de chicorée; à souper, trois œufs à la coque et un peu de viande froide. Pendant longtemps, il ne but qu'un demi-verre d'eau et de vin à chaque repas; il doubla ensuite, tripla et même quatrupla cette quantité de liquide sans inconvénient manifeste.

Sous l'influence de ce régime, qui détermina un appétit très vif, mais aussi une constipation opiniâtre, la santé de M. X. s'améliora rapidement. Au bout d'un mois de traitement, il ne conservait plus de tous les symptômes énumérés ci-dessus que l'amaigrissement et une assez grande faiblesse musculaire, et n'eût même recouvré ses forces et son embonpoint ordinaire qu'au bout de quatre mois de ce régime, qui fut continué deux mois encore après la guérison; il ne fut cessé que très graduellement. Aujourd'hui, dit M. Marion, il y a trois mois et plus que M. X. vit comme il vivait avant de tomber malade et sans que sa convalescence se soit un seul instant démentie.

La deuxième observation diffère peu de la précédente. Le sujet était une dame âgée de 55 ans, qui, à la suite de vifs chagrins, fut prise de tous les symptômes propres au diabète, et qui guérit sous l'influence du régime animal; mais, au bout de quelques mois, elle eut une rechute, qui guérit encore par le même moyen, vers l'automne de 1839. La guérison est-elle définitive? C'est ce que le temps apprendra. Mais cette dame ne s'est jamais astreinte, nous dit l'auteur, à un régime aussi sévère que celui du sujet de l'observation précédente.

VII. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

DE LA DOTHINENTÉRIE CHEZ LES ENFANS NOUVEAU-NÉS; OBSERVATION DE DOTHINENTÉRIE CONGÉNIALE; par M. le docteur CHARESLAY.

Il y a quelques années, la dothinentérie ou fièvre typhoïde paraissait frapper presque exclusivement les adultes; depuis quelque temps, on a beaucoup parlé de la dothinentérie chez les enfans, même chez les très jeunes enfans. Voici maintenant une observation de dothinentérie congéniale. Nous ne savons si des observations analogues ont été déjà publiées; aussi allons-nous présenter une analyse de celle-ci, sans cependant garantir l'exactitude du diagnostic; car, à voir aujourd'hui le nombre de fièvres typhoïdes qu'on observe dans tous les âges et dans toutes les circonstances, on ne peut s'empêcher de se rappeler qu'il y a quelques années c'é-

tait le tour d'une autre affection. Alors, on observait partout des gastrites, tandis que cette maladie est aujourd'hui extrêmement rare. En sera-t-il de même dans quelques années de la fièvre typhoïde? Nous ne le pensons pas, parce qu'il y a maintenant un certain nombre de faits bien observés que rien ne peut faire oublier. Mais nous pensons qu'on donne aujourd'hui trop d'extension à la fièvre typhoïde, ou qu'au moins on ne décrit pas avec toute l'attention désirable les caractères des cas que l'on regarde comme lui appartenant. Quelques réflexions que nous présenterons à la suite de l'observation suivante expliqueront notre pensée.

Obs. — Sabas, né à Tours, le 26 mars 1840, à six heures du soir, est assez fort, mais très rouge; sa respiration est difficile, courte, nasale. (Eau sucrée.)

27, 28, 29. La rougeur est de moins en moins prononcée; pas de cris; engourdissement; amaigrissement.

30 et 31. Anémie; ni vomissement, ni diarrhée.

3 avril. Agonie; mort à six heures.

Autopsie. Le cerveau et les poumons sont à l'état normal. Il n'y a point de taches sur l'abdomen; la rate est ferme et de bonne consistance; les intestins sont très rouges à l'extérieur, ainsi que le péritoine. Toute la muqueuse gastro-intestinale offre une vive rougeur. L'estomac est très dilaté et très phlogosé. Les plaques de Peyer et les glandes de Brunner sont altérées dans l'étendue de 3 pieds au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Les supérieures, au nombre de quatre à cinq sont très tuméfiées. D'autres, près de la valvule, sont ulcérées assez largement. Les bords de ces ulcérations sont roulés sur eux-mêmes, et l'on voit au milieu de celles-ci des bourbillons jaunâtres, colorés par la bile et en partie flottans sur le tissu sous-jacent. Le gros intestin ne présente rien de remarquable. Le mésentère est très rouge et les ganglions mésentériques sont très tuméfiés et violacés, mais non à l'état de suppuration.

Bien que cette observation ait été rédigée avec soin, elle laisse cependant à désirer quelque chose pour qu'on y reconnaisse avec certitude une véritable dothinentérie. Ainsi, il ne suffisait pas de dire que les plaques de Peyer étaient tuméfiées. On aurait dû faire connaître le mode, ou plutôt la cause de cette tuméfaction chez les sujets adultes atteints de fièvre typhoïde, et chez lesquels on doit prendre le type de cette altération. Elle dépend d'une production anormale au-dessous de la muqueuse, qui recouvre les plaques de Peyer, d'une épaisseur variable, mais dont la consistance et la couleur varient rarement. Cette production ne tarde pas à agir à la manière d'un corps étranger, et amène promptement l'ulcération de la muqueuse, à peu près comme le font les tubercules dans le poumon. Si, au contraire, l'altération consiste en un simple gonflement de la muqueuse, soit du tissu sous-muqueux, sans interposition d'une nouvelle matière, ce n'est plus l'altération propre à la fièvre typhoïde. Nous pourrions présenter les mêmes réflexions à l'occasion de la deuxième observation, dont le sujet aurait succombé au quinzième jour de la vie et au huitième de la maladie, tandis que chez celui de l'observation précédente, il semblerait que la maladie aurait commencé dans le sein de la mère, ce qui en fait un cas fort remarquable.

VIII. ANNALES DE LA MÉDECINE D'ANVERS.

Considérations sur la médication émétique; traitement du croup par les vomitifs coup sur coup; par le docteur Jourdain, de Binch.

La médication dont il est question dans ce travail est plus nouvelle de nom que de réalité. Cependant, comme la formule adoptée par l'auteur diffère un peu de celle qui est généralement employée; comme, en outre, le préjugé contre l'emploi des vomitifs est loin d'avoir encore disparu parmi nous, nous allons faire connaître en quelques mots cette formule, et analyser une observation où elle a été employée, après avoir toutefois émis quelques doutes sur la réalité de l'existence du croup dans ce cas. L'auteur donne le nom de *vomitifs coup sur coup* aux vomitifs répétés de douze en douze heures. Souvent, après un premier résultat, les symptômes disparaissent, mais cette rémission n'est point de longue durée; il ne faut jamais, selon lui, hésiter à prescrire un second vomitif et même un troisième, de douze en douze heures. Il est rarement nécessaire d'aller au-delà. Mais la marche rapide de la maladie oblige quelquefois à administrer les vomitifs à des intervalles encore plus rapprochés. L'auteur assure que depuis qu'il a adopté la formule des vomitifs coup sur coup, il n'a pas perdu un seul malade, et que, dans tous les cas, il a vu le croup céder beaucoup plus facilement qu'une simple bronchite; mais il va sans dire que la maladie doit être attaquée dès son début.

Obs. — Un petit garçon, âgé de 3 ans, d'une bonne constitution, refuse les alimens dans la matinée du 10 avril 1839, en proie à du malaise et de l'accablement. Ses yeux sont rouges et larmoyans. Il porte ses mains au cou et y accuse de la douleur; état fébrile. La toux croupale se fait entendre et revient par quintes pénibles et rapprochées. L'enfant prendra en trois prises (à midi):

Prenez: Tartre stibié...... 25 milligrammes (demi-grain).
Lait d'amande...... 64 grammes.

L'enfant a vomi cinq fois; la fièvre a diminué, la gaîté est revenue, mais la toux et la voix croupale persistent. A onze heures du soir, réveil en sursaut, violent accès; agitation; l'enfant prendra immédiatement et en une seule prise:

Prenez: Tartre stibié........ 25 milligrammes.
Eau commune........ 32 grammes.

Après sept vomissemens, l'enfant, fatigué, s'endort vers trois heures et ne s'éveille qu'à dix heures du matin, dans un état très satisfaisant. Il ne reste qu'une toux catarrhale et l'appétit est vivement prononcé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

A l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance d'un ouvrage ayant pour titre: Essais de Zoologie générale, ouvrage dont nous avons extrait quelques passages, M. Geoffroy-Saint-Hilaire fait remarquer que ces sortes d'études occupent aujourd'hui beaucoup de naturalistes, tandis qu'autrefois c'était à la description et à la caractérisation des espèces que leurs efforts étaient principalement consacrés. Par leur généralité, ces sortes de questions sont de nature à plaire à des hommes habitués à considérer de haut des questions, à la vérité très différentes, et qui, certainement, auraient été détournés de l'étude de l'histoire naturelle par la sécheresse des détails dans lesquels certaines personnes voulaient faire consister la science tout entière. Si la zoologie générale, ajoute M. Geoffroy, peut devenir une étude agréable pour les personnes qui s'attachent surtout à la connaissance de l'homme moral et intellectuel, elle est nécessaire, indispensable pour celui qui poursuit la connaissance de l'homme physique.

Nouveaux fours pour la cuisson du pain à bord des batimens.

M. Pironneau adresse la description et la figure de ce four, qui se chauffe avec le charbon de terre, et y joint un procès-verbal des expériences qu'on a faites à bord de la frégate la *Galathée*; pour constater ses avantages sur les anciens fours. La première chose à constater était la qualité du pain; elle a été trouvée excellente. La dépense pour le combustible paraît être sensiblement la même, et jusque-là il n'y a point d'avantage; mais la houille n'occupe guère que le sixième de l'espace qu'occuperait le bois nécessaire pour la chauffe, ce qui est déjà très important; de plus on n'a point à craindre l'incendie comme avec le chauffage au bois, qui nécessitait la porte longtemps ouverte, tandis qu'avec la houille on la tient toujours fermée. Enfin, souvent la bâtisse était endommagée par la jetée brusque des pièces de bois dans le feu, ce qui ne saurait arriver avec le charbon de terre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Correspondance.

Le procès-verbal est adopté sans réclamation. M. le ministre de l'intérieur écrit à l'académie pour lui demander l'examen des pains ferrugineux auxquels leur inventeur a fait subir des modifications. M. le secrétaire rappelle que déjà l'Académie s'est prononcé sur ce médicament qui a été l'objet d'un rapport de M. Piorry.

Un mémoire sur les eaux minérales de Bourbon-L'Archambault est renvoyé à une commission.

M. Orfila adresse un paquet cacheté qui est déposé aux archives.

M. le président invite les commissions chargées de l'examen des travaux envoyés pour les prix à hâter leur rapport pour la séance annuelle.

Poil trouvé dans l'œil, par M. Pamard, chirurgien de l'hôpital d'Avignon. (Rapport de M. Velpeau.)

Un homme adulte des environs d'Avignon vint, en 1830, consulter M. Pamard. Il avait cru s'apercevoir en se regardant au miroir que son œil contenait un poil. Plusieurs chirurgiens auxquels il s'adressa firent la même remarque. M. Pamard constata dans la chambre antérieure la présence d'un corps rond de la surface duquel s'élevait un véritable poil. Il proposa au malade, et fit l'extraction de ce corps étranger par une incision de la cornée. La petite masse globuleuse renfermée dans la chambre antérieure contenait à son intérieur un petit fragment de silex enveloppé de lymphe plastique; un véritable poil s'échappait de cette couche dans laquelle il était implanté.

M. Pamard, dit M. le rapporteur, a cherché à expliquer par des hypothèses ingénieuses la présence et la formation de ce poil. Quant à nous, nous croyons que ce n'était autre chose qu'un cil emporté par le fragment de silex dans l'œil, à travers la cornée déchirée et cicatrisée. Un journal allemand a cité en 1839 un fait à peu près semblable. Les chirurgiens savent bien que des grains de plomb, et d'autres corps d'un petit volume peuvent s'introduire aussi dans l'œil, et y sé-

journer longtemps. Nous proposons l'insertion de l'observation de M. Pamard, membre correspondant, dans votre bulletin. Adopté.

OBSERVATION DE FONGUS HÉMATODE DE L'AVANT-BRAS SUR UNE PETITE FILLE DE NEUF MOIS; LIGATURE DE L'HUMÉRALE; PAR M. RUFZ (DE LA MARTINIQUE). (RAPPORT DE M. VELPEAU.)

La jeune enfant qui fait le sujet de cette observation portait depuis sa naissance une tumeur pyriforme, qui de l'os pisiforme s'étendait jusqu'au coude; elle longeait le cubitus, était assez mobile, rénitente sans fluctuation, d'un bleu violacé, exemple de battemens. A sa surface rampaient sous la peau distendue des veines bleuâtres. La compression de l'artère humérale rendait la tumeur un peu plus molle. L'amputation fut proposée par le chirurgien et refusée par la mère. M. Rufz crut devoir alors tenter la ligature de l'artère humérale. Cette opération fut suivie de gangrène d'une partie de la tumeur, d'une abondante suppuration et de dévoiement. La petite malade succomba. L'autopsie démontre que le calibre de l'artère n'avait point été interrompu par la ligature quoiqu'elle eût été enlevée avec son nœud encore entier. Le restant de la tumeur formait une masse homogène, jaunâtre, ne contenant de vaisseaux que dans ses points de contact avec les parties voisines. M. Velpeau signale dans cette observation les particularités suivantes :

1° Le défaut de solution de continuité dans l'artère. C'est un phénomène que l'honorable rapporteur a déjà observé quelquefois, et dont le travail qui suit les ligatures rend parfaitement compte. La présence d'un fil détermine la sécrétion d'un anneau plastique qui l'entoure, et qui après l'expulsion du lien s'organise en tissu cellulaire à travers lequel le sang continue à passer, après avoir détruit l'obstacle formé par la rupture des membranes.

2° La nature de la tumeur décrite par M. Rufz, qui, malgré tout le soin que ce médecin a mis à la décrire, ne peut cependant être exactement classée parmi les variétés de tissus cancéreux admis aujourd'hui dans la science; il existe d'ailleurs une grande lacune dans les classifications anatomo-pathologiques de ces tumeurs. Il en est un grand nombre qui s'éloignent entièrement de celles décrites par les auteurs. Ceci peut se dire autant des tumeurs cancéreuses que des tumeurs nommées érectiles. Aux trois variétés admises pour ces dernières, on pourrait bien en ajouter une quatrième que j'ai rencontrée plusieurs fois et que je crois formée par des dégénérescences de sang épanché ou infiltré dans les tissus, théâtres de ces épanchemens. Il est bon de savoir que les caractères de ces maladies diffèrent suivant l'époque à laquelle on les étudie avant, pendant et après les ligatures; elles subissent d'importantes modifications. Ce sera désormais une nécessité de donner à toutes ces variétés pathologiques une description exacte qui permette de les distinguer et de les classer méthodiquement. Nous vous proposons de remercier M. Rufz de sa communication et d'envoyer son observation au comité de publication.

M. GERDY : Malgré le nouveau genre que M. Velpeau ajoute à la classe des tumeurs cancéreuses, il faut avouer que les dégénérescences des organes sont infiniment plus nombreuses. A mon avis, les caractères assignés par M. Velpeau à la tumeur observée par M. Rufz ne sont point assez précis pour lui donner un rang parmi les variétés de tumeurs cancéreuses. Il est un point de l'histoire de ces tumeurs qui me paraît intéressant et qui leur est applicable à toutes. Elles offrent dans leur marche des périodes bien distinctes : l'une que je nommerai volontiers *période d'innocence*, alors elles sont une maladie locale; l'autre amène dans leur masse l'inflammation, la suppuration, l'hémorragie, le ramollissement, l'ulcération, et toutes les désastreuses conséquences de ces états morbides.

M. VELPEAU : Je n'ai pu donner avec la tumeur décrite dans mon rapport que les caractères que lui a reconnus M. Rufz lui-même. Si cette description est incapable de lui assigner son véritable rang pathologique, ce n'est point à mon inexactitude qu'on peut s'en prendre, ni même peut-être à celle de l'auteur de l'observation.

M. GERDY pense que M. le rapporteur aurait dû signaler quelques inexactitudes dans l'observation de M. Rufz; ainsi ce dernier intitule son observation : fongus hématode, et cependant quand il coupa la tumeur, elle ne donnait point de sang; ce ne sont point seulement quatre variétés qu'il faudrait établir parmi les tumeurs cancéreuses; dix variétés ne seraient peut-être pas de trop.

M. VELPEAU est parfaitement d'accord sur ce dernier point avec M. Gerdy, et c'est pour cela qu'il a cherché à établir une quatrième variété de tumeurs érectiles, et cette variété a seulement trait aux tumeurs érectiles, et non aux tumeurs cancéreuses, comme paraît le croire M. Gerdy. Beaucoup de tumeurs offrent les deux périodes dont a parlé M. Gerdy; cependant quelques-unes d'entre elles n'arrivent que très lentement à la seconde, tandis que d'autres y arrivent très promptement. Quelques-unes, comme le lipôme, par exemple, la présentent très rarement, si même il l'a jamais offerte.

M. ROCHOUX : J'adopte l'opinion de M. Gerdy sur l'extension à donner aux classifications de tumeurs cancéreuses. Il y a longtemps que j'ai fait connaître mon opinion à cet égard. Je dois dire que la marche suivie pour étudier ces produits me paraît vicieuse; jusqu'ici on s'est servi, pour cette étude, de tumeurs arrivées à leur plus grand développement. Il vaut incontestablement mieux observer ces corps quand ils sont à leur point de départ. Alors, il est bien plus facile de leur assigner des caractères. C'est ce que j'ai fait pour le tubercule. L'honorable membre rappelle ici ses observations déjà publiées sur les tubercules. Une seule fois, dit-il, j'ai pu observer au microscope une petite tumeur cancéreuse, à peine du volume d'une lentille, et développée dans la peau, comme il arrive aux périodes avancées de cette maladie aux environs des tumeurs. J'ai vu qu'elle était constituée par un liquide transparent contenu dans des mailles cellulaires. Quant à ce qu'on appelle la diathèse cancéreuse, je regarde ces phénomènes comme une cause, et non comme un effet.

M. VELPEAU : M. Rochoux, qui regarde comme propre à élucider la question l'étude des productions cancéreuses à leur origine, a oublié de nous donner le profit qu'il en avait retiré pour la classification de la petite tumeur qu'il a observée au microscope. Je crois qu'il est nécessaire d'étudier ces produits morbides à toutes les phases de leurs développemens, loin de borner cette étude à une seule d'entre elles.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DU MODE D'ACTION DES AGENS IRRITANS SUR LE SYSTÈME CAPILLAIRE, OU ESSAI EXPÉRIMENTAL SUR L'IRRITATION; PAR M. DUBOIS (D'AMIENS).

L'auteur commence par reproduire les diverses opinions émises par les médecins sur le sens qu'il faut attacher au mot irritation; puis il discute au long ce que Broussais a écrit à cet égard, soit sur la valeur de cet état organique, ou sur l'irritabilité, et sur la propriété qu'avaient certains agens excitans de modifier cette dernière pour créer l'irritation des organes.

Pour contrôler l'opinion du célèbre écrivain, M. Dubois a étudié l'action des agens dits irritans, physiques ou chimiques. L'animal à haute température et l'animal à basse température ont été soumis à l'expérimentation, et sur eux, il s'est toujours appliqué, sans prévention, à voir comment ces agens modifiaient l'irritabilité pour produire l'irritation.

ACTION DES AGENS VULNÉRANS SUR LE SYSTÈME CAPILLAIRE.—Pour bien apprécier la série des phénomènes dynamiques qu'éveillent ces agens, il faut donner une description des cas où l'hypérémie est portée à ses dernières limites. En général donc, on observe 1° une accélération accidentelle et non constante du cours du sang; 2° puis un ralentissement momentané, 3° une propulsion saccadée continue des globules; 4° propulsion saccadée non continue; 6° oscillations des globules; 7° un mouvement de va et vient de ces petits corps; 8° une propulsion directe et rétrograde; 9° des oscillations ultimes; 10° l'arrêt définitif. Ce sont là tous les phénomènes observés quand l'agent vulnérant agit dans toute sa force. Voyons quelle modification ils subissent, suivant la manière dont a été appliqué l'agent vulnérant.

D'autres expérimentateurs ont déjà cherché à étudier cet ordre de faits, et Broussais et Thompson, entre autres. Imbus tous deux d'une doctrine dont ils voulaient trouver l'interprétation dans leurs expériences, leur esprit prévenu y a facilement trouvé ce qu'ils voulaient y voir. Leurs expériences, d'ailleurs, ont toujours été mal disposées, et les faits toujours mal interprétés par eux. Broussais voulait prouver l'irritation produite par les agens vulnérans, indépendamment de l'action du système nerveux, et Thompson cherchait la contraction des capillaires sous la même influence. Mais pour arriver à la découverte de ces faits, ils admettaient comme chose démontrée que l'action de ces agens avait pour résultat une irritation, sans avoir donné une idée claire et nette du sens qu'ils attachaient à ce mot. A l'exception de M. Magendie, ils admettaient l'irritabilité comme condition disposant à la naissance de l'irritation, et celle-ci entraînant un appel de fluides là où elle existait.

Les expériences suivantes ont été faites sur les mésentères de jeunes souris et les mésentères de grenouilles; d'autres fois, sur la membrane interdigitale des pattes de grenouilles. Quand on observait au microscope les effets des piqûres sur ces dernières, en ayant soin de soumettre au foyer du microscope une patte qui n'était le sujet d'aucune expérience, on voulait ainsi constater l'action, sur la circulation générale, du système nerveux influencé par ces piqûres, constater les différences de la marche du sang dans une partie saine et la partie piquée. Il est d'ailleurs plus facile de faire ces expériences sur les grenouilles que sur les souris, qui périssent rapidement quand leur abdomen est ouvert.

EFFETS DES PIQURES.—Au moment où l'on pique, il y a une contraction générale de l'animal, un petit temps d'arrêt dans la circulation qui bientôt après s'accélère sur les deux pattes de l'animal, quand on observe sur les grenouilles. Cette accélération ne tient pas à l'irritation; ce n'est pas un effet local de la piqûre, puisqu'elle se produit sur une partie qui n'est nullement piquée. Il y a mieux : qu'on abandonne l'animal jusqu'à ce que le mouvement général du sang se réduise à celui de va et vient. Si alors on fait une piqûre dans une patte, la circulation s'accélère dans les deux pattes. D'ailleurs, en acquérant un mouvement plus rapide, le sang suit toujours sa direction normale, et les capillaires artériels paraissent comme rétrécis et sont moins colorés. Dans la première expérience, M. Dubois piqua, avec la pointe de l'instrument très délié, dont il est nécessaire de se servir, sur le point de jonction d'un capillaire artériel veineux avec un capillaire artériel. Il y eut alors une accélération du cours du sang, directe dans l'artère, rétrograde dans la veine. Les globules arrivés à l'ouverture s'en échappaient rapidement. Quand la pointe déliée de l'instrument, au lieu d'ouvrir un capillaire, tombe dans une île de matière organique, jamais il n'y a mouvement rétrograde, ni sortie des globules; leur marche est seulement accélérée.

Ainsi donc, en se servant de ces instrumens déliés, qui peuvent toucher et piquer les îles de matière organique sans blesser, piquer, déchirer les capillaires, on n'observe point l'appel de fluides qui constitue l'irritation, on ne modifie point cette prétendue irritabilité des capillaires, car les changemens observés se passent aussi bien dans des capillaires très éloignés des agens vulnérans que dans ceux directement soumis à leur influence. Au contraire, coupez, déchirez les tissus, et dans leur trame les capillaires veineux et artériels, avec des instrumens d'un diamètre supérieur à celui de ces derniers, et vous observerez un mouvement convergent des globules, vers la solution de continuité; puis la coagulation du sang sorti de ses voies naturelles; puis l'arrêt de la circulation dans les capillaires voisins; dans tous ces phénomènes, on ne peut voir d'irritabilité mise en jeu : point d'irritation produite, point de contraction des vaisseaux capillaires. Ce sont des phénomènes purement physiques.

Dans une prochaine séance, M. Dubois exposera l'action des autres agens physiques et des agens chimiques.

M. GERDY ajoute quelques mots à ce qu'a dit M. Dubois de la manière dont Broussais entendait l'irritation. Il s'élève aussi contre la guerre que cet illustre médecin a faite au fantôme qu'il appelait ontologie. Broussais lui-même faisait de l'ontologie quand il a personnifié l'irritation; et c'est, d'ailleurs, un besoin de l'esprit humain de représenter, par des signes simples, des phénomènes très compliqués.

OBSERVATION DE SECTION DU CORDON ANTÉRIEUR DROIT DE LA MOELLE ENTRE LA SIXIÈME ET SEPTIÈME VERTÈBRES CERVICALES; PAR M. BÉGIN.

Le maréchal-des-logis Lafontaine reçut, le 22 octobre, au soir, un violent coup dans la partie latérale et postérieure droite du col. Il tomba, dans le moment, sur le côté droit du corps, et expliqua sa chute par la violence du coup, qu'il croyait avoir été porté avec un instrument contondant. Examiné quelques instans après cet accident, il offrait une paralysie du mouvement, complète du membre pelvien droit, incomplète du membre thoracique droit, avec conservation entière de la sensibilité de tout ce côté du corps. Le malade refuse de se laisser saigner. Transporté au Val-de-Grâce, il fut examiné le 23 octobre au matin, par M. Bégin, qui constata les phénomènes que nous venons de mentionner. A 34 millimètres de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale existait, à droite, une plaie transversale, se terminant par deux angles aigus, et dont les bords étaient très exactement réunis, sans trace aucune de contusion, d'inflammation ou pourtour. Le malade éprouvait, dans le membre thoracique droit un grand sentiment de pesanteur et des fourmillemens. Le pouls était plein, sans fréquence; il y avait un peu de chaleur à la peau. L'innocuité apparente de la petite plaie de la région cervicale contraste singulièrement avec la gravité des symptômes. M. Bégin crut à une blessure du cordon antérieur de la moelle, siégeant vers le milieu de la naissance des filets du plexus brachial, et au-dessous des filets d'origine du nerf diaphragmatique. L'intégrité des mouvemens respiratoires et le peu de mouvement du bras droit lui permettaient de préciser ainsi le lieu de la plaie de la moelle. Il proposa une saignée au malade, qui s'y refusa.

25 octobre. Les mêmes phénomènes persistaient sans s'aggraver, et il y avait déjà un peu d'amaigrissement.

27 octobre. Du délire, de l'agitation se déclarèrent; le pouls devint inégal, la respiration gênée, et le malade mourut à huit heures du matin. On n'a jamais observé d'érection.

AUTOPSIE. A la région cervicale, la plaie est linéairement réunie, et l'on peut à peine reconnaître une cicatrice. La peau enlevée, les muscles n'étaient point réunis; un peu de sang était épanché autour de leur division. Arrivé à la lame de la sixième vertèbre cervicale et à droite, on trouva implantée l'extrémité brisée d'un fragment de couteau. L'instrument pénétrait dans le canal rachidien, où, se dirigeant en bas et à gauche, il avait coupé dans cette direction le cordon antéro-latéral droit de la moelle, depuis le niveau de l'émergence des filets postérieurs jusqu'au sillon médian antérieur, puis traversait toute l'épaisseur du corps de la septième vertèbre cervicale, s'arrêtait enfin dans l'épaisseur de la paroi postérieure du pharynx, incomplètement traversé.

NOUVEAU SYSTÈME DE DÉLIGATION; PAR M. RIGAL (DE GAILLAC).

M. Rigal annonce que, depuis deux ans, il se sert, pour l'application des différens bandages et appareils, d'un nouveau procédé, qui lui paraît réunir la simplicité et l'économie. Au lieu de bandes en toile, généralement usitées, et des divers triangles ou carrés employés par M. Mayor, de Lausanne, maintenus par des nœuds, il attache à des pièces de linge fort simples, qui peuvent aussi se réduire au triangle ou au carré, d'une dimension appropriée au volume des parties, des fils en caoutchouc, d'une résistance variable. Pour maintenir les pièces de pansemens sur la tête, c'est à une calotte de toile que les fils sont attachés. A partir des pièces de linge, ces fils sont conduits sur les parties voisines, reconnues les plus propres à leur fournir un point d'appui. Quoiqu'il ait déterminé tous ces détails dans un travail *ex professo*, il n'a maintenant l'intention que d'exposer les principes généraux qu'il'ont guidé. A ces fils de caoutchouc, d'une grande élasticité, il reconnaît la propriété d'exercer une traction uniforme permanente, et en même temps commode pour le chirurgien et surtout pour le malade. Ces mêmes fils peuvent s'adapter aux divers bandages proposés pour maintenir les lèvres des plaies, faites en différentes régions, et surtout à la face. C'est aux bandelettes de diachylum qu'il faut alors les fixer. Aussi après l'opération du bec-de-lièvre, les extrémités des bandelettes emplastiques, placées sur chaque joue, peuvent, à l'aide de ces deux fils entrecroisés et fixés à la nuque, opérer une traction permanente et régulière sur les lèvres de la plaie. Pour relever le lambeau pris au col, dans le dessein de restaurer la lèvre inférieure, les fils élastiques peuvent être fixés à l'extrémité supérieure des bandelettes, qu'ils soulèvent, et venir s'attacher autour d'épingles plantées dans le bonnet du malade. En augmentant le volume de ces fils, on peut encore s'en servir pour remplacer les liens de rubans de fil, dont on se sert d'habitude pour faire l'extension permanente dans les fractures avec raccourcissement. Ces nouveaux liens, en vertu de leur élasticité, ne peuvent se relâcher, et leur tendance perpétuelle à la rétraction peut seule lutter avantageusement contre la rétraction musculaire. Dans les appareils destinés à ramener les pieds-bots opérés par la ténotomie, on pourrait, en disposant ces fils dans un antagonisme habile avec les muscles coupés, en retirer de grands avantages.

OSSIFICATIONS NOUVELLES A LA SUITE DE NÉCROSES; PAR M. LARREY FILS.

M. Larrey présente les os du bras d'une jeune fille de 18 ans, amputée dans la continuité de l'humérus, pour une tumeur blanche du coude, d'une date très ancienne. Les extrémités des trois os s'étaient nécrosées. Les fragmens nécrosés de l'humérus étaient déjà éliminés et avaient été remplacés par une ossification de nouvelle date, irrégulière et sans ressemblance avec les condyles de cet os. Il y avait aussi ossification nouvelle et irrégulière pour l'ocrâne nécrosé. Ici les fragmens nécrosés libres étaient encore au centre des ossifications nouvelles, mais non recouvertes par elles. La portion nécrosée de l'extrémité du radius n'était point séparée. Aucun travail d'ossification ne se remarquait autour de cette dernière nécrose.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

MALADIE DU COMTE DE PARIS.

On a fait une foule de récits plus ou moins inexacts sur la maladie du comte de Paris; voici des renseignemens que nous tenons de bonne source et que nous publions avec confiance.—Le comte de Paris est, comme on sait, âgé de 26 mois; sa constitution est bonne; sans être robuste, elle n'est nullement délicate; il est enfin confié aux soins éclairés et judicieux du docteur Blache.

Fortement éprouvé par le travail de la dentition, il a été pris, il y a deux mois, d'accidens graves du côté des voies digestives; il est même survenu une dysenterie assez intense, pour que l'on crût devoir appeler en consultation MM. Chomel et Guersant. A la suite d'un traitement convenablement appliqué en cette circonstance, le petit prince était revenu, si ce n'est à une santé complète, du moins à la convalescence, lorsque les digestions se dérangèrent de nouveau, à tel point qu'aucun aliment n'était plus supporté; on essaya successivement l'alimentation au bouillon, aux divers laits de vache, de chèvre et d'ânesse et rien ne passait bien; le malade allait toujours en s'affaiblissant, une petite fièvre survenait chaque jour, et cet état de langueur devint assez grave pour que l'on conçût les plus vives inquiétudes.

En pareille circonstance, MM. Blache, Chomel et Guersant proposèrent d'avoir recours à un moyen qui n'est pas nouveau en médecine, mais que l'on a trop négligé, et que M. le docteur Donné emploie d'une manière plus rationnelle et plus méthodique qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, et à l'aide duquel il a obtenu des succès remarquables; ce moyen est le lait de femme convenablement choisi par ses procédés et approprié à l'état du malade. M. le duc d'Orléans accueillit cette proposition, et M. Donné fut chargé de choisir des nourrices et de diriger avec M. Blache le nouveau régime auquel devait être soumis le comte de Paris. Cette méthode a eu un plein succès; en huit jours tous les accidens du côté des voies digestives ont cessé, quoique l'on eût supprimé les lavemens et toute autre médication; le petit prince est exclusivement livré au régime du lait de femme, qu'il prend avec avidité et en grande quantité; les forces se relèvent sensiblement, la fièvre ne revient plus, et tout fait espérer que, sous l'influence de ce régime, le comte de Paris supportera facilement le travail des dents qui lui restent à percer, et qu'il reprendra bientôt la belle santé dont il jouissait il y a quelques mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La séance annuelle pour la distribution des prix de la Faculté de médecine a eu lieu hier sous la présidence de M. Orfila; le discours de rentrée a été prononcé par M. le professeur Cloquet, qui a fait l'éloge de Richerand, dont la Faculté a eu à déplorer la perte l'au dernier.

Les noms des lauréats ont ensuite été prononcés dans l'ordre suivant:

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Médaille d'or: M. Lhommeau (Armand), d'Angers (Maine-et-Loire).
Accessit: M. Tavignot.

PRIX DES SAGES-FEMMES.

Médaille d'argent: Partagé entre Mesdames Talmon-Larmée (Barbe), de Neubengsleh (Vurtemberg) et Velic (Catherine-Léontine), de Bidestroff (Meurthe).
Accessit: Mesdames Clair, Rosset et Falaize.

PRIX CORVISART.

Médaille d'or (1er prix): MM Martin-Neuville (Louis-Adolphe), d'Orbes (Calvados); et Soins (Auguste), de Douai (Nord).
Médaille d'argent (2e prix): M. Morizot (Hyacinthe), de Genneverières (Haute-Marne).

PRIX MONTYON.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner ce prix, les concurrens n'ayant pas rempli les conditions du programme; mais elle a accordé une mention honorable à M. Morizot (Hyacinthe), déjà nommé, MM. Maslieurat et Thorre.

CONFÉRENCES CLINIQUES
SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur JULES GUÉRIN, chargé du service des difformités à l'hôpital des Enfans malades, reprendra ses conférences cliniques, mercredi 11 novembre, à dix heures du matin, à l'amphithéâtre de cet hôpital. Il les continuera les mercredis et samedis de chaque semaine à la même heure. Dans cette seconde partie de son cours, il fera l'histoire étiologique des déviations de l'épine. Les opérations continueront à être faites le mercredi et les consultations le samedi.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 46. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 14 NOVEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les positions des membres dans les maladies articulaires considérées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets, et de leurs applications thérapeutiques. — II. Revue des journaux de médecine allemands. De l'emploi de l'iode et de l'hydriodate de potasse. — Extirpation d'une tumeur encéphaloïde développée dans la parotide droite. — Notice sur la lèpre de Norwège. — Cas de cyanose avec persistance du trou de Botal. — Sur les plaies au-dessous de l'orbite, suivies d'amaurose. — Sur la contractilité des vaisseaux. — Dysphagie produite par une dilatation de l'œsophage. — Empoisonnement par la strychnine. — Sur l'électricité libre de la peau et le rôle qu'elle joue dans le rhumatisme. — Sur la gale. — Essai de topographie médicale du cercle de Strasbourg (Prusse occidentale). — Remarques sur la nature et le traitement de la coqueluche. — Revaccination entreprise dans l'armée prussienne pendant 1839. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 9 novembre. — Académie de médecine : séance du 10 novembre. — IV. Bibliographie. Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né. — V. Variétés. — VI. Feuilleton. Sur la réorganisation des écoles secondaires de médecine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES POSITIONS DES MEMBRES DANS LES MALADIES ARTICULAIRES CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT DE LEURS CAUSES, DE LEURS EFFETS, ET DE LEURS APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les positions des membres dans les maladies articulaires ont à peine fixé l'attention des chirurgiens, et les auteurs qui ne les ont pas complètement négligées, se sont contentés de dire que les malades adoptaient instinctivement celles qui leur étaient le plus avantageuses et qu'une fois choisies elles devaient être respectées jusqu'à la guérison complète des phénomènes inflammatoires.

Une suite d'observations et d'expériences dont le lecteur appréciera la portée m'a conduit à regarder comme erronées et incomplètes ces idées sur les causes et les effets des positions, et comme dangereuse la pratique d'expectation qui en est la conséquence.

Les positions peuvent bien être dictées instinctivement aux malades par ce besoin de fixité dont la satisfaction soulage les douleurs articulaires, mais elles dépendent aussi de *causes* non moins actives et indépendantes de cette fixité. Ces dernières sont le poids des membres qui entraînent les articulations dans des directions différentes et suivant le côté vers lequel le tronc s'incline et les effets physiques produits par l'accumulation des liquides dans les synoviales articulaires. Rien de plus remarquable et de moins connu que les effets produits par ces liquides. Lorsqu'on les injecte avec force dans les synoviales, les os qui forment les articulations se meuvent, même sur le cadavre, jusqu'à ce qu'ils se soient placés dans de certains rapports; ces rapports sont toujours les mêmes dans chaque arthrodie; quelle que soit la position des membres avant l'injection, ils agrandissent la cavité articulaire au point de lui permettre de contenir la plus grande quantité possible de liquide; ils sont fixes et ne peuvent être changés qu'autant qu'on donne issue à une partie de la substance injectée.

Sous le rapport des *effets* qu'elles produisent, les positions dans quelques cas rares, ne sont point une cause d'aggravation du mal; mais dans les cas les plus nombreux, elles augmentent les inflammations et les douleurs, parce qu'elles entraînent la distension violente et continue d'une partie des ligamens, et que sous leur influence les os tendent à s'abandonner et à éprouver ces luxations dites spontanées qui ne sont autre chose que les effets d'une position vicieuse agissant sur des articulations dont les liens fibreux sont affaiblis.

Enfin, sous le rapport *des applications thérapeutiques* on voit que s'il est des positions qui n'entraînent ni distension des ligamens, ni ten-

Feuilleton.

SUR LA RÉORGANISATION DES ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE.

Les besoins de la famille médicale étaient si multipliés tant sous le rapport de l'instruction que de l'exercice de la profession, qu'enfin le pouvoir s'est occupé de leur donner un commencement de satisfaction. Ainsi, les écoles secondaires étaient dans une desharmonie telle, que l'enseignement y dépendait de la condition de la localité, des habitudes, et pour tout dire, du hasard, influence qui du reste était bien loin de leur tenir lieu de providence. Avec une organisation ainsi faite, les résultats ne pouvaient être que médiocres; ils devaient même porter un caractère beaucoup moins élevé. Aussi le corps médical tout entier s'est ressenti des suites nécessaires d'un tel enseignement. Il est vrai que les hommes capables font toujours classe à part avec ceux qui ne le sont pas. Mais, dans une même profession, dans une profession surtout qui est appelée à s'organiser tôt ou tard en corporation, il existe une mutuelle responsabilité qui pèse à la fois sur tous ses membres.

Cependant, ce qu'il y avait à faire pour l'enseignement médical ne consistait pas seulement dans la réforme des écoles secondaires. Les facultés n'étaient pas ce qu'elles auraient dû être pour atteindre aussi près que possible, le but de leur institution. Si les chaires, en effet, répondaient dans la faculté de Paris à presque toutes les divisions de l'enseignement, il n'en était pas ainsi dans les deux facultés de la province. A Montpellier et à Strasbourg il y avait des lacunes si considérables que pour les combler, l'élève en médecine était dans l'obligation de recourir à Paris. Mais ce n'est pas en cela que consistait le plus grand mal, le mal le plus difficile à guérir. Par les antécédens historiques des deux facultés les plus anciennes, par l'influence qu'elles avaient reçue des diverses théories philosophiques, leur foi scientifique ne présentait pas la moindre relation. L'opposition la plus exclusive régnait au contraire entre elles, puisque l'enseignement de l'une condamnait l'enseignement de l'autre, en s'efforçant d'imprimer à l'esprit médical une direction contraire à celle qu'on recevait dans l'école opposée. Or, de telles dissidences produisaient un résultat doublement funeste; elles introduisaient l'instabilité, l'anarchie même dans les opinions des médecins; et le public témoin de l'état misérable de la foi médicale croyait peu à la science et ne croyait plus à l'instruction de ceux qui la pratiquaient.

Pour détruire d'aussi graves inconvéniens, il y avait donc à travailler à une grande tâche qui consistât à faire naître de l'organisation de l'enseignement l'unité des croyances, et de cette unité si nécessaire, la dignité des médecins et les avantages de la confiance publique. Tels étaient les fruits qui devaient résulter de cette loi organique de la médecine tant promise depuis si longtemps, et qu'on n'osait pas formuler, tant les difficultés du problème paraissaient insolubles. Pourtant ceux qui comprenaient toute l'importance de la réforme ne se décourageaient pas. Il y avait dans les conséquences de la loi un avenir si beau qu'il promettait aux hommes de l'art la position scientifique et sociale due à leur savoir et à leur mérite. Par elle, les médecins eussent en effet paru, aux yeux du monde qui vit en dehors de leur profession, mériter une considération bien au-dessus de celle que

dance aux luxations, tandis qu'il en est d'autres qui produisent ces deux effets, il faut conserver les premières si elles existent, et les substituer aux secondes, si, comme on le voit d'ordinaire, ce sont ces dernières que les malades ont choisies. Cette conséquence est d'autant plus facile à adopter que par une coïncidence heureuse, ce sont les positions qui préviennent les distensions et les deplacemens qui, dans le cas d'ankyloses, permettent le plus facilement l'exercice des membres.

Cependant les positions qui sont favorables à tant de titres ne peuvent être longtemps maintenues par les seuls efforts des malades; elles exigent l'emploi de certains appareils qui puissent en assurer la fixité et qui permettent en même temps d'examiner facilement les parties malades et d'y appliquer, sans leur imprimer de mouvemens, toutes les médications qu'on juge convenables. Je ferai connaître le système d'appareils que j'ai imaginé et souvent mis en usage pour satisfaire à toutes ces conditions; il a les plus grands rapports avec celui que j'ai décrit dans ce journal et dans le Bulletin de thérapeutique, pour le traitement des fractures appliqué aux maladies articulaires; il offre une telle supériorité sur les moyens contentifs connus, que je pense que c'est par ses avantages dans le traitement de ces maladies qu'il s'introduira dans la pratique générale et parviendra à détruire les préjugés qui s'opposent encore à son adoption dans le traitement des fractures.

En substituant les bonnes aux mauvaises positions, en maintenant fixes les premières par des appareils convenables, j'ai obtenu des résultats qui ont dépassé toute espérance, dans les inflammations aiguës, ont facilité la guérison dans les inflammations chroniques, diminué les douleurs et retardé la marche incessamment croissante des lésions articulaires qu'on ne peut rapporter aux inflammations vraies et qui se produisent sous l'influence d'une altération constitutionnelle. Les faits qui ont mis ces vérités en évidence pourraient être cités en grand nombre; mais l'étendue très considérable de ce mémoire ne me permettra que d'en donner un résumé succinct; je me réserve de les publier avec détail dans un ouvrage étendu auquel je travaille, sur les maladies articulaires.

J'ai cru devoir exposer en quelques mots les propositions que je vais développer sur les causes des positions dans les maladies articulaires, sur les effets qu'elles produisent, les indications thérapeutiques qui résultent de leur connaissance, les appareils nécessaires pour remplir ces indications et les résultats que m'a donnés l'emploi de ces appareils. En embrassant ainsi de prime-abord l'ensemble de mon travail, le lecteur appréciera mieux l'enchaînement logique des diverses parties dont il se compose et il sera moins exposé à perdre cet enchaînement de vue au milieu des détails que je n'ai pu éviter, en démontrant les propositions qui nécessitaient d'autant plus de preuves qu'elles se lient moins aux connaissances jusqu'à présent acquises.

PREMIÈRE PARTIE.

CAUSES DES POSITIONS QU'ADOPTENT LES MALADES DANS LES LÉSIONS ARTICULAIRES.

Ces causes sont :

1° Les effets physiques de l'accumulation des liquides dans les cavités synoviales.

2° La nécessité de choisir des positions où les articulations malades soient aussi fixes que possible.

3° Le poids des membres et les pressions exercées sur eux par les corps environnans.

4° Les contractions permanentes des muscles.

1° INFLUENCE QUE L'ACCUMULATION DES LIQUIDES DANS LES CAVITÉS ARTICULAIRES EXERCE SUR LA POSITION DES MEMBRES.

J'avais observé, depuis plusieurs années, que dans les hydarthroses du genou, et pendant l'extension de la jambe, la tumeur formée par l'accumulation de la sérosité présentait une fluctuation qui se faisait sentir d'une extrémité à l'autre du genou, quel que fût le point où la pression des doigts déplaçât le liquide; mais que lorsque la jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse, cette fluctuation cessait d'être transmissible de la partie supérieure à la partie inférieure de la membrane synoviale; on n'observait plus alors que des fluctuations partielles au-dessus et au-dessous de la rotule. Je me rendis compte de ce phénomène par la tension de la capsule fibreuse qui, dans la flexion, appuie avec force sur la partie antérieure et inférieure des condyles du fémur, et isole les parties sus et sous-rotuliennes de la cavité synoviale.

Pendant plus de trois ans, chaque fois que je renouvelais l'observation de ce phénomène remarquable, je projetais de l'étudier avec précision, en injectant de l'eau dans l'articulation du genou, et cherchant si, après cette injection, j'observerais la fluctuation générale pendant l'extension de la jambe et les fluctuations partielles pendant sa flexion.

Cependant, je négligeai de mettre à exécution cette idée, et ce fut seulement dans les derniers mois de l'année 1839, qu'entraîné par les exigences d'un cours spécial que je professais sur les maladies articulaires, je pratiquai cette injection en introduisant le tube d'une seringue à travers un trou fait au prolongement que la synoviale envoie au-dessus de la rotule. Il se trouvait heureusement que la jambe avait été amputée à sa partie moyenne sur le cadavre qui servait à l'expérience, et que le membre, rendu ainsi moins pesant, pouvait céder facilement aux impulsions qui lui étaient communiquées. Quel ne fut pas mon étonnement en voyant le genou se fléchir sitôt que la synoviale fut distendue, et cette flexion augmenter à mesure que je poussais avec force le liquide!

Frappé de ces phénomènes inattendus, je ne tardai pas à me demander si l'on ne pourrait pas en observer d'analogues dans toutes les articulations, et je résolus d'éclairer ces doutes par de nouvelles expériences.

Je fus un instant arrêté dans ce projet par la difficulté de son exécution. Le genou seul offre un prolongement libre de sa membrane synoviale qui permet de fixer le bec d'une seringue; mais un peu de réflexion ne tarda pas à me montrer que cet obstacle était sans importance. Il suffit en effet de faire un trou avec un foret à l'un des os qui composent une articulation, pour qu'on puisse introduire dans ce trou le tube d'une seringue, et injecter avec toute la force dont on est capable des liquides dans la cavité articulaire.

C'est par ce procédé si simple que j'ai fait des injections de liquides dans toutes les jointures, et observé avec MM. Martin et Eugène Bonnet, internes de nos hôpitaux, qui m'ont si bien secondé dans ce long et pénible travail, les faits que j'exposerai plus loin.

---

l'opinion leur avait faite. Rien n'impose à la foule comme cet accord qui lie entre elles des intelligences d'un certain ordre. Cela seul suffit pour les classer très haut, pour leur assigner un degré d'importance que peut-être elles ne méritaient pas. Ce qui en imposait, s'il faut citer des exemples, pour la valeur ou plutôt le lustre des professions savantes au moyen âge, c'était la communion de principes à laquelle tous les membres participaient avec la même ardeur. Et ce qui en impose dans l'ordre politique, c'est le concours unanime des volontés qui réalisent le pouvoir, pour faire suivre au progrès une voie déterminée, pour pousser sans cesse les tendances à la fois aveugles et antagonistes vers un but dont les conditions ne changent pas.

Or, dans l'état actuel des choses, avec cette instabilité des évènemens et des institutions, avec ce scepticisme qui règne partout et semble encore devoir durer longtemps, la médecine eût pris un rang bien plus honorable, après l'avènement de la réforme. Il est évident qu'elle eût présenté, dans les principes et dans les opinions, une harmonie qui eût fait contraste avec d'autres sciences et les professions qui s'y rattachent. Devant cette harmonie, les rivalites, les inimitiés eussent perdu de leur énergie, et se fussent changées sans doute en nobles sentimens d'émulation et de fraternité. Une telle révolution, si nous pouvons nous exprimer ainsi, eût d'autant mieux frappé l'attention publique, que celle-ci se repose rarement sur les résultats moraux de l'unité de doctrines et de direction. Et alors, cette position si souvent réclamée, et réclamée, il faut le dire, avec tout ce que le droit et la justice peuvent donner d'argumens en sa faveur, nous fût bientôt échue. Les médecins occuperaient enfin un rang dans la sphère élevée de la politique, et serviraient efficacement le progrès social; car les convictions éclairées des masses les eussent portés à cette hauteur. Mais, pour obtenir d'aussi brillantes conséquences, il aurait fallu avoir le courage et la possibilité de ne s'arrêter qu'après l'accomplissement des nécessités, mêmes les plus secondaires, de la réforme. Sans doute le courage n'a pas manqué; on a voulu et fortement voulu. Toutefois, on sait quels obstacles s'opposent toujours aux changemens qu'on entreprend d'opérer dans les institutions. Les intérêts sont une force difficile à détruire; il faut le plus souvent les abandonner à eux-mêmes, et attendre du temps qui change et modifie tout, ce qu'on n'a pu obtenir de l'impérieuse nécessité du moment. D'ailleurs, d'autres obstacles se joignaient à ceux-là. Nous parlions tout à l'heure de l'unité; eh bien! cette unité est surtout nécessaire dans l'exécution d'un projet de réforme. Comme réformer consiste moins à renverser qu'à créer, il faut que le plan qui a été conçu pour atteindre ce but soit respecté et exécuté dans toutes ses parties, une fois que ses avantages et son opportunité sont reconnus. Or, avec cette chute à si courts intervalles des puissances ministérielles du jour, et surtout avec ce besoin que porte avec lui chaque nouveau venu de suivre une route nouvelle pour que son amour-propre ne paraisse pas ramper modestement dans l'ornière tracée par le prédécesseur; avec de telles choses qui auraient si grand besoin elles-mêmes d'être réformées, il est presque impossible de remplir toutes les exigences d'une réforme, puisqu'il est si difficile de la rendre logique jusqu'au bout.

Que résulte-t-il de cela ? Les changemens introduits dans les institutions sont moins des essais que des réformes définitives. Un ministre crée; celui qui recueille sa succession compare les inconvéniens prétendus du passé avec les avantages présumés du présent; et suivant l'opinion qu'il tire des faits, ou même de ses

Pour répéter les expériences avec succès, il faut :

1° Introduire le liquide à travers une perforation faite à l'os qui doit rester fixe.

Dans le mouvement que détermine l'injection des liquides dans les cavités articulaires, l'un des os qui forment ces articulations reste fixe, et l'autre se meut; si l'on fait l'injection à travers l'extrémité articulaire de ce dernier, on peut rester incertain sur la cause des mouvemens qu'il exécute; ceux-ci pouvant dépendre de l'impulsion communiquée par l'intermédiaire de la seringue et non de l'accumulation du liquide dans l'articulation. On évite cette incertitude en injectant à travers l'os qui doit rester fixe : cet os est toujours le plus rapproché du tronc.

2° Il faut, pour que les mouvemens dus à l'injection des liquides soient très sensibles, que les parties à mouvoir n'aient qu'une pesanteur médiocre, ou que leur poids ait été préalablement diminué.

Si l'on injecte des liquides dans les articulations du pied ou du poignet, les movemens se produisent à merveille, car la force dont on dispose est plus que suffisante pour mouvoir la main et le pied. En pratiquant l'injection dans le coude ou le genou, les mouvemens peuvent encore se produire, quoique avec beaucoup de peine. Il est nécessaire alors d'assouplir préalablement les articulations par des mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, et même lorsqu'on opère sur le genou, de scier la jambe vers sa partie inférieure. Dans les injections qu'on pratique à l'épaule ou à la hanche, on ne peut obtenir d'effets sensibles qu'autant que l'on coupe le bras ou la cuisse vers leur tiers inférieur, il est même utile, dans le commencement de ces expériences, d'isoler complètement les os des parties molles qui les entourent; leurs déplacemens sont alors beaucoup plus faciles.

3° Il faut placer les membres dans de telles positions que leur pesanteur s'oppose au mouvement qu'on doit produire.

Si l'on expérimente sur le genou, en laissant le membre reposer sur sa face postérieure, de deux choses l'une, ou la jambe appuie sur la table, et alors la pression de celle-ci l'empêche de se fléchir, ou elle est maintenue en l'air et tend à se plier par son propre poids; on ne sait alors si c'est ce poids ou la distension du genou qui en détermine la flexion; mais qu'on le tienne la rotule tournée en bas, on voit que la pesanteur tend à maintenir l'extension, et que si la flexion s'opère à mesure que le liquide pénètre entre les os, on ne peut douter qu'elle ne soit le résultat de la distension produite par ce liquide.

A la hanche, l'expérience se fait nécessairement dans les conditions favorables; car lorsque le sujet est couché sur le dos, le poids du fémur tend à s'opposer à la flexion et à l'abduction, qui entraînent les injections dans la cavité cotyloïde.

4° Il est nécessaire de faire des injections avec des matières solidifiables.

Lorsqu'on remplit d'eau les articulations, l'on ne peut savoir si elle s'interpose ou non entre les surfaces osseuses, et l'on ne peut mesurer l'épaisseur des couches qu'elle forme; pour faire disparaître ces inconvéniens, j'ai pensé à faire des injections solidifiables, en employant les matières dont on se sert ordinairement pour l'étude des vaisseaux; ces injections, liquides au moment où on les fait, et se solidifiant ensuite, permettent de reconnaître par le moule qu'elles conservent la disposition que prennent les liquides, soit entre les surfaces articulaires qui sont en regard, soit dans la cavité synoviale qui est placée autour des os.

EFFETS GÉNÉRAUX QUE PRODUISENT LES LIQUIDES INJECTÉS DANS LES ARTICULATIONS.

Mes observations sur les effets que produisent les liquides injectés après la mort dans les articulations se résument par les propositions suivantes :

1° Le liquide s'interpose entre les surfaces osseuses.

Chacun sait que lorsqu'un liquide est injecté dans une articulation, ou qu'il s'y accumule, par suite d'une maladie, comme on le voit dans les hydarthroses, il remplit la cavité de la membrane synoviale là où cette cavité est extérieure aux surfaces articulaires; mais si l'on est assuré de son accumulation dans cette partie, on peut douter qu'elle ait lieu entre les surfaces cartilagineuses. Ce doute, qui a conduit Sabatier et Boyer à rejeter l'opinion de J.-L. Petit, qui pensait que de la sérosité accumulée dans la hanche devait repousser la tête du fémur du fond de la cavité cotyloïde, les injections faites avec des matières solidifiables qui, coagulées, conservent parfaitement l'empreinte des formes qu'elles ont reçues à l'état liquide, lèvent tous les doutes et démontrent que les liquides s'interposent toujours entre les surfaces articulaires, et y forment, suivant les parties où on les examine, des couches plus ou moins épaisses. On peut très bien étudier celles-ci sur des coupes longitudinales des articulations que l'on pratique, lorsque la matière est solidifiée.

J'ai fait faire ces coupes pour toutes les articulations, et je les ai fait reproduire par des dessins. Ces dessins seront publiés dans l'ouvrage que j'ai annoncé plus haut.

M. Jules Guérin, dans son mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, a signalé ce fait : que dans certains mouvemens des articulations qu'il a spécifiés, quelques parties des surfaces articulaires cessent de se toucher, et des espaces vides s'établissent entre elles; ces observations ne sont point sans doute identiques à celles que j'ai faites sur l'interposition des liquides injectés entre les surfaces articulaires; mais les deux ordres de faits que nous avons découverts, M. Guérin et moi, dépendent des mêmes causes et se confirment réciproquement. Si, dans certaines positions, les liquides s'interposent entre les os, c'est évidemment parce que ces os s'écartent les uns des autres.

2° L'accumulation forcée d'un liquide dans une articulation donne aux os qui forment celle-ci des rapports qui sont toujours les mêmes, quelle que soit la position des membres avant l'injection.

Dans les premières expériences que je fis sur les injections forcées dans les jointures, je vis que le genou était légèrement fléchi, le pied étendu, le bras porté dans l'abduction combinée avec un léger mouvement en avant. D'après ces faits, je disais que l'injection du liquide dans les cavités articulaires fléchissait le genou, tendait le pied, portait l'humérus en avant et en dehors; mais en répétant les expériences dans les conditions les plus variées, je trouvai des cas où le genou fut étendu au lieu d'être fléchi, le pied fléchi au lieu d'être tendu, le bras porté en arrière au lieu

---

idées préconçues, il refait ce qui a été détruit, respecte ce qui a été créé, on broche sur le tout du nouveau qui sera lui-même soumis à l'expérience du temps, et au jugement omnipotent du futur ministre. Ainsi donc, par la nécessité des choses, les réformateurs ministériels procèdent par tentatives, par essais; et les réformes se font par lambeaux épars de synthèse et même par analyse. Quelquefois ce n'est pas, sauf la longueur de l'épreuve, une mauvaise méthode; car, au bout du compte, on sait au moins à quoi s'en tenir, puisqu'on n'a pas à craindre d'être obligé de rebrousser chemin. Les preuves ne manquent même pas en faveur de cette manière de procéder que notre système gouvernemental a rendu nécessaire. Il est heureux d'ailleurs qu'il en soit ainsi, puisqu'il n'est pas possible, à cause de l'instabilité si fréquente du pouvoir, d'avoir la liberté du choix. Mais, voyons ce qu'on a fait pour cette réforme médicale, qui est l'une des nécessités les mieux démontrées.

Sans parler de ces plaintes, vagues d'abord, et puis si nettement formulées, des hommes les plus recommandables de la profession, sans parler des travaux de M. Orfila sur les écoles secondaires, et la situation des facultés de Montpellier et de Strasbourg, la physionomie générale de la profession, sous le point de vue de l'instruction, comme sous celui du bien-être matériel, devait éveiller par elle-même l'attention du pouvoir. On a donc commencé par établir l'enseignement des facultés sur des bases plus larges, en instituant des chaires dont l'absence laissait une grande lacune dans l'instruction médicale des étudians. Nous ne dirons pas quelles sont les chaires de nouvelle formation; mais nous ferons observer qu'on est bien loin d'avoir tout fait en se bornant à combler quelques vides. Ainsi, parmi les chaires qu'on a créées, on a oublié celles d'histoire et de philosophie médicales. On a pensé que connaître la philosophie et l'histoire de l'art était chose fort inutile pour des hommes dont la profession ne conduisait qu'à traiter des maladies. Mais comment dominer la science qu'on a apprise détail par détail, si on n'apprend à la condenser, pour ainsi dire, en quelques principes et à l'embrasser presque d'un seul coup-d'œil? Mettre au ban du haut enseignement médical la philosophie et l'histoire, c'est condamner l'esprit du médecin à errer toujours sans but et souvent sans résultat au milieu de l'encombrement des petits faits; c'est le condamner à rester homme de métier, c'est l'empêcher à jamais de devenir homme de science. On a donc laissé une lacune importante dans l'enseignement des facultés. Quand la remplira-t-on? Mais ce n'est pas tout. En supposant même que toutes les branches du savoir médical eussent des organes dans les hautes écoles, il y aurait encore à établir ces diverses spécialités d'enseignement dans des rapports tels qu'une certaine harmonie les liât les unes aux autres. L'élève, en effet, n'est à peu près dirigé dans ses études que par la distribution plus ou moins logique des matières des examens. Avec cette boussole si trompeuse et son instinct ou ses caprices, il choisit les professeurs et suit les cours qui lui paraissent mériter la préférence. Si la route est mauvaise, il n'en est pas détourné par le maître, car celui-ci ne dit nullement ce qu'il faudrait connaître pour savoir le comprendre. Il faut que l'expérience suscite une logique à l'intelligence de l'élève; sans cela il s'égare, en travaillant sans but, et il sort de l'école sans autre fortune scientifique que quelques lambeaux de principes pris çà et là, et qui lui servent tout au plus à déguiser plutôt à ses yeux qu'aux yeux plus clairvoyans des autres son presque absolu dénuement. Détruire un tel inconvénient par une organisation convenable serait un acte de la portée la

d'être porté en avant. Je fus un moment découcerté par cette coutradiction apparente entre les résultats que j'obtenais. Mais en cherchant la cause de cette contradiction, je ne tardai pas à la trouver dans la position où se trouvaient les membres au moment de l'expérience. Ainsi, pour ne citer que le premier fait où je reconnus la raisou de la variété des phénomènes, nous avions injecté l'articulation de l'épaule sur des cadavres assis et le bras pendant sur les côtés du trouc. L'humérus avait alors été porté un pen en avant et en dehors. Dans une autre expérience, le cadavre était conché sur le ventre, les bras pendans sur les côtés de la table, et faisant un angle droit avec l'axe du trouc. Ce fut dans ce cas que l'humérus se porta en arrière; mais s'il parut d'abord éprouver une impulsion différente de celle qu'il avait reçue dans les premières expériences, un peu de réflexion ne tarda pas à uous désabuser. Nous vîmes, M. Martin et moi, que dans l'un et l'antre cas, le bras était rameué à une positiou, toujours la même, par rapport à l'omoplate et au trouc; c'est-à-dire à une position presque parallèle à celui-ci, et qu'il se portait un peu en dehors et en avant de lui. Si, au moment de l'expérience, son extrémité inférieure était en arrière du tronc, l'injection la ramenait en avant; si, an coutraire, cette extrémité regardait en avant, l'injection la ramenait en arrière; les résultats opposés en apparence, loin de se contredire, se confirmaient douc et se réunissaient pour montrer que, quelle que fût la position du bras avant l'injection, il était ramené par celle-ci à une position toujours la même. Les détails dans lesquels j'eutrerai, en traitant de chaque articulation en particulier, moutrerout toute la généralité de la proposition que j'avance.

3° Tant que la cavité articulaire est fortement distendue, les rapports qu'ont pris les os ne peuvent être changés.

Cette observatiou peut être reproduite dans toutes les expériences où la cavité synoviale est fortement distendue. Tant que l'os ne doune issue à aucune partie des liquides, tous les efforts pour faire mouvoir les os restent impuissans, ou s'ils produisent un effet, ce u'est qu'après que la synoviale s'est rompue, et que le liquide a pu s'écouler au-dehors. Cette rupture une fois opérée, les mouvemeus devienuent libres, et l'articulatiou retombe sans peine dans la positiou où l'entraîne la pesanteur.

4° La position fixe que prennent les os qui constituent une articulation, lorsqu'un liquide est injecté dans celle-ci, est celle où la cavité articulaire est la plus spacieuse.

Je me suis convaincu de l'existeuce de cette dispositiou, en observant que lorsqu'on a rempli une cavité articulaire d'un liquide poussé avec assez de force pour faire mouvoir les os et les ameuer à une positiou fixe, il est impossible de faire exécuter aucun mouvement sans qu'une partie du liquide ne soit repoussée de l'articulation. Toutefois, le mémoire de M. Jules Guérin sur l'intervention de la pressiou atmosphérique dans le mécanisme des exhalatious séreuses m'a donué l'idée d'une méthode de recherches plus précise. Voici le passage de ce mémoire où j'ai puisé cette idée;

« J'ai introduit, dit M. Guérin, dans l'intérieur des cavités de la hanche et du genou, l'extrémité effilée d'un tube recourbé et gradué de deux lignes de diamètre, analogue au tube de Welther, dans lequel se trouvait un liquide coloré. Le niveau des deux colonnes de liquide ne s'élevait qu'à la moitié de la hauteur des deux branches parallèles ascendantes du tube. A chaque mouvement de flexion pour l'articulation du genou et de flexion et d'abduction pour l'articulation de la cuisse avec la hanche, le liquide montait du côté correspondant à l'articulation et sous l'influence de mouvemeus un peu brusques, il se précipitait dans l'intérieur de la cavité articulaire. »

J'ai répété ces expériences avec quelques légères modificatious rendues nécessaires par la différence des problèmes que je voulais résoudre; j'ai obtenu les mêmes résultats que M. Guérin. Après avoir injecté de l'eau dans une articulatiou à travers une perforatiou faite aux os et avec assez de force pour que la synoviale fût fortement distendue et que les os eussent été amenés aux rapports que j'ai appelés fixes, si je substituais à la seringue un tube de verre droit de 40 à 50 centimètres de loug, il était impossible de faire exécuter au genou un mouvement quelconque sans que le liquide ne remontât dans le tube. Sitôt au contraire qu'on ramenait l'articulation dans les rapports où elle se trouvait au moment de sa distension, le liquide descendait dans le tube et rentrait même en totalité dans la cavité synoviale.

Je ferai observer par avance que j'ai trouvé pour le genou que les rapports établis entre les os par une injectiou forcée est celui où le tibia fait avec le fémur un angle droit, et pour la hanche, celui où la cuisse est portée dans un mouvement d'abductiou combiné avec une flexion légère. En comparant ces résultats à ceux obtenus par M. Guériu, je trouve la plus exacte conformité. Quoique le but de nos recherches fût différent et que cet auteur expérimentât avec l'inteution d'étudier les effets de la pression atmosphérique sur le mécanisme des exhalations séreuses, tandis que je recherchais comment l'accumulatiou des liquides dans les jointures modifie la position des os, nous étions conduits à des observations qui se confirment les unes les autres; je trouve que les positions où l'injectiou forcée d'un liquide amène le genou et la hanche, sout celles où ces articulations offrent la cavité la plus spacieuse et que ces positions sout: la flexiou pour le genou, la flexiou et l'abduction pour la hanche; l'on a vu que M. Guérin avait également recouuu que c'est dans ces deux positious que les cavités articulaires admettent la plus grande quantité possible de liquide; il y a du reste un tel rapport entre la position fixe à laquelle les os sont amenés par des injectious forcées, et le maximum de leur agrandissement, qu'avant d'appliquer la méthode de M. Guérin, c'est-à-dire l'introductiou d'un tube gradué dans la cavité articulaire, j'avais prévu les phénomènes qu'on devait observer à sou aide dans toutes les articulations du pied, de l'épaule, du genou, du coude et du poignet, par cela même que je connaissais les positious produites dans ces articulatious, par les injectious forcées.

5° La cause du mouvement imprimé à une articulation par l'injection d'un liquide dépend de l'interposition de celui-ci entre les surfaces articulaires et de la résistance inégale des ligamens.

Du moment où il est prouvé, ainsi que je l'ai fait plus haut, qu'un liquide injecté dans une articulatiou s'interpose entre les surfaces articulaires et qu'il exerce une pression sur elles, ou voit qu'il tend à les écarter les unes des autres; mais si ces os sont maintenus fortement rapprochés dans un point, tandis qu'ils peuvent s'écarter dans d'autres, le point où ils ne peuvent s'éloigner est comme une charnière autour de laquelle ils tournent. Ainsi, lorsqu'on injecte un liquide dans les articulations de

---

plus féconde, d'une importance en quelque sorte radicale. On comprend, en effet, que l'instruction médicale, et par suite la dignité des hommes de la profession y gagneraient beaucoup.

Mais cette création de chaires nouvelles dont nous venous de uous occuper n'était que le prélude d'une réforme opérée sur une grande échelle. Il ne s'agissait de rien moins que d'une loi médicale largement conçue, répondant à tous les besoins et d'intelligence et de position, et, par conséquent, définitive pour tout ce personnel, qui désirait si ardemment l'octroi de la nouvelle charte. Afin d'atteindre du premier coup le but que se proposait le pouvoir, celui de donner une bonne loi, la question fut étudiée, ou parut l'être, sous toutes ses faces. Les élémens du problème furent agités dans les discussions intimes, où furent appelés les dignitaires de l'art. De nombreux rayons de lumière jaillirent, sans doute, durant cette période d'incubation; mais, il faut l'avouer, ils étaient loin de se réunir en un centre commun. Cette divergence d'opinions imposa la nécessité d'opérer d'une manière moins brillante. On parut donc ne pas s'occuper davantage de la loi annoncée, et on se prépara à atteindre le but de la réforme en procédant par de successives améliorations. Ce fut M. Cousin qui parut être chargé de la tâche de commencer cette œuvre, et même de la pousser loin. Mais, par l'instabilité ministérielle de notre existence politique, le temps, on le sait, appartient si peu au pouvoir qu'il lui est à peine permis de compter sur le lendemain. Toutefois M. Cousin a eu celui de laisser trace de son passage. Il a jeté quelques bonnes assises aux fondemens de l'organisation de notre science et de notre profession.

Ce ministre ne fut pas accueilli pourtant, à son début, par les sympathies du monde médical. Il venait, en effet, de commencer la réforme en agissant en sens contraire de l'unité. Ainsi, au lieu de centraliser notre haut enseignement dans le moins d'écoles possibles, il travailla à faire admettre la diffusion, en essayant de fonder de nouvelles facultés dans les villes les plus considérables. Heureusement ce projet ne réussit pas. Bien que le ministre trouvât dans sa réalisation une foule de résultats excellens, sous son point de vue politique, il était impossible qu'il en fût de même sous le point de vue du progrès médical; et quelque important qu'il fût pour le pouvoir que la turbulente jeunesse, qui se jette si abondamment à Paris, s'éparpillât dans la province, cet intérêt de police devait disparaître devant un intérêt plus grand. Si, d'ailleurs, le sentiment de l'unité n'existait pas dans les esprits de tous ceux dont l'opinion ne servait pas de point d'appui aux projets du ministre, un autre sentiment, d'une plus grande force aussi, avait dirigé contre eux une redoutable opposition. L'école de Paris a un rang distingué, de hautes prérogatives; elle appelle dans son sein une multitude de jeunes gens de tous les pays; les étrangers y viennent comme les habitans des provinces. Cette centralisation est la source de grands avantages pour les professeurs; car si leur parole fait écho dans l'intelligence d'une foule considérable, elle fait surtout fluctionner dans leur escarcelle d'abondans produits matériels. Or, cette manne scientifique est trop douce à recueillir pour y renoncer courageusement. Il arrive même que l'habitude d'en jouir, ou que l'orgueil du succès fait croire bientôt à la légitimité de cette grasse redevance. Un grand poète, qui s'est fait homme politique, ne nous disait-il pas l'autre jour que la légitimité ne paraît un droit que parce qu'elle est une vieille habitude? Aussi, tous les membres de la faculté de Paris se sont révoltés contre la volonté de M. Cousin,

la banche et de l'épaule, le fémur et l'humérus se meuvent comme si l'insertion de la partie antérieure et externe de leur capsule, partie très résistante et très épaisse, était fixe, et ils se dirigent par conséquent en avant et un peu en dehors.

Dans les articulations ginglymoïdales, les deux ligamens latéraux résistent à la fois et s'opposent à l'écartement que tend à produire entre les os le liquide injecté. On prévoit dès-lors que, si les surfaces articulaires ont la même étendue en arrière et en avant de ces ligamens latéraux, c'est dans la position droite que l'injection ramènera les os. C'est ce qui a eu lieu pour le poignet où l'injection ramène et maintient la main dans la même direction que l'avant-bras. Si les surfaces articulaires sont plus étendues en avant ou en arrière des ligamens latéraux, la pression exercée par le liquide sera plus forte sur la surface la plus étendue et dès-lors ce sera du côté opposé à cette surface plus étendue que se porteront les os. Ce dernier principe trouve son application au coude, au genou et au pied. Au coude et au genou les os sont portés dans la flexion, au pied dans une légère extension, c'est-à-dire dans toutes ces ginglymes, du côté opposé à celui où les surfaces articulaires s'étendent le plus au-delà des ligamens latéraux.

Tel est l'ensemble des observations que j'ai faites sur les effets physiques produits par l'accumulation des liquides dans les synoviales articulaires. Il y a dans tous ces faits, sous le rapport des mouvemens que les os exécutent, de l'interposition des liquides entre les surfaces articulaires, de l'agrandissement des cavités et de la résistance des ligamens une liaison si intime, un enchaînement si serré, que le lecteur doit accorder la plus entière confiance aux expériences que j'ai citées et dont les résultats pouvaient lui paraître au premier abord assez difficiles à admettre.

2° INFLUENCE QU'EXERCE SUR LA POSITION DES MEMBRES LE SOIN QUE PRENNENT LES MALADES DE LEUR CHERCHER UN POINT D'APPUI SOLIDE.

Tous les mouvemens qu'exécute une articulation enflammée y déterminent des douleurs plus ou moins vives et par suite une augmentation des phénomènes morbides; les malades sont donc conduits à prévenir ces mouvemens et à chercher les positions où leurs articulations affectées sont soumises au moins d'ébranlemens possibles. Lorsqu'ils sont couchés sur le dos, les membres inférieurs peuvent se maintenir dans une position fixe, en restant étendus et appuyés sur leur face postérieure; mais lorsqu'ils reposent sur l'un des côtés du tronc, ils sont obligés de fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin et de reposer sur ces parties fléchies qui leur offrent une base étendue et assurent la fixité qu'ils recherchent.

En plaçant ainsi leurs membres affectés, les malades reproduisent ce que nous faisons tous les jours dans l'état de santé. Couchés sur le dos, nous tenons les membres étendus; couchés sur le côté, nous plions ces membres; car il faut bien le remarquer, malgré tant d'assertions contraires, la position demi-fléchie des membres inférieurs est pénible dans le décubitus dorsal; je m'en suis assuré en expérimentant moi-même cette position, suivant l'idée qu'avait eue et qu'avait mise à exécution M. Boissière interne de nos hôpitaux. La demi-flexion n'est commode que lorsqu'on se couche sur le côté; dans ce cas la base de sustentation étant insuffisante, si les membres inférieurs sont dans l'extension, le tronc ne peut rester immobile qu'à l'aide d'un effort continu; sitôt que les membres sont fléchis, l'immobilité n'exige plus aucun effort.

3° INFLUENCE QU'EXERCENT SUR LA POSITION DES MEMBRES LEUR POIDS ET LES PRESSIONS EXERCÉES SUR EUX.

L'influence qu'exerce la pesanteur sur la position des membres varie singulièrement, suivant la position du tronc. Ainsi, dans une maladie du membre inférieur, si le malade est couché sur le dos, le membre, par son propre poids, est ramené à l'extension et à seulement quelque tendance à se tourner au-dehors; mais si le tronc se renverse du côté malade, c'est nécessairement en dehors que l'articulation affectée est entraînée par son poids; enfin, lorsque par habitude, ou pour éviter des pressions douloureuses, le malade se couche sur le côté sain, comme on le voit souvent dans les maladies de la banche, le membre affecté se renverse en dedans. Ces effets sont d'autant plus marqués que les articulations venant à se fléchir, et le genou s'éloignant par cela même de sa base de sustentation, est plus facilement entraîné en dehors de cette base.

Le poids des couvertures, lorsqu'on n'y soustrait pas le malade, agit dans le même sens que le poids des membres; il tend à renverser les membres inférieurs en dedans ou en dehors, s'ils ont déjà commencé à éprouver l'un ou l'autre de ces mouvemens.

4° INFLUENCE QU'EXERCENT SUR LA POSITION DES MEMBRES LES CONTRACTIONS MUSCULAIRES.

Les contractions convulsives et permanentes des muscles, sous l'influence d'une affection nerveuse, causent et entretiennent un grand nombre de positions vicieuses; on en a la preuve dans les déformations consécutives aux maladies du système nerveux, et qui sont indépendantes de lésions articulaires; mais dans ces lésions, comme rien ne sollicite la contraction d'un muscle plutôt que celle d'un autre, il me semble fort douteux que la contraction des uns prédominant sur celle des autres influe primitivement sur les positions. Mais si les contractions musculaires ne sont pas une cause primitive de ces positions, elles contribuent puissamment à les rendre permanentes; car lorsque les os se sont maintenus longtemps dans de certains rapports, les muscles qui servent à les mouvoir s'allongent et se rétractent suivant le degré de tension qui est exercé sur eux, et lorsqu'ils ont éprouvé pendant longtemps une rétraction consécutive, il devient très difficile, impossible même de les allonger. L'obstacle qu'ils opposent alors au redressement s'ajoute à toutes les autres causes, qui rendent celui-ci plus ou moins difficile.

5° INFLUENCE RELATIVE DES DIVERSES CAUSES JUSQU'ICI ÉNUMÉRÉES.

Si j'ai donné une si grande place dans ce mémoire aux effets physiques produits par l'accumulation des liquides dans les cavités articulaires, c'est plus pour faire connaître un ordre tout nouveau d'expériences que par suite de l'importance que j'attache à cette cause, comme influant sur les rapports des os entre eux. Sans doute, lorsque de la sérosité, du pus, de la matière organisable, sont accumulés dans les articulations en masses assez considérables pour en distendre violemment les cavités, la po-

---

Mais ils ont eu raison de le faire, puisque cette fois l'intérêt personnel s'appuyait sur le droit, et que, dans ce cas, l'habitude était une réelle légitimité.

La province ne partageait pas le moins du monde les opinions des professeurs parisiens. Elle méconnaissait l'unité, parce que l'unité d'enseignement la privait des avantages qu'on lui avait promis et qu'elle se croyait en droit d'espérer. La décentralisation était pour elle le bien suprême auquel l'enseignement médical pût prétendre; mais ce qu'il y a de curieux au milieu de tout cela, c'est que les députés ne parurent pas prendre en considération les désirs ou les opinions de la portion savante de leurs mandataires. Ils semblèrent comprendre qu'il n'était pas nécessaire d'obéir aveuglément pour faire preuve d'ardent patriotisme; et pendant la dernière session, le projet ministériel fut si mal accueilli, que son auteur n'osa en aborder que les prolégomènes. On doit se souvenir en effet qu'on mit seulement en discussion le projet d'établissement d'une faculté de sciences dans la ville de Rennes, et qu'on renvoya à la session prochaine, c'est-à-dire à une époque plus heureuse, la discussion touchant la création d'une faculté de médecine dans les murs de cette cité. Les partisans nombreux de la concentration unitaire de l'enseignement doivent se féliciter que le hasard n'ait pas fait remplacer dans la loi de M. Cousin le nom de la ville de Rennes par ceux de Lyon, de Toulouse, ou de Bordeaux. Ces capitales au petit pied auraient probablement excité les sympathies des intelligences électives, et l'unité aurait été taillée en pièces, pour que chaque grande cité de la province en eût possédé une part.

Il n'est pas besoin d'énumérer ici, sans parler des inconvéniens scientifiques de la diffusion, les inconvéniens d'une autre nature qui auraient résulté du triomphe du projet de loi, comme l'augmentation du nombre des médecins, la déchéance inévitable du titre si honorable de professeur, et sans aucun doute aussi celle de l'enseignement; les discussions qui s'élevèrent il y a quelques mois à cette occasion ont suffi pour les mettre en lumière. Du reste la question est à peu près jugée. Pendant son existence ministérielle, M. Cousin avait presque abandonné la pensée de la fondation d'une nouvelle école de médecine. Obéissant en quelque sorte à une nécessité politique, il s'était eu obligé d'oublier pour un instant que la centralisation de l'enseignement est nécessaire pour maintenir ou constituer l'harmonie des doctrines. Mais en face des difficultés qui surgirent le ministre si compétent en pareille matière, vit de suite comment il fallait envisager la question; et sans trop abandonner l'idée mère de son projet avorté, la diffusion de la science médicale en province, il sut bientôt poser de la manière la plus logique quelques-uns des termes qui constituent dans leur ensemble, le nœud gordien de la réforme dont nous appelons de tous nos vœux le prompt accomplissement. L'ordonnance sur les écoles secondaires est en effet une œuvre bonne et féconde dans toutes ses parties: à la fois elle pose le problème et commence à le résoudre.

Ainsi, par la nouvelle ordonnance, les écoles secondaires sont des centres d'instruction élémentaire, des écoles préparatoires, où pourront se former les élèves des facultés; ce sont les pépinières des trois écoles qui réalisent en France le haut enseignement. Par les dispositions spéciales de l'ordonnance, le nombre des chaires répond au besoin de l'instruction. Les sciences, qui forment les prolégomènes de l'art de guérir, y ont chacune leur interprète. C'est beaucoup pour y fixer les élèves qui tendent invinciblement à venir chercher l'instruction à Paris; mais ce n'est pas tout, car il y avait encore à donner au temps passé au sein de ces éco-

sition des os doit être celle que nous produisons artificiellement par nos injections forcées; elle est une conséquence physique si nécessaire de la distension exercée par le liquide qu'il est impossible aux malades de s'y soustraire. Mais si la sérosité et le pus ne distendent que médiocrement la cavité, soit qu'ils ne s'y trouvent qu'en petite quantité, soit qu'ils aient déterminé une rupture de la synoviale et qu'ils se soient épanchés dans le tissu cellulaire, le malade pourra, sans doute, prendre une position quelconque; ou du moins il n'en sera pas empêché par les liquides synoviaux. L'influence exercée sur les positions par ces liquides est donc exceptionnelle et ne doit se manifester que lorsque leur accumulation est extrême. Il n'en est pas de même de l'influence exercée par les autres causes, telles que le besoin qu'ont les malades de chercher une position fixe, le poids des membres, la pression des couvertures; celles-là agissent constamment. Toutefois, comme on le verra dans l'étude des spécialités, les positions qu'entraîne l'une de ces causes étant les mêmes que celles que produisent les autres, une analyse un peu arbitraire peut seule déterminer jusqu'où s'étend et s'arrête l'action de chacune d'elles.

6° APPLICATION DES PRINCIPES EXPOSÉS PLUS HAUT A LA CONNAISSANCE DES CAUSES QUI INFLUENT SUR LA POSITION DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS LES MALADIES DU GENOU.

Dans l'examen des causes qui influent sur la position des membres inférieurs dans les maladies du genou, je suivrai le même ordre que dans l'examen général des causes qui déterminent les positions des membres dans les maladies articulaires; je commence par les effets produits par l'accumulation des liquides dans le genou.

Voici le résultat des expériences spéciales que j'ai faites sur ce sujet:

1° Le liquide soulève la rotule et toutes les parties de la cavité synoviale placées en avant, en arrière et sur les côtés de l'articulation.

2° Le liquide s'interpose entre les surfaces cartilagineuses. Il a une épaisseur de 1 à 2 millimètres entre les deux condyles du tibia et ceux du fémur. Il s'introduit au-dessus et au-dessous des fibro-cartilages interarticulaires.

3° Quelle que soit la position dans laquelle se trouvaient les os avant l'injection, le tibia est ramené par un mouvement extrêmement distinct à cette position, où il fait avec le fémur un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. Cette position ne peut être changée, tant qu'une partie du liquide ne s'échappe point de l'articulation.

4° Si l'on étend forcément la jambe, la synoviale se rompt dans des points variés, mais presque toujours à sa partie antérieure et supérieure, là où elle se réfléchit du fémur sur le triceps. Le liquide se répand alors au-dessous de ce dernier muscle.

5° La position où le tibia fait avec le fémur un angle un peu plus ouvert que l'angle droit est celle où sa cavité est la plus spacieuse, comme on le prouve avec précision, en appliquant au genou la méthode de recherche de M. J. Guérin.

Les autres causes que j'ai indiquées en général, comme influant sur la position des membres dans les maladies articulaires, agissent toutes réunies dans celles du genou. Voici, ce me semble, la part de chacune d'elles.

Lorsque le malade est couché sur le dos, le membre peut rester étendu et regarder en devant; mais ordinairement son poids le fait tourner en dehors, et cette rotation une fois commencée augmente par la pression des couvertures. Le défaut de fixité et les efforts pénibles qui sont la suite de cette position étendue avec rotation en dehors la rendent difficile à conserver et rare par conséquent. Les malades qui y sont placés cherchent une situation plus stable, et ils la trouvent dans la flexion du membre combinée avec un renversement du tronc sur un côté ou sur l'autre.

Lorsque le tronc repose sur le côté malade, le genou est entraîné par son poids en dehors: il se fléchit et trouve ainsi une base de sustentation assez grande pour prévenir des ébranlements douloureux.

Enfin, si le malade se couche sur le côté sain, le genou affecté est renversé par son poids sur celui du côté opposé, et dans ce renversement en dedans, comme dans le renversement en dehors, le besoin de fixité le conduirait à se fléchir, si l'accumulation des liquides dans sa cavité n'avait déjà produit cette flexion.

En énumérant dans leur ordre de fréquence les diverses positions du genou que déterminent les causes ci-dessus indiquées, on trouve:

1° La flexion du genou combinée avec la rotation en dehors et le décubitus sur le côté malade.

2° La flexion avec rotation en dedans et le décubitus sur le côté sain.

3° L'extension du membre avec ou sans rotation en dehors et toujours avec décubitus dorsal.

7° APPLICATION DES PRINCIPES EXPOSÉS PLUS HAUT A LA CONNAISSANCE DES CAUSES QUI INFLUENT SUR LA POSITION DES MEMBRES INFÉRIEURS DANS LES MALADIES DE LA HANCHE.

Voici ce que l'expérimentation apprend sur les effets des injections forcées dans l'articulation de la hanche.

Ces injections se pratiquent en perforant le fond de la cavité cotyloïde au-dessous du passage des muscles psoas et iliaque, et pénétrant entre le fémur et l'acétabulum. Cette dernière méthode, imaginée par M. Martin, est préférable à la première.

1° Quelle que soit celle de ces parties à travers laquelle se fasse l'injection, il n'y a pas de mouvement produit si le membre inférieur est entier; mais si l'on coupe la cuisse dans son tiers moyen, ou mieux, si, après l'avoir coupée, on enlève les parties molles, le fémur éprouve des mouvements qui le ramènent à une légère flexion combinée avec l'adduction et la rotation en dehors.

2° Que le fémur soit étendu sur la table au moment de l'expérience, ou qu'il soit fortement plié avant l'injection, celle-ci le ramène toujours à la même position, qui est celle de la flexion et de l'abduction.

3° Tant que le liquide est accumulé dans l'articulation, la cuisse ne peut reprendre la position où l'entraîne sa pesanteur; mais sitôt que ce liquide est écoulé, elle retombe par son propre poids et vient reposer sur la table, lorsque le sujet est couché sur le dos.

4° Si l'on étend ou si l'on plie forcément la cuisse, la capsule se rompt ordinairement à sa partie interne et antérieure; cette rupture dépend de ce que, la cavité articulaire étant moins spacieuse dans toute autre position que dans celle que l'injection lui a donnée, chaque mouvement repousse le liquide et le force à exercer une pression sur la capsule fibreuse, qui en est distendue et se rompt dans les points les plus faibles.

5° En adaptant au fémur un tube gradué qui pénètre jusque dans l'ar-

---

les élémentaires, la valeur de celui qu'on passe à étudier dans une faculté. Eh bien! l'ordonnance contient cette disposition essentielle, dont le but est, d'ailleurs, aussi complètement atteint que facilement compris. D'un autre côté, les pharmaciens, dont M. Cousin avait déjà organisé les écoles, peuvent aller étudier dans ces institutions préparatoires, qui doivent leur servir à eux aussi de premier échelon. C'est une excellente chose, selon nous, de faire partir d'un même point la médecine et la pharmacie; car c'est établir un lien de plus entre deux professions qui, dans les premiers temps, n'en faisaient qu'une. Mais, sans chercher à mettre en évidence les avantages de détail qui ressortent de cette heureuse innovation dans la voie de la réforme, il est évident qu'organiser ainsi les écoles secondaires, c'est préparer pour les facultés un personnel d'élèves plus éclairé; c'est placer plus haut dans l'opinion qu'elles ne le sont les écoles de premier ordre; c'est enfin tendre vers l'unité en absorbant en quelque sorte les deux facultés de province dans la multiplicité des institutions préparatoires, ou, en d'autres termes, en donnant une suprématie réelle à l'École de Paris. On peut et on doit supposer, il est vrai, que les doctrines font les écoles, et que, dans ce cas, l'école de Montpellier ne s'éteindrait pas devant l'éblouissant éclat de l'école de Paris. Mais, hâtons-nous de le dire, de le répéter, si l'antagonisme est nécessaire dans la mécanique pour que l'équilibre y trouve son compte, il ne peut en être ainsi pour les choses de science. La science exige la coordination des volontés, l'harmonieuse unité des efforts, afin que le progrès s'achemine d'un pas sûr et rapide. Il faut surtout que ces conditions subsistent pour l'honneur des doctrines qui forment pour ainsi dire l'Évangile de l'art et pour l'honneur des hommes de la profession. Le but est donc visible, et la route est tracée. Pour atteindre ce but, il n'y a qu'à vouloir, il n'y a qu'à marcher. Toutefois, ne proposons-nous pas d'entreprendre une œuvre si difficile, que même un courage éprouvé reculerait devant son accomplissement? Cette œuvre est difficile; oui. Mais, impossible!... osons dire que ce mot-là n'est pas français. Qu'on se souvienne d'ailleurs de l'unité scientifique que portait et conservait dans son sein la vieille université de Paris; et on verra que nous ne nous arrêtons pas à des hypothèses assez creuses pour qu'elles ne puissent avoir leur période de réalité.

Il est possible que lorsque son règne a pris sa fin, M. Cousin réchauffât cette pensée dans son intelligence, la pensée de la régénération de l'unité médicale puisqu'elle est une conséquence de la manière dont il a organisé les écoles secondaires disséminées dans les départements. Mais le pouvoir ministériel est une ombre qui passe. La retraite du ministre qui a si bien ébauché la réforme médicale et l'aurait sans doute conduite à bout, est donc une calamité pour la science et pour la profession. Le mal sera moins grand, il sera même réparé si les cartons ministériels ont gardé pour la puissance du jour quelques traces des projets inexécutés de la veille. Mais, M. Villemain partagera-t-il les idées de son prédécesseur? procédera-t-il avec la même logique, suivra-t-il la même marche. L'avenir nous l'apprendra; la valeur intellectuelle de M. Villemain nous y fait croire. Il pourrait arriver pourtant (car il faut tout dire) qu'un mesquin intérêt d'amour-propre et de rivalité poussât dans une toute autre direction le ministre actuel; mais M. Villemain est et doit être au-dessus de ces petites passions qui ne sont guère que le partage des hommes médiocres. Ainsi donc, M. Villemain comprendra le passé et saura le continuer dans le présent.

ED. C.

ticulation, suivant la méthode de M. Guérin, on reconnaît que la position où l'injection porte le fémur est celle où la cavité articulaire est la plus spacieuse.

6° Les injections solides s'accumolent en partie au-dessous de la capsule fibreuse, qui en est violemment distendue, en partie entre le fémur et le fond de la cavité cotyloïde. Du côté interne et inférieur, la partie interposée entre les os peut avoir de 4 à 5 millimètres de hauteur; du côté externe et supérieur, elle n'a guère qu'un millimètre.

L'action des autres causes indépendantes de l'accumulation des liquides et qui contribuent à déterminer certaines positions dans les maladies de la hanche, me paraît dépendre surtout de la position du corps entier. Si, comme on le voit rarement le malade est couché sur le dos, le membre inférieur reste étendu et se tourne seulement un peu en dehors; il n'y a dans ce cas ni allongement ni raccourcissement.

Lorsque le tronc s'incline du côté de la hanche malade, le poids du membre, l'action des couvertures, le besoin de fixité en amènent la flexion l'abduction et la rotation en dehors. Ces causes agissent alors de concert avec l'accumulation des liquides qui produit exactement le même ensemble de mouvemens.

Mais la pression sur la hanche affectée devenant douloureuse, sitôt que l'inflammation est vive ou avancée, le tronc se penche sur le côté sain. Dans ce cas, le genou du côté malade se fléchit pour reposer plus commodément sur le membre opposé; son poids, la pression des couvertures, la recherche d'une position fixe le portent dans l'adduction et la rotation en dedans. Cette position est toute différente de celle qui dépend de l'accumulation des liquides dans l'articulation coxo-fémorale, ce qui fait penser que le poids du membre l'emporte sur la puissance de la matière accumulée ou que celle-ci s'est fait jour en dehors de l'articulation.

Les positions qui résultent de ces diverses causes sont, dans l'ordre de leur fréquence :

1° La flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin combinée avec l'adduction, la rotation en dedans et le décubitus sur le côté sain.

2° La flexion moins marquée de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin combinée avec la rotation en dehors, l'abduction et le décubitus sur le côté malade. Cette position ne s'observe qu'au début du mal, elle est la cause de l'allongement apparent. La première qui ne tarde pas à lui succéder, si toutefois elle n'est pas primitive, est la cause du raccourcissement apparent.

3° L'extension du membre avec le décubitus dorsal et la rotation en dehors.

8° APPLICATION DES PRINCIPES EXPOSÉS PLUS HAUT A LA CONNAISSANCE DES CAUSES QUI INFLUENT SUR LA POSITION DU PIED DANS LES MALADIES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Voici ce que l'expérimentation apprend sur les effets des injections forcées dans l'articulation tibio-tarsienne.

1° Si l'on pousse un liquide à travers une perforation faite au tibia, ce liquide, après avoir soulevé ses ligamens et spécialement le ligament antérieur, s'interpose entre les surfaces osseuses et y forme une couche de 2 à 3 millimètres.

2° Quelle que soit la position où se trouvait le pied avant l'injection, il est ramené par celle-ci dans un tel état qu'il fait avec la jambe un angle un peu plus ouvert que celui qu'il présente dans la station debout. Pour arrêter à cette position le pied est étendu, s'il était fortement fléchi, et fléchi s'il était fortement étendu.

3° On ne peut étendre ou plier le pied, tant que dure la distension de la synoviale par les matières injectées.

4° On s'assure par les moyens indiqués plus haut que la position où le pied fait avec la jambe et en avant un angle un peu plus ouvert que l'angle droit est celle où l'articulation est la plus spacieuse.

Dans les maladies du pied, comme dans celles du genou et de la hanche, on reconnaît à quel point la position du tronc modifie les effets produits pour la recherche d'une position stable, par le poids du membre ou par les pressions qui sont exercées sur lui.

Si le malade est couché sur le dos et que le membre inférieur soit étendu, le pied repose sur la face postérieure ou sur l'une des faces latérales du talon, le plus ordinairement sur la face externe, car c'est en dehors que l'entraînent son poids, la pression des couvertures; et qu'il trouve, sinon le plus de fixité, du moins les ébranlemens les moins nombreux.

Si le tronc repose sur le côté malade, le genou se fléchit et le pied appuie sur son bord externe; sur ce bord, il trouve une certaine fixité, la pression qu'il éprouve de la part du lit renverse sa plante en dedans et porte en haut son bord interne.

Enfin, lorsque le malade se couche sur le côté sain, le genou qui répond au pied malade vient reposer sur le genou du côté sain et le pied appuie sur son bord interne. On conçoit que, dans ce cas, le genou se fléchisse, pour que le pied puisse trouver un appui sur tout son bord interne.

Dans l'ordre de leur fréquence, les positions que ces causes déterminent sont: 1° La position dans laquelle le pied repose sur son bord externe; il y a toujours dans ce cas flexion de la jambe sur la cuisse et décubitus sur le côté malade.

2° La position dans laquelle le pied repose sur son bord interne, il y a toujours flexion de la jambe sur la cuisse; mais l'on peut observer le décubitus dorsal ou le décubitus sur le côté sain.

3° La position dans laquelle le pied repose sur le bord externe du talon. Dans ce cas, le pied est étendu sur la jambe, la jambe sur la cuisse et il y a décubitus dorsal. Les autres positions, celles, par exemple, où le pied repose sur la face postérieure ou interne du talon sont extrêmement rares.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE, publié par GRAEFE et WALTHER.

Les troisième et quatrième cahiers du vingt-neuvième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la phlébite*, par le docteur Constatt. (Rien d'inconnu.) 2° *De l'emploi de l'iode et surtout de l'hydriodate de potasse*, par le docteur Dietrich. 3° *Remarques sur l'emploi de l'eau prise en boisson*, par le professeur Schultz. (Dans ce mémoire, l'auteur cherche à démontrer, par la physiologie, l'action de l'eau sur l'économie animale; selon lui, elle favorise le renouvellement des élémens qui composent un être organisé, les élémens usés sont poussés au dehors par une action que M. Schultz appelle la mue. Il distingue deux espèces de mue, l'une physiologique, l'autre pathologique; cette dernière n'est autre chose que ce que les anciens ont nommé crises ou évacuations critiques; d'après cette manière de voir, l'usage de boire de l'eau serait un moyen de rajeunir les individus?) 4° *Extirpation d'une tumeur encéphaloïde développée dans la parotide droite*, par le docteur Hecker. 5° *Observation d'hystérie spinale*, par le docteur Muster. (Rien d'inconnu.) 6° *Observation d'une application de forceps; hémorragie*; par le même. (Rien de saillant.) 7° *Sur la simplification des méthodes curatives*; par le docteur Loewenstein. (Réflexions très communes.) 8° *Notice sur la lèpre de Norwège*; par le docteur Graefe. 9° *Cas de cyanose avec persistance du trou de Botal*; par le docteur Hildebrand. 10° *Sur les plaies au-dessus de l'orbite suivies d'amaurose*; par le docteur P. F. de Walther. 11° *Sur les différentes méthodes opératoires du goître*; par le docteur Bruno Schindler. (Dans cet article, principalement d'érudition, l'auteur fait voir combien il est difficile de reconnaître la nature des goîtres; dans deux cas où il a eu à combattre de fortes hémorragies après une incision, il n'y avait aucun des signes qu'on indique communément comme appartenant à la dilatation des artères. M. Schindler admet, avec M. Mayor, que, dans ce cas, le sang de l'hémorragie est plutôt fourni par suintement des capillaires; le seul remède consiste alors dans la compression.) 12° *Nouveau procédé pour aviver les bords d'un bec-de-lièvre*; par le même. (L'auteur rejette les ciseaux et examine les inconvéniens de l'incision faite avec le bistouri, de dehors en dedans; il donne la préférence à l'opération pratiquée de dedans en dehors. A cet effet, il saisit avec l'index et le pouce de la main gauche le bord de la lèvre, la soulève et l'attire fortement; puis il plonge un bistouri très pointu, le tranchant tourné en avant, dans la base de la lèvre, près de l'angle supérieur du bec-de-lièvre, et il taille ainsi le lambeau à exciser; il fait autant du côté opposé, et termine en enlevant, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri, le sommet que forme la réunion des deux lambeaux.) 13° *Observation d'une inflammation du bas-ventre suivie d'un abcès à l'ombilic*; par le docteur Speier. 14° *Observation de reprises complètes de deux dents luxées et tombées de la bouche, chez une jeune fille*; par le docteur Lomnitz.

DE L'EMPLOI DE L'IODE ET DE L'HYDRIODATE DE POTASSE; par le docteur DIETRICH, de Munich.

A plusieurs reprises, la GAZETTE MÉDICALE (p. 515, 1835, etp. 120

1837) a eu occasinn de pnblier les heureux résultats obtenus dans le traitement de la syphilis à l'aide de l'hydriodate de potasse par les médecins anglais; nous y jnignons ceux de M. Dietrich, qui ne sont pas moins favorables.

Obs. I. — M. A., docteur en philosophie, âgé de 29 ans, a passé, en 1837, nn traitement syphilitique pour des chancres au prépnce, dont il fnt guéri. En 1838, il vint consulter M. Dietrich ponr nne dartre qui occupait la tempe gauche et une partie de la joue. (Hydriodate de potasse, 8 grammes; eau distillée, 240 grammes, quatre cuillerée à bonche par jour; pendant quatre jonrs, le malade, sans consulter le médecin, en prit huit.)

Guérison le huitième jour du traitement.

Obs. II.—A. V., commis négociant, âgé de 21 ans, affecté en 1837 d'un chancre au prépnce fut guéri par un traitement mercuriel. Trois mois plns tard, tout son corps fut couvert d'une éruption pustuleuse et papulense accompagnée de fièvre. Les pnstules étaient rouges et dnres an toucher; elles suppurèrent à leur point vers le cinquième jour, se rompirent et formèrent des ulcères sales, onctueux, de la grandeur d'un pois; il y en avait principalement au dos, à la nuque, à la poitrine, et quelques-nnrs aux extrémités. Les papules de la même couleur, entourées d'une auréole de 5 millimètres de largenr, occupèrent surtout les extrémités. Des taches grises, bleuâtres, de manvaise nature, existaient sur le pharynx.

Le 20 décembre, on commença le traitement par nn pnrgatif salin; on fit boire au malade de la salsepareille; une décoction de racine de carex arenaria; un bain tous les trois jours; diète végétale. Sauf la fièvre, qui cessa, les antres symptômes restèrent absolument dans le même état pendant trois semaines; alors on eut recours à l'hydriodate de potasse (8 grammes sur 240 grammes d'eau distillée, à prendre qnatre cuillerées par jour), et on y joignit de la tisane de carex arenaria. Déjà, le dixième jonr du traitement, les ulcères et la mnqueuse du pharynx prirent nn meilleur aspect; les papules perdirent leur anréole et devinrent plns pâles; on angmenta la dose de l'iode jusqu'à faire prendre qnatre cuillerées quatre fois par jonr. On permit au malade un pen de veau rôti. Les ulcères se fermèrent et les papnles disparnrent.

Guérison le 16 février 1838.

Pendant tont ce traitement, il ne se manifesta pas de symptômes fâcheux; ce n'est que lorsque le malade prit 2 grammes d'hydriodate de potasse par jonr, qn'il épronva nne légère inflammatinn de la conjonctive et de la mnqneuse nasale. Les selles étaient normales, l'urine plus copieuse; le malade, très inquiet et hypochondrique avant le traitement, redevint gai. Chez les deux malades, le sommeil était profond et accompagné de fortes érections.

Obs. III. — Un enfant de quinze mois, infecté par nne servante syphilitique, présenta la même éruption pustnleuse et papuleuse que le malade ci-dessus.

Le 10 avril 1839, on prescrivit par jonr trois paqnets de pondre contenant chacun 0,007 grammes d'hydriodate de potasse; peu à peu on angmenta la dose à 0,015 grammes; nn bain tous les jonrs. L'amélioration ne survint qu'à la fin de la troisième semaine; les ulcères qui avaient remplacé les pustules très larges à la partie supérieure de la poitrine et au dos fnrent légèrement convertes de cérat; selles naturelles; urine très copieuse. Guérison au bout de sept semaines. Bientôt après le traitement, l'enfant devint hien plns gros et resta bien portant.

Obs. IV.—La nonvelle servante qui soigna cet enfant présenta bientôt le même exanthème (60 centigrammes d'hydriodate de potasse à prendre en quatre fois; plus tard, la dose fnt portée à 140 par jonr).

Le neuvième jour du traitement, la menstrnation arriva dix jonrs trop tôt, la malade eut alors une diarrhée qui cessa par l'emploi de l'opium, qu'on ajouta à l'iode.

Guérison au bont de trois semaines.

L'anteur dit encore avoir employé l'hydriodate de potasse dans quelques autres cas de syphilis secondaire, et tonjours avec succès, sauf chez un homme de 35 ans, qui, pendant plnsieurs années, avait un exanthème caractérisé par des papules et des taches cuivrées; puis il a expérimenté ce médicament dans deux cas de syphilis primitive.

Obs. V. — A. K., gantier, âgé de 25 ans, était atteint, depuis cinq semaines, d'nn chancre énorme au pénis.

Le 13 mai 1839, on lni prescrivit : hydriodate de potasse, 8 grammes; eau distillée, 240 grammes à prendre trois cuillerées par jour. Bains locaux et fomentations d'eau chlorurée. Le premier jour du traitement, le corps fut convert d'une urticaire accompagnée d'un fort prurit.

Guérison le 30.

Obs. VI.—B. W., artiste, âgé de 30 ans, affecté d'un chancre, prit quatre cuillerees de la solntion d'hydriodate de potasse; eau chlorurée en lotions.

Le lendemain, les conjonctives étaient enflammées, avec larmoiement; le cou, la poitrine, le dos et les extrémités étaient converts de papules rouges; le ponls était sub-fréquent. On suspendit la potion pendant deux jours et les symptômes disparurent, sauf l'exanthème, qui persista pendant neuf jours. La solution fut de nonveau administrée, mais seulement à la dose de deux cuillerées. Sauf des érections avec pollntions, le malade supporta bien le médicament; l'urine devint plus copieuse. Guérison.

Obs. VII et VIII. — Deux cas de gonarthrocace non syphilitique guéris par l'iode.

C'est surtout dans les maladies scrofuleuses que M. Dietrich a eu à se loner de l'emploi de l'iode; il cite entre antres faits la gnérison d'une jeune fille de 17 ans, qui était affectée de carie aux os des jambes et au frontal, avec gonflement des articulations. Depuis qnelqnes années, l'auteur se sert anssi avec beanconp de succès des lotions d'hydriodate de potasse, anxqnelles il ajonte qnelqnefois la teinture d'opinm, contre les ulcères atoniques.

Ponr mieux apprécier l'action de ce médicament snr l'organisme humain, M. Dietrich en a fait des expériences snr lui-même pendant trois semaines; il a commencé à prendre par jonr 45 centigrammes d'hydriodate de potasse mêlée à l'amidon et divisée en trois doses. Le sel fut porté successivement à 1 gramme et 60 centigrammes par jonr; l'auteur n'épronva d'autre accident qu'un fort coryza et nne érnption papnleuse accompagnée d'nn prurit désagréable sur les extrémités et autour du cou. L'appétit ne fut pas augmenté, pas plus que l'énergie du corps; il n'a pas eu l'humeur joviale, ainsi qu'il l'a souvent observé chez ses malades; mais le sommeil devint plus profond, surtont vers le matin; il avait de fortes érections nocturnes avec de fréquentes pollutions, quoiqu'il ait ajouté 0,013 grammes d'opium à chaque poudre, une fois qu'il fut arrivé à la dose de 80 centigrammes d'hydriodate de potasse par jour. La sécrétion de l'urine fut plus abondante qu'à l'état normal.

L'auteur finit son mémoire par des considérations générales snr l'iode que nous ne rapportons pas, parce qu'elles sont conformes à celles d'autres expérimentateurs et médecins praticiens.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DÉVELOPPÉE DANS LA PAROTIDE DROITE; par le docteur Hecker, de Fribourg.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette opération, en général très intéressante, c'est que la malade éprouva de très vives douleurs lorsque la tumeur ne tenait plus que par un pédicule; celui ci semblait être formé par le tronc du nerf facial. Le tiraillement causé par le poids de la masse à enlever fit tomber l'opérée en syncopes et lui occasionna des convulsions; en soutenant la tumeur, on fit disparaître un peu ces symptômes, et lorsque son pédicule fut coupé, la douleur, instantanément devenue plus aiguë, se calma. Du point où ce pédicule avait été coupé, on put exprimer une matière pultacée semblable à la substance médullaire. Après la guérison, la face de ce côté conserva de l'irrégularité dans les expressions mimiques sans douleurs; il resta aussi du strabisme.

L'auteur se demande si le fongus a commencé dans la parotide ou dans le nerf facial; il penche pour cette dernière opinion.

NOTICE SUR LA LÈPRE DE NORWÉGE (LEPRA BOREALIS NORVEGICA, NORDISCHEN AUSSATZ, RADESYGE NORWEGENS, SPEDALSKHED); par le docteur E. Graefe, de Berlin (avec figures).

Ce travail a été fait d'après des notes qui ont été communiquées à l'auteur par Monrad, pharmacien distingué à Bergen, et son père, médecin dans la même ville. Cette maladie, qui ressemble beaucoup à la lèpre de l'Orient, est une des plus terribles de la Norvège. Pour adoucir autant que possible le sort des malheureux qui en sont affectés, et qui pour la plupart sont de pauvres habitans des côtes, on a créé un hôpital spécial à Bergen.

Cette maladie varie dans sa marche, quoique toujours grave et mortelle; elle persiste quelquefois à un haut degré pendant de nombreuses années; il y a des exemples qu'elle est restée dans le même état pendant 45 ans. Les symptômes diffèrent selon la constitution, la manière de vivre, etc., des individus qui en sont affectés; pourtant il y a des sypmtômes qui ne manquent jamais et qui sont caractéristiques. La maladie débute subitement par des frissons précédant l'éruption des tumeurs; rarement il y a un exanthème accompagné de grande faiblesse et d'envies de dormir. Les parties génitales de l'homme, le penis et les testicules sont toujours plus ou moins tuméfiés; il y a ischurie avec priapisme des plus douloureux et avec ulcères à l'urètre. Chez les femmes où la maladie se déclare ordinairement lors du début de la menstruation et de la première grossesse, le désir vénérien est des plus prononcés, et surtout lorsque la température est chaude. Les malades souffrent d'oppression et d'accès hystériques. Presque toujours il y a prurit et une douleur pongitive à quelques parties du corps où on voit plus tard survenir des tumeurs; c'est ainsi qu'un homme éprouva une violente douleur pongitive au pouce gauche; bientôt on vit apparaître des tumeurs aux doigts et aux orteils; celles-ci passèrent en ulcération; les doigts et orteils tombèrent et toutes les extrémités étaient paralysées; sauf une légère rougeur aux yeux on n'observa rien sur le reste du corps. Ces symptômes sont cons-

tans, ils ne varient que dans leur gravité, mais ensuite on a observé les modifications suivantes: 1° Dans la classe pauvre où la marche de la maladie est ordinairement rapide, on voit survenir après le frisson une plus ou moins grande quantité de tumeurs rouges-bleuâtres de grandeur différente, qui n'ont leur siège qu'à la face; ces tumeurs se changent en ulcères rongeans très douloureux qui envahissent quelquefois toute la face; celle-ci se couvre alors de croûtes comme dans la variole. Souvent on voit apparaître au centre de l'ulcère une petite peau, un commencement de cicatrisation; mais la périphérie devient alors de plus en plus rongeante jusqu'à la mort inévitable du malheureux.

2° Les tumeurs envahissent encore d'autres parties du corps que la figure et apparaissent au commencement comme des taches bleues ou rouges qui se changent peu à peu en tubercules. Les muqueuses sont dans ce cas très compromises; il y a enrouement, accès de suffocation, anxiétés, etc. Ces tubercules passent en ulcères, mais bien moins douloureux que les premiers qui gagnent aussi la trachée-artère et l'œsophage. Ces parties ainsi que tout le gosier, la langue et les poumons sont comme parsemés de vésicules plus ou moins grandes, semblables à des perles de cire qui se rompent, s'ulcèrent et sécrètent une mucosité visqueuse que le malade rend par une toux extrêmement pénible. Déjà avec l'apparition des taches bleues ou rouges il se déclare une toux sèche qui devient d'autant plus violente que les tubercules et leur ulcération font plus de progrès. Les symptômes caractéristiques indiqués ci-dessus ne manquent jamais dans ces cas, qui finissent toujours par une mort prompte et accompagnée des plus violentes douleurs et angoisses; 3° Dès le début de la maladie, la face devient brunâtre, ridée, en sorte que les jeunes gens ressemblent à des vieillards; puis surviennent des frissons et les autres symptômes caractéristiques; des tumeurs se forment à la figure et aux extrémités surtout aux jambes qui bientôt se couvrent de profonds ulcères; 4° D'autres fois les frissons, etc., sont suivis de pustules qu'on ne peut guère distinguer de celles de la gale. Les pustules deviennent confluentes et se changent en ulcères rongeans et profonds.

5° Chez d'autres malades on n'observe pas de tumeurs; mais après les symptômes indiqués ci-dessus, la conjonctive du globe de l'œil et de la paupière inférieure devient d'un rouge foncé, puis une mucosité brillante, blanche-jaunâtre couvre l'œil; des douleurs vives, pongitives, se déclarent dans l'orbite, autour de l'œil et à la joue; les cils et les sourcils tombent; les articulations et les membres deviennent raides et paralysés; la cornée se couvre d'une lymphe âcre qui se change en une pseudo-membrane épaisse et fortement adhérente; celle-ci ne peut être détaché qu'avec le bistouri, mais la vue est pour toujours perdue; bientôt une forte suppuration détruit complètement l'œil; chez d'autres individus encore il se forme des taches sur la cornée, des leucômes, etc.; les jambes se tuméfient d'une manière effrayante, elles prennent un aspect difforme, deviennent tortues et les orteils se contournent. Ces malades fléchissent les genoux en marchant d'un pas mal assuré, difficile et vacillant; leurs doigts et leurs mains sont comme paralysés; souvent ils perdent quelques phalanges des pieds et des mains, et avec tous ces symptômes les individus conservent de la fraîcheur et de l'embonpoint.

ETIOLOGIE. — Jusqu'aujourd'hui on ne connaît pas la cause prochaine de cette terrible maladie; les uns l'attribuent à la manière de vivre peu réglée des habitans des côtes qui se nourrissent principalement de poissons, mangent beaucoup de foie de poissons et de la graisse de barengs, et portent pendant plusieurs jours et nuits de suite des habits mouillés sous lesquels s'amasse de la malpropreté; mais il est à remarquer que cette maladie n'est pas aussi fréquente parmi les habitans des côtes que parmi ceux d'autres régions qui mènent une vie bien plus régulière; il y en a qui croient devoir trouver l'origine de cette maladie dans les influences du climat, dans les exhalaisons marécageuses, les brouillards et l'air humide des côtes de la Norvège.

La maladie peut être héréditaire ainsi que plusieurs exemples rapportés par l'auteur paraissent le faire croire.

Cette lèpre n'a pas toujours la même malignité ainsi que nous l'avons dit; les personnes pléthoriques sont celles qui sont le plus souvent atteintes de toux violente et d'accès de suffocation. Ceux des malades chez lesquels les tumeurs ne s'ulcèrent pas souffrent des plus violentes douleurs des os.

La maladie se montre le plus fréquemment au printemps, elle a résisté jusqu'aujourd'hui à tous les traitemens. Lorsque la Norwège appartenait encore au Danemarck, on avait envoyé quelques malades à Copenhague; ils y furent traités avec le plus grand soin; plusieurs paraissaient être dans un état très satisfaisant; il y en avait même quelques uns qu'on croyait guéris; mais revenus dans leur pays ils virent reparaître subitement, avec d'autant plus de fureur leur terrible maladie; ce qui prouverait que le climat de la Norwège, la constitution atmosphérique, etc., n'est pas étrangère au développement et à la persistance de cette maladie.

CAS DE CYANOSE AVEC PERSISTANCE DU TROU DE BOTAL, par le docteur HILNEBRAND, de Berlin.

Sur le cadavre d'une jeune fille morte à l'âge de 7 ans et qui dès l'âge de 2 ans avait présenté des symptômes de cyanose avec des accès de suffocation, on trouva 1° une ouverture de 13 millimètres à la partie supérieure de la cloison inter-ventriculaire; 2° à la place de la cloison interauriculaire on trouva le trou ovale comme chez le fœtus, 3° à l'endroit où de l'artère pulmonaire naît ordinairement le canal artériel, se trouvait une branche de vaisseau qui se rendait dans le bras gauche et remplaçait de ce côté l'artère sous-claivère. 4° Les poumons étaient petits et le thymus énorme.

SUR LES PLAIES AU-DESSOUS DE L'ORBITE; SUIVIES D'AMAUROSE, par le docteur PH. FR. DE WALTHER.

L'auteur commence par examiner toutes les observations d'amaurose survenue à la suite de blessure du nerf frontal qui se trouvent dans les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à ce jour, et fait voir que dans presque tous les cas le désordre était chaque fois tellement grand qu'on pouvait attribuer la cécité facilement à autre chose qu'à la seule blessure du nerf frontal. Quant à lui, il a très souvent vu des blessures au-dessus de l'orbite et où il a pu se convaincre que le nerf frontal a été divisé sans que pour cela il soit arrivé une amaurose, et d'un autre côté lorsque celle-ci a eu lieu à la suite d'une blessure au front, on pouvait très bien l'attribuer à quelque dérangement des organes renfermés dans l'orbite ou dans le crâne; puis M. de Walther rappelle les expériences des uns qui ont coupé le nerf frontal sur les animaux sans occasionner l'amaurose, et des autres qui ont divisé ce même nerf chez l'homme pour remédier au tic douloureux sans avoir altéré la vue.

M. de Walther cherche à prouver par une longue suite de considérations anatomiques et physiologiques que le nerf frontal n'a pas de communication directe avec le nerf optique et la rétine; qu'il n'a même qu'un rapport très indirect avec le système nerveux ciliaire moyennant le nerf nasal, et que les impressions transmises au nerf frontal peuvent tout au plus arriver à l'œil par l'intermède du cerveau on de la mœlle allongée; il n'y a donc point de continuité directe mais seulement réfléchie. Les mêmes considérations pourraient être appliquées à tout autre nerf; aussi n'a-t-on pas manqué de citer des faits de lésions de nerfs sous-orbitaires suivies d'amaurose; ce qui n'est pas plus fondé suivant M. de Walther. Celui-ci convient pourtant que des blessures au front peuvent avec le temps entraîner l'amaurose par l'effet d'une inflammation qui se propage de proche en proche jusqu'au nerf optique et à la rétine à l'aide de la continuité des tissus.

La nutrition de l'œil est pervertie par les lésions des filets nerveux ganglionaires qui se rendent à cet organe; c'est ainsi que les maladies au cou et les opérations qu'on pratique à cette région, tant sur les animaux que sur les hommes, produisent des ophthalmies ou des atrophies extrêmement graves; à cette occasion M. de Walther cite une observation très curieuse d'une ligature d'artère carotide primitive pour cause d'anévrisme; l'opéré guérit, mais elle eut un chémosis suivi d'atrophie avec abolition presque complète de la vision. Si donc, dit l'auteur, les lésions du nerf grand sympathique ont une si grande importance sur la vision, pourquoi celle d'une portion du trijumeau qui a des liaisons tout aussi étroites avec l'œil n'influencerait-elle pas aussi la vision? Ici M. de Walther semblerait revenir sur la proposition qu'il a combattue plus haut, mais il faut bien remarquer qu'il fait une grande différence entre les suites immédiates de la blessure du nerf frontal et les effets produits par une inflammation consécutive, provoquée par cette blessure elle-même; c'est ainsi qu'il se rend compte de toutes les observations de cécité après une blessure du front qui ont été rapportées par les auteurs depuis Hippocrate jusqu'à nos jours; enfin il finit son mémoire en décrivant les caractères propres à l'amaurose.

Nous ajoutons à cette analyse une observation très curieuse qui nous a été communiquée par notre ami M. le docteur Deyber; encore ici nous voyons survenir à la suite d'une légère blessure au front une cécité sans qu'il y ait en commotion ni dans l'œil ui dans le cerveau. Cette cécité était due à une cataracte traumatique et non à l'amaurose; a-t-elle été provoquée aussi par une inflammation propagée à l'appareil du crystallin par continuité des tissus?... Ce cas nous offre encore une autre remarque d'une haute importance pratique, c'est que l'individu opéré de la cataracte à un seul œil, tandis que l'autre était sain, se trouve bien plus malheureux que lorsqu'il n'était que borgne; ce qui s'explique facilement par l'inégalité du champ de la vision. Nous laissons parler M. Deyber.

Obs. — Jean Kohler, âgé de 13 ans, s'amusait, avec ses petits camarades, le 23 septembre 1828, à jeter des pierres dans l'eau pour faire des ricochets, lorsqu'une de ces pierres lui fut lancée à la tête, et lui fit une plaie au front. Le jeune garçon n'éprouva qu'une légère secousse au moment de l'accident, mais il sentit aussitôt son sang couler le long de sa joue. Il courut de suite auprès de sa mère, qui me l'amena à l'instant même. La plaie était nette, longue d'environ trois centimètres, située à un centimètre au-dessus du sourcil gauche et parallèlement à lui. Tout le tégument extérieur paraissait divisé jusqu'à l'os; l'hémorragie était peu abondante, la douleur presque nulle. En écartant les lèvres de la plaie, on n'apercevait point de corps étranger dans son fond. Le péricrâne ne paraissait pas intéressé, et on ne pouvait voir le trajet d'aucun des nerfs frontaux, au-devant desquels la peau était divisée en travers. Une large bandelette agglutinative suffit pour maintenir les bords de la plaie rapprochés et pour faire cesser le suintement de sang. Le garçon ne s'est pas plaint de douleur pendant le pansement, et s'est encore mis à jouer le même jour.

Le lendemain, la peau du front n'était ni gonflée, ni douloureuse, mais celle de l'une et de l'autre paupière était médiocrement infiltrée: on voyait aussi quelques vaisseaux de la conjonctive injectés.

Le jour suivant, l'injection de la conjonctive était plus prononcée, et la vue des objets fortement éclairés douloureuse pour l'œil gauche; le droit est resté sain.

Le quatrième jour après l'accident, tout l'œil parut rouge, la vue de la lumière ne pouvait nullement être supportée. Les paupières étaient moins gonflées. (Fomentations de l'extrait de saturne sur l'œil malade.)

Le cinquième, sixième et septième jour, même état. Le huitième, on enleva la bandelette agglutinative, et la plaie fut trouvée complétement cicatrisée. Une croûte mince et linéaire indiquait la trace de la solution de continuité. On appliqua une nouvelle bandelette sur la cicatrice, pour la soutenir. L'œil parut moins rouge, mais il exista toujours de la photophobie.

Les jours suivans, l'ophthalmie diminua de plus en plus, et vers le commencement du mois d'octobre, elle était complétement disparue. La cicatrice au front était ferme, peu apparente, et le garçon voyait parfaitement bien des deux yeux.

Vers le milieu du mois de décembre, la mère du jeune homme vint de nouveau me le présenter, en m'observant qu'il ne voyait plus aussi bien de l'œil gauche que du droit, et qu'il y avait un nuage blanc sur cet œil malade; ce nuage était effectivement très prononcé; mais il se trouvait au fond de la pupille et pouvait être facilement reconnu pour une cataracte commençante. Le point le plus opaque occupait le centre de la pupille, et déjà le jeune homme commençait à voir moins mal de son œil gauche par un demi jour que lorsque la lumière était très intense. Cette cataracte fit des progrès très rapides, et avant la fin de l'hiver (1828 à 1829), la pupille était devenue complétement blanche et l'œil privé de la faculté de voir. La pupille se contractait encore à la lumière; mais le jeune homme ne pouvait plus distinguer le jour d'avec la nuit lorsqu'il fermait l'œil droit et qu'il appliquait la main au-devant.

Consulté ensuite à plusieurs reprises par les parens sur la possibilité d'enlever le corps blanc, qui gênait la vue, je leur répondis chaque fois qu'une opération pouvait réellement être pratiquée, mais qu'on n'était point sûr de rendre parfaitement la vue à leur fils du côté gauche, et que, comme il voyait très bien à droite, on ne devait point l'exposer aux chances d'une opération qui pouvait compromettre l'intégrité de l'œil sain, si l'inflammation qui suit l'opération de la cataracte venait à se propager de l'œil gauche à l'œil droit. On sembla d'abord goûter cet avis, mais, dans la suite, on se comporta différemment.

Dans le courant de l'été de 1830, arriva à Mulhouse M. Landron, oculiste, qui se fit annoncer dans toutes les communes environnantes. On conduisit le jeune Kohler auprès de cet artiste, et celui-ci s'empressa de pratiquer l'opération de la cataracte par extraction. Elle fut faite avec un succès si parfait, que lorsque je revis le jeune homme vingt jours après l'opération, j'eus beaucoup de peine à reconnaître la trace de la plaie qui avait été faite au bord inférieur de la cornée. Il n'y avait pas la moindre rougeur à l'œil, la cornée était bien transparente, la pupille parfaitement noire mais beaucoup plus dilatée que du côté opposé. Le jeune homme voyait bien, mais inégalement loin, des deux yeux. Il distinguait mieux les objets placés de loin avec l'œil droit. Lorsqu'il regardait avec les deux yeux, toutes les lignes lui paraissaient déformées et notamment les hommes qui semblaient tous bossus ou de travers. Aussi pour voir nettement les objets avec les deux yeux, ferme-t-il un œil plus que l'autre, toujours plus celui de gauche que celui de droite. Il marche la tête inclinée, et il penche même tout son corps du côté gauche. Sa démarche a complétement changé depuis qu'il a été opéré. Lorsqu'il était encore borgne il se tenait droit et il fallait être très près de lui pour voir que l'une de ses pupilles était blanche et l'autre noire; tandis qu'aujourd'hui on reconnait de très loin le jeune homme à sa démarche oblique, et je dirai presque à la difformité de son corps constamment penché à gauche. Lorsqu'il veut nettement voir un objet il ferme toujours l'un ou l'autre œil, ordinairement l'œil gauche s'il veut voir de loin.

On a essayé depuis de lui faire porter des besicles dont les verres avaient des foyers différens, sans obtenir de résultat avantageux. On a varié l'expérience, en plaçant tantôt une espèce de verre, tantôt une autre, devant l'œil opéré, et non opéré. Le jeune homme n'a pu dire si, par l'un ou par l'autre la portée inégale de sa vue était corrigée ou non. Quoiqu'il n'ait pas l'intelligence bornée, il n'a cependant pas pu rendre compte des effets que faisaient sur sa vue des verres à foyers différens. Il a toujours répondu: Je vois; ou je ne vois pas bien.

J'ai donné depuis des soins à un homme instruit, sujet à des rhumatismes goutteux, qui a aussi constamment une des pupilles plus rétrécie que l'autre. Il voit moins bien de l'œil dont la pupille est dilatée que de l'autre. Des lunettes à foyers différens n'améliorent pas sa vue, quoiqu'il se soit beaucoup exercé pour habituer ses yeux à l'usage de différentes espèces de verres, et qu'il ait bien étudié les effets des corps réfringens diversement taillés.

Pour étudier le changement qu'on éprouve dans la vision lorsqu'on a une pupille plus dilatée que l'autre, je me suis moi-même soumis à une expérience, qui consistait à me faire instiller dans un œil une goutte de solution d'extrait de belladone. Aussitôt toutes les lignes que je voyais paraissaient déformées, les hommes me semblaient bossus, et je n'ai pu corriger cette irrégularité de la vision par aucune espèce de verre. Cependant j'ai bien pu me conduire dans les rues avec les deux yeux, et lire lorsque je fermais l'œil qui avait été soumis à l'expérience. Au bout de trois jours tout l'effet de la belladone avait disparu.

II. WOCHENSCHRIST FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par le docteur CASPER.

SUR LA CONTRACTILITÉ DES VAISSEAUX; par le docteur Henle, de Berlin.

Dans cet article, M. Henle cherche à reproduire les idées de quelques anciens iatro-mathématiciens sur la stase du sang dans les vaisseaux capillaires; il s'efforce de prouver que toutes les congestions du sang et les inflammations doivent être attribuées à une espèce de paralysie des capillaires, et par conséquent plutôt à l'adynamie ou à une irritation dérivative, qu'à une excitation directe. Pour prouver que les inflammations sont dues au défaut de contractilité des vaisseaux capillaires, il cherche d'abord à démontrer que ces vaisseaux jouissent d'une certaine contractilité dans l'état normal, et qu'ils sont sous l'influence du système nerveux comme tout ce qui est composé de fibres d'apparence musculaire, et, à cet effet, M. Henle fait observer que les capillaires ne diffèrent pas, dans leur structure, des vaisseaux de gros calibre; que ces derniers, ainsi que les muscles pleins et creux, tant ceux de la vie animale que ceux de la vie organique, renferment tous les mêmes élémens organiques. Pour prouver cette analogie entre les muscles, le tissu du cœur, la tunique moyenne des artères, les parois des vaisseaux capillaires et le tissu cellulaire souscutané et dartoïde, l'auteur s'est livré à des expériences microscopiques nombreuses. Après avoir fait ressortir l'identité de structure de ces tissus sous le rapport anatomique, il en fait aussi voir l'analogie fonctionnelle, ainsi que quelques différences, et il dit: les mouvemens des muscles pleins sont soumis à la volonté et peuvent être déterminés par des excitations mécaniques et galvaniques, mais non par l'action du froid. Les muscles creux de la vie organique sont excitables par les mêmes agens que les muscles de la vie animale, mais soustraits à l'empire de la volonté,

La tunique moyenne des artères, qui a la même structure que les muscles de la vie organique, est aussi soustraite à l'empire de la volonté, mais ses contractions peuvent être exécutées par les agens mécaniques, et aussi par le froid, mais non par le galvanisme.

Le tissu cellulaire, par exemple celui de la peau et du dartos, est soustrait à l'empire de la volonté; excitable par le froid, non par les agens mécaniques, ni par le galvanisme.

Lorsqu'un muscle de la vie animale est excité à la contraction, il répond au stimulus brusquement, mais une seule fois par chaque excitation. Le cœur répond aussi à une irritation par une contraction brusque, mais oscille ensuite d'une manière péristaltique.

Les intestins stimulés se contractent lentement et d'une manière péristaltique. Les artères et le tissu cellulaire se contractent lentement et ensuite d'une manière continue. Si donc la circulation se fait, dans les gros vaisseaux à l'état normal, sous l'influence de la contractilité, qui est sous le domaine du système nerveux, celle des capillaires se fait de même, puisque leur structure est identique. Cette identité est prouvée par l'anatomie, la physiologie et les observations microscopiques. Lorsque la contractilité des capillaires est diminuée par paralysie ou par déplacement de l'influx nerveux, la circulation s'y fait mal; de là les congestions et les inflammations que M. Henle range dans l'ordre suivant:

1° Exsudation à la suite de la diminution de la viscosité du sang; inflammation *fausse* ou *séreuse* se rapprochant de l'hydropisie et de l'ecchymose.

2° Exsudation par distension des parois des vaisseaux; elle est toujours précédée de congestion qui peut être déterminée elle-même par des obstacles mécaniques dans la circulation: *inflammation veineuse* par le calibre trop grand des capillaires eux-mêmes; *inflammation capillaire*, mais qui elle-même peut être sous-divisée en 1° *primaire* ou *directe*, par paralysie des vaisseaux; 2° *secondaire* ou *indirecte*, par déplacement de l'influx nerveux.

DYSPHAGIE PRODUITE PAR UNE DILATATION DE L'ŒSOPHAGE; par M. LINDAU.

OBS. — Un gantier, âgé de 30 ans, de constitution forte, toujours bien portant, sentit, en avalant, une pression dans l'œsophage, et ce n'est qu'à force de liquides qu'il parvint à faire passer les alimens dans l'estomac; plus tard, les selles devinrent rares, et il survint des vomissemens de matières à peine ingérées. Cet état avait déjà duré une année, lorsqu'à la suite d'un refroidissement et de quelques indigestions, il s'empira rapidement; le malade rendit sans exception tout ce qu'il avait avalé, avec des mucosités; il n'eut plus de selles. Des matières considérables de sang coagulé et en partie décomposé se mêlèrent aux matières vomies. Le malade mourut par consomption.

AUTOPSIE. Les intestins étaient remplis de matières fécales, de couleur terreuse, ce qui était remarquable chez un individu qui n'avait plus pu avaler depuis trois semaines; et auquel on avait souvent administré des lavemens apéritifs. L'estomac était sain à l'intérieur. Les poumons, surtout à gauche, adhéraient aux plèvres par des fausses membranes. L'œsophage, dans toute sa longueur, était très distendu; il était le plus large dans le milieu de sa longueur, sans former de diverticulum; là il avait un diamètre de 11 centimètres à peu près. Le sac renfermait 1 kilogramme de liquide épais, de mauvaise odeur, acide, formé de sang décomposé, d'albumine coagulé et de mucosités; la muqueuse était presque complètement ulcérée et détruite, et ce qui restait encore des débris était friable et pultacé. La tunique musculaire était distendue, et les fibres longitudinales et transversales se croisèrent en *larges réseaux*. Quelques points rouges foncés de la muqueuse ulcérée indiquaient le lieu d'où venait le sang. L'estomac contenait à peu près 240 grammes de liquide rouge foncé, sanguinolent, moins consistant, mais plus acide que celui renfermé dans l'œsophage. La muqueuse était un peu boursouflée; quelques taches rouges de la grandeur d'une lentille se trouvaient dans la courbure supérieure de l'estomac, qui, par la pression, laissaient suinter un peu de liquide rougeâtre. A l'endroit où l'œsophage s'insère dans l'estomac, il existait un anneau dur, rétréci, qui pourtant n'a pas empêché, pendant la vie du malade, de laisser passer une sonde de baleine munie d'une éponge; le pylore offrait la même particularité. Dans le duodénum, on ne trouvait que de la bile noire mêlée à des mucosités.

Ce n'est pas la dilatation de l'œsophage qui a été cause de cette dysphagie ainsi que l'auteur l'indique, mais plutôt le rétrécissement du cardia et du pylore à la suite duquel l'œsophage s'est laissé distendre mécaniquement.

EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE, par le docteur WEYAND.

OBS. — Une femme âgée de 75 ans est affectée d'épilepsie depuis plusieurs années, les médicamens les plus renommés furent employés sans le moindre succès; enfin M. Weyand se décida à lui donner la potion suivante: Nitrate de strychnine 12 centigrammes, infusion de petite valeriane 180 grammes, sirop de coquelicot 15 grammes; une demi-cuillerée à soupe toutes les heures et demie. La malade ayant pris la moitié de la potion sans avoir éprouvé d'amélioration, avala par dépit, d'abord une cuillerée, une heure après deux cuillerées et enfin le reste en une seule fois; bientôt après elle devint très agitée, très susceptible aux impressions extérieures; elle se plaignit de frissons, de lassitude, de fatigue dans les membres, de somnolence, tandis qu'une agitation intérieure, des anxiétés et des oppressions l'empêchent de dormir; en même temps elle eut des mouvemens convulsifs semblables, à des coups électriques. Dans des intervalles de repos, la malade disait qu'elle souffrait pendant les convulsions d'une manière incroyable aux extrémités inférieures et à la nuque; ces douleurs devenant toujours plus fortes se rapprochaient comme un éclair, s'entre-choquaient dans la région lombaire et sortaient subitement. Pendant les attaques convulsives la malade fit des bonds dans son lit; bientôt il se forma de vrais paroxismes de tétanos qui alternèrent avec une asphyxie et un état de relâchement semblable à une paralysie. Le pouls à 110 était facile à déprimer, la respiration laborieuse, la face d'une pâleur mortelle, les yeux enfoncés, la parole peu distincte. On prescrivit 10 centigrammes d'opium avec 5 centigrammes d'Ipécacuanha et pour boisson du café noir fort. Déjà après la première dose les accès devinrent moins intenses, la malade devint plus tranquille, elle s'endormit; son sommeil ne parut pas très normal, elle ronfla comme un individu ivre; douze heures après elle se réveilla doucement dans un état de transpiration, et couverte d'une éruption milliaire. Les attaques d'épilepsie qui auparavant s'étaient déclarées plusieurs fois par semaine n'ont plus reparu depuis, il y a maintenant quatre mois et demi.

Nous n'avons pas rapporté cette observation de guérison d'épilepsie par une forte dose de strychnine, quand même elle devrait être radicale, comme un exemple à suivre, mais peut-être en graduant peu-à-peu la dose de ce puissant médicament pourrait-on arriver au même résultat. Les symptômes décrits par la malade pendant ses intervalles de repos sont aussi dignes de remarque.

Ce cas est précédé d'un autre où un individu affecté de paralysie est mort à la suite d'une trop forte dose de strychnine. Elle fut prescrite de la manière suivante: 15 centigrammes de strychnine à dissoudre dans 30 grammes d'esprit de vin fortement rectifié; plus tard la dose fut élevée à 30, 45 et même 60 centigrammes. Le malade commença par 15 gouttes qui furent successivement portées à 50. Quoiqu'il fût instruit de la nature du médicament il prit un jour sans compter les gouttes en une seule fois le reste de la petite bouteille avec *le dépôt qu'elle contenait*. Le collége médical de Coblentz, qui a été appelé à donner son avis sur ce cas, a déclaré que le médecin traitant a commis une grande imprudence dans la prescription de ce médicament, car, dit-il, 15 centigrammes de strychnine ne se dissolvent pas dans 30 grammes d'esprit de vin très bien rectifié, pas même à chaud et évidemment encore moins la quantité quadruple.

SUR L'ÉLECTRICITÉ LIBRE DE LA PEAU ET LE ROLE QU'ELLE JOUE DANS LE RHUMATISME, par le docteur SCHARLAU.

M. Schoenlein depuis peu professeur de clinique à Berlin est aujourd'hui, comme tout le monde sait, l'oracle de la pathologie allemande; nous nous promettons de rendre compte un jour de tout ce que cet homme célèbre a fait pour la science; mais nous pouvons dire dès à présent que ce savant, parmi une foule de vérités nouvelles, avance souvent des hypothèses et des propositions difficilement soutenables; entr'autres il prétend que dans le rhumatisme la peau devient idio-électrique et isolente pour les organes qu'elle recouvre. M. Scharlau pour vérifier cette assertion, a fait à l'aide d'un électromètre très sensible des expériences comparatives aux différentes personnes ainsi que sur lui-même; il a eu pour résultat que chez les individus affectés de rhumatisme comme chez d'autres la peau dégage tantôt de l'électricité, tantôt non; que celle qui est dégagée est tantôt positive, tantôt négative, et il n'a trouvé aucun rapport entre l'état électrique du corps et la santé aux différentes heures de la journée et aux diverses variations atmosphériques.

SUR LA GALE; par le docteur KRAUSE.

Pour l'auteur, le diagnostic de la gale ne peut être établi que lorsqu'on a trouvé des cirons et les chemins couverts que forment ces animaux; les vésicules, ainsi que la démangeaison, ne sont pas pour lui des signes caractéristiques de cette maladie. Il cite plusieurs observations d'individus infectés de gale, qui l'ont transmise à d'autres, et sur le corps desquels on n'a trouvé qu'un ou plusieurs chemins couverts contenant des acarus.

III. MONATSSCHRIST FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par D'AMMON.

Le cahier de juillet et d'août contient les articles suivans: 1° *Coup-d'œil sur l'état actuel de l'orthopédie et sur le traitement du torticolis au moyen de la section des muscles et de l'extension permanente;* par le docteur Baumgarten. (Six cas de rétraction des muscles du cou, dont cinq furent guéris par la section du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, et un amélioré.) 2° *Phlegmon sur la région lombaire; ouverture au-dehors; fistule stercorale; guérison*; par le docteur Meding. (La tumeur formée par l'abcès était très considérable et indolente; quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation distincte, on fit une incision large et profonde, qui donna issue à un pus sanieux et fétide, ainsi qu'à des flocons de tissu cellulaire gangréneux; pendant quelque temps, on crut que la matière fournie provenait de quelque os carié du bassin ou de la colonne lombaire; bientôt on vit apparaître des matières fécales et des alimens mal digérés. Le malade, après avoir été réduit au dernier degré de marasme, se remit cependant et finit par guérir. La fistule fut fermée par une cicatrice solide, extrêmement profonde et fortement évasée. Ce cas peut être placé à côté de ceux rapportés par John Burné (GAZ. MÉD., p. 385 et 401, 1839), et se range parmi les maladies du cœcum et de son tissu cellulaire d'enveloppe sur lesquelles M. Wilhelm a fait une si bonne monographie (GAZ. MÉD., p. 558, 1839); 3° *Sur une maladie particulière de l'œil;* par le docteur Heidenreich. (L'affection dont il s'agit dans cet article a, d'après l'auteur, beaucoup de ressemblance avec celle décrite dernièrement par M. Rau (GAZ. MÉD., p. 104, 1840). Nous croyons que ce n'est autre chose qu'une iritis chronique.) 4° *Aphorismes sur les plaies de tête;* par le docteur Albanus. (Elles portent plus particulièrement sur les vibrations et autres phénomènes physiques qui se passent dans les parties molles et dures lorsqu'elles ont reçu un choc plus ou moins violent.) 5° *Remarques diverses sur la pathologie;* par le docteur Heidenreich. (Rien de saillant.) 6° *Cas de fongus médullaire dans l'œil chez un enfant de dix-huit mois;* par le docteur Heyfelder. (La maladie fut reconnue de bonne heure; l'auteur fit l'extirpation du globe de l'œil et l'enfant guérit; le globe extirpé ne laisse pas de doute sur la nature du mal.) 7° *Sur des excroissances cornées aux paupières;* par le docteur

D'Ammon. (L'auteur rapporte trois observations de cornes développées sur les paupières; il les regarde comme des cas rares.) 8° *Des phénomènes hydro-dynamiques dans l'appareil de la génération;* par le docteur Nathan. (Article plein d'idées difficiles à suivre.) 9° *Sur la pseudo-blepsie;* par le docteur Hanmann. (Rien d'inconnu.)

IV. ZEITSCHRIST FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, par FRICKE et OPPEINHEIM.

Les cahiers de septembre et d'octobre contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Sur la constitution médicale de Hambourg pendant l'année* 1839; par le docteur Gadecheus. 2° *Observation de jaunisse;* par le docteur Etzdorff. 3° *Un kilogramme et demi d'extrait de Saturne avalé par deux individus ivres, sans qu'ils aient éprouvé d'accident;* par le même. 4° *Sur un nouveau tire-balle, sur les blessures faites par armes à feu, et sur les attritions causées par les projectiles passant à côté du corps;* par le docteur Nevermann. (Article intéressant par ses recherches bibliographiques.) 5° *Sur la myotomie oculaire;* par le docteur Fricke (1). 6° *Nouvelle méthode pour opérer la staphyloraphie;* par le docteur Nevermann. (L'auteur décrit, dans cet article, les instrumens de M. le docteur Sotteau (Gaz. Méd., p. 603, 1839).)

V. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le deuxième cahier du 56e volume contient les articles originaux suivans : 1° *Essai de topographie médicale du cercle de Strasbourg (Prusse occidentale);* par le docteur Neumann. 2° *Sur le typhus exanthématique contagieux qui a régné à Posen en* 1829 *et* 1838; par le docteur Cohen. (D'après la description, c'est la fièvre miliaire de Borserius.) 3° *Observation d'homicide, commis par un individu privé de ses facultés mentales;* par le docteur Weese. 4° *Remarques sur la nature et le traitement de la coqueluche;* par le docteur Malin.

ESSAI DE TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU CERCLE DE STRASBOURG (PRUSSE OCCIDENTALE); par le docteur A. C. NEUMANN.

Parmi les maladies endémiques, on doit principalement citer la plique polonaise, l'helminthias, et une autre affection, qui a beaucoup d'analogie avec la lèpre de Norwège, si ce n'est pas cette dernière maladie elle-même; parmi les épidémies qu'on y a observées assez fréquemment, on compte la fièvre pétéchiale, les fièvres intermittentes, souvent suivies d'hydropisies, parce qu'elles sont mal traitées, et la variole, ainsi que la varioloïde, qui ne se montrent très fréquemment, d'après la remarque de l'auteur, que parce qu'on a du vaccin de mauvaise qualité. Les pleurésies sont fréquentes; par contre, les pneumonies sont très rares.

On n'a pas observé plus de maladies mentales dans la population polonaise que chez les Allemands, quoique les premiers aient eu à souffrir de grands malheurs dans ces derniers temps.

REMARQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE; par le docteur MALIN, à Cottbus.

L'auteur, après avoir cité les différentes opinions qui ont été émises sur la cause prochaine de cette maladie, en émet une nouvelle, qui consiste à admettre un empoisonnement du sang; puis il divise la marche de la maladie en trois périodes : 1° celle où le poison est reçu dans l'organisme (état catarrhal); 2° celle où le principe vénéneux est excrété par les membranes bronchiques (état convulsif), et 3° celle des suites de cette excrétion bronchique (état de décroissance).

Quant au traitement, il a employé successivement une quantité de méthodes, prônées dans les auteurs, mais presque toujours avec un succès équivoque. Les délayans, les sudorifiques, le calomel, le nitre, le tartre stibié et les émissions sanguines, sont les moyens auxquels il croit devoir le plus souvent recourir.

(1) Les journaux allemands renferment plusieurs articles sur le même sujet. Nous nous proposons de les résumer dans un article à part.

(N. du R. en chef.)

REVACCINATION ENTREPRISE DANS L'ARMÉE PRUSSIENNE PENDANT 1839.

41,481 furent vaccinés,	dont 33,225	avaient des cicatrices	distinctes.
	5,889	—	— donteuses.
	2,367	—	— nulles.
	41,481		

La vaccination ayant été	régulière	chez	19,249
	irrégulière	—	8,534
	nulle	—	13,698
			41,481

La revaccination, restée sans effet une première fois, fut répétée sur 2105 individus avec succès; elle n'eut pas de succès chez 7886.

Le nombre de pustules vraies obtenues par la vaccine était :

De 1 à 5	chez	8762
6 à 10	—	5650
11 à 20	—	4095
21 à 30	—	742
		19249

Parmi ceux qui ont été revaccinés avec succès cette année et les précédentes, 18 seulement ont eu des varicelles, 7 des varioloïdes, pas un la vraie variole.

Dans toute l'armée, il n'y eut, en 1839, que 51 varicelles, 32 varioloïdes et 6 vraies varioles; en somme 89, dont 2 décès. Parmi ceux qui ont été atteints se trouvèrent 18 varicelles et 7 varioloïdes; en tout 25, qui avaient été vaccinés avec succès. Les 64 autres avaient été ou partie revaccinés sans résultat, en partie c'étaient des conscrits, chez lesquels on n'avait pas pu procéder encore à la revaccination. De ce nombre de 89, il y en eut 58 dans un seul régiment, où la maladie a été introduite par des recrues.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

DE L'ORIGINE ET DU MODE DE DÉVELOPPEMENT DES ZOOSPERMES; PAR M. LALLEMAND.

Au milieu de recherches microscopiques sur le sperme de l'homme, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, M. Lallemand est arrivé à des résultats fort curieux, et qui s'étendent au sperme des mammifères des oiseaux, des reptiles, des poissons, des crustacés, et surtout des mollusques. Ces observations, différentes au premier abord, s'éclairent cependant mutuellement, et finissent par tellement concorder, que, chez les animaux, ce savant a pu trouver un état normal identique à l'état pathologique de l'homme.

Voici les plus curieux de ces résultats.

Les zoospermes ne sont que le produit d'une sécrétion; comme toute matière sécrétée, ils sont susceptibles de modifications nombreuses, et soumis à l'influence de toutes les causes de perturbation. Ainsi, ils diminuent en nombre, en volume, en densité, en forme; suivant la gravité de la maladie qui les change, les modifications sont plus profondes, et ils résistent plus ou moins à la décomposition. Quelquefois ils deviennent très rares, ou même sont remplacés par des corps pyriformes, ovoïdes ou tout à fait sphériques. Ceux-ci paraissent vivans aussi; car ils sont doués d'une grande mobilité, et après la mort ils prennent un aspect brillant. Leur forme est en général fort régulière. A l'époque de la puberté, ces globules précèdent l'apparition des zoospermes complets, qu'ils remplacent encore dans la vieillesse et dans beaucoup de maladies. Ce sont autant de sécrétions incomplètes, inachevées.

Les différences que nous venons de signaler se retrouvent encore, dans les animaux, aux différentes saisons des amours, et elles sont surtout appréciables chez les oiseaux. Chez ces derniers donc, les testicules pâles, mous, flasques, pendant l'état de calme, s'injectent, durcissent, s'engorgent, à l'époque du rut, ils ne contiennent d'abord qu'un fluide homogène et transparent, qui bientôt devient grenu, puis globuleux. Enfin, les zoospermes apparaissent, immobiles d'abord, pour devenir bientôt complets. Alors le testicule est quatre ou cinq fois plus volumineux. Les mêmes phénomènes se reproduisent à chaque saison des amours.

Chez l'homme, c'est seulement à l'époque de la puberté que s'observent ces phénomènes, sauf cependant les cas de maladies.

Dans les canaux séminifères, les zoospermes sont très nombreux et entassés par groupes, le plus souvent à sec. Dans tous ces groupes, les têtes sont dirigées vers l'épididyme, tandis que la queue regarde la surface du testicule. Arrivés dans le canal déférent, ils se séparent et deviennent plus mobiles. Le fluide des vésicules séminales, des glandes de Cooper, de la prostate, n'a d'autre usage que de

favoriser leurs mouvemens. Chez les mollusques, ils meurent avant l'individu. Cela se voit surtout chez les bivalves, qui ont assez de force pour rester hors de l'eau, leurs valves fermées. On s'assure parfaitement de cette mort prématurée, en observant la vivacité de leurs mouvemens au moment où le bivalve quitte les eaux.

Ainsi, ce qu'on a dit de l'invariabilité des zoospermes ne peut s'entendre que du type parfait d'une espèce comparé au type d'une autre espèce, même très voisine; tandis que chez le même animal, l'état individuel, le siége où l'on examine le petit animal, la saison, la maladie, le modifient puissamment. Ce sont là autant de caractères qui appartiennent aux sécrétions.

Les physiologistes éprouvent de la répugnance à admettre que les glandes puissent sécréter des corps vivans. Ce serait, disent-ils, le seul exemple. Mais les ovaires sécrètent les ovules, qui sont des corps vivans bien avant la fécondation, qui se perfectionnent dans les oviductes, après leur séparation de l'ovaire, et s'y comportent, comme le font les zoospermes dans leur marche. Les ovaires sont les analogues des testicules, à tel point que dans les classes inférieures, il est impossible, à la simple vue, de les distinguer. Leur siége, leur coloration, la disposition des oviductes et des canaux déférens, y sont tout à fait semblables. De cette ressemblance sont nées beaucoup d'erreurs dans les classifications, et Cuvier lui-même n'en a pas été à l'abri. Le microscope, en constatant le zoosperme là où l'œil ne voyait qu'une ovaire, a corrigé ces erreurs. Ainsi Prévost a trouvé que les moules ne sont pas hermaphrodites. Milne-Edwards et moi avons vu que les cypris, les patelles, ne le sont pas non plus. Dans les méduses, la ressemblance entre les zoospermes et l'ovule est encore plus frappante, puisqu'il existe pour les zoospermes de véritables capsules qu'on peut retirer des testicules. Dans quelques polypes agrégés, on trouve encore une grande ressemblance entre les organes mâles et les organes femelles. Chez eux, le zoosperme se voit entre le canal digestif et les parois du corps sans organe de sécrétion apparent, et l'on ne trouve pas non plus d'ovaire pour les ovules.

Dans les oiseaux, on voit chaque groupe de zoospermes enveloppé à moitié par un diaphragme creux très mince et transparent qui reçoit toutes les têtes en un faisceau. Ceci provient probablement d'un temps de repos entre les sécrétions de chaque faisceau.

Chez le crabe, les canaux étroits qui représentent les testicules contiennent des zoospermes libres; mais en observant la portion élargie de ces canaux, on les trouve contenus dans des capsules à parois minces. Les plus remarquables de ces testicules sont ceux des céphalopodes. Il existe à leur intérieur une membrane spiroïde chez la poulpe, composée de quatre compartimens distincts chez la seiche. Leur canal déférent est en outre très long, contourné en spirale, et leur glande fort compliquée et comme charnue. Ces deux portions de trajets sont enduits d'une matière visqueuse abondante. Les testicules renferment des zoospermes libres exactement semblables à ceux des spermatophores, ce qui prouve que les animalcules ne viennent point de ces capsules. Il est facile d'expliquer la formation de ces spermatophores. Arrivés dans le canal déférent, les zoospermes rencontrent le fluide visqueux qui les entoure, et leur forme une poche simple quand l'organe est simple; double quand il est double, etc. Quand le liquide du canal est aqueux, les animalcules s'y meuvent en liberté.

Les capsules sont douées d'une grande avidité pour l'eau dont elles se pénètrent par endosmose et se rompent quand elles sont simples. Quand elles ont deux membranes, l'externe se crève et laisse passer un long boyau de l'interne. Il est facile de faire le rapprochement de ces phénomènes avec ceux qui accompagnent la déhiscence des grains polliniques simples ou formés de deux membranes. On avait cru à tort les spermatophores des céphalopodes doués de contractions musculaires; leurs mouvemens ne tiennent qu'à l'endosmose.

Les œufs composés de beaucoup de sangsues, de planaires, de céphalopodes, se forment de la même manière et cela est une ressemblance de plus entre l'ovule et le zoosperme.

Dans les testicules de couleuvres, on trouve de petits corps brillans, mobiles, qui dans l'épidydime s'allongent, et dans le canal déférent prennent une queue, il est facile chez ces animaux de suivre les différens temps de la formation des zoospermes. Ces points brillans signalés déjà par tous les micographes, mais sans signification précise, sont les rudimens des animalcules, c'est autour d'eux que se forme la tête d'abord, puis la queue. Ils sont au zoosperme ce que la vésicule de Purkinje sont aux ovules. C'est autour de ce point que se forme la tête, comme le jaune se forme autour de la vésicule proligère; et la queue se forme dans le reste du trajet, comme l'albumine et la membrane propre de l'ovule se surajoutent au jaune dans l'oviducte. Dans un mémoire inédit, M. Lallemand a examiné le rôle que jouent les zoospermes et les ovules dans la fécondation.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LE CERVEAU, par M. EDMOND FRÉMY.

M. Frémy commence son travail par combattre les opinions émises par M. Conerbe, sur les corps élémentaires de la substance cérébrale, la cérébrote, la stearoconote, l'éléencéphale; loin d'être des corps simples, ils sont composés de deux élémens. M. Frémy a constaté dans la substance cérébrale la cholesterine qu'y avait signalée le premier M. Conerbe. Voici les résultats des analyses de M. Frémy. La substance cérébrale est composée de:

1° Matière blanche de Vauquelin, *acide cérébrique*.
2° *Cholesterine*.
3° *Margarine, oléine*, accompagné d'un peu d'*acide oléique* et *margarique*.
4° Petite quantité de *matière albumineuse* qui contient du *soufre* et jamais du *phosphore*.
5° L'acide oléique, margarique et cérébrique se trouvent combinés à la chaux où à la soude.

(Commissaires: MM. Magendie, Chevreul, Pelouze, Dumas.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. HUSSON.

CORRESPONDANCE.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel fait le dépouillement de la correspondance.

M. Forget, de Strasbourg, fait hommage d'un volume sur l'entérite folliculeuse.

M. MARTIN SOLON lit un rapport sur l'eau hémostatique et antiphlogistique du docteur C..., et le termine par des conclusions qui flétrissent de mensongères les prétendues vertus de l'eau du docteur C... Ces conclusions, qui paraissent, quoique vraies, trop énergiques à M. Londe, sont mises aux voix et adoptées.

M. CULLERIER lit une lettre d'un médecin allemand, qui prie l'Académie de vouloir bien soumettre à une discussion approfondie plusieurs questions relatives à la syphilis et à son histoire, et dont la solution lui serait fort utile pour un grand ouvrage qu'il a commencé sur ce sujet. L'Académie passe à l'ordre du jour.

ONTOLOGIE.

M. FOUCAUD lit, sous ce titre, une note, dans laquelle il cherche à prouver que l'ontologie ne doit être, en aucun cas, admise dans les théories médicales.

Ce mémoire donne lieu à une discussion vive entre MM. Rochoux, Gerdy, Bouilland, sur les travaux et la philosophie de Broussais.

L'Académie devant se former, à 4 heures, en comité secret, la discussion est interrompue et renvoyée à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, COMPRENANT L'HISTOIRE DES MALADIES QUI PEUVENT SE MANIFESTER PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL, ET L'INDICATION DES SOINS A DONNER A L'ENFANT NOUVEAU-NÉ; par P. Caseaux, D. M. P., professeur d'accouchemens, ancien chef de clinique d'accouchemens de la Faculté de médecine de Paris, ancien chirurgien interne des hôpitaux. — Paris, 1840. — 800 pages in-8, avec 12 planches gravées. — Chez Meguignon-Marvis, rue du Jardinet, 13.

Les livres dogmatiques sur les différentes branches des sciences médicales sont rarement des livres originaux. Obligés de toucher pour l'instruction des élèves tous les sujets, ils sont en grande partie composés des mêmes idées présentées sous d'autres formes, assujéties à une autre classification. Néanmoins la marche continuelle des sciences introduit chaque jour quelques découvertes, quelques aperçus nouveaux qui trouvent leur rang à côté des faits anciens, et qui souvent même détruisent ou modifient singulièrement ces derniers; puis l'esprit humain sait façonner, modeler de mille manière le même sujet et rendre presque nouveau ce qui était déjà connu. Si de plus on réfléchit que l'auteur d'un pareil livre dogmatique se livre aux exigences de l'enseignement public, qu'il est issu d'une bonne école scientifique, qu'il est placé depuis nombre d'années sur un grand théâtre d'observations dont son esprit droit et méthodique a su tirer un grand parti, on verra qu'entouré d'élémens rares et précieux, il a dû produire un bon livre. Depuis quelques années la science tocologique est soumise en Allemagne à une espèce de révolution, qui n'a encore que peu retenti en France. M. Velpeau d'abord, et surtout M. P. Dubois à Paris, et Stolz à Strasbourg ont les premiers fait connaître en notre pays les doctrines nouvelles du professeur célèbre d'Heidelberg; mais aucun ouvrage dogmatique ne contenait la classification simple et naturelle des positions du fœtus, telle qu'elle est généralement reçue de l'autre côté du Rhin. M. Caseaux l'a introduite dans son œuvre, non sans discuter sa valeur et établir sa supériorité. Si M. Caseaux, pour composer son traité, a su habilement tirer parti des matériaux scientifiques et les sonmettre à l'examen rigoureux de sa propre observation, il a aussi exposé des idées neuves sur plusieurs points de la science.

Son traité est partagé en cinq parties; voyons séparément ce que chacune d'elles nous a paru contenir de plus saillant:

La première partie est consacrée à une description anatomique succincte des organes de la génération et de la parturition. A propos de l'excavation du bassin, il expose, pour les soumettre à une critique sévère, les opinions des auteurs sur ce qu'ils appellent les plans inclinés, et leur influence sur le mécanisme de l'accouchement. M. Caseaux démontre qu'on a eu tort de vouloir représenter par des lignes droites les axes du bassin. Cette cavité est évidemment courbe, et courbe aussi doit être son axe. C'est d'abord l'axe du détroit supérieur qui, en descendant dans l'excavation, en suit la courbure à concavité antérieure, et arrivé au détroit inférieur change de direction pour se porter en arrière et un peu de haut en bas.

La description des parties molles du bassin contient une appréciation détaillée des variétés de forme et de volume de la portion vaginale du col utérin chez les femmes qui ont été mères ou sont vierges d'accouchement.

La génération et ses différentes phases forment la deuxième partie.

Se proposant un but essentiellement pratique, M. Caseaux a dû passer sous silence les mystères de la conception pour traiter dans le plus grand détail tous les phénomènes de la grossesse. De nombreuses occasions se sont ici offertes à l'auteur de mettre à profit ses observations dans les hôpitaux. Il explique par la descente en masse de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse, et par l'exploration plus facile du col, à l'aide du doigt, l'opinion de madame Boivin qui a écrit que le col à cette époque subissait un allongement notable. Si, plus tard, cette portion de l'utérus subit quelques modifications, c'est plutôt dans sa forme que dans son volume. Desormeaux et depuis lui tous les accoucheurs ont cru que le col à partir du cinquième mois participait pour un tiers de sa longueur à l'ampliation utérine, et qu'à mesure des progrès de la grossesse, le col s'effaçait aussi pour ne conserver qu'un cinquième de sa longueur vers la fin du huitième mois. M. Stolz d'abord, puis M. P. Dubois, ont contredit cette assertion. Suivant le premier de ces accoucheurs, le col conserve toute sa longueur jusque dans la dernière quinzaine de l'accouchement, et ne subit qu'une ampliation latérale. S'il arrive quelquefois que sa portion supérieure s'évase, on n'observerait ce phénomène que rarement et seulement chez les primipares. M. Caseaux a pu nombre de fois constater la conservation de la longueur normale du col utérin chez des femmes au huitième mois. Nous-mêmes nous devons à l'obligeance de notre ami et ancien collègue, le docteur Depaul d'avoir vérifié ce fait sur la matrice d'une femme au septième mois de la grossesse, et sur laquelle nous fîmes une injection pour M. le professeur Serres. Ces discussions logiquement détaillées dans l'ouvrage ne sont pas stériles; elles touchent intimement aux difficultés du diagnostic de la grossesse.

L'application de la découverte de Laënnec à la pratique des accouchemens, est devenue depuis assez longtemps déjà la source de nombreux travaux sur les bruits du cœur fœtal et sur les bruits du souffle utérin. L'analyse des diverses opinions conduit M. Caseaux à une théorie conciliante sur les causes des divers bruits utérins. Le bruit fœtal découvert par M. Mayor, de Genève, est resté pour lui sans application. Cependant le parti que l'accoucheur peut en tirer, pour constater la vie, l'état de santé ou de maladie, la position du fœtus, a été consigné dans des mémoires intéressans. M. Caseaux a sagement discuté toutes les opinions à cet égard. Cette dernière question, relative à la possibilité de reconnaître avant l'accouchement la position du fœtus, par le siége, l'intensité du bruit fœtal, a été pour M. Depaul le sujet d'une thèse très importante dont nous rendrons prochainement compte; et à cette occasion, nous montrerons en quoi diffèrent les opinions de MM. Depaul et Caseaux.

L'histoire des accidens de la grossesse et de l'avortement termine cette seconde partie.

C'est dans un des chapitres de la troisième partie, qui a trait à l'étude de l'accouchement, que se trouve discutée la question si controversée des positions. A sa suite viennent et l'explication des mouvemens du fœtus, et les forces qui le chassent de sa cavité pelvienne, et leur influence combinée avec les diamètres du bassin et les diamètres de la tête fœtale, sur les diverses positions que prend cette dernière dans sa descente sur le sommet. Tous ces phénomènes nombreux, compliqués, et qui jettent pour les élèves une grande difficulté dans l'étude des accouchemens, sont exposés avec une clarté parfaite. En parlant des présentations de la face, l'auteur s'attache à démontrer ce qu'avait dit madame Lachapelle, que quel que fût le rapport primitif du menton avec le pourtour du détroit inférieur, il fallait toujours qu'il vînt en définitive se placer sous la symphyse pubienne. Les cas où le menton est primitivement placé en arrière ne font pas exception à cette règle, car alors la position se convertit spontanément en position du sommet. Pour ce dernier cas, M. Caseaux n'a trouvé, dans les auteurs, que trois observations constatant le rapport direct du menton avec la face du sacrum; dans l'une, à Smellie, l'*enfant était petit*, et la mère avait un bassin large qui permettait des accouchemens faciles; dans l'autre, appartenant à Delamotte, il n'est point question de diamètres de la tête et du bassin. La troisième appartenait à Meza, qui fut obligé d'appliquer le forceps. Il paraîtrait donc que l'accouchement spontané dans ce cas n'est point une chose démontrée par l'observation. M. Velpeau et M. Guillemot ont donné de cette espèce d'accouchement une explication que M. Caseaux n'adopte pas en entier. Suivant ce dernier en supposant une position mento-sacro-iliaque droite, l'extension de la tête étant complète, la face descend autant que le permet la longueur du col, et le menton arrivé ainsi sur les parties molles de l'échancrure sciatique qu'il peut déprimer, le travail continuant, de six à huit millimètres. Le diamètre oblique de l'excavation se trouve augmenté d'autant et peut être franchi par le diamètre occipito-mentonnier de la tête, qui exécutant alors un mouvement de flexion, vient par l'occiput se placer sous la symphyse.

Les présentations du tronc ont donné lieu à des discussions parmi les accoucheurs. Baudelocque en avait admis un grand nombre de genres et d'espèces, réduites d'abord par Mme Lachappelle, puis par M. Velpeau. Mme Lachappelle avait bien vu que, dans cette présentation, le dos ou le sternum ne se présentent jamais; mais ayant aussi vu que, dans les présentations des côtés du tronc, c'était presque toujours l'épaule qui s'offrait la première, elle réduisit les présentations du côté du tronc à celles de l'épaule droite et gauche. A l'exemple de MM. Nægelé, P. Dubois, M. Caseaux admet une présentation latérale droite, une présentation latérale gauche, pouvant toutes deux se terminer par un accouchement spontané et de deux façons diverses. MM. Velpeau et Guillemot avaient déjà signalé la version et l'évolution spontanées qui terminent quelquefois ces présentations, et on trouve, entre autres, dans l'ouvrage du premier de ces accoucheurs, une énumération de tous les cas connus d'évolution céphalique spontanée. Sans parler de l'évolution pelvienne spontanée, admise par M. Velpeau, M. Caseaux a décrit d'une manière très claire et très naturelle l'évolution céphalique spontanée, qu'il a ramenée aux lois de l'accouchement naturel.

La dystocie fait le sujet de la quatrième partie, qui commence par l'étude des vices de conformation du bassin. Ces derniers, sont longuement détaillées, et leur importance justifie le soin que M. Caseaux a donné à leur exposition. La classification adoptée par M. P. Dubois, pour les différentes espèces de rétrécissemens est celle qu'a choisie notre auteur, et il n'a point oublié ces rétrécissemens réguliers signalés en Allemagne et par M. Velpeau, et par suite desquels le bassin rétréci est une miniature du bassin à l'état normal. L'espèce de rétrécissement dû à la combinaison de l'aplatissement des trois diamètres antéro-postérieurs oblique et latéral n'est point non plus oublié. Pour établir les causes de ces déformations, il a su mettre à profit les travaux modernes de MM. Guérin et Bouvier sur les maladies du système osseux, et apprécier l'influence que les changemens de direction de la colonne vertébrale, les luxations congénitales du fémur, le raccourcissement d'un membre, exercent sur la régularité du bassin. On sait combien il importe de préciser chez la femme mal conformée en apparence les diamètres du bassin, et, de cette mesure, comparée aux diamètres ordinaires de la tête du fœtus, déduire les règles de la pratique. Quand la déformation est palpable, le rétrécissement énorme, aucun doute ne vient assaillir l'esprit de l'accoucheur : il faut une opération sanglante et cruelle. Mais si le rétrécissement est peu marqué, et comme les parties molles du bassin peuvent offrir plus ou moins de résistances, les diamètres de la tête fœtale un peu plus ou un peu moins d'étendue, les contractions utérines, des degrés divers d'énergie, il ne peut y avoir rien d'absolu dans les mesures d'un bassin requérant, pour l'accouchement, l'aide de l'accoucheur ou de ses instrumens.

Parmi les accidens qui compliquent la grossesse, l'accouchement, l'hémorragie occupe le premier rang, et par sa gravité et par sa fréquence. Aussi M. Caseaux lui a-t-il consacré un long chapitre, qui, outre les opinions généralement reçues, contient plusieurs considérations neuves. L'hémorragie par insertion du placenta sur le col utérin lui a fourni une explication nouvelle. Celle qui est généralement admise par les auteurs suffit pour les hémorragies des dernières semaines de la grossesse, ou de l'accouchement lui-même. Quand, au contraire, cette hémorragie survient vers le sixième mois, ce que nous avons dit du développement du col chez les femmes qui ont eu des enfans prouve que cette explication est entachée d'erreur. On attribue, en effet, cet accident à l'évasement, à la dilatation de la portion du col où s'insère en partie le placenta. Suivant M. Caseaux, il tient au développement inégal des différentes régions utérines. Le fond de cette cavité se développe le premier, de sorte qu'en six mois l'utérus est pyriforme; dans les trois derniers mois, la portion voisine du col commence à s'agrandir, de telle sorte que, vers le dernier mois, la matrice est exactement ovoïde. Or, à six mois, le placenta est

tout-à-fait formé ; et, s'il est implanté sur la partie voisine du col, celle-ci prenant de l'ampleur pendant que le gâteau placentaire reste stationnaire, il résulte de ce désaccord des déchirures, des décollemens, sources des hémorragies. On se passe, en adoptant ces idées, du prétendu allongement du col, du prétendu évasement de son cercle supérieur, phénomènes que l'observation rejette de son domaine. On trouve encore dans ce chapitre le fait, peut-être unique, que M. Caseaux a déjà consigné dans sa thèse, d'une hémorragie prenant sa source dans la rupture des veines et artères ombilicales, à la surface fœtale du placenta, avec épanchement sanguin abondant entre le chorion et cette surface. L'article traitement, de cette terrible complication, contient une analyse raisonnée des nombreux moyens que l'art lui a opposés, et se termine par un petit tableau, utile aux élèves, et emprunté à la clinique du professeur Dubois.

Nous trouvons décrite parmi les accidens qui peuvent compliquer la grossesse de l'accouchement, une maladie que peu d'auteurs français ont eu occasion d'étudier. C'est encore une découverte germanique, sur laquelle l'auteur ne donne d'autres renseignemens que ceux qu'il a puisés dans la thèse de M. Salathe, élève de M. Stolz, et dans un article publié par M. Dezeimeris dans l'EXPÉRIENCE. Nous n'avons pas le droit de nous montrer plus difficiles que MM. Stolz, Caseaux, et nous admettons avec eux ce rhumatisme de l'utérus que tous les praticiens français chercheront désormais à constater. Imitant en cela le professeur Velpeau, M. Caseaux range sous le titre de *Médecine opératoire des accouchemens* toutes les manœuvres que la main de l'accoucheur, seule ou armée d'instrumens, exerce sur le fœtus et la mère. Les deux espèces de versions céphalique et pelvienne sont étudiées dans leurs indications et dans leurs manœuvres. Pour la version céphalique qui, très usitée autrefois, fut depuis Guillemeau complètement oubliée à Paris au point que Mme Lachapelle la regardait à peine comme possible, M. Caseaux a établi des indications qui diffèrent de celles adoptées par Flamant, Osiander, Velpeau et la plupart des auteurs qui ont traité ce sujet. Nous recommandons à nos lecteurs l'article qui traite de l'emploi du forceps et des cas qui le nécessitent.

M. Caseaux adopte dans une sage mesure l'accouchement artificiel, et conseille pour l'opérer la méthode de M. Kluge, qui est la dilatation graduelle du col utérin par l'éponge préparée.

Abordant ensuite la symphysiotomie et l'opération césarienne, il ne les admet que lorsque la mutilation du fœtus ne saurait sauver la mère. D'accord en cela avec les accoucheurs anglais, et nous le croyons avec la saine philosophie, il regarde l'embryotomie par les voies naturelles, quand elle peut rendre l'accouchement possible, comme préférable sous le rapport moral et pratique à l'opération césarienne.

La cinquième et dernière partie traite de la délivrance que l'auteur divise en naturelle, artificielle, difficile et compliquée d'accidens.

Dans l'examen rapide que nous venons de faire, nous avons eu un sincère désir de montrer en quoi le livre de M. Caseaux différait de ses aînés, mais l'espace nous a souvent manqué pour indiquer tous les chapitres intéressans. Si nous avions un reproche à adresser à M. Caseaux, ce serait celui d'avoir négligé au commencement des chapitres les plus importans un historique succinct où le nom des plus célèbres accoucheurs viendrait à l'appui de leurs opinions. J'ai voulu faire un ouvrage pratique pour les élèves, nous répondra-t-il sans doute ; d'accord, mais nos aïeux méritent bien pour ce qu'ils nous ont laissé que leur nom soit connu de tous ceux qui débutent dans la carrière ; ces noms, d'ailleurs, piquent la curiosité des élèves poussés ainsi à leur insu vers les vieux livres, où la comparaison des doctrines anciennes et des doctrines présentes devient un aliment substantiel pour l'activité intellectuelle, et dont la méditation tire un grand enseignement, de la marche de l'esprit humain.

Nous croyons en avoir dit assez pour montrer les services que la nouvelle publication de M. Caseaux doit rendre aux élèves et aux jeunes praticiens, parmi lesquels il contribuera à répandre des idées que les autres livres classiques ne contiennent point ; on ne peut qu'applaudir à un jeune médecin qui commence sa carrière d'écrivain par un livre si clair, si méthodique, et qui a su, sur un sujet traité par d'aussi grands maîtres, jeter beaucoup de considérations nouvelles et pleines d'intérêt.

VARIÉTÉS.

— Nous avons assisté tout dernièrement à *une soirée* d'un genre tout nouveau. Un pharmacien instruit de la capitale, ancien interne des hôpitaux, M. Blancard, a eu l'heureuse idée de réunir chez lui un certain nombre de personnes et de répéter devant elles les principales expériences toxicologiques auxquelles un procès fameux a donné récemment un grand retentissement.

Telle a été en effet l'influence des expériences entreprises publiquement par M. Orfila, qu'indépendamment des résultats scientifiques qu'elles ont produits, elles ont encore servi à vulgariser la science. Chacun aujourd'hui se met avec une nouvelle ardeur à l'étude des questions toxicologiques ; chacun connaît ce terrible appareil de Marsh auquel les plus légères traces du poison ne peuvent échapper. Sans doute, dans le conflit qui s'est élevé, la lumière de la médecine légale a pu paraître d'abord s'obscurcir ; mais aujourd'hui, grâce au zèle persévérant et à l'habileté de M. Orfila, toutes les difficultés relatives à la question chimico-légale de l'intoxication arsénicale nous paraissent levées.

La question thérapeutique elle-même a été jugée rationnellement par les expériences de M. le doyen. L'utilité des vomitifs et des diurétiques secondés de la saignée dans certains cas, et l'inutilité, si non le danger de la méthode italienne, sont dès à présent des vérités acquises à la science. Pour justifier le transport de ces moyens à l'homme, que manque-t-il encore ? L'expérience clinique. Elle ne peut venir qu'avec les faits. Nous désirons vivement que MM. les médecins et pharmaciens à qui les occasions se présenteraient, en profitent pour compléter la solution d'une des plus importantes questions de thérapeutique.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans la GAZETTE MÉDICALE du 17 de ce mois, vous citez, page 667, *une luxation de l'humérus en avant, datant de trois mois, et qu'on n'a pu réduire*, malgré des tentatives réitérées et la soi-disant extension prolongée pendant *une heure*, à l'aide de poulies mouflées. Vous saisissez cette occasion de rappeler les succès obtenus en France par ces dernières, entre autres par M. Sédillot ; et vous finissez par indiquer les sections sous-cutanées proposées par M. A. Kuhn pour faciliter cette réduction ; c'est fort bien, et tous vos lecteurs vous sauront gré, en pareilles circonstances, de mettre sous leurs yeux les procédés et les moyens qui ont réussi, ainsi que ceux auxquels on peut avoir recours dans les cas difficiles. Si c'est là votre but, et on n'en saurait douter, permettez-moi d'ajouter ici ce que vous avez sûrement oublié là, c'est-à-dire qu'on peut trouver dans la GAZETTE MÉDICALE, du 9 mai dernier un assez long mémoire sur le même sujet, et où il s'agit précisément d'une luxation de l'humérus en avant et qui datait de trois mois. On y lira que j'ai commencé par luxer l'articulation anormale en faisant tourner violemment la tête de l'os, au moyen de l'avant-bras fléchi et qui m'a servi comme d'une manivelle ; que cette opération préliminaire ayant rompu toutes les adhérences contractées par cette tête, vers la clavicule, j'ai pu faire agir mon *réducteur mécanique* de manière à tirer l'humérus en bas, à repousser l'acromion en sens contraire et à ramener par conséquent la tête au niveau de sa cavité ; que je me suis alors servi du coude et de l'avant-bras pour forcer l'une à rentrer dans l'autre.

Dès lors j'ai en plus d'une occasion d'éprouver la vigueur de ce *simple levier* du second genre, ainsi que la commodité et la facilité de le faire agir. Vous l'aurez éprouvé sans doute aussi, car j'ai eu l'avantage de vous en adresser un spécimen (1). N'auriez-vous pas trouvé, par hasard, que cet instrument et la manière dont je le mets en jeu l'emportent hautement sur les mouffles et sur tout ce qui a été proposé jusqu'ici pour réduire certaines luxations et vaincre les plus fortes résistances ? Vous m'obligeriez dans ce cas de relever ses défauts et de me les signaler ; c'est là le devoir de la presse, si elle en aperçoit ; comme aussi elle doit recommander dans l'occasion, les moyens qu'elle estime convenables, surtout s'ils sont peu connus ou s'ils ne le sont pas du tout. Personne n'est placé mieux que vous pour une pareille mission. Mais je vois venir votre objection : vous n'avez pas eu l'occasion de faire usage de ce réducteur ; personne à Paris ne l'a essayé encore, et *l'expérience* par conséquent n'a pu prononcer sur sa valeur et sa portée, je n'en doute pas un instant ; car ce n'est pas là qu'on s'empressera jamais de mettre à l'épreuve les moyens et les procédés qui prennent naissance *en province*. Fi donc ! Les hôpitaux de cette grande ville laissent-ils peut-être quelque chose à désirer ? et n'est-ce pas dans leurs salles et cliniques qu'il faut au contraire aller puiser les meilleurs renseignemens en toutes choses ? (A Dieu ne plaise que je veuille contester ce point délicat) ! mais je me permettrai de déclarer et de soutenir : Que *l'expérience*, comme on l'entend généralement, n'est rien moins que nécessaire pour établir l'utilité et la supériorité de mon réducteur. De quoi s'agit-il en effet ? De consulter, au moyen du gros bon sens et des lois de la mécanique (de la raison et des sciences exactes), que ce simple levier est éminemment propre à *tirer* sur l'os luxé, dans tous les sens possibles ; et avec une puissance qu'on peut graduer et porter à l'infini ; et que par son point d'appui, il fixe, repousse et éloigne, en même temps et avec une égale force l'autre élément de toute luxation : *l'os qui porte la cavité articulaire*. Que veut-on de plus, au nom du ciel ! pour mettre les deux os sur le même niveau et préparer par là leur rentrée l'un dans l'autre ? Toutes vos fameuses forces *extensives* et *contre-extensives* font-elles et peuvent-elles produire autre chose que des *tractions* d'un côté et des *résistances* ou des *contre-tractions* de l'autre ? Et serions-nous donc réduits, dans l'état actuel de la science et *des sciences*, à devoir consulter l'expérience pour nous assurer positivement et bien exactement : si le levier appliqué comme je l'indique, produit ou ne produit pas le même effet que les bras multipliés de l'homme ? que la puissance du treuil ? des poulies mouflées ? Et faudrait-il en appeler à l'expérience pour savoir si *le point d'appui* de ce même levier agit ou n'agit pas dans le sens de tous les moyens contre-extensifs imaginables ?

(1) Charrière en possède également un, avec lequel on pourra faire tous les essais qu'on voudra, pour juger la force de *traction* et de *résistance* dont il est susceptible et le peu d'embarras qu'on éprouve à le manier.

Ce point une fois éclairé, et il peut l'être sur-le-champ et dans le cabinet d'un mécanicien, il ne sera plus question que de constater si mon réducteur l'emporte ou non sur tous les procédés et moyens qui sont connus, sous les divers rapports de la simplicité, de la facilité de l'avoir toujours sous la main, de l'appliquer et de le mettre en action, de la force qu'il peut réaliser, de la manière dont cette force peut être dirigée et modifiée à l'instant, en plus ou en moins, etc., etc.

Il est bien vrai (et je dois en faire ici l'aveu) qu'il n'est question, avec ce moyen mécanique, que de *tirer tout uniment*, d'un côté, et de *retenir* ou *repousser*, de l'autre; qu'au lieu de faire extension, je *fléchis*, et il convient de fléchir, d'abord, au contraire, la cuisse et la jambe, le bras et l'avant-bras, avant de tirer; que je ne comprends pas ce qu'on veut dire par faire de l'extension en *bas*, en *haut* et *horizontalement*, à moins qu'on n'ajoute à ces mots celui très expressif de traction; et qu'alors celui d'extension est tout à fait inutile, impropre, pour ne pas dire ridicule. J'irai plus loin; cette expression absurde a enrayé la marche de la science, et contribué à y porter la confusion. *Inde iræ!*

Du reste, les idées qu'on continue à se faire de l'expérience, en chirurgie, ne concourent pas moins à paralyser le développement de cette dernière dans presque toutes ses parties. Comprenez-vous, par exemple, qu'on veuille l'assimiler à la médecine lorsqu'il s'agit de constater l'efficacité d'un de ces moyens ou procédés thérapeutiques? Qu'on ne puisse pas voir que ces moyens, ces procédés sont tous du ressort de la mécanique, appliquée à l'anatomie, à la physiologie et au cas pathologique donné? qu'ils relèvent par conséquent des sciences exactes? et qu'on peut en assigner d'avance, *à priori*, les effets? Mais ce n'est pas le moment de m'étendre davantage sur ce sujet; j'y reviendrai en temps plus opportun.

Agréez, etc.

MATHIAS MAYOR.

Lausanne, 20 octobre 1840.

AU MÊME.

Monsieur,

Dans une rectification au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 13 octobre, qui vous a été adressée par M. Chevallier, ce chimiste déclare qu'il ne trouve *nullement avantageux* le procédé que j'ai appliqué à l'appareil de Marsh; parce que, suivant lui, on est obligé de faire une seconde expérience pour obtenir l'arsenic à l'état métallique, ce qu'il n'est point difficile alors d'opérer.

Je n'entreprendrai pas de discuter ici l'opinion de M. Chevallier, qui, *comme il le dit lui-même en passant*, paraît accorder la préférence à un procédé qu'il a proposé en 1839, dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, et qui, à son avis, est *le meilleur*. Si M. Chevallier avait bien compris le sens de ma note, il aurait vu que j'ai proposé le moyen qu'il vent bien critiquer pour les cas où de très petites quantités d'acide arsénieux ne peuvent être reconnues par l'appareil de Marsh qu'avec une très grande difficulté, et où souvent même elles échappent tout à fait à l'usage de cet appareil. Mon procédé ne fait point voir, comme le sien, 1 *décigramme* d'acide arsénieux, mais un poids de cet acide cent fois moindre: c'est-à-dire 1 *milligramme* dissous dans un litre d'eau. Voilà des chiffres qu'il cherche maintenant à les combattre.

Agréez, etc.

LASSAIGNE.

Alfort, 27 octobre 1840.

— On nous écrit de Troyes:

« Le doyen des chirurgiens-accoucheurs de Troyes, M. René Jean-Baptiste Ruinet, ancien praticien des plus accrédités, presque octogénaire, est décédé ces jours derniers en cette ville. Sa longue pratique, généralement aussi heureuse qu'étendue, n'avait pas duré moins de cinquante ans. Ses obsèques ont été suivies par la totalité de ses nombreux confrères de Troyes. L'un d'eux, M. le docteur Bédor, a pris la parole sur sa tombe et rappelé, dans une notice nécrologique écoutée avec intérêt, les titres du vénérable défunt à la gratitude et aux regrets de ses concitoyens. »

— Il y a quelque temps, un médecin de Troyes, créancier d'un failli, demandait devant le tribunal de commerce de cette ville à se prévaloir, dans le règlement de sa créance, du privilége qu'accorde l'article 2101 du Code civil aux frais quelconques de la dernière maladie. Le tribunal déclara, dès l'appel de la cause, n'être pas obligé d'entendre la plaidoirie d'un avocat (Me Lorette) amené à l'audience par le docteur (M. Caliot) et qui voulait établir le point de droit sur lequel était appuyée la demande. Un jugement rendu aussitôt, et écrit à l'avance, en a prononcé le rejet, avec condamnation aux frais, fondé sur la prétention qu'un accouchement n'est pas une maladie et, qu'en outre, il n'y a de dernière maladie que celle qui est suivie de mort.........

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur JULES GUÉRIN, chargé du service des difformités à l'hôpital des Enfans malades, continuera ses conférences cliniques, à l'amphithéâtre de cet hôpital, les mercredis et samedis de chaque semaine, à dix heures du matin. Dans cette seconde partie de son cours, il fera l'histoire étiologique des déviations de l'épine. Les opérations continueront à être faites le mercredi et les consultations le samedi.

— M. le docteur LABAT commencera un cours de lithotricie théorique et pratique, lundi 16 novembre à 4 heures, rue de Grenelle Saint-Germain, n° 59, et le continuera tous les jours à la même heure.

Durant chaque séance, Messieurs les élèves seront simultanément exercés au manuel opératoire des diverses operations qui sont du ressort de la lithotritie.

— ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, pour paraître en janvier 1841; par DOMANGE-HUBERT, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine.

Ceux de MM. les médecins habitant Paris dont les noms ne sont pas indiqués dans la dernière édition sont invités à adresser à M. Domange, rue Gît-le-Cœur, 4, une note indiquant leurs nom, leur adresse, la date et le lieu de leur réception.

— EPITOMÉ DE JEAN-PIERRE FRANCK, avec la traduction, par LÉOPOLD LEDRU, D. M. P. 1re livraison. — Paris, 1840. in-8°, prix: 2 fr. 25 c.

Chez Fortin, Masson et compagnie, libraires, place de l'École de Médecine, n° 1.

— VIE DE DUPUYTREN; par M. CRUVEILHIER, professeur à la Faculté de médecine; in-8. Prix: 1 fr. 25 c. pour Paris, et 1 fr. 50 c., franc de port, par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— ELÉMENS D'HYGIÈNE; par THOUVENEL, ancien député de la Meurthe, docteur en médecine et membre de plusieurs sociétés savantes; publiés par M. le docteur MENESTREL; 2 vol. in-8. Prix: 10 fr.

Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École de Médecine, 17.

— ELÉMENS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par A. F. CHOMEL, 3e édition, considérablement augmentée. — Paris, 1840, 1 fort volume in-8°, prix: 8 fr.

Chez Fortin Masson et compagnie, libraires, place de l'École de Médecine, n° 1.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 47. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 21 NOVEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les positions des membres dans les maladies articulaires, considérées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets, et de leurs applications thérapeutiques. — II. Correspondance médicale. Observations d'acéphalocystes du cerveau. — Hernie inguinale étranglée, réduite par la suspension du malade par les jarrets. — III. Travaux académiques. Académie des sciences : séance du 16 novembre. — Académie de médecine : séance du 17 novembre. — IV. Faculté de médecine. Rapport sur le concours ouvert en 1840 à la Faculté de médecine de Paris, pour le prix fondé par M. le baron de Montyon. — V. Variétés. VI. Feuilleton. L'ontologie et Broussais à l'Académie de médecine.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES POSITIONS DES MEMBRES DANS LES MALADIES ARTICULAIRES, CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT DE LEURS CAUSES, DE LEURS EFFETS, ET DE LEURS APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

DES EFFETS QUE PRODUISENT LES POSITIONS DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

Avant d'examiner ces effets dans les maladies articulaires, je crois devoir établir en principe quelles sont les conditions qui rendent certaines positions nuisibles et quelles sont celles qui en rendent d'autres avantageuses. Ces conditions examinées d'une manière générale, j'étudierai celles qui réunissent les diverses positions où se placent les malades dans les lésions du genou, de la hanche ou du pied.

1° *Une position est nuisible lorsqu'elle entraîne la distension continue des parties molles placées sur l'un des côtés d'une articulation.*

Lorsque les parties molles placées sur l'un des côtés d'une articulation sont distendues, comme on le voit, par exemple, au côté externe de l'articulation du pied, quand celui-ci se renverse en dedans, et repose sur son bord externe, la distension s'exerce tout à la fois sur les ligamens, sur la membrane synoviale qui tapisse la surface interne de ces ligamens, et sur les vaisseaux et les nerfs qui se rendent à leur côté externe. Cette distension serait nuisible dans une articulation saine, comme le raisonnement le fait prévoir et comme le démontre la douleur qu'on ressent dès qu'on place une de ses articulations de manière à distendre l'un de ses côtés; elle est bien plus nuisible encore dans une articulation dont la synoviale et les ligamens sont enflammés et ramollis. Dans l'état sain, elle produisait une douleur obtuse; dans l'état morbide elle devient une cause de persistance dans l'inflammation, de déchirures et d'ulcérations.

La justesse des craintes que l'on peut concevoir sur les effets de cette distension, par suite d'une position vicieuse, m'a été démontré anatomiquement; car à l'autopsie la synoviale, les ligamens et le tissu cellulaire offrent presque toujours les altérations les plus graves du côté où ils ont été le plus distendus. A part quelques cas très rares, on peut prévoir, en se guidant sur les effets des positions, si au pied, au genou, etc., etc., ce sont les ligamens internes ou externes qui sont le plus altérés.

2° *Une position est nuisible lorsqu'elle détermine une pression forte et continue entre une partie des surfaces osseuses qui composent une articulation.*

Lorsqu'une articulation est placée de manière que ces ligamens soient distendus d'un côté, les os qui la forment sont rapprochés avec force du côté opposé; ainsi, dans l'exemple que je choisissais plus haut, c'est-à-dire dans celui où les ligamens externes du pied sont distendus, la sur-

Feuilleton.

L'ONTOLOGIE ET BROUSSAIS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il n'est pas rare de voir notre bonne Académie médicale se transformer tout à coup en Académie philosophique, et traiter des thèses de métaphysique avec une ardeur et une facilité qui nous étonnent. Il suffit de rappeler les immortelles et lumineuses disputes sur la méthode numérique, la phrénologie, la théorie des sensations, etc...., dans lesquelles tant de beaux argumens ont été échangés. C'est ce qui vient de lui arriver tout fraîchement encore dans les trois dernières séances consacrées à la discussion.... devinez de quoi? De l'*ontologie*. Or savez-vous ce que c'est que l'ontologie? Je ne vous le dirai pas, moi; mais un des plus grands philosophes du monde et une des autorités les plus graves parmi les métaphysiciens, Wolf va nous l'apprendre : *Ontologia seu philosophia prima est scientia entis in genere, seu quatenus ens est;* l'*ontologie* ou philosophie première est la science de l'être en général, c'est-à-dire la *science de l'être en tant qu'être*. Voilà la définition normale et authentique de l'ontologie. Cette science ainsi déterminé vous semblera peut-être ne devoir pas conduire bien loin; car que dire et que peut-on savoir de l'être en tant qu'être? Détrompez-vous, car ce même Wolf est parvenu à faire sortir de cette définition *neuf cent soixante-sept* propositions dogmatiques, escortées d'un égal nombre de corollaires; le tout condensé dans un in-4° de 700 pages. Vous voyez donc que l'Académie royale de médecine eût fort bien pu consacrer ses loisirs à une branche si curieuse et si féconde de l'arbre encyclopédique; vous savez, d'ailleurs, que nous autres médecins, *quatenùs*-médecins, nous avons non-seulement la liberté de parler de tout, mais encore, ainsi que l'a démontré Broussais en cent endroits, le droit exclusif de traiter et résoudre les questions de la philosophie. De toutes les découvertes de ce grand réformateur, celle-ci est même à peu près la seule qu'on ne lui dispute pas.

Maintenant, pour vous causer une surprise agréable, je vous dirai que l'ontologie, discutée ces jours derniers à notre Académie n'est pas du tout celle dont vous venez de lire la définition; ce n'est pas l'ontologie à la manière de la Sorbonne, c'est une espèce d'ontologie toute particulière, et qui ne ressemble à rien de ce qu'on connaissait en ce genre, c'est une ontologie *médicale*. Rien de plus logique que cette restriction. N'est-il pas raisonnable, en effet, que les médecins parlent médicalement dans une académie médicale? Notre ontologie sera donc médicale. C'est, ainsi, au reste, qu'on traite la plupart des sciences à l'Académie : on y a une logique médicale, une physique médicale, des mathématiques médicales, et même quelquefois une grammaire médicale; tout s'y comprend et s'y exprime médicalement. C'est ce qui explique la surprise dont sont souvent frappés les auditeurs venus de loin et non encore initiés à nos façons de concevoir et de parler. Mais de quel droit exigeraient-ils qu'à l'Académie de médecine on parlât philosophie, grammaire, mathématiques, etc., comme à l'Institut; et ne devraient-ils pas savoir que *nous avons changé tout cela?*

face articulaire de l'astragale presse fortement contre celle du tibia, au côté interne de l'articulation.

On ne peut reconnaître dans l'état sain les dangers inhérens à cette pression inégale; mais l'expérience m'a démontré que dans l'état pathologique, lorsque les os sont ramollis par une maladie qui s'est développée primitivement en eux ou consécutivement à celle de la synoviale, les cartilages et les os sont ulcérés plus profondément que partout ailleurs dans les parties où la pression a été le plus longtemps prolongée; cette ulcération est telle, dans quelques circonstances, que lorsqu'une bonne situation a été substituée à une mauvaise, il reste un vide triangulaire du côté où l'ulcération s'est faite et que ce vide empêche la permanence de tout redressement opéré après sa formation.

3° *Une position est nuisible lorsqu'elle tend à produire des luxations spontanées.*

Les luxations dites spontanées supposent toujours une altération des liens qui unissent les os entre eux; mais lors même que cette altération existe, elles ne peuvent se produire que dans certaines positions.

Les positions qui les favorisent sont: 1° Celles qui placent les os dans des rapports tels que leur contact soit moins étendu et leur coaptation en quelque sorte moins intime. De ce nombre est la position où le fémur fléchi sur le bassin est porté dans l'adduction et la rotation en dedans; sa tête, dans ce cas, fait saillie au côté externe de la cavité cotyloïde et n'est retenue qu'incomplètement par le bord de cette cavité.

2° Les positions qui tendent à produire des mouvemens étrangers à l'état normal ou à exagérer des mouvemens normaux, celles, par exemple, qui tendent à produire des mouvemens de latéralité du tibia sur le fémur, ou à exagérer l'extension du premier sur le second de ces os.

Je ferai remarquer que lorsqu'on vent juger des positions qui peuvent favoriser les luxations spontanées, il ne faut pas les considérer seulement dans le cas où les malades restent en repos dans le lit; il faut les examiner lorsque les malades se soulèvent; pendant ce soulèvement, la distension des ligamens et la tendance aux luxations spontanées sont plus faciles à reconnaître.

Une observation générale qui m'a montré toute l'importance des positions parmi les causes des luxations spontanées est le rapport exact que j'ai reconnu, depuis que je le cherche, entre les variétés de ces luxations et celles des positions adoptées par les malades. Ce rapport est tel, que la position étant donnée, on peut déterminer à priori l'espèce de luxation qui existe avec elle et réciproquement l'on peut remonter de la connaissance de la luxation à celle de la position choisie par le malade.

4° *Une position est utile lorsqu'elle n'entraîne la distension d'aucune partie de la synoviale et des ligamens, qu'elle n'expose à aucune luxation spontanée et qu'elle permet dans le cas d'ankylose l'exercice le plus facile du membre malade.*

On ne peut contester ce principe sur les conditions que doivent réunir les positions utiles dans les maladies articulaires. Mais l'on se demande s'il est des positions qui puissent réunir un ensemble de conditions aussi favorables. Un examen attentif permet de répondre par l'affirmative; car par une coïncidence heureuse et qui assure la diffusion des principes de traitement que je veux établir, les positions qui préviennent le plus sûrement les distensions des parties molles et les déplacemens des os sont précisément celles qui, dans le cas d'ankylose, assurent l'exercice le plus complet des fonctions des membres.

C'est dans l'extension médiocre de la cuisse sur le bassin, du genou sur la cuisse et dans la position où le pied fait en arrière un angle droit avec la jambe, que les fonctions du membre inférieur s'exécutent le mieux, dans le cas d'ankylose. C'est dans les mêmes positions, comme on le verra plus loin, que les parties molles sont le moins distendues et les luxations le moins à craindre.

Ces prémisses posées sur les conditions qui rendent certaines positions des membres nuisibles ou avantageuses dans les maladies articulaires, nous pouvons passer à l'examen des positions qu'adoptent ordinairement les malades. Il me sera aisé de démontrer pour le genou, la hanche et le pied, je pourrais ajouter pour toutes les articulations, que ces positions ordinaires sont précisément celles où l'un des côtés des articulations est fortement distendu, où du côté opposé s'exercent de fortes pressions entre les os et dans lesquelles enfin les luxations spontanées ont le plus de tendance à se faire. Je commence par le genou.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DU GENOU.

Dans les maladies du genou, la flexion du tibia sur le fémur s'observe presque constamment; cette flexion entraîne une disposition au déplacement, comme le prouvent les expériences suivantes.

Lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, il est impossible de faire exécuter à la première des mouvemens de rotation; mais si le genou est fléchi de 60 à 100 degrés, les mouvemens de rotation en dedans ou en dehors deviennent très faciles même. Après la destruction de toutes les parties molles qui entourent le genou, les ligamens croisés étant conservés seuls, les mouvemens de latéralité sont impossibles dans l'extension; on peut les faire exécuter aisément lorsque la jambe est pliée sur la cuisse. Ces phénomènes dépendent tout à la fois de la disposition des surfaces osseuses et de celle des ligamens.

1° *De la disposition des surfaces osseuses.*

Dans la position étendue, la totalité des surfaces articulaires du tibia s'applique sur la surface articulaire du fémur. Dans la position demi-fléchie la partie moyenne seulement de la surface articulaire du tibia est en contact avec celle du fémur; la coaptation de ces deux os est donc beaucoup moins exacte dans ce dernier cas que dans le premier.

2° *De la disposition des ligamens.*

Ici, ce n'est point des ligamens croisés que je veux parler; car ceux-ci ne mettent aucun obstacle aux mouvemens de rotation, mais bien des ligamens postérieurs; ce sont ces derniers qui limitent les mouvemens de rotation, ce qu'il est aisé de comprendre; car le tibia ne peut tourner sur son axe qu'autant que l'un de ses condyles se porte en arrière et dès lors repousse le ligament postérieur; si celui-ci est tendu, il empêche ce mouvement; il ne s'y oppose pas, s'il est relâché, comme on le voit dans la flexion du genou.

Tout concourt donc à démontrer que les luxations spontanées, surtout celles par rotation, éprouvent plus d'obstacles dans la position étendue du genou que dans la position demi-fléchie et dès lors que les malades

---

Pour bien saisir le sens de cette ontologie dite médicale, chose fort subtile, comme on le verra, il convient de remonter à l'origine de la discussion.

M. Dubois (d'Amiens) rend compte à l'Académie d'une série d'expériences ingénieuses et fort bien conçues, entreprises par lui pour vérifier la valeur, la portée et la réalité du principe fondamental de la médecine physiologique, à savoir : que la stimulation exercée par un modificateur quelconque sur le tissu vivant détermine sur le point stimulé un état particulier, appelé *irritation*, lequel est matériellement caractérisé par un afflux de fluides et une accélération de la circulation locale vers et dans ce même point; principe qui n'est que la traduction de l'*ubi stimulus ibi fluxus* de l'ancienne école; et de l'épine de Van-Helmont, mais auquel Broussais a prétendu ramener, sans exception, tous les phénomènes de la pathologie et même de la physiologie. L'auteur de ces expériences, ayant dû nécessairement, comme il convenait à un esprit droit et lucide, chercher à bien préciser les termes de la question, a commencé d'abord par distinguer les divers sens du mot *irritation*, dont on a fait un si grand et si déplorable usage; il a montré que ce mot pouvait désigner 1° ou la modification primitive moléculaire, et invisible à nos sens, imprimée au tissu vivant par le contact du modificateur externe, et représenter ainsi la *cause* inconnue, quoique réelle, des phénomènes ultérieurs dont le point stimulé est le théâtre, ou 2° ces phénomènes mêmes, en tant qu'ils constituent dans les tissus un *état* matériel particulier pathologique. Ainsi l'*irritation* a un double sens : par l'un elle est censée précéder et produire les phénomènes, par l'autre elle désigne l'état même des parties irritées. Dans un cas elle indique une cause, dans l'autre un effet. Broussais, ayant fréquemment confondu ces deux sens, a laissé par là de nombreuses équivoques et beaucoup d'obscurités dans sa pathologie; et lui-même, n'étant pas resté fidèle à sa définition, qui fait de l'irritation l'état même des parties irritées, et la prenant souvent dans le sens abstrait, comme la cause ou l'agent de cet état, et lui faisant jouer, à ce titre, un rôle dans l'économie, il a encouru le reproche qu'il fait à tous les médecins d'avoir admis, pour l'explication des phénomènes vitaux, des agens imaginaires, en un mot, d'avoir fait ce qu'il appelle de l'*ontologie*. Nous n'examinerons pas ici l'exposition de M. Dubois en elle-même; elle nous a paru exacte dans l'ensemble, quoiqu'elle exigeât peut-être dans le détail quelques rectifications. Quoi qu'il en soit, c'est de là qu'est née la controverse. Broussais, qui s'est battu toute sa vie contre l'ontologie, dont il est le parrain et même le père, est lui-même un ontologiste; son IRRITATION est de l'ontologie.

Cette accusation ne pouvait guères passer inaperçue. M. Fourcaut a ouvert la scène par la lecture d'un écrit ayant pour but de prouver que l'*ontologie* ne peut servir à rien de bon en médecine. Son raisonnement aurait eu plus de force s'il avait d'abord bien défini ce que c'est que l'ontologie, et si même il y a une ontologie; mais il a oublié de le faire. Après M. Fourcaut est venu le disciple de Broussais le plus distingué, sans contestation, et peut-être le seul qui lui survive, M. Bouillaud. M. Bouillaud ne pouvait se taire, mais il n'a pas mis dans la justification de son maître, qui était aussi un peu la sienne, sa vivacité et sa vigueur ordinaires. Il a bientôt abandonné le champ de bataille pour n'y plus reparaître. Sa retraite a été le signal d'un *hourra* général. On s'est précipité de tous côtés sur le cadavre de cette pauvre médecine physiologique pour la dépecer à qui mieux mieux; on s'en est emparé comme on s'empare à la guerre du camp abandonné par l'ennemi, où le vainqueur fait ripaille sous les tentes et aux dépens

en choisissant cette dernière, adoptent celle qui les expose le plus aux déplacemens.

En énumérant, dans leur ordre de fréquence, les diverses positions du genou, j'ai placé en première ligne celle où étant fléchi, il se porte dans l'abduction et la rotation en dehors; dans cette position, il n'y aurait ni distension ligamenteuse, ni tendance à une luxation spontanée, si la jambe, le pied et la cuisse reposaient dans toute l'étendue de leur face externe; mais comme les malades ne se couchent jamais entièrement sur le côté du tronc qui répond au genou affecté, le renversement en dehors n'est qu'incomplet, et le membre appuie seulement sur le bord externe du tarse et l'extrémité inférieure de la jambe; le genou et les parties qui l'avoisinent restant sans soutien; le tibia tend alors à faire avec le fémur un angle saillant en dehors, ce qui entraîne nécessairement la distension du ligament latéral externe; et tandis que la partie inférieure de la jambe est portée par la pression du lit en avant et en dedans et qu'elle tend à tourner en dehors, la pression s'exerçant en grande partie sur le talon, sa partie supérieure, portée en sens inverse de sa partie inférieure, se dirige en arrière et en dehors, et tend à tourner dans ce dernier sens; toutes ces causes agissent simultanément pour produire une luxation incomplète en arrière, en dehors et par rotation externe.

La preuve de toutes ces assertions se trouve dans le rapport constant que j'ai observé entre les variétés de luxation dites spontanées et la position qu'avaient adoptée les malades. Dans les luxations si fréquentes que j'ai observées et où il y avait tout à la fois luxation du tibia en arrière, en dehors et par rotation externe, le malade s'était toujours tenu dans la position que j'examine, c'est-à-dire la jambe fléchie et appuyant sur le côté externe du tarse. Une autre preuve du danger de cette position et de la distension dangereuse qu'elle produit dans le ligament latéral externe, c'est l'inégalité de lésions que l'on trouve en dedans ou en dehors dans les genoux qui y ont été soumis; toujours à sa suite, le ligament latéral externe, est plus ramolli et plus ulcéré que le ligament interne. Il serait sans doute utile de citer le détail des observations sur lesquelles je m'appuie; mais l'espace me manque et les occasions de les vérifier se renouvellent trop fréquemment pour qu'elles soient nécessaires.

Je pourrais ajouter encore pour démontrer le danger de la position demi-fléchie combinée avec un renversement incomplet en dehors que, lorsqu'on s'y maintient soi-même pendant un certain temps, et surtout si l'on soulève la cuisse et le tronc pendant qu'on y est placé, on ne tarde pas à éprouver une douleur assez vive au côté externe du genou et à être forcé de l'abandonner.

Dans l'ordre de fréquence, la position où le genou demi-fléchi se renverse en dedans est celle que j'ai placée en seconde ligne. Ses effets sont assez différens de ceux qu'on observe dans le renversement en dehors. Ce n'est plus comme dans ce dernier cas, sur le côté du talon que le membre repose, mais sur tout le bord interne du pied. De cette pression sur tout le bord interne du pied résulte cette conséquence remarquable, qu'il n'y a aucune tendance à la luxation par rotation, ni aucune tendance à la luxation du tibia en arrière. On voit donc à priori que dans cette position la partie inférieure de la jambe étant portée en dehors, celle-ci tend à faire avec le fémur un angle saillant en dedans et rentrant en dehors, ce qui entraîne indubitablement une distension plus ou moins forte du ligament latéral externe. Dans quel sens tend à se produire la luxation spontanée? Tout ce qu'on pourrait avancer à priori, c'est que le tibia peut se luxer directement du côté interne du genou; mais ce n'est pas là ce que l'expérience m'a appris. Depuis que j'étudie les rapports qui existent entre les luxations spontanées et les positions choisies par les malades, j'ai observé trois cas où le membre reposait sur le bord interne du pied. Dans tous ces cas, il ne s'était point produit de luxation; le fémur et le tibia s'étaient usés en dehors, là où ils appuyaient violemment l'un sur l'autre; ils formaient un angle saillant en dedans et l'on observait un vide plus ou moins grand en dehors après les avoir ramenés à leur rectitude naturelle. Ces faits d'observations, en montrant combien les déplacemens consécutifs au renversement du membre en dedans et à sa pression sur le bord interne du pied sont différens de ceux qui succèdent au renversement en dehors et à la pression sur le côté externe du talon n'en démontrent pas moins les dangers qui sont inhérens à l'une et à l'autre de ces positions.

Lorsque dans une maladie du genou, le membre est complètement étendu et repose sur sa face postérieure, les distensions ligamenteuses et les luxations sont moins à craindre que dans les deux positions que nous venons d'examiner: il peut y avoir cependant tiraillement du ligament postérieur de l'articulation, surtout lorsque le malade, se soulevant sur son lit, s'appuie sur le talon; on peut craindre aussi la luxation du tibia en arrière, et si l'ankylose a lieu, le membre ne remplit ses fonctions qu'avec peine, car la progression ne peut s'exécuter qu'en fauchant.

La position dans laquelle la jambe n'est que médiocrement étendue sur la cuisse et où le talon descend moins bas d'un centimètre que celui du côté opposé, est de toutes la plus convenable: elle n'entraîne la distension des ligamens et de la synoviale dans aucun sens, ne favorise aucune luxation et, dans le cas d'ankylose, permet une progression aussi aisée que possible; car le talon étant légèrement élevé au-dessus du sol, le membre peut se mouvoir directement en avant et la flexion et l'extension du pied remplacent la flexion et l'extension du genou qui sont perdues. Cette position ne peut être maintenue longtemps par les malades, elle exige pour être permanente des appareils qui préviennent la flexion du genou et la rotation en dedans ou en dehors; ce sont ces appareils qui nous occuperont dans la troisième partie de ce travail.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DE LA HANCHE.

Les deux positions qu'on observe le plus fréquemment dans les maladies de la hanche sont celles où, la jambe étant pliée sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, le genou se renverse en dehors ou en dedans; ces positions entraînent l'une et l'autre des distensions dans les parties molles et des tendances aux déplacemens des os qui aggravent singulièrement les maladies de l'articulation coxo-fémorale.

Lorsque le membre, étant fléchi, se renverse en dedans, il y a:

1° Distension de la capsule fibreuse et de la synoviale à leur partie externe et supérieure sur laquelle appuie la tête du fémur; cette distension est évidente et les dangers qu'elle entraîne sont prouvés par cette observation qu'à l'autopsie de tous les malades qui ont des coxalgies avec flexion et rotation du membre en dedans, c'est au côté externe et supérieur que se trouvent les ramollissemens et les ulcérations consécutives portées au plus haut degré.

2° Il y a tendance à la luxation spontanée. La position où le fémur se

du vaincu. Un des plus ardens a été M. Gerdy, qui semble avoir pris pour devise *ego autem contrà*, et qui comme il le dit lui-même, n'aime rien tant que *rompre des lances*. M. Gerdy nous a avertis qu'il était personnellement désintéressé dans la question; car étant chirurgien, comme chacun sait, il ne pouvait pas être jaloux de la gloire de Broussais. Il n'en serait pas de même apparemment s'il s'agissait de la gloire de Dupuytren ou de Scarpa. Du reste M. Gerdy, qui a parlé deux fois et longtemps, a par ci par là quelquefois touché à de bonnes raisons, mais il manque un peu de méthode dans l'arrangement de ses idées; ses expressions ne sont pas non plus tout à fait irréprochables sous le rapport de la distinction et de l'élégance. M. Gerdy n'a aucune aversion pour l'ontologie, car selon lui, il est impossible d'écrire, de parler et même de penser sans en faire. Il prétend que, les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des mots de toutes les langues n'exprimant que des abstractions et non des individus réels (ce en quoi nous partageons sa manière de voir), il n'est pas possible d'échapper à l'ontologie, du moins dans le langage. Dans cette partie de son raisonnement (l'usage forcé des expressions abstraites et métaphoriques), qui a été aussi abordée par tous les autres orateurs, et qui tient à la plus fine métaphysique, il n'a pas réussi complétement à se faire entendre, ni à se bien entendre lui-même. Quand on se met à marcher de nuit dans un pays inconnu, on peut faire admirer son courage, mais il est certes très permis de se fourvoyer. En somme, loin de proscrire l'ontologie, au sens même de Broussais, M. Gerdy serait plutôt disposé à l'approuver, non seulement par considération de la nécessité du langage métaphorique, mais encore par des raisons plus savantes et plus directes. C'est du moins ce qui nous paraît ressortir moins de ses discours à l'Académie, qui n'ont pas eu des conclusions bien claires, que des vues générales de ce professeur consignées dans ses écrits et en particulier dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE. Là en effet, il soutient nettement la nécessité d'admettre pour chaque ordre de faits vitaux distincts une cause distincte et séparée, comme l'irritabilité, la sensibilité, la contractilité, l'élasticité, etc., etc... Et loin de tendre à restreindre le nombre de ces propriétés ou causes, il pense que la science doit, en se perfectionnant, les multiplier à l'infini; car à mesure qu'on différenciera mieux les effets, on sera obligé de différencier les causes. Et cela, remarque-t-il, n'a aucune sorte de danger; car ne mettant dans la cause que ce qui est dans l'effet et ne lui attribuant rigoureusement que la fonction de produire tel effet et non pas tel autre, on est sûr de ne jamais se tromper. C'est là tout simplement le système des propriétés *occultes*, *proprietates occultæ*, des anciens péripatéticiens si décriées par Descartes et par tout le monde depuis trois siècles. S'il y a digestion, disaient-ils, il y a une cause qui fait digérer, il y a donc une force ou cause *digestive*; s'il y a dans les phénomènes pathologiques et physiologiques, coction, expulsion, maturation, rétention, etc., il y a une cause ou force ou propriété concoctrice, expultrice, maturante, rétentrice, etc., auxquelles forces ou vertus on peut ajouter sans doute la *virtus dormitiva* de l'opium, qui explique si facilement et si complétement le *quare facit dormire*. Partant de ces principes éblouissans de clarté, le physiologiste dont nous parlons n'avait qu'à les appliquer à la question actuelle et dire: s'il y a une irritation, il y a cause irritante ou irritative. L'existence de la cause est aussi certaine que celle de l'effet; et si nommer la cause des phénomènes et la faire servir à expliquer leur production, c'est faire de l'ontologie, Broussais a fait de l'ontologie; mais faire ainsi de l'ontologie, c'est obéir à un besoin né-

fléchit et se porte dans l'adduction combinée avec la rotation en dedans est, sans aucun doute, celle qui favorise le plus la luxation sur l'os des îles; c'est celle que l'on adopte sur le cadavre, lorsque l'on veut produire artificiellement cette luxation; c'est celle qu'on observe constamment sur les malades avant que le déplacement soit opéré.

Lorsque la cuisse fléchie sur le bassin se porte dans l'adduction combinée avec la rotation en dehors, il y a distension des ligamens placés en dedans de la jointure, et tendance à la luxation spontanée sur le trou obturateur ou le pubis. Si je ne possède pas des preuves d'anatomie pathologique propres à démontrer ces assertions, il faut l'attribuer sans doute à ce que je n'ai jamais disséqué de cadavres sur lesquels existassent des coxalgies avec abduction et rotation de la cuisse en dehors. Toutes les fois que les lésions de la hanche deviennent très graves, les malades se couchent sur le côté sain, et le membre du côté opposé se porte dans l'adduction et la rotation en dedans: c'est dès lors dans cette position que sont presque tous ceux dont on fait l'autopsie; ce sont les seuls que j'ai rencontrés.

Lorsque le membre inférieur est étendu, il peut y avoir encore des tendances aux luxations spontanées, s'il est entraîné, par exemple, dans l'abduction et la rotation en dehors, ou s'il est porté dans l'adduction et la rotation en dedans; mais s'il est étendu et dirigé parallèlement à l'axe du tronc prolongé, la pointe du pied regardant en devant, s'il est, en un mot, dans la situation où il se trouve lorsqu'on se tient debout sur les deux pieds, les membres placés parallèlement, il n'y a plus dans l'articulation de la hanche aucune distension, aucune tendance aux luxations spontanées. La tête du fémur est même alors si bien logée dans le fond de la cavité cotyloïde, que si les abords de celle-ci étaient complétement érodés, le déplacement ne saurait avoir lieu.

Ces avantages ne sont complets cependant que lorsque l'extension de la cuisse sur le bassin n'est pas forcée; car cette extension poussée trop loin produirait un tiraillement douloureux dans la partie antérieure de la capsule. On les trouve tous réunis dans une extension médiocre, et telle qu'avec une légère flexion du genou, le membre malade est d'un centimètre moins long que celui du côté sain. Sans doute aussi dans le cas d'ankylose, ce serait cette position médiocrement étendue qui assurerait le plus complétement l'exercice des fonctions du membre inférieur; car le genou et le pied pourraient librement se plier et s'étendre. La progression s'effectuerait sans que le bassin eût besoin de s'élever et de se baisser alternativement, comme il est obligé de le faire si l'ankylose a lieu dans une extension complète.

Il en est de la position de la hanche que nous démontrons la meilleure comme de la bonne position pour le genou, elle ne peut se maintenir par les seuls efforts des malades et sa fixité exige des appareils convenables.

EFFETS DES POSITIONS DANS LES MALADIES DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Les positions les plus communes dans les maladies de l'articulation du pied sont celle où la jambe étant fléchie sur la cuisse, le pied repose sur son bord externe, et celle où la jambe étant fléchie sur la cuisse, le pied repose sur son bord interne.

Dans le premier cas, la plante du pied se tourne en dedans, et l'astragale tend à s'échapper du côté externe de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a alors distension du ligament latéral externe, pression qui, s'exerçant sur la malléole du péroné, tend à éloigner cet os du tibia, forte compression entre la partie interne supérieure de l'astragale et la partie correspondante du tibia.

Les symptômes observés pendant la vie m'ont démontré que, dans cette position, c'est le côté externe de l'articulation du pied où l'on observe le plus de gonflement, et où les douleurs se font sentir avec le plus d'intensité. Les autopsies m'ont prouvé que c'est vers ce côté externe que les ligamens, la synoviale, le tissu cellulaire sont les plus altérés; s'il y a ramollissement et ulcérations des os, c'est en dedans de l'articulation, là où l'astragale comprime le tibia, que l'absorption est le plus avancée. Dans le cas où l'extension du pied sur la jambe se combine avec le renversement de celui-ci en dedans, les altérations se développent avec autant d'intensité sur ce côté antérieur que sur le côté externe.

Lorsque le pied appuie sur son bord interne, c'est en dehors que se renverse sa face inférieure; les distensions ligamenteuses, les tendances aux luxations spontanées sont exactement inverses de celles que nous avons signalées dans la position où le pied appuie sur son bord externe. Dans un cas comme dans l'autre, il y a cependant un rapport parfait entre la prédominance des altérations dans certains points de la jointure et les distensions, les pressions que doivent produire les positions vicieuses. Lorsque le pied appuie sur son bord interne, c'est le ligament de ce côté qui est le plus altéré; c'est la face supérieure et externe de l'astragale, ainsi que les parties correspondantes du tibia, dont l'absorption est le plus avancée.

J'ai trouvé quelques cas rares où la prédominance des altérations dans telle ou telle partie de l'articulation n'était pas exactement en rapport avec celle que devaient produire les positions vicieuses; mais, j'ose le dire, ces cas sont exceptionnels.

Lorsque la jambe n'est que légèrement fléchie sur la cuisse, le pied repose sur le côté interne ou externe du talon. Dans ce dernier cas, qui est bien plus fréquent que le premier, le pied est tout à la fois porté dans l'extension et dans une rotation telle que sa face inférieure regarde en dedans. Tous les accidens que j'ai signalés pour le cas où il repose sur son bord externe se retrouvent ici. Il y a de plus tendance à une luxation dans laquelle la face supérieure de l'astragale regarde en dehors et un peu en avant; j'ai constaté cette luxation incomplète par l'autopsie; il y avait, dans le cas où je l'ai vue, un espace triangulaire vide entre le côté externe de la face supérieure de l'astragale et la face correspondante du tibia.

La position où les parties molles de l'articulation tibio-tarsienne ne sont distendues en aucun sens, où il n'y a aucune tendance aux luxations spontanées, est celle où le pied repose sur la face postérieure du talon, et fait avec la jambe en avant un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. C'est dans cette position aussi que la progression s'effectue le mieux, dans le cas d'ankylose; mais comme toutes celles où le membre repose sur sa face postérieure, elle exige, pour être rendue fixe, des appareils appropriés.

Les démonstrations que je donne des dangers inhérens aux positions qu'adoptent ordinairement les malades sont si simples et si rigoureuses, l'expérience clinique m'a si bien prouvé les ressources admirables que cette connaissance des positions fournit dans le traitement des maladies

---

cessaire et rationnel de la science; donc l'ontologie est non seulement inévitable en fait, mais utile et nécessaire en droit, etc., etc. Mais il ne nous appartient pas peut-être de développer nous même les idées de M. Gerdy; car il pourrait se plaindre qu'on l'a mal compris, ce qui pourrait bien nous être arrivé involontairement; et, dans ce cas, nous sommes prêts à rétracter nos syllogismes et à lui demander pardon d'avoir, quoique innocemment, blessé la vérité qui doit passer avant tout.

M. Rochoux n'a pas manqué à l'appel. Cet orateur est moins profond que les précédens, mais il est plus amusant. Une querelle philosophique est une véritable bonne fortune pour lui et pour ceux qui l'écoutent.

> Caché sous le manteau d'EPICURE, son maître,

il en a l'audace et l'intrépidité. Comme lui, il a juré une guerre à mort, une haine implacable à tous les préjugés, enfans de l'imagination superstitieuse des hommes, soit qu'ils se présentent dans la morale, dans la politique, dans l'ordre religieux, dans les sciences naturelles; il les décèle et les poursuit dans leurs derniers asiles, et quelque forts et puissans qu'ils soient, il lutte corps à corps avec eux.

> Primum Graius homo mortales tollere contrà
> Est oculos ausus, primusque obsistere contrà.
> Quem nec fama deûm, nec fulmina, nec minitanti
> Murmure compressit cœlum; sed eo magis acrem
> Virtutem irritat animi, confringere ut arcta
> Naturæ primus portarum claustra cupiret.

Tel maître, tel disciple. M. Rochoux, comme épicurien orthodoxe, ne croit à d'autre réalité en ce monde et en l'autre qu'à celle qui frappe ses sens d'une manière indubitable; il faut, pour qu'il en soit bien sûr, qu'elle se présente à lui sous une forme et un volume respectables, comme, par exemple, un éléphant ou le pic de Ténériffe. N'esperez pas lui faire admettre l'existence d'une chose quelconque qu'il ne pourra pas tenir entre son index et son pouce, et voir sans lunettes. Il va donc sans dire que l'ontologie de Broussais ou toute autre ne pourrait guère lui convenir. Il a même tellement distendu l'idée qu'on se faisait de l'ontologie médicale, qu'il n'y a plus de place maintenant pour la plus timide et la plus modeste tentative d'explication scientifique. M. Rochoux a multiplié ses ennemis pour avoir plus d'occasions de vaincre. Il ne s'agissait d'abord que de ces êtres chimériques, qui, sous le nom de fièvres, de typhus, de syphilis, de phthisie, etc., viennent se jeter sur les organes de l'homme pour le dévorer; c'est là la seule superstition ontologique attaquée par Broussais. Mais M. Rochoux va plus loin; il ne veut pas même qu'on puisse légitimement assigner une cause quelconque, même d'un ordre matériel, par forme d'hypothèse, à un phénomène donné, sauf à en poursuivre la vérification. Tant que l'hypothèse n'est pas prouvée, dit-il, c'est de l'ontologie. Ainsi, aujourd'hui, on attribue plusieurs fièvres graves à une altération du sang; c'est de l'ontologie, dit M. Rochoux. Cependant le sang est bien un être, lui dit-on, et comme tel il pourrait bien agir et produire des effets; tant que votre thèse n'est pas prouvée, répond-il, votre cause est un être de raison, vous êtes dans l'ontologie. Il ne sort pas de là. Mais quelle est la conséquence de ce beau principe? C'est, dit M. Rochoux, qu'il y aura toujours et éternellement de l'ontologie, et partant, des ontologistes. Puisque toute explication, ou

articulaires, et spécialement dans celle des inflammations aiguës, qu'on a lieu de s'étonner que le danger de ces positions n'ait fixé l'attention d'aucun auteur, et que l'on se soit plu à répéter qu'il fallait bien se garder de les modifier dans les inflammations aiguës, bien qu'elles pussent devenir un obstacle aux mouvemens, si l'ankylose venait à se former; mais l'étonnement cesse dès qu'on remarque qu'en ramenant les membres aux bonnes positions, on ne fait qu'augmenter les douleurs et les mouvemens en pure perte, si, comme l'usage en est encore répandu, on ne les maintient fixes par aucun appareil.

Si, par exemple, dans une inflammation aiguë du genou plié et renversé sur le côté externe, on étend le membre, et qu'on le place étendu sur sa face postérieure, sans aucun appareil, les causes qui avaient fait plier la jambe sur la cuisse et avaient renversé le genou en dehors continuant à agir, le membre reprend peu à peu la position à laquelle on l'avait enlevé : le résultat de l'extension se réduit donc alors aux douleurs vives qu'elle a produites et à celles moins vives peut-être, mais plus prolongées, qu'entraînent les mouvemens destinés à ramener le genou de la position qu'on lui avait donnée à celle qu'il avait prise de lui-même. C'est ainsi que l'expérience clinique, en montrant qu'il n'y avait que des douleurs à produire, si l'on changeait les positions, n'a pu que confirmer les préventions que l'on avait en faveur de celles qu'adoptent les malades, et a dû détourner l'attention du danger qu'une réflexion attentive y montre si incontestablement.

Aussi, pour que la conversion d'une mauvaise position en une bonne soit utile, est-il indispensable de rendre cette dernière permanente, à l'aide d'un appareil. Ce n'est qu'à cette condition que l'on retirera des avantages pratiques de la connaissance des positions; si on ne la remplit pas, il vaut mieux, comme on le conseille généralement, laisser les malades dans la position qu'ils choisissent d'eux-mêmes.

TROISIÈME PARTIE.

1° APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES RÉSULTANT DE LA CONNAISSANCE DES POSITIONS AU TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES.

Il résulte des observations développées dans le chapitre précédent que dans le traitement local de toute maladie articulaire, il faut 1° ramener les membres, s'ils n'y sont déjà, à des positions où il n'y ait ni distension des parties molles, ni tendance aux luxations spontanées, ni obstacle, dans le cas d'ankylose, à l'exercice des mouvemens; 2° maintenir avec fixité ces positions, dont les malades tendent toujours à s'éloigner. Nous devons donc rechercher :

1° Quels sont les moyens de ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position.

2° Quels sont les moyens de les maintenir fixés dans cette dernière.

DES MOYENS DE RAMENER LES MEMBRES D'UNE MAUVAISE A UNE BONNE POSITION.

Pour ramener les membres d'une mauvaise à une bonne position, on peut employer :

1° L'action des mains, aidée d'une situation favorable du tronc.

2° Les appareils qui prolongent l'action des mains, lorsque celles-ci ont été impuissantes.

3° La section des tendons dans l'insuffisance des deux premiers moyens.

1° *L'action des mains* ne doit être employée que lorsque le tronc est convenablement placé. Les bonnes positions exigeant toutes que les membres pelviens reposent sur leur face postérieure, le premier soin doit être de faire coucher les malades sur le dos. Dans le décubitus dorsal, l'on fait cesser ordinairement sans peine les mouvemens de rotation, d'abduction et d'adduction. Quant aux flexions plus difficiles à vaincre, il faut placer le tronc de telle manière que les muscles qui rendent ces flexions permanentes soient aussi relâchés que possible; ainsi, pour redresser les genoux, il faut que le corps soit placé horizontalement. Par ce mouvement, l'ischion s'abaisse et les muscles qui en partent pour se rendre au tibia sont relâchés.

Le tronc convenablement placé, il faut agir avec les mains pour redresser les articulations, comme on le ferait pour réduire une fracture. Un aide doit fixer le tronc, un autre aide doit exercer des tractions sur l'extrémité inférieure du membre, et le chirurgien doit établir des rapports normaux des os par des pressions convenables. Tous ces mouvemens doivent se faire d'une manière lente et graduée, et n'exposer à aucune déchirure, ni à aucune luxation.

2° *Les machines* destinées à redresser les articulations doivent prolonger l'action des mains, et rendre en quelque sorte cette action permanente. Ces machines sont différentes, suivant que les membres s'éloignent beaucoup de la direction à laquelle on veut les ramener, ou qu'ils s'en rapprochent plus ou moins. Dans le premier cas, elles doivent se composer de diverses parties articulées entre elles, dont chacune se moule sur les brisures du membre malade, et qui peuvent se mouvoir les unes sur les autres, jusqu'à ce qu'elles aient opéré le redressement qu'on veut obtenir. Les forces qui doivent faire passer ces appareils de la position où ils embrassent les parties déformées à celle où ils auront une direction convenable, doivent agir dans le même sens que les mains. Si celles-ci ont dû maintenir fixement certaines parties, exercer des pressions ou des tractions sur d'autres, les machines n'ont qu'à en continuer les efforts. De sorte que connaître les principes qui doivent les diriger dans le redressement des membres, c'est connaître ceux qui doivent présider à la construction des appareils. Il est toutefois une force qui peut agir très efficacement dans ces derniers, et qui n'a que peu d'importance lorsqu'on se contente de l'action toujours momentanée des mains, je veux parler du poids du membre. Cette force agit d'une manière aussi efficace que douce et continue ; elle a été trop négligée jusqu'à présent, et l'on peut en faire, comme on le verra par la suite, de très utiles applications.

Lorsque les membres ne s'éloignent que peu de la rectitude, les appareils qui trouvent, suivant moi, les plus nombreuses applications, sont ceux qui se mouleraient exactement sur des membres parfaitement droits, de même longueur et de même volume que ceux que l'on vient de redresser. Une fois que ces derniers y sont placés, leur poids, les pressions qu'on exerce sur eux, les efforts que font les malades jusqu'à ce que les parties déviées reposent sur toutes leurs faces ne tardent pas à les faire entrer dans les appareils, véritables moules dont ils ne prennent la forme que par un redressement complet.

3° Quand l'action des mains et celle des machines est impuissante à convertir une mauvaise en une bonne position, on doit recourir à la *section des tendons*. Je n'ai rien à ajouter à tout ce qui a été dit dans ces der-

---

fausse ou douteuse, est de l'ontologie, il est évident qu'on n'en saurait jamais manquer dans aucune science. Cela est clair. Nous sommes donc tous plus ou moins ontologistes, et nous le serons tant qu'on ne sera pas parvenu (c'est textuel) à acquérir la science parfaite, complète et absolue de toutes choses. Ce jour-là l'ontologie sera définitivement enterrée, mais ce jour-là seulement. Jusque-là nous ontologiserons sans fin ni repos. Voilà le dernier mot de la science et de M. Rochoux.

M. Castel a aussi dit son mot. Il a cité quelques passages de Broussais, très piquans par la profusion de ces formes ontologiques de langage dont il a fait un chef d'accusation contre l'ancienne médecine.

Quelques autres orateurs, tels que M. Dubois (d'Amiens) et M. Bousquet, ont pris part à la discussion; mais il serait trop long de les suivre. D'ailleurs, ces deux derniers n'ayant dit que des choses qui n'étaient que raisonnables et bien exprimées, ils n'ont pu naturellement exciter autant l'attention et l'intérêt que les saillies originales et hardies de leurs collègues.

Au travers de quelques divergences inévitables de détail, nous avons été frappés de l'unanimité de l'opinion et de sentiment qui a dirigé et soutenu cette première attaque publique contre la doctrine de Broussais. Les esprits les plus opposés d'ailleurs par leurs études et leurs vues scientifiques se sont trouvés réunis pour frapper ensemble sur les vaincus et sur les morts. Ce spectacle avait sa tristesse. Il y a peu d'années encore, Broussais était un génie puissant et profond, sa personne était redoutée et vénérée; la foule des hommes se pressait sur ses pas; son geste impérieux indiquait la route; sa doctrine partout professée, partout commentée, partout appliquée, remplissait les livres, les thèses, les chaires, et défrayait la polémique; les anciennes théories déconsidérées jusqu'à la risée semblaient ensevelies pour jamais, et on en signalait les derniers restes comme des échantillons des modes surannées d'un autre siècle; aujourd'hui Broussais est un systématique extravagant et impuissant; sa mémoire est dédaignée, il est délaissé de tous; sa doctrine est évitée comme un ridicule, les anciennes idées relèvent la tête, et des vieillards qu'on disait morts sont étonnés eux-mêmes de se retrouver jeunes et de se faire suivre, eux qu'on avait laissés si loin en arrière !!

Si l'expérience pouvait corriger les hommes, il y aurait là certes de quoi guérir des illusions de la gloire et des systèmes; il y aurait aussi matière à de bien décourageantes réflexions sur le triste état d'une science livrée à de telles secousses, et dont on ne peut dire avec certitude si elle y a gagné ou perdu.

Sous le rapport moral, le spectacle de cette discussion n'est peut-être pas moins pénible. Quoi ! dans cette nombreuse assemblée, peuplée d'hommes dont un très grand nombre, le plus grand nombre peut-être, ont partagé l'entraînement public pour la doctrine de Broussais, comme le prouvent leurs livres, qui, la plupart, ont subi le joug de son autorité intellectuelle et rendu hommage à sa puissance, qui, il y a quelques jours à peine, n'osaient soutenir son regard, n'osaient ou ne pouvaient résister à sa parole, quoique si affaiblie; dans toute l'Académie, réunie tout entière, par hasard, pour une élection, il ne s'est trouvé qu'un seul homme pour défendre un mort illustre, membre lui-même de cette Académie, une des gloires de la science et de la nation; et encore ce seul défenseur, isolé, perdu, abandonné dans la mêlée, n'a pu, au lieu d'une apologie, faire qu'une sorte de protestation sincère, mais insuffisante.

Et cependant, laissant l'homme à part, le savant, le médecin, le théoricien, le

niers temps sur la section des tendons, et surtout aux règles posées sur ce sujet avec tant de fermeté et de logique par M. Jules Guérin. Je me contenterai de faire observer que, du moment où l'on a reconnu que la position choisie par le malade est de celles qui permettent la distension violente de certains ligamens et exposent aux luxations spontanées, il n'y a pas d'hésitation à avoir.

Dans l'impuissance des machines, il faut recourir à la section des tendons. Je conçois que l'on ait posé des règles différentes tant qu'on ignorait les effets des positions vicieuses; mais du moment où on les connaît, du moment où l'expérience a prouvé quels dangers elles entraînent, quelle amélioration se manifeste dans la marche du mal, sitôt qu'on les a détruites, il n'est pas d'opération innocente dans ses suites devant laquelle on puisse reculer; en appliquant ces principes, j'ai vu le succès répondre à mes prévisions.

DES MOYENS DE MAINTENIR LES ARTICULATIONS DANS UNE BONNE POSITION.

J'ai prouvé que les appareils pouvaient seuls maintenir les articulations immobiles dans une bonne position. Ces appareils doivent réunir les conditions suivantes :

1° Se mouler sur les formes des parties qu'ils embrassent.

2° S'étendre de beaucoup au-dessus et au-dessous de l'articulation que l'on veut immobiliser.

3° Maintenir les rapports réciproques des os qui forment cette articulation, lors même que le malade se soulève et se déplace dans son lit.

4° Assurer l'immobilité sans exercer de compression, et permettre cependant de produire celle-ci à tous les degrés, sans qu'il soit nécessaire de faire subir le moindre mouvement au membre.

5° On doit pouvoir, à leur aide, mettre à découvert l'articulation malade et appliquer sur elle toutes les médications convenables, sans lui imprimer aucun mouvement.

Je démontrerai la nécessité de satisfaire à ces diverses conditions, en traitant des appareils qui doivent servir à chaque articulation en particulier.

2° APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES RÉSULTANT DE LA CONNAISSANCE DES POSITIONS AU TRAITEMENT DES MALADIES DU GENOU.

Il résulte des observations que j'ai fait connaître, en traitant des effets produits par les positions dans les maladies du genou, qu'il faut toujours ramener le membre, s'il n'y est déjà, à la position où la jambe est médiocrement étendue sur la cuisse, où elle repose sur sa face postérieure, et n'est portée ni dans l'abduction ni dans l'adduction.

On peut arriver à ce résultat par l'action des mains, aidée d'une situation convenable du tronc, par celle des machines, et enfin par la section des tendons.

1° *Par l'action des mains.*

La situation la plus convenable du malade est le décubitus dorsal. Sitôt que le tronc est placé sur le dos, on fait cesser les mouvemens de rotation, d'abduction et d'adduction qui se passent tous dans l'articulation de la hanche, et qu'aucune force ne maintient avec fixité.

Pour opérer l'extension de la jambe sur la cuisse, il faut relâcher les muscles fléchisseurs, qui, de l'ischion, vont au tibia, et, dans ce but, faire coucher le malade horizontalement. L'ischion s'abaisse alors vers la plante des pieds, les deux insertions des muscles postérieurs de la cuisse sont rapprochées, et l'obstacle qu'ils opposaient à l'extension de la jambe cesse presque entièrement.

Ce malade convenablement placé, un aide saisit le bassin et le fixe solidement. Un autre aide s'empare de l'extrémité inférieure de la jambe et la relève, en exerçant une douce traction. Celle-ci est nécessaire pour éloigner le tibia du fémur, et faciliter ainsi le glissement de ses surfaces articulaires sur celles de ce dernier os; enfin, l'opérateur repousse en avant l'extrémité supérieure du tibia, tandis qu'il repousse en arrière l'extrémité inférieure du fémur. Cette coaptation est d'autant plus nécessaire que lorsque les surfaces articulaires sont rugueuses et déformées, le tibia dans l'extension peut ne pas glisser vers la partie antérieure du fémur, et s'il reste en arrière, tout en se redressant, il éprouve une véritable luxation du côté du jarret.

On ne saurait croire avec quelle facilité on peut parvenir, au moyen des précautions que j'indique, et surtout en s'aidant de la position horizontale, dont personne n'a fait sentir l'importance, à redresser des genoux affectés d'inflammations aiguës ou chroniques, lors même que la flexion a deux ou trois mois d'existence; cette facilité a paru incroyable, dans quelques circonstances, à des médecins qui avaient essayé les mêmes redressemens, sans connaître les principes qui devaient les diriger dans ces opérations.

2° *Par les appareils.*

Comme je l'ai indiqué en traitant de la question en général, ces appareils sont de deux ordres : ceux qui s'appliquent au membre très éloigné de l'extension; ceux qui peuvent être employés quand le membre est presque redressé.

Les premiers sont les seuls dont on se soit occupé, et tous ceux que l'on a construits sont composés de deux parties articulées entre elles; l'une est destinée à la cuisse; l'autre est destinée à la jambe; l'articulation qui les unit est au niveau du genou.

Voici les conditions que ces appareils doivent réunir :

1° Sous le rapport de la forme et de l'étendue, ils ne doivent pas être bornés aux parties du membre abdominal les plus rapprochées du genou; leur partie supérieure doit être au sommet de la cuisse, et leur partie inférieure au pied; par là, les forces qui tendent à en redresser les parties jambières et fémorales agissent sur un bras de levier, aussi étendu que possible.

Elles doivent se mouler sur la forme des parties qu'elles embrassent, s'appliquer sur les faces antérieures comme sur les faces postérieures du membre; car, sans cette précaution, elles pourraient se redresser sans que le membre les accompagnât dans leur mouvement.

2° Les forces qui sont destinées à ramener dans la même direction les parties jambières et fémorales doivent être aussi nombreuses et agir dans le même sens que les mains. Dans le redressement du genou, l'appareil doit fixer le bassin, exercer une traction sur la jambe, presser sur la partie antérieure et inférieure du fémur; il faut de plus que le poids du membre, puissance si continue, soit mise à profit pour opérer le redressement.

---

systématique pouvait et devait être défendu. Notre réclamation n'est certes pas suspecte, car ce n'est pas dans la GAZETTE MÉDICALE ancienne et nouvelle, qu'on doit s'attendre à trouver de la partialité pour Broussais et pour la médecine physiologique; mais nous avons la ferme conviction que tout dans les idées de cet esprit vigoureux, n'était ni aussi absurde, ni aussi puéril, ni aussi dénué de raison et de sens que l'esprit de réaction voudrait le faire croire aujourd'hui. Il serait facile de montrer que, même dans la question spéciale de l'ontologie, si témérairement et si sommairement tranchée, Broussais, au travers de ses exagérations systématiques et des obscurités de son langage, avait mis la main sur des vérités utiles; que tout ne se réduisait pas, comme on a voulu le dire, à une dispute puérile de mots. C'est là ce que nous nous proposions de développer aujourd'hui, quoique cette tâche appartînt à d'autres; mais, l'espace nous manquant, nous sommes forcés de renvoyer à une autre fois ces développemens que l'intérêt de la science rend nécessaires.

— M. le professeur PAUL DUBOIS, ayant soupçonné les bonnes qualités du lait destiné à l'alimentation de ses malades, a prié M. le docteur Donné d'examiner quelques échantillons de ce lait. Voici le résultat curieux de cette analyse, qui intéresse vivement la santé des malades, des convalescens et surtout des enfans des divers hôpitaux de Paris :

1° Ce lait n'est pas acide, il ne rougit pas le papier bleu de tournesol et même il ramène légèrement au bleu le papier préalablement rougi; il est donc sans ce rapport à peu près dans les conditions du lait de vache ordinaire.

2° Par le repos, il ne forme à sa surface qu'une couche extrêmement mince de crême.

3° Il présente à l'inspection microscopique un grand nombre de ses globules réunis et agglomérés par petits paquets.

4° Enfin il ne pèse au lactomètre que 2° 5/10 au lieu de 5° comme le lait ordinaire des laitières du coin des rues.

De ces divers caractères on doit conclure :

1° Que le lait de la clinique a été fortement écrêmé.

2° Qu'il a subi au moins une et probablement plusieurs ébullitions, ce qui le rend d'une digestion beaucoup moins facile.

3° Qu'il est étendu d'une certaine quantité d'eau que l'on peut bien estimer à un tiers, ce qui diminue d'autant ses propriétés nutritives.

La densité de ce lait a été prise au moyen du lactomètre de M. Leroy, dont M. Donné s'est servi pour peser le lait des nourrices qu'il a placées auprès du comte de Paris, et auquel on doit, comme l'on sait, le rétablissement de la santé du prince.

— Par arrêté du conseil-général des hospices, en date du 4 novembre courant, M. Edouard Seguin, directeur de l'Institut d'éducation des enfans idiots, muets par imbécillité, etc., rue Pigale, 6, à Paris, est attaché aux hospices de la rue de Sèvres et du faubourg Saint-Martin, en qualité d'instituteur des jeunes idiots.

Je ne crois pas que, parmi les machines jusqu'à présent imaginées pour étendre la jambe sur la cuisse, il en existe aucune qui réunisse toutes ces conditions. Elles sont vicieuses, les unes sous le rapport de la forme et de la longueur, parce qu'elles sont planes là où elles répondent à la partie postérieure des membres, qui est arrondie, parce qu'elles sont bornées aux portions de la cuisse et de la jambe les plus rapprochées du genou, et qu'elles ne s'étendent pas dans toute la longueur du membre; les autres sous le rapport des forces qui sont mises en jeu, parce que celles-ci se bornent à une traction sur la jambe; celle-là à une pression sur le genou; que toutes enfin ne permettent de tirer aucun parti du poids du membre qui ne peut agir efficacement qu'à la condition que le jarret ne soit point soutenu. Je crois avoir évité toutes ces imperfections en construisant un appareil dont je vais donner une idée.

Une gouttière en fil de fer matelassé ou en cuir embrasse toute la circonférence de la moitié supérieure de la cuisse; une espèce de botte entoure le pied et le bas de la jambe; au talon de cette botte sont adaptées deux roulettes, suivant l'idée que m'a communiquée M. Lacroix, élève de nos hôpitaux; le membre ainsi libre au niveau du genou est placé entre deux planches qui l'empêchent de se renverser en dedans ou en dehors; son poids tend sans cesse à en opérer le redressement, d'autant plus facile, que la roulette placée au niveau du talon prévient tous les obstacles que pourrait opposer le frottement de celui-ci sur le plan qui le soutient.

Pour aider ce redressement, un tourniquet permet d'exercer une traction sur la jambe et une courroie qui presse en-devant du genou d'affaisser celui-ci en arrière. L'expérience m'a prouvé combien était utile la combinaison de moyens que j'ai mis en usage dans la construction de cet appareil.

3° *Par la section des tendons du jarret.*

Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit sur cette section, et je renvoie aux auteurs qui en ont fait une étude spéciale.

Lorsque la jambe fait un angle obtus avec la cuisse, et qu'elle ne s'éloigne ainsi que médiocrement de la position où on veut la ramener, il suffit de déposer le membre dans une gouttière fendue sur sa partie antérieure, assez longue pour occuper toute l'étendue du membre, capable d'en entourer toute la circonférence, et d'une forme telle, qu'elle se moule exactement sur lui, lorsqu'il est bien redressé; cette gouttière étant celle dont je me sers pour maintenir le genou immobile dans une bonne position, je vais la décrire dans le chapitre suivant.

DES APPAREILS DESTINÉS A MAINTENIR LE GENOU IMMOBILE DANS UNE BONNE POSITION.

Les appareils destinés à maintenir le genou immobile dans une bonne position peuvent être aussi nombreux que ceux qu'on emploie dans le traitement des fractures de cuisse. Ce peuvent être les bandages avec les attelles droites et solides, des bandages amidonnés, des attelles postérieures, à la manière de M. Mayor, des gouttières embrassant la moitié postérieure du membre, comme cet auteur l'a fait pour les fractures, et comme l'ont fait MM. Champion et Blandin pour les tumeurs blanches.

Pour apprécier la valeur comparative de ces divers moyens, il faut, avant tout, préciser les conditions qu'ils doivent remplir. Voici, suivant moi, quelles sont ces conditions. Les appareils destinés à maintenir le genou immobile doivent:

1° *Se mouler sur les formes du membre.*

Ce principe, universellement adopté aujourd'hui, n'a pas besoin d'être démontré.

2° *Ils doivent embrasser la totalité de la cuisse, de la jambe et du pied.*

Si les appareils ne prennent que sur une partie de la cuisse, ils laissent celle-ci libre d'exécuter certains mouvemens; et quand le malade se soulève dans son lit, ou se penche à droite ou à gauche, le fémur se ment sur le tibia, ce que l'appareil doit prévenir. Enfin, si le pied n'est pas embrassé, le talon peut appuyer sur sa partie interne ou sa partie externe, et entraîner ainsi le tibia dans une luxation par rotation.

3° *Ces appareils doivent toujours reposer sur leurs faces postérieures, et ne pas être exposés à tourner en dedans ou en dehors.*

Ces mouvemens de rotation, quand ils ont lieu, fatiguent les malades et les obligent à des efforts pénibles dans le but de les prévenir.

4° *Ils doivent assurer l'immobilité sans exercer de compression, et permettre cependant de produire celle-ci à tous les degrés, sans qu'il soit nécessaire de faire subir le moindre mouvement au membre.*

Je regarde comme de la plus haute importance cette condition d'assurer l'immobilité sans la compression, car si l'appareil dont on se sert ne remplit pas cette condition, il est inapplicable aux inflammations aiguës du genou, et c'est dans ces inflammations qu'il produit les effets les plus favorables. Sans doute, si l'on a méconnu jusqu'ici les avantages qui sont attachés à des positions favorables, c'est en partie parce que l'on n'avait pour les assurer que des appareils qui comprimaient les membres, et dès lors étaient souvent insupportables aux malades.

5° *On doit pouvoir, à leur aide, mettre le genou et la cuisse à découvert sans leur imprimer le moindre mouvement, et appliquer ainsi sur les parties malades toutes les médications convenables, telles que des sangsues, des cataplasmes, etc.*

Tous ceux qui savent que le traitement des maladies si compliquées du genou ne saurait se réduire à une bonne position et à l'emploi d'un appareil comprendront l'utilité de cette condition.

Ces principes posés, je pourrais passer en revue tous les appareils connus, que je rappelai plus haut, et que l'on pourrait transporter du traitement des fractures de cuisse à celui des maladies du genou. Il me serait aisé de montrer qu'il n'en est pas un seul qui remplisse toutes les conditions que je viens d'exposer, pas un exemple qui assure l'immobilité sans la compression, qui permette d'observer le membre, de le serrer et de le desserrer à volonté, d'y appliquer toutes les médications qu'on juge convenables, sans imprimer le moindre mouvement. Mais la vérité de ces assertions se révèle si nettement au plus simple examen qu'il est inutile de la démontrer avec plus de détails, et que je passe à la description des appareils que je propose pour suppléer à l'insuffisance de ceux qui sont connus.

Ces appareils ne sont autre chose que des gouttières embrassant toute la circonférence du membre et s'étendant depuis le pied jusqu'au sommet de la cuisse; elles ont la forme d'un pantalon collant qui serait fendu sur toute sa partie antérieure; elles sont solides en arrière, flexibles sur les côtés et en avant, susceptibles de s'écarter de leur axe par leur élasticité, et de s'en rapprocher par des courroies qui permettent d'en assurer la compression à tous les degrés.

On peut construire ces gouttières très diverses; il suffit que celles-ci puissent se prêter à une grande résistance dans certains points, à une certaine flexibilité dans les autres. Sous ce rapport, elles ne peuvent être en bois ou en fer-blanc. J'en ai fait construire dont la charpente était en fil de fer, en cuir ou en carton. Quelle que fût celle de ces matières que l'on mettait en usage, on matelassait soigneusement les gouttières sur toutes leurs faces internes.

Lorsque les malades doivent rester au lit, il est indifférent que les appareils qui doivent maintenir le genou dans une bonne position soient en fil de fer ou en acier; mais lorsqu'ils peuvent se lever, ce qui est utile à la santé générale, les appareils en cuir sont préférables, parce que leur poids ne gêne pas autant la progression que celui des appareils en fil de fer.

Il est nécessaire, dans la pratique civile, de faire construire ces appareils à la mesure de chaque malade, et, dans les hôpitaux, d'en avoir un certain nombre qui puissent s'adapter aux diverses tailles. Deux modèles suffisent, en général, pour les adultes; mais pour les enfans et les jeunes gens il en faut un bien plus grand nombre.

Pour se servir de ces appareils, il suffit d'y déposer le membre, lorsque le genou est redressé; et quand il est peu éloigné de la rectitude, on peut encore les y placer; le jarret, étant alors sans soutien, est entraîné par son propre poids et ne tarde pas à rejoindre la paroi postérieure de l'appareil.

Ces gouttières remplissent toutes les conditions énumérées plus haut.

1° Elles se moulent sur les formes du membre.

2° Elles embrassent la totalité de la cuisse, de la jambe et du pied.

3° A l'aide d'une addition facile à comprendre, leurs faces postérieures sont rendues planes, et dès lors elles ne peuvent tourner ni en dedans ni en dehors.

4° Si l'on desserre les courroies qui les entourent, elles assurent l'immobilité sans exercer de compression, et si l'on serre ces courroies à divers degrés, elles peuvent produire une compression graduée, sans que l'on fasse subir le moindre mouvement au membre.

5° En écartant les parois latérales, on peut mettre à découvert toute la partie antérieure du genou et de la cuisse, et y faire les applications que l'on juge convenables. Lorsqu'il existe des trajets fistuleux, je fais pratiquer de larges fenêtres à l'appareil; on ferme ces ouvertures avec des volets, qui se meuvent sur les charnières et permettent de faire tous les pansemens, sans que l'on communique aucun ébranlement.

6° Je puis ajouter qu'ils sont assez légers pour accompagner le mem-

bre lorsque le malade se soulève, et dès lors pour prévenir toute extension forcée dans l'articulation du genou.

Je pourrais citer les observations les plus concluantes en faveur de cet appareil; mais je me contenterai de les résumer en terminant ce chapitre.

3° APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES RÉSULTANT DE LA CONNAISSANCE DES POSITIONS AU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA HANCHE.

Puisque les positions les plus fréquentes dans les maladies de la hanche, c'est-à-dire la flexion de la jambe et de la cuisse, avec rotation en dedans ou en dehors, adduction ou abduction, sont précisément celles où certaines parties de la capsule articulaire sont distendues, et où les luxations spontanées sont imminentes, tandis que la position médiocrement étendue du membre, le tronc placé dans le décubitus dorsal, n'entraîne aucune de ces conséquences fâcheuses, la première indication à remplir dans le traitement des coxalgies est d'employer les moyens propres à substituer cette dernière position à celle qu'ont adoptée les malades. Ces moyens sont ici, comme ailleurs, l'action des mains, celle des appareils, les sections des tendons ou des muscles.

Pour aider *l'action des mains*, il faut avant tout faire coucher le malade sur le dos, dans le décubitus dorsal. On a plus de facilité dans cette position que dans toute autre à faire cesser les renversemens ou les rotations du membre en dedans et en dehors. Le malade doit aussi être couché horizontalement; lorsqu'il est dans cette position, l'abaissement de l'ischion relâche les muscles de la partie postérieure de la cuisse, facilite dès lors l'extension du tibia sur le fémur, et cette extension, à son tour, rend plus facile, sans doute par le relâchement du droit antérieur, le redressement de la cuisse sur le bassin. Une fois le tronc convenablement placé, l'action des mains suffit à fixer le bassin d'une part, et à tirer de l'autre en ligne droite sur le membre inférieur.

Les appareils, si souvent nécessaires pour prolonger l'action des mains trop souvent insuffisantes, sont, comme au genou, de deux ordres, ceux qui sont nécessaires lorsque le membre inférieur est très éloigné de la situation où on veut le ramener; ceux qui conviennent lorsque ce membre est assez rapproché de la direction qu'il doit prendre.

Les premiers de ces appareils doivent se réduire à étendre la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Une fois que ce redressement est opéré, il n'y a plus que des mouvemens très bornés de rotation en dedans ou en dehors, d'adduction ou d'abduction.

Tout ce que j'ai dit en traitant de l'extension du genou dans les maladies de cette articulation s'applique au redressement du membre inférieur dans les maladies de la hanche, et les appareils que j'ai démontrés les meilleurs dans le premier cas sont aussi les meilleurs dans le second. Deux fois ayant eu des malades à redresser affectés de coxalgies avec des flexions très fortes de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, j'ai commencé par employer l'appareil d'extension pour le genou. Ce moyen m'a très bien réussi, et le membre en peu de temps s'est assez bien étendu pour qu'on pût le placer dans le grand appareil qui embrasse le tronc et les deux membres inférieurs.

Je dois faire remarquer ici que le redressement des membres dans les coxalgies n'est pas seulement indispensable comme moyen thérapeutique, il l'est comme élément de diagnostic. Si la crainte de sortir du sujet spécial que j'ai abordé dans ce mémoire ne m'empêchait pas de démontrer comment certaines positions produisent des allongemens ou des raccourcissemens apparens, je ferai voir qu'à part quelques cas rares, il est impossible de déterminer si un malade a ou n'a pas une luxation spontanée, tant qu'on n'a pas ramené le tronc et les membres inférieurs dans une rectitude parfaite. Dans les positions que choisissent les malades, et où il existe des combinaisons si variées de flexion, d'adduction, d'abduction et de rotation en dedans ou en dehors, il est impossible de distinguer, par exemple, ce qui, dans un raccourcissement, dépend d'une position vicieuse ou d'une luxation commençante. La part que l'on doit faire à l'une ou à l'autre de ces causes ne peut être rigoureusement assignée que lorsque l'on a ramené les deux membres inférieurs dans la direction de l'axe du tronc prolongé. Si alors le raccourcissement subsiste, il est réel; mais souvent on n'en retrouve plus de traces après le redressement; lors même qu'il était de 10 à 12 centimètres et s'accompagnait de tous les signes indiqués par les auteurs comme caractéristiques des luxations spontanées. Il me suffit d'avoir indiqué cet élément de diagnostic des maladies de la hanche, et je reviens à mon sujet.

Lorsque le membre malade a une direction qui s'éloigne peu de celle qu'on veut lui donner, il suffit, pour achever son redressement, de le placer dans un appareil qui embrasse les parties situées au-dessus et au-dessous de l'articulation malade, et se moule exactement sur les formes de ces parties, ramenées à une bonne direction. Cet appareil embrasse le tronc et les deux membres inférieurs; il a la forme d'un pantalon solide en arrière, flexible sur les côtés et fendu en avant, afin de permettre d'y placer le malade. Celui-ci, déposé dans ce moule, où il ne se trouve parfaitement que lorsqu'il a repris sa rectitude, fait des efforts continuels pour s'y engager; des pressions convenables aident à cet effet, et le redressement désiré ne tarde pas à être obtenu.

DES MOYENS PROPRES A MAINTENIR LA HANCHE IMMOBILE DANS UNE BONNE POSITION.

L'immobilité de la hanche suppose celle du tronc et des deux membres inférieurs. On peut proposer, pour assurer cette immobilité, tous les appareils destinés aux fractures du col du fémur; mais comme ces appareils n'ont qu'une action insuffisante sur le tronc; qu'ils permettent à la cuisse de se mouvoir sur le bassin dans les mouvemens que rendent nécessaires les soins de propreté; qu'ils exercent tous une compression, et que, dans les inflammations aiguës, cette compression est intolérable, on voit qu'ils sont impuissans à maintenir l'immobilité dans les maladies à la hanche. Je ne connais d'appareil qui puisse maintenir cette immobilité que celui dont j'ai donné l'idée en parlant des moyens de redresser les membres inférieurs. Je l'ai proposé et décrit avec détail en traitant des fractures du col du fémur. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, 1839; plus, BOLLETIN THÉRAPEUTIQUE, 1840.) En se représentant cet appareil d'après l'indication sommaire que j'en donnais plus haut, et supposant un mouffle placé au-dessus du lit, et qui permet d'enlever le malade et l'appareil horizontalement et en totalité, on voit qu'il réunit toutes les conditions, dont l'assemblage peut seul constituer un moyen satisfaisant.

1° Il se moule sur les formes des parties qu'il embrasse.

2° Il a prise sur le tronc et les deux membres inférieurs, c'est-à-dire sur toutes les parties entre lesquelles il doit maintenir des rapports fixes.

3° Il repose sur une base étendue, ne peut tourner ni à droite, ni à gauche, et dès lors empêche tout mouvement de rotation.

4° Il assure l'immobilité sans exercer de compression, et permet cependant de produire celle-ci, et de la produire à tous les degrés, sans qu'il soit nécessaire de faire subir le moindre mouvement au membre.

5° On peut à son aise mettre la hanche à découvert, observer les parties qui l'entourent, sans produire le plus léger ébranlement.

4° APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA CONNAISSANCE DES POSITIONS AU TRAITEMENT DES MALADIES DU PIED.

Ces applications consistent à ramener et à maintenir le pied dans cette position, où il ne se renverse ni en dedans ni en dehors, repose sur la face postérieure du talon, et fait avec la jambe un angle un peu plus ouvert que l'angle droit.

L'action des mains suffit ordinairement pour ramener le pied à cette position. Si elle est insuffisante, on peut recourir à toutes les machines que l'on a appliquées aux pieds-bots, pourvu toutefois que ces machines n'exercent pas de compressions douloureuses.

Un vice que présentent toutes celles que je connais pour le redressement du pied, c'est que la partie qui doit relever celui-ci est une semelle mobile, dont la charnière est au niveau et en bas du talon. Cette charnière est mal placée; elle doit être au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et dès lors le pied doit être embrassé par une chaussure, et celle-ci articulée au niveau de la partie inférieure du tibia, avec une gouttière qui embrasse toute la jambe, au moyen de crochets latéraux, qui de l'enveloppe de la jambe vont à celle du pied. On peut aisément relever ce dernier.

Enfin, dans quelques cas, la section des tendons peut être nécessaire. J'ai fait une fois celle du jambier antérieur pour faire cesser un renversement en dedans, avec inflammation très vive autour de la malléole externe. Cette inflammation fut merveilleusement calmée par le retour du pied à sa position normale.

Lorsque le pied a été redressé, ou qu'il s'éloigne peu de la situation où l'on veut le ramener, il suffit, pour achever son redressement et pour le maintenir fixe dans la bonne position, de lui appliquer un appareil construit d'après les mêmes principes que ceux que j'ai fait connaître pour les maladies du genou et de la hanche, c'est-à-dire qui se moule exactement sur les parties ramenées à une bonne direction. Cet appareil doit embrasser la jambe et le pied; il est fendu sur toute sa partie antérieure, afin qu'on puisse y faire entrer aisément ces parties.

MOYENS DE MAINTENIR LE PIED IMMOBILE DANS UNE BONNE POSITION.

Pour maintenir le pied immobile dans une bonne position, il suffit d'employer l'appareil que je viens d'indiquer, et qui se moulerait exac-

tement sur les parties qu'il embrasse, si celles-ci étaient bien conformées. Cet appareil, que j'ai fait construire comme ceux qui servent aux maladies du genou et de la hanche, en cuivre, en carton ou en fil de fer matelassé, est préférable aux appareils destinés aux fractures de la partie inférieure de la jambe, et qu'on pourrait transporter au traitement des maladies du pied. Ces derniers n'assurent l'immobilité qu'à l'aide de la compression; ils s'appliquent sur les parties qu'ils entourent, mais ne tendent point à les redresser. J'ajouterai que lorsque la maladie existe dans les articulations des os du métatarse, la compression circulaire qu'exercent les bandages rapproche ces os les uns les autres, dès lors distend les parties qui entourent leurs articulations. Les moyens que je propose ne produisent pas cet effet dangereux.

QUATRIÈME PARTIE.

RÉSULTATS PRATIQUES DE L'APPLICATION DES APPAREILS DÉCRITS PLUS HAUT AU TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES.

Les résultats pratiques que j'ai obtenus, en substituant de bonnes à de mauvaises positions, et maintenant les premières par les appareils que j'ai décrits, ont varié suivant la nature des lésions pour lesquelles ces moyens avaient été employés, et, plus encore, suivant la constitution des malades et les diathèses dont ils étaient affectés.

On peut distinguer les lésions articulaires en deux classes: celles qui coexistent avec une constitution altérée, celles qui sont indépendantes de toute maladie constitutionnelle, qui sont locales et produites par des causes extérieures.

Les maladies articulaires qui dépendent d'une altération constitutionnelle sont les sécrétions de matière tuberculeuse dans les os ou dans d'autres parties des articulations; les abcès chroniques des synoviales, qui coexistent en général avec des suppurations dans d'autres parties du corps, et qui sont aux synoviales ce que les abcès froids sont au tissu cellulaire; enfin, les tumeurs fongueuses sans causes extérieures, sans souffrance, et qui sont aux parties molles des articulations ce qu'est aux os le spina ventosa.

Dans toutes ces maladies, qui ne sont que la manifestation au-dehors d'un trouble profond de la constitution entière, l'application des principes que j'ai posés sur le traitement local est impuissante à guérir; mais, si cette application n'est pas vraiment curative, elle contribue à faire disparaître les douleurs, les inflammations aiguës qui viennent s'enter sur la maladie principale. Leurs efforts, sous ce rapport sont très remarquables: ils diminuent l'intensité des phénomènes morbides qui sont accidentels; ils ralentissent la marche du mal vers une terminaison fâcheuse, mais ils n'empêchent pas celle-ci. Le principe de la guérison dans les maladies constitutionnelles ne peut se trouver dans un traitement local; il exige une modification de l'économie tout entière.

Les maladies articulaires sans vice constitionnel ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser. Indépendamment de celles qui sont produites par des contusions, des mouvemens forcés, plusieurs sont la suite de refroidissemens, qui déterminent une inflammation de la synoviale, sans modifier le reste de la constitution.

C'est dans ces maladies articulaires, produites par des causes qui n'ont pas altéré la santé générale, et qui sont aussi communes peut-être que les pleurésies ou les pneumonies par cause externe, que la connaissance des positions, et l'emploi des appareils conduisent aux résultats les plus remarquables. Ces résultats varient cependant suivant que la suppuration est ou non formée. Lorsque du pus est déjà produit en assez grande quantité pour que l'on puisse constater son existence, la guérison est encore très incertaine. Je pourrais cependant citer quatre observations, appartenant, l'une à des trajets fistuleux venant de l'articulation du genou, et les trois autres à des trajets fistuleux en grand nombre, et venant du genou, où l'amélioration la plus rapide et, plus tard, une guérison complète ont succédé aux remplacemens de positions vicieuses par de bonnes positions et au maintien de ces dernières par les appareils que j'ai décrits.

Le succès le plus frappant de ces moyens s'observe dans les inflammations aiguës et chroniques des articulations, sans suppuration évidente et sans altération constitutionnelle.

Dans les inflammations aiguës, et ici je ne comprends pas seulement ces inflammations des synoviales avec sécrétion de sérosité, comme on en observe si souvent dans les rhumatismes, mais ces inflammations où le gonflement général et la dureté de ce gonflement annoncent l'épanchement de lymphe plastique dans la synoviale et le tissu cellulaire, qui s'accompagnent de vives douleurs, lesquelles s'exaspèrent au plus léger mouvement et pendant des semaines entières ne permettent aucun repos; mais je comprends ces inflammations qui continuent leur marche malgré les antiphlogistiques les plus énergiques et amènent des suppurations et des ramollissemens dont les fistules et les luxations spontanées sont les premières conséquences et dont la terminaison est le plus souvent l'amputation ou la mort.

C'est dans ces maladies que la substitution d'une bonne à une mauvaise position, que les appareils qui assurent l'immobilité dans la bonne position, sans produire cependant aucune compression douloureuse, procurent des effets vraiment merveilleux; il faut avoir été témoin un grand nombre de fois, comme je l'ai été et comme l'ont vu tous ceux qui suivent ma visite depuis deux ans, du soulagement immédiat, de la disparition des douleurs en moins de 24 heures et de la marche graduelle vers la diminution de tous les accidens, dès que les membres ont été convenablement placés dans les appareils, et cela chez des malades dont le genou, le pied ou la hanche avaient été pendant plusieurs semaines de suite et en diverses fois couverts de 100, 150 sangsues, où l'on avait épuisé tous les cataplasmes, toutes les fomentations émollientes et narcotiques, et qui, attachant peu d'importance au redressement du membre et à l'emploi de l'appareil, s'étonnaient de me voir obtenir leur guérison sans rien faire, disaient-ils, tandis que d'autres avaient inutilement tenté une multitude de remèdes énergiques.

L'utilité des moyens que je propose est appuyée aujourd'hui sur un si grand nombre de faits observés dans les inflammations graves et aiguës du pied, du genou, de la hanche, du coude et des poignets, que si des médecins employaient mes appareils dans les cas que je viens de spécifier et qu'ils publiassent ensuite des insuccès, je serais obligé de soutenir que ces insuccès viennent de ce qu'ils n'ont pas étudié suffisamment la matière; qu'en cela, comme en tant d'autres choses il ne suffit pas que l'art soit arrivé à un certain degré de perfection, il faut que celui qui l'exerce ait acquis cette habitude qui permet seule de l'appliquer avec succès.

Dans les inflammations chroniques des articulations, toujours sans abcès et sans vices constitutionnels, l'emploi des appareils ne produit pas des changemens aussi rapides, aussi complets que dans les inflammations aiguës. Mais à la marche croissante que suivaient ces inflammations chroniques dans une fausse position, on voit succéder une marche souvent lente mais graduelle vers l'amélioration et en secondant l'emploi des appareils par les moyens que l'expérience a démontrés utiles dans le traitement de ces maladies et surtout par les cautérisations au fer rouge, on arrive à des guérisons dont les observations se multiplient de plus en plus, soit dans cet hôpital, soit entre les mains des élèves qui y ont fait leur instruction pratique.

Ce résumé où j'ai pris soin de spécifier les résultats des moyens que je propose suivant les conditions diverses où se trouvaient les malades, entraînera, j'espère, autant de conviction que les observations particulières que le défaut d'espace ne me permet pas de citer, et dont chacun comprendra que le nombre doit être considérable pour avoir fourni les matériaux de ce travail.

CONCLUSIONS.

Le lecteur qui a suivi l'enchaînement logique des observations et des idées qui forment la base de ce travail doit être convaincu que l'étude des positions dans les maladies articulaires est aussi importante que négligée; il voit que c'est se faire une idée incomplète et fausse des causes de ces positions, que de les regarder comme produites par le soulagement qu'elles procurent aux malades, incomplète, puisque ce soulagement est illusoire; fausse, puisque les positions dépendent surtout de la pesanteur des membres, de la tendance vers la fixité qui n'exige aucun effort musculaire et de l'action si étrange au premier abord et si réelle cependant de l'accumulation des liquides dans les articulations. Le lecteur est convaincu que les effets de ces positions loin d'être, comme on le croit, une diminution du mal sont des distensions violentes et continues de certaines parties des synoviales et des ligamens, des tendances continuelles aux luxations spontanées. Il voit enfin que les conséquences thérapeutiques de la connaissance des positions ne sont pas le maintien de ces positions; mais que dans les cas si fréquens où elles ont les caractères qui les rendent nuisibles, il faut leur substituer celles où les parties molles ne sont tiraillées d'aucun côté et où les os tendent à conserver leurs rapports entre eux; que ces dernières positions doivent être maintenues par des appareils qui assurent l'immobilité sans la compression, et qui permettent cependant d'exercer celle-ci, de visiter le membre et de le ramener à une rectitude complète. Enfin pour fortifier ces conclusions si logiquement liées aux principes desquels elles découlent, il voit l'observation d'un nombre de malades impossibles à compter aujourd'hui qui prouve expérimentalement que l'on obtient tout ce qu'une prévision raisonnée permet d'espérer des moyens locaux tels que les positions et les appareils.

Si je n'eusse craint de donner à ce travail déjà si long une étendue démesurée, j'aurais passé en revue les maladies des diverses articulations de la colonne vertébrale et des membres inférieurs et j'aurais établi pour chacune d'elle des démonstrations parfaitement analogues à celles que j'ai développées pour les articulations principales du membre inférieur, mais je dois prévenir par avance que si au membre supérieur, les effets des injections dans les cavités articulaires sont aussi remarquables qu'au membre inférieur, les positions sont loin d'entraîner des conséquences aussi graves et les appareils quoique utiles n'y ont plus le même degré d'importance. Je ne saurais trop engager cependant les médecins qui jugeront mon travail sur les positions dans les maladies articulaires du membre inférieur digne d'influer sur leur pratique dans le traitement de ces maladies, de transporter aux membres supérieurs des recherches analogues à celles que j'ai faites sur le membre inférieur, et je suis convaincu que s'ils veulent suivre avec confiance les moyens que je leur indique, ils ne douteront pas que le traitement des maladies articulaires, en tant qu'il se soustrait à celui des diathèses, peut procurer enfin les résultats les plus satisfaisans.

J'oserai insister en terminant sur cette idée, que pour juger les principes de traitement que j'expose, il faut les appliquer avec toutes les précautions indiquées dans ce mémoire. Je récuse par avance le contrôle qui sera exercé par ceux qui, après avoir placé les membres dans les positions convenables, voudront les y maintenir par des appareils anciens de fractures ou par des bandages amidonnés. Ceux-là ne réussiront pas dans les inflammations aiguës qui sont cependant le triomphe de la méthode, parce qu'ils comprimeront la partie malade pour la maintenir fixée et qu'ils ne placeront pas le membre dans des appareils où son redressement une fois commencé s'achève d'une manière insensible et graduelle. Il faut que ceux qui adoptent mes principes en adoptent le mode d'application, du moins jusqu'à l'époque où éclairés par leurs propres travaux, ils feront mieux que je ne puis leur apprendre à faire aujourd'hui; jusque là, ils devront suivre les méthodes qui sont le fruit de longues recherches sur la question et auxquelles je ne suis arrivé qu'après d'interminables tâtonnemens.

Je sais bien qu'on me reprochera encore une fois de surcharger les arsenaux d'appareils qu'on se plaît à dire compliqués, quoique l'idée première en soit toujours si nette et si simple, de ne proposer que des moyens qu'on ne peut se procurer partout, qui exigent des artistes spéciaux et nécessitent quelques dépenses. Ce sont là, j'ose le dire, des objections puériles, indignes d'une saine critique, et qu'il serait temps enfin de voir disparaître de l'examen habituellement consacré à toutes les inventions nouvelles. Lorsque je viens vous montrer que dans le traitement des maladies articulaires, il faut placer les malades dans de certaines positions, ramener et maintenir les membres dans ces positions par des appareils déterminés, la question n'est pas de savoir si ces appareils peuvent ou non être construits extemporanément et dans un lieu quelconque; la question est de savoir si les idées que j'avance sur les positions sont justes, si les appareils que je propose sont utiles. La discussion engagée sur ce terrain, le seul où je puisse vous suivre si vous admettez que ces appareils sont supérieurs à ceux que vous connaissez comme moyens de remplir certaines indications, toutes vos objections basées sur la difficulté de se les procurer tombent immédiatement. Dans l'art de guérir, plus que partout ailleurs, il faut chercher ce qui est bon, ce qui est utile, et non ce qui est simple et facile à avoir. Qui oserait, du reste, reculer devant une dépense de 20 à 60 ou 80 fr. pour guérir une maladie articulaire pour laquelle les malades les moins aisés n'hésitent pas à faire des dépenses bien autrement considérables, afin de se procurer les ressources bien plus incertaines que fournissent les eaux minérales? Comment craindre une dépense que couvrira toujours un seul mois de travail d'un ouvrier, si votre étrange économie l'expose à languir plusieurs mois sans travail, ou même à ne guérir jamais?

S'il existait du reste quelques exceptions que je ne saurais admettre, où il faudrait sacrifier la santé d'un malade à la crainte d'une faible dépense, ces exceptions seraient rares, car elles ne se trouveraient ni dans les classes aisées, ni dans les hôpitaux consacrés aux classes pauvres.

Jamais, à Lyon, dans un hôpital dirigé par une administration éclairée, je n'ai éprouvé le moindre obstacle aux dépenses que je proposais; et serait-ce donc une dépense pour un grand hôpital, de 8 à 900 fr. par an, qui pourrait arrêter, lorsqu'il s'agit de guérir des lésions aussi graves que les tumeurs blanches articulaires? On a vu l'administration des hôpitaux de Paris accorder aux amputés des jambes artificielles de M. Martin, dont le prix s'élève à 300 fr., lesquels suffiraient à acheter douze appareils pour les maladies du genou, près de six appareils pour les maladies de la hanche, dont chacun peut servir un grand nombre de fois et à des malades différens, et l'on voudrait qu'elle refusât à la guérison de plus de vingt malades ce qu'elle accorde à la commodité d'un seul? Non. De pareilles objections, toutes en dehors de la question chirurgicale, ne sauraient être sérieuses. Si, comme l'expérience l'a prouvé ici, comme elle le prouvera ailleurs, les moyens que je propose sont bons, il ne reste qu'à les mettre en usage; et les rejeter, parce qu'ils nécessitent une commande spéciale, n'est pas plus raisonnable que de proscrire la lithotritie ou la taille, parce que, pour pratiquer ces opérations, il faut acheter des instrumens particuliers.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS D'ACÉPHALOCYSTES DU CERVEAU; recueillies à l'hôpital de Beaujon (service de M. Martin-Solon), par F. MICHÉA, D. M. P.

Les exemples d'acéphalocystes du cerveau sont non seulement très rares dans la science; mais ceux dont les auteurs ont fait mention laissent tellement à désirer sous le point de vue de l'histoire naturelle et de l'anatomie pathologique, qu'il est permis de supposer qu'on a dû plus d'une fois confondre ce genre de vers vésiculaires avec les polycéphales, les cysticerques, ou tout autre kyste séreux de cet organe. C'est par cela même que les observations suivantes ne sembleront pas entièrement dépourvues d'intérêt.

OBS. I. — Jacques Landolt, âgé de 53 ans, tourneur en cuivre, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, n'a jamais fait d'excès d'aucun genre. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'à la fin du mois de décembre dernier il fut atteint d'une perte complète de connaissance avec hémiplégie à droite qui disparut aussitôt après une copieuse saignée du bras pratiquée au moment même de l'accident.

Le 8 mai 1840, le malade est repris d'une nouvelle perte de connaissance avec hémiplégie à gauche. Il est saigné le même jour, mais les symptômes ne disparaissent pas comme la première fois.

Entré le 23 à l'hôpital Beaujon, on le trouve dans l'état suivant: intelligence intacte, sensibilité et myotilité anéanties dans les extrémités supérieures et inférieures gauches. Pouls à 76, d'une force moyenne, pas de céphalalgie, nul autre phénomène morbide. L'apparence pléthorique du malade détermine à lui pratiquer une nouvelle saignée d'une livre, diète, limonade 3 pots.

24. Saignée d'hier, couenneuse, offrant un caillot plastique et rétracté sur ses bords; la sérosité est estimée à 8 onces. Retour assez notable du sentiment et du mouvement dans les extrémités paralysées. Intelligence toujours saine, pouls 76, petit. Soif modérée, inappétence, langue normale; pédiluves sinapisés, tisane commune 2 pots, diète.

25. Hier au soir délire et agitation qui nécessitent l'emploi de la camisole de force, et se prolongent pendant toute la nuit. Ce matin le malade répond bien aux questions qu'on lui adresse, et témoigne de la douleur quand on pince la jambe ou le bras affectés. Le retour de la myotilité est moins notable à proportion que celui du sentiment. Visage couvert de sueur, langue sèche, peau d'une chaleur médiocre, pouls dur et large à 88. Saignée du pied; tartre stibié 10 centigrammes dans une pinte d'eau de chiendent, sulfate de soude 15 grammes dans un lavement.

26. Une portion de purgatif donné la veille est rejetée, le reste ne produit pas d'effet. La saignée du pied a été faible. Retour du délire et de l'agitation. Actuellement Landolt n'a plus la camisole, ses réponses sont justes; il dit avoir eu la veille des hallucinations, consistant dans la représentation de fantômes et de monstres. La myotilité est beaucoup plus prononcée que le jour précédent. Pouls à 84, fort et large; langue nette; saignée du bras de 12 onces. Bain de pieds sinapisé, compresses d'eau froide sur la tête, limonade 3 pots, diète.

27. Pas de délire ni d'agitation; pouls 84, assez dur; sommeil tranquille, appétit, cessation presque complète de l'hémiplégie. Limonade 3 pots; 3 soupes.

28. Hallucinations de la vue, désordre dans les idées, agitation; nouvelle saigné de 500 grammes. Le reste est supprimé.

29. Délire toute la nuit. Ce matin les réponses sont justes, mais lentes, embarrassées et pénibles, langue nette; le malade assure ne souffrir nulle part. Pouls 88, large; le sang provenant de la saignée d'hier présente moitié de sérosité, le caillot est couenneux, résistant et retracté sur ses bords; nouvelle saignée de 500 grammes: glace sur la tête, limonade, diète.

30. Caillot de la saignée d'hier, couenneux mais friable, moitié de sérosité; délire moins prononcé; 80 pulsations; glace sur la tête, limonade 3 pots, diète.

31. Continuation du délire, pouls 80, peau chaude; 8 sangsues derrière chaque oreille, eau de Sedlitz 45 grammes, limonade 3 pots; sinapismes aux jambes.

1 juin. Hier le malade a eu pendant la journée des accès épileptiformes se renouvelant de cinq minutes en cinq minutes. Ce matin, visage déprimé, pupilles rétrécies, ne se dilatant pas dans l'obscurité; résolution des membres, pouls à 100; assoupissement continuel, ronflement stertoreux; un vésicatoire sur la tête, un second aux cuisses, potion avec la liqueur d'Hoffman. Mort le soir.

Ouverture du cadavre 40 heures après la mort.

ORGANES ENCÉPHALIQUES. — La dure-mère présente à sa surface un réseau vasculaire très développé; épanchement séreux peu considérable dans la cavité

arachnoidienne; la pie-mère est manifestement injectée sur toute la surface du cerveau. En détachant cette membraue de l'hémisphère gauche on tronve denx vésicules opalines sans adhéreuce, du volume d'un gros pois; chacune d'elles renfermait nn liquide diaphane dont le centre était occupé par un petit corps globulaire, opaque, blanc laiteux, qui ne laissait voir au microscope ni tête ni suçoir, ni prolongement caudal. Près du sillon longitudinal il en existe plusieurs antres d'nn volumes semblable. Quelques nnes sont isolées, mais la majorité se compose d'agglomérations en forme de grappe; trois se sont creusé des cavités dans la substance même du cerveau; ces cavités sont lisses, régulières et semblent dépendre d'un écartement plutôt que d'nne solution de continuité des fibres nerveuses.

En détachant la pie-mère du côté opposé on en soulève environ une douzaine faisant corps avec elle. Au-dessus de la membrane on en aperçoit une multitude d'autres beaucoup plus petites, tant à la superficie des circonvolutions, que dans le fond des anfractuosités. Le cerveau coupé par tranches présente une injection manifeste de toute la substance, sans ramollissement notable; plus on l'incise, plus on met d'acéphalocystes à découvert.

L'hémisphère gauche en renferme une plus grande proportion que le droit, et les lobes antérieurs une quantité plus considérable que les moyens et les postérieurs; il n'en existe qu'une dans chaque ventricule latéral, ainsi que dans la couche optique et le corps strié du côté gauche, il en est de même dans le corps strié du côté droit et la protubérance annulaire; la couche optique gauche n'en contient pas, ainsi que le cervelet.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Cette première observation est curieuse en ce que l'immense quantité, on pourrait dire les myriades de vésicules qui comprimaient de toute part la pulpe cérébrale n'ont pas été révélées plutôt par un plus grand nombre de symptômes. Non seulement à l'entrée du malade à l'hôpital, rien ne pouvait faire soupçonner dans le cerveau une lésion organique de cette nature; mais son âge, son tempérament, sa constitution et notamment la circonstance d'une hémiplégie antécédente tendaient au contraire à éloigner l'idée d'une tumeur, ou d'une production morbide quelconque. Un épanchement sanguin dans l'hémisphère droit paraissait donc la seule cause des phénomènes de latéralité; toutefois la promptitude avec laquelle ces accidens disparurent à la suite des émissions sanguines, sans laisser aucune trace de leur existence, vint ébranler notre premier diagnostic pour nous faire croire avec raison à la possibilité d'une simple hypérémie générale plus forte à droite qu'à gauche. C'est dans cet intervalle, quand tout indiquait que le malade allait entrer en pleine convalescence, que du délire se déclara tout à coup. Ce délire fut-il le résultat nécessaire du développement de la lésion organique? Les phénomènes morbides devenaient-ils plus graves, et plus compliqués à mesure que les acéphalocystes augmentaient en nombre et en volume? Toujours est-il que les accidens relatifs à la perte de la sensibilité et de la myotilité qui s'étaient manifestés en premier lieu cessèrent, pour s'accompagner plus tard de troubles du côté de l'intelligence, et de désordres dans les mouvemens, symptômes qui traduisaient évidemment le passage de l'hypérémie à l'inflammation du cerveau.

Quelle fut l'origine de ces hydatides, ou du moins quelles furent les conditions susceptibles d'en favoriser le développement? Ce malade avait-il reçu un coup ou fait une chûte sur la tête? avait-il été soumis à certaines influences de localité, ou d'alimentation? C'est ce que l'observation n'a pas permis d'éclaircir, c'est un point d'étiologie qui restera encore longtemps obscur.

Obs. II. — Cormon, instituteur, âgé de 23 ans, d'une constitution moyenne et d'un tempérament nerveux, paraît avoir eu dans son enfance quelques légères attaques d'épilepsie qui disparurent spontanément. Dans le courant du mois de février 1839, il fut atteint d'un érysipèle du cuir chevelu avec otite, et douleur céphalalgique très violente qui cédèrent à l'emploi d'un vésicatoire appliqué sur le cou. Quelque temps après s'étant exposé à un froid très intense, il fut repris de sa douleur céphalalgique accompagnée cette fois fois de trismus. On appliqua un vésicatoire sur le cou: les souffrances cédèrent; mais il survint de la somnolence et après la cicatrisation de la plaie faite par le vésicatoire, le malade éprouva une double sensation de chaleur et de compression cérébrale qui fut suivie d'un accès épileptiforme. On le traita successivement par des sétons à la nuque, des purgatifs, de l'acétate de morphine qui diminuèrent ses douleurs frontales, mais qui n'empêchèrent pas la somnolence de se prolonger. Bientôt survint de l'hébétude, puis la perte de la mémoire, et une diminution notable de la vue. On donne de nouveaux purgatifs, on applique des sangsues derrière les oreilles, des vésicatoires et des sétons à la nuque, sans amélioration marquée. La vision s'affaiblissant de plus en plus, on le conduisit chez un médecin qui lui appliqua à trois reprises le cautère actuel sur les régions pariétales, de façon à intéresser la table externe des os du crâne.

Entré le 27 mai 1840, à l'hôpital Beaujon, on le trouve dans l'état suivant: somnolence continuelle; réponses lentes, incomplètes ou incohérentes; vision presque entièrement abolie; sensibilité générale intacte et égale de chaque côté. Les mouvemens s'exécutent avec une légère difficulté; le malade garde le lit. Céphalalgie peu intense; langue rouge; selles et émission de l'urine involontaires; apyrexie. Limonade; le quart.

28. Même état que la veille. Même prescription.

29. On lui applique un séton à la nuque.

7 juin. Même état que les jours précédens. On lui administre un purgatif composé de calomel et de gomme-gutte; de chacun 15 centigrammes en deux pilules.

8. On supprime le séton, qui avait été mal appliqué. Prescription: 8 pilules de calomel et de gomme-gutte.

10. Application sur la région sincipitale du caustique de Vienne, dans une étendue de 40 millimètres de diamètre.

11. L'escarre est bien formée; les pupilles sont mobiles. Le malade distingue la main qu'on lui présente. Constipation; urines toujours involontaires.

12. Un érysipèle couvre le cuir chevelu qui environne l'escarre. Réponses toujours lentes; vision toujours très faible.

13. Le gonflement érysipélateux est plus considérable qu'hier. Il s'étend aux paupières droites. Le malade répond avec plus de netteté et plus de vitesse. Il distingue mieux les objets qu'on lui présente. Emission de l'urine toujours involontaire. Continuation des 8 pilules purgatives.

14. L'érisipèle s'étend à la face, ainsi qu'à la partie postérieure du crâne; la vision est plus distincte qu'hier; l'émission paraît aussi se soumettre à l'influence de la volonté; réponses toujours nettes. 8 pilules; onctions d'axonge.

15. L'escarre produite par le caustique de Vienne commence à se détacher; l'érysipèle se limite; le malade se maintient assez bien dans la station, il se lève et va manger à table avec les autres malades.

16. Il est allé dans son lit, croyant être sur le bassin; la vision et l'intelligence continuent à se rétablir; il marche seul. 4 pilules de calomel et de gomme-gutte; demi-quart.

17. Salivation; bouche fétide; l'escarre est tombée et laisse une dénudation de l'os de la largeur d'une pièce de 30 sous. Abattement; bâillement; cessation de l'érysipèle; la vue est beaucoup plus faible qu'avant sa résolution. Arnica et limonade tartarique.

18 Facultés intellectuelles plus obtuses; réponses lentes; vision affaiblie; pesanteur de tête; somnolence; colère quand on cherche à l'éveiller.

19. Tous les sens s'émoussent d'une manière notable. On place un vésicatoire sur la région fronto-pariétale gauche. Eau de Sedlitz.

Du 20 au 28, pas de changement appréciable.

29. Le malade est pris d'un frisson qui dure la moitié de la journée; le soir, un autre érysipèle se déclare sur la peau du front et le cuir chevelu des deux côtés; la vision est dans le même état que les jours précédens; les pupilles sont larges; la peau est brûlante; tendance vers l'assoupissement toujours assez marquée, mais l'humeur irritable du malade a disparu; 120 pulsations. Deux bains de pied sinapisés; onctions d'axonge; diète.

31. L'érysipèle s'étend sur le cou et sur le haut des épaules; cuir chevelu fortement tuméfié; 120 pulsations; le malade a repris son humeur emportée. Bains de pied; onctions d'axonge.

1er août. L'érysipèle est toujours accompagné du gonflement des aponévroses crâniennes et d'une rougeur très intense au nez et au front. Il a gagné les deux clavicules et les régions parotidienne qui sont considérablement tuméfiées. L'intelligence est plus ouverte, et la vision se rétablit par instans; pupilles plus étroites que les jours précédens; 96 pulsations; chaleur de la peau modérée; soif vive; constipation. Limonade, 3 pots; bain de pied; lavement purgatif; bouillon.

2. Cuir chevelu moins tuméfié; loquacité pendant la nuit; réponses justes; vision presque normale; pupilles faiblement dilatées; gonflement érysipélateux de la face considérable; 92 pulsations; langue humide; une seule selle; axonge; lavement purgatif.

3. Intelligence normale, quoique un peu lente; l'érysipèle parcourt le tronc; il est accompagné de vésicules remplies de matière purulente; il commence à quitter le cuir chevelu; gonflement du nez, des paupières et des parotides toujours considérable; pouls 104. Limonade, 3 pots; bain de pied sinapisé; lavement; bouillon.

4. L'érysipèle s'est emparé du haut des bras; il s'éteint sur la face; urine répandant une odeur de souris; le malade voit distinctement, moins de chaleur à la peau; 96 pulsations.

5. Il est plus assoupi que la veille; ses réponses sont lentes et difficiles; 124 pulsations; l'épiderme se détache sur le tronc; la somnolence redouble le soir; il ne répond plus. Cataplasmes sinapisés aux mollets; 2 gouttes d'huile de croton tiglium; 12 grains de calomel; glace sur la tête; au besoin des sangsues derrière les oreilles.

Mort dans la nuit.

Autopsie 40 heures après la mort.

Habitude extérieure. La face et le cou sont très tuméfiés. L'incision du tissu cellulaire sous-jacent à ces parties donne issue dans quelques points à un liquide séro-purulent.

Crane. La plaie qui a succédé à la chute de l'escarre est comblée en partie par un tissu d'un rouge brunâtre, fortement adhérent à la table externe de l'os. Lorsqu'on détache ce tissu de nouvelle formation, on trouve cette table externe inégale, irrégulière, déprimée, mais le tissu spongieux est intact.

Le crâne est d'une épaisseur moyenne; l'incision de la dure-mère donne issue à une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Très petite proportion de sérosité entre les feuillets de l'aracnoïde qui, sur la péripherie du cerveau, ne présente ni fausse membrane, ni teinte opaline. Pie-mère non adhérente, très injectée et laissant apercevoir quelques vaisseaux d'un volume considérable. Incisé par tranches, le cerveau ne paraît nullement ramolli. La substance blanche offre un piqueté très manifeste. Les ventricules latéraux sont agrandis, et renferment à peine quelques cuillerées de sérosité. A gauche, dans la scissure qui sépare le lobe moyen du postérieur, on trouve une acéphalocyste de la grosseur d'une noix, diaphane, diffluente, et se déchirant avec la plus grande facilité. Le petit corps blanc qu'elle renferme à son centre est à peine visible à l'œil nu. Au fond de la scissure et comme servant de lit en quelque sorte à cette vésicule, on aperçoit une portion de la séreuse très consistante, hypertrophiée et d'une couleur jaune opaque.

Une autre acéphalocyste du diamètre d'une grosse aveline est enchâssée dans l'épaisseur du nerf optique du même côté, un peu en arrière de la ligne de jonction des deux nerfs. Le point sur lequel la vésicule repose est aplati et légèrement ramolli; on en trouve une autre dans le lobe postérieur de l'hémisphère droit; puis une autre encore sur le nerf optique de ce côté à peu près semblable par son volume et par sa position à celle du nerf optique homologue. La cavité qu'elle s'est creusée est moins manifeste, mais l'aplatissement de la substance nerveuse est plus considérable. Il en existe encore quelques autres plus petites dans le ventricul latéral droit, et le plexus choroïdien. La protubérance annulaire, les pédoncules du cerveau et le cervelet n'en offrent aucun vestige.

Organes thoraciques. Poumons engoués à leur partie postérieure, mais parfaitement crépitans dans toute leur étendue. Rien de particulier vers le cœur et les gros vaisseaux.

Organes gastro-hépatiques. Muqueuse gastro-intestinale blanche et nullement altérée; foie d'un volume normal, sans coloration ni consistance pathologiques.

Ici les phénomènes morbides suivent une marche tout opposée. Il n'y a point d'hémiplégie, la sensibilité générale n'est pas affectée, c'est à peine si les mouvemens paraissent difficiles dans les extrémités; mais il survient en premier lieu de la céphalalgie, de la somnolence, de l'hébétude, du trouble dans la vision et dans l'intelligence. La céphalalgie seule disparaît sous l'influence des purgatifs, et des exutoires; les autres symptômes ne font que s'aggraver malgré le nombre et l'énergie des moyens employés pour les combattre. L'anatomie pathologique rend dans ce cas parfaitement compte de la cécité qui s'était manifestée presque dès le début de la maladie. Un phénomène digne de remarque, c'est l'amélioration subite qui survint immédiatement après l'apparition de l'érysipèle du cuir chevelu, amélioration qui se prolonge durant tout le cours de la durée de cet exanthème. Quelques jours avant la mort du malade, par conséquent au plus haut degré de la compression et du travail désorganisateur, il est non moins surprenant que la réapparition de l'érysipèle ait pu produire de nouveau la cessation de la somnolence, de l'affaissement intellectuel, et surtout une si grande amélioration dans les symptômes propres à la vision; mais dès qu'il eut abandonné son siége primitif pour s'étendre vers le tronc, tous les accidens reparurent avec plus d'intensité; il survint, en outre, un état général de résolution, précurseur d'une mort prochaine. Quant au symptôme de l'émission involontaire des urines, la moelle épinière n'ayant pas été examinée, nous ne savons s'il faut le rapporter à une affection concomitante de la portion rachidienne lombaire. Il ne serait pas impossible que des acéphalocystes se fussent développées là simultanément ou consécutivement à celles du cerveau. Toutefois, dans ce cas, la compression exercée sur la moelle devait être bien légère, puisque la sensibilité et les mouvemens des extrémités inférieures ne furent jamais suspendus.

Quoi qu'il en soit, dans ces deux cas, de la gravité, de la complexité des symptômes, il ne serait pas exact de les regarder comme suffisans pour expliquer la mort. Selon toute probabilité, celle-ci eut lieu moins sous l'influence de la géne et du refoulement direct de la substance cérébrale qu'en raison de l'appel de sang plus considérable effectué vers cet organe par la présence des acéphalocystes, en un mot, que consécutivement à l'hypérémie et à l'inflammation des centres nerveux.

Chez l'individu qui fait le sujet de notre première observation, même obscurité sur l'origine de ces vers vésiculaires et même incertitude sur les conditions de leur développement. Tout ce qu'il a été possible de constater à cet égard se réduit à l'existence d'une épilepsie antérieure qu'on pourrait prendre à la rigueur pour le point de départ de l'altération elle-même, mais qu'il est plus rationnel de considérer comme un de ses effets, comme un de ses symptômes précurseurs. J'ai fait remarquer la coïncidence du développement de chaque érysipèle, avec une diminution très notable dans l'intensité des phénomènes morbides. Cette amélioration spontanée, cette révulsion naturelle et inattendue ne pouvaient pas manquer de susciter à l'esprit l'idée de moyens de dérivation nombreux, énergiques et permanens. Ceux-ci furent à peu près tous essayés successivement. A peine purent-ils, pour quelque temps, arrêter le progrès des désordres matériels. Leur action, au contraire, semblait-elle épuisée ou seulement affaiblie, aussitôt les accidens se renouvelaient avec plus d'énergie et se manifestaient avec un aspect tel qu'il était facile de prévoir la marche rapide de l'altération, son accroissement et ses funestes conséquences.

Hernie inguinale étranglée, réduite par la suspension du malade par les jarrets; observation communiquée par M. Isidore Poullain, chirurgien-major.

Obs. — Je fus appelé dernièrement dans un petit bourg de la Basse-Normandie, pour y voir un fermier, âgé de 40 ans, qui, depuis trois heures seulement, était pris de hoquets, de vomissemens et de coliques extrêmement violentes. Mon premier soin fut de demander au malade s'il n'avait pas de hernie; il me répondit non; mais au mot de *descente*, que je substituai à celui de hernie, il me dit que oui. Il la portait depuis dix-huit mois, et avait négligé jusque-là de la maintenir par aucun bandage; aussi s'était-elle étranglée quelques heures avant mon arrivée, à la suite d'un effort que le malade fit pour sauter un fossé, ce que je reconnus facilement à la tension du bas-ventre et à la présence d'une tumeur dure et rénitente, de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui occupait la région inguinale gauche. Les autres symptômes ci-dessus indiqués ne me laissèrent aucun doute à cet égard, et je m'empressai d'en tenter la réduction à l'aide du taxis. Le malade fut placé dans son lit le plus favorablement possible, et d'après les préceptes recommandés en pareil cas. Mais toutes mes premières tentatives de réduction devinrent inutiles, et il me fut impossible de faire rentrer la tumeur. Comme le sujet était fort et vigoureux, je lui fis une saignée de 560 grammes environ; après quoi j'essayai, sans plus de succès, de nouvelles tentatives de réduction. Je crus devoir en rester là pour le moment, attendu qu'il s'agissait d'un entérocèle par étranglement inflammatoire, et qu'en pareil cas le taxis prolongé a parfois de graves conséquences. Je ne me décidai pourtant pas non plus à opérer, car rien ne pressait encore, et je dis aux parens que je reviendrais dans l'après-midi (il était huit heures du matin), et qu'on eût à mettre le malade dans un grand bain en m'attendant. Il y était depuis plus de deux heures quand je revins (quatre heures du soir), mais toujours dans le même état et en proie à tous les accidens de l'étranglement. Je fis de nouveaux efforts pour le faire cesser, à l'aide du taxis et des moyens ordinaires. Impossible d'y parvenir, et j'allais tout disposer pour l'opération, quand il me vint à l'idée de recourir à une vieille méthode de réduction, pour ainsi dire oubliée de nos jours: la suspension du malade par les jarrets. Un domestique vigoureux saisit à mon commandement le malade par les jambes, le chargea de cette manière sur ses épaules, les jarrets appuyés sur cette dernière partie, et la tête en bas sur le bord du lit. A peine fut-il dans cette position renversée que la hernie rentra d'elle-même et sans que j'eusse besoin de recourir de nouveau au taxis. Tous les accidens cessèrent au même instant.

Quoique une pareille ressource, comme le dit M. Velpeau, avec sa perspicacité et son impartialité ordinaires, quand il s'agit de juger telle ou telle méthode, « ne soit certainement pas d'une grande valeur, elle ne me paraît pas mériter l'oubli dans lequel elle est tombée, ni le ridicule dont on a voulu la couvrir de nos jours. » Cette judicieuse remarque, que nous empruntons à l'excellent Traité de médecine opératoire du professeur de la Charité (article *Hernies*), pourra donner quelque prix à l'ancien mode de réduction que nous avons employé, et pour cela même quelque intérêt à l'observation qu'on vient de lire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE.

Mémoire sur la voix; par M. Manuel Garcia.

Sous le titre de Description des produits du phonateur humain, M. Manuel Garcia lit un long travail dont nous donnerons une analyse rapide. L'auteur reconnaît à la voix humaine trois *registres*: 1° de *poitrine*; 2° de *tête* et de *fausset*; 3° *d'aryténo-épiglottique*; et deux *timbres*: le *clair* et le *sombre*.

Sous le nom de *registre*, il entend une série de tons consécutifs et homogènes, allant du grave à l'aigu, produits par un même mécanisme, et dont la nature diffère essentiellement d'une autre série de sons consécutifs, homogènes, produits par un autre mécanisme. Quels que soient la force ou le timbre des sons appartenant à l'un de ces registres, il porte toujours avec lui des caractères fixes.

Abordant ensuite l'étude des voix de chaque registre, il la suit chez l'enfant et l'adulte des deux sexes.

Le *timbre* est pour lui un caractère propre et variable à l'infini, qui peut prendre les sons de chaque registre, abstraction faite de leur intensité. C'est le pharynx qui est l'organe du timbre, comme le larynx est celui de la voix. Deux sortes de conditions président au timbre: 1° des conditions fixes de l'organe créateur propres à chaque individu, telles que la forme, le volume, la consistance, de l'état de santé ou de maladie de l'organe; 2° des conditions variables presque à volonté, telles que la direction du son dans le tuyau, son écoulement par le nez, la bouche, la capacité momentanée du tuyau, la tension de ses parois, l'action des constricteurs, du voile du palais, le degré d'écartement des mâchoires et des lèvres. Toutes les variétés du timbre se rangent sous deux chefs principaux: le timbre clair et sombre. Il est impossible de produire un son sans lui donner le cachet d'une de ces deux qualités. Dans chacun des registres, suivant que le son prend un timbre clair ou sombre, la voix est sujette à des différences que les musiciens ont parfaitement qualifiées. Dans le registre de poitrine, le timbre clair donne à la voix du brillant, de l'éclat, et lui a mérité le nom de *voix blanche*. Pour en citer des exemples, tels sont le *re* de Lablache, dans le finale du *Mariage*; les notes *re mi fa sol la* de Levasseur, dans *Robert*: *Eh quoi! tu troubles déjà*...; le *fa* de Rubini, dans *Mio tesoro*. La voix criarde et glapissante, dont le type est connu sous le nom de voix *d'enfant de chœur*, est l'exagération du timbre clair. Dans le même registre, la voix avec le timbre sombre

prend de la rondeur, de l'ampleur, devient mordante; si le timbre est exagéré, le son se voile. L'action du timbre est toujours beaucoup plus saillante dans les sons graves que dans les sons aigus.

Toute vibration de la voix humaine prend naissance dans le larynx proprement dit. Le son une fois formé travaille le tuyau sonore qui fait suite à cet organe, et qui se compose du pharynx, des cavités buccales et nasales. Le larynx lui-même, au lieu d'une seule glotte qu'on lui reconnaît aujourd'hui, en porte trois, placées les unes au-dessus des autres, et isolées entre elles par des cavités intermédiaires. La voix de poitrine se forme dans la glotte proprement dite; la voix de tête et de fausset au-dessus de la glotte; la voix arythéno-épiglottique au niveau des replis de ce nom.

Il y a des variations de longueur de l'organe vocal qui correspondent constamment au sombre ou clair. Le dernier exige l'élévation du larynx et l'abaissement du voile du palais, tandis que pour le premier les deux organes s'éloignent. Quand ils sont rapprochés, le son trouve deux issues faciles en haut et en bas; il parcourt un canal droit, et alors il est rond. éclatant, puissant, tandis que lorsqu'ils sont éloignés, le tuyau se coude, le son ne trouve qu'une seule issue, dont l'ouverture est même diminuée et en sort comme étouffée.

(MM. Magendie, Savart, Dutrochet, Savary, sont nommés commissaires.)

M. Lallemand lit la seconde partie de son travail sur les zoospermes. (Nous en rendrons compte dans le prochain numéro.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 NOVEMBRE.

FONCTIONS DES RACINES DES NERFS.

M. Longet avait adressé l'année dernière, à l'Académie, une réclamation de priorité, relativement à une expérience concernant les propriétés des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens. La conséquence qu'il déduisait de l'expérience en question était celle-ci: que la racine antérieure ou motrice de chacun de ces nerfs était douée, à un certain degré, de la faculté de sentir, et qu'elle devait cette faculté non à ses relations avec le faisceau antéro-latéral de la moelle, mais à celles qu'elle a, au niveau du ganglion spinal, avec la racine postérieure correspondante. Pour que ce résultat fût une conséquence nécessaire de l'expérience, il fallait être bien certain d'avoir garanti complétement les racines postérieures de toute excitation directe; or c'est sur ce point que M. Longet a été conduit à concevoir des doutes, et dès-lors il a cru devoir faire de nouveaux essais sur les deux ordres de racines en prenant toutes les précautions pour que ces racines fussent complétement isolées.

« 17 chiens, dit M. Longet, furent mis en expérience; sur chacun d'eux j'expérimentai sur les racines de 10 nerfs rachidiens, ce qui équivaut à 170 répétitions de la même expérience, et constamment les racines antérieures et les faisceaux correspondans de la moelle ont été insensibles aux irritations mécaniques de toutes sortes, tandis que les racines postérieures et les faisceaux médullaires postérieurs s'y sont toujours montrés extrêmement sensibles.

» En appliquant alternativement les deux pôles d'une pile de vingt couples aux deux sortes de racines, mises dans les mêmes conditions, je suscitai les convulsions les plus violentes en agissant sur les racines antérieures; tandis que jamais il ne se manifesta même la moindre trace de convulsions en expérimentant sur les racines postérieures. Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter que, dans toutes mes expériences, je pris la précaution d'isoler les deux ordres de racines, à l'aide d'une lame de verre.

» Qu'on emploie donc les irritations mécaniques ou galvaniques, les phénomènes ont ici une telle constance, ils sont si évidens et si tranchés, qu'il n'est plus permis de douter que les racines antérieures ne soient *exclusivement* motrices, et les postérieures *exclusivement* sensoriales.

» Je prie l'Académie de vouloir bien me désigner une commission devant laquelle je répéterai ces expériences. »

(Commissaires: MM. Magendie, de Blainville, Flourens et Breschet.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Après la lecture du procès-verbal et communication de la correspondance, M. Pravaz, membre correspondant, donne lecture d'une note sur les bains d'air comprimé, dans le traitement des difformités de la cage thoracique, consécutives aux épanchemens pleurétiques, aux gênes de la respiration, siégeant sur l'un des points du canal aérien, et surtout au gonflement des amygdales, aux coryzas chroniques. En général, ces difformités se compliquent ou sont même entièrement constituées par la dépression sternale, portée à des degrés divers. M. Pravaz cite deux observations dans lesquelles ce moyen a réussi. Dans l'une d'elles, des hémorragies répétées, liées à la gêne de la respiration, suite de la difformité, furent suspendues par l'usage du bain d'air comprimé. Ce moyen n'agit pas seulement mécaniquement, mais il active aussi la nutrition.

ORDRE DU JOUR.

Scrutin pour la nomination d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

Les candidats proposés par l'Académie sont, par ordre alphabétique:

MM. Huguier,	MM. Malgaigne,
Jobert,	Robert,
Laugier,	Sédillot.

Le nombre des votans est de 125; la majorité absolue de 83 voix. Les votes ont été ainsi répartis:

MM. Jobert.	83 voix.
Laugier.	18
Malgaigne.	12
Sédillot.	8
Robert.	1
Leroy-d'Etiolles.	1
Vidal (de Cassis).	1
Un billet blanc.	

M. Jobert est nommé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR L'ONTOLOGIE MÉDICALE.

M. Rochoux: Faire de l'ontologie, c'est donner comme des réalités des choses qui ne sont point réelles. A ce titre, tous les médecins ont fait de l'ontologie. Tous ceux qui ont fait des systèmes ont cherché à appuyer ces systèmes sur des idées physiologiques, et comme la physiologie fourmille d'hypothèses, leurs raisonnemens ne pouvaient prendre appui que sur des fondemens imaginaires. Qui connaît à fond le dernier mot de la circulation, de l'inervation, et de la dependance réciproque de ces deux fonctions? Et cependant que de systèmes médicaux fondés sur la connaissance prétendue de leur histoire! Aussi, longtemps encore, l'ontologie régnera en médecine et personne ne peut prétendre l'avoir détrônée.

M. Dubois (d'Amiens): La question qui se débat aujourd'hui devant l'Académie est une question d'historique et de raisonnement. D'abord, qu'est-ce que l'ontologie en médecine? Qu'est-ce que l'ontologie de Broussais? Cet auteur a pris soin lui-même de nous l'apprendre dans son Traité de la folie. Pour lui, quant à M. Rochoux, il a confondu l'ontologie philosophique avec l'ontologie médicale. Broussais regarde comme ontologistes ceux qui créent des êtres, des entités, des essences factices, des abstractions, des chimères, de vains sons, et qui les donnent et les prennent comme des êtres réels. Si on consulte le mémoire que ce célèbre médecin a lu à l'Académie des sciences morales et politiques, en 1832, sur l'ontologie médicale, on voit qu'il reprochait aux anatomistes d'avoir prétendu extraire le principe vital des nerfs; aux médecins, d'avoir adressé leurs médicamens à des êtres imaginaires; à Sauvage, de s'être servi des symptômes pour la classification des maladies, comme les botanistes se servent des fleurs, des feuilles, pour la classification des plantes. Il se complaît sans cesse dans ce reproche, dont il devait reconnaître la fausseté, de confondre l'abstrait et le concret. Ces apostrophes lui servaient admirablement pour aviver sa polémique. Mais il se voyait déjà débordé de tous côtés. Le cours de la philosophie médicale était changé, et déjà le reproche d'ontologie lui était jeté, lui qui prétendait avoir déraciné l'ontologie du sol médical. Beaucoup de médecins soutiennent encore qu'avant Broussais on tenait les fièvres pour des êtres existant indépendamment des organes, et Broussais, suivant eux, aurait trouvé pour chaque fièvre la lésion correspondante d'un organe. Cela n'est pas exact. Les anciens admettaient des fièvres symptomatiques. Mais de quoi pouvaient-elles être les symptômes, sinon d'une maladie d'organes. Dans d'autres endroits de leurs ouvrages, ils disent positivement que les fièvres sont des maladies d'organes. Il en est quelques-unes qu'ils ont nommées essentielles, peut-être à tort, car, après eux, on a donné une extension absurde à ce mot. C'est dans cet état de choses que Broussais est venu et a fait sa révolution. Pour savoir quels services cette dernière a rendus, voyons quel est l'état actuel de la science sur ce point. Dans les fièvres, les praticiens trouvent-ils toujours à remonter à la lésion d'un organe, ou bien la lésion d'un organe expliquerait-elle souvent toute la gravité d'une fièvre? Certainement beaucoup de médecins répondront par la négative. On reconnaît aujourd'hui qu'il est des fièvres, des maladies générales, qui ne peuvent se rattacher à la lésion d'un organe, et que les uns rattachent à l'intoxication du sang, les autres au système nerveux. Ce sont là les fièvres générales, les fièvres *essentielles* anciennement. Depuis longtemps une fraction s'est élevée contre l'école de Broussais, qui a été plutôt une école de critique et de transaction qu'une école dogmatique, et aujourd'hui les idées de Broussais sont presque généralement abandonnées.

M. Bousquet: Broussais tenait avant tout à avoir démasqué l'ontologie. C'est une idée qui m'appartient, disait-il, de celle-là je n'ai trouvé le germe dans aucun livre. Après avoir tracé un historique rapide de la vie intellectuelle de Broussais, l'honorable académicien déclare ne point connaître de médecins véritablement ontologistes, c'est-à-dire étudiant les maladies hors des organes, et les regardant comme des êtres, comme des génies. Toutes les entités que Broussais a sans cesse poursuivies avec acharnement n'ont été pour ceux qui les ont inventées ou employées que des manières de parler qui appartenaient à toutes les sciences et à toutes les langues. Ce sont des figures qui sont propres aux hommes d'imagination, et Broussais à ce dernier titre n'en a pas été exempt. Le mérite incontestable de cet homme célèbre, c'est d'avoir dans son livre des Phlegmasies chroniques rattaché beaucoup de symptômes à des maladies d'organes; son tort également incontestable, c'est d'avoir seulement admis des maladies locales, et d'avoir oublié les maladies spontanées, celles dont le développement ne répond point à la cause extérieure, ou à l'intensité de cette cause, mais à la force, à la vie propre des organes.

M. Castel: Dans la dernière séance une discussion s'est engagée sur l'ontologie: un de nos collègues l'a représentée comme une nécessité dans la médecine: une nécessité. Mais il n'est point de phénomène physiologique, il n'est point de système pathologique qui ne puisse s'expliquer sans elle. Il suffit pour cela d'apprécier avec justesse chez eux des élémens de la vie. Remarquez bien que les grands envahissemens de l'ontologie dans le domaine de la médecine ne remon-

tent point à une époque éloignée; les solidistes eux-mêmes l'avaient introduite dans leurs théories avec beaucoup de retenue. Sans doute, l'hypothèse d'un archée a quelque chose de fantastique, mais les termes de nature et de principe vital n'appartiennent à l'ontologie que lorsqu'ils sont mal définis; appelons nature l'ensemble des besoins et des facultés d'un animal; au lieu d'admettre sous le nom de principe vital un être intelligent, ayant une existence propre, dirigeant l'action des organes, ne le considérons que comme le produit de cette action, comme dépendant du concours de toutes les fonctions; alors une réalité aura remplacé une abstraction.

C'est l'auteur de la médecine prétendue physiologique qui, le premier ou plus que ses devanciers, s'est égaré dans les déserts de l'ontologie, ainsi que je l'ai dit au commencement de la réfutation que j'ai publiée de sa doctrine; je me hâte de citer, pour prévenir toute objection :

M. Broussais a supposé 1° une puissance créatrice, indépendante du cerveau, une puissance créatrice, indépendante de l'un des deux principaux agens, la vie! Cette absurdité n'échappera point à votre attention.

2° Une chimie vivante: les combinaisons, les affinités chimiques peuvent bien concourir à la détermination et à l'entretien de la vie, comme les lois physiques; mais on n'est pas plus fondé à admettre une chimie vivante, qu'une physique vivante.

Voulez-vous connaître le rôle de la chimie vivante? Sous l'empire de la puissance créatrice, elle produit l'assimilation, l'absorption, les sécrétions, la nutrition. Son influence est séparée de celle de la sensibilité et de la contractilité, qui ne sont chargées que de la circulation et des excrétions. Il suit de là que les sécrétions s'exécutent sans l'intervention de la contractilité.

3° Enfin, une force vitale, qui n'est ni la sensibilité, ni l'irritabilité, et dont les attributions sont restées dans le vague.

Voulez-vous encore de la métaphysique, et la plus obscure métaphysique? Suivez, je vous prie, mes citations, si vous en avez le courage.

« Il y a communauté d'impressions entre tous les viscères et tous les sens... » Ainsi, le nerf optique ne peut recevoir une impression, sans que le nerf auditif y prenne part. « Une perception parvenue au cerveau va se répéter dans les membranes muqueuses. Elle retourne ensuite au cerveau, qui la juge d'après l'avis du viscère auquel appartient la membrane muqueuse... » Voulez-vous encore de la métaphysique? « Les nerfs ganglionnaires jugent et veulent... »

Dans la doctrine de M. Broussais, la sympathie n'est point un phénomène, un produit, une suite des rapports qui unissent les organes. C'est une propriété distincte. Le danger d'une maladie ne se mesure point sur l'importance de l'organe lésé; il se mesure sur le nombre et l'activité des sympathies.

On a dit de Broussais que, le premier, il avait localisé les maladies, assigné un point de départ à tous leurs phénomènes. Le premier! qu'est-ce donc que ce titre d'ouvrage : DE SEDIBUS ET CAUSIS? N'admettait-on pas une fièvre gastrique, une fièvre ictérique, bien plus, une fièvre iliaque, dénomination qui est l'équivalent de celle de gastro-entérite? Broussais a rapporté à un siége, à une cause unique, les fièvres qu'on nommait autrefois essentielles. Il avait la prétention de les avoir élaguées de la nosologie avant tout autre écrivain. J'avais émis cette opinion vingt ans avant lui, dans la critique de la nosographie. Moi aussi, je croyais avoir le mérite de l'antériorité : mon illusion s'est dissipée lorsque j'ai trouvé la même assertion très clairement énoncée dans Sauvage, et un peu moins explicitement dans Van Swieten. Les fièvres essentielles ne sont-elles qu'un être de raison, une hypothèse à laquelle on a donné accès, parce qu'on ne distinguait point l'organe affecté? Ont-elles au contraire une existence par elles-mêmes? La fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la céphalalgie et les autres symptômes qui caractérisent la fièvre, constituent-ils à eux seuls une maladie? N'y a-t-il rien au-delà de ces symptômes? La question, ainsi posée, sera facile à éclaircir. Il est manifeste que ces symptômes sont un résultat, qu'ils dépendent d'un défaut d'équilibre entre les puissances de l'économie. Mais il ne suit point de là que toutes les fièvres doivent être rapportées à une lésion organique distincte, isolée; que l'altération des liquides ou les modifications de l'inervation ne suffisent point pour produire la fièvre sans lésion spéciale d'organe. Il s'en suit encore moins que les neuf dixièmes de la totalité des fièvres puissent recevoir le nom de gastro-entérite. Dans certaines fièvres, dans le typhus, par exemple, la plupart des viscères, des plus importans surtout, sont affectés au même degré. N'avez-vous pas entendu dans cette enceinte une série, une complication barbare de dénominations données à la même maladie, telles que celles de gastro, pneumo, céphalo-entérite?

En résumé, la fièvre n'est point une maladie; c'est une réaction que la maladie rend nécessaire. Sydenham et d'autres médecins illustres l'ont envisagée sous cet aspect; ils ont dit : *Febris est actio naturæ conantis malum avertere.* Thomas Companella l'a appelée *remedium contra morbum;* Hoffmann, *ignem naturæ purgatorem.* Je ne sais si l'on trouve dans les livres que les fièvres intermittentes sont celles dans lesquelles la réaction est la plus énergique. Pour mon compte, je considère ce fait comme constaté. Eh bien! elles sont en général les moins dangereuses, ce qui prouve que plus la réaction est énergique, plus elle est fructueuse. Quoique Broussais n'admît point de fièvre essentielle, il ne l'a jamais considérée comme une réaction. Contraste remarquable! Il a mis obstacle à toute réaction, il l'a poursuivie jusqu'à ce que le stimulus fût devenu insuffisant, souvent jusqu'à ce que les vaisseaux fussent vidés.

M. GERDY : Je ne veux point entreprendre une discussion sur l'ontologie; c'est le système lui-même de Broussais que j'ai l'intention d'examiner. J'ai étudié ce système, et je me suis attaché aux faits les plus saillans. La gloire de Broussais consiste, suivant ses admirateurs, à avoir rattaché les fièvres à des maladies d'organes; mais en parcourant les médecins qui ont traité le même sujet avant lui, on trouve dans leurs écrits les mêmes idées. Broussais s'est surtout attaqué à Pinel, auquel il reprochait sans cesse d'avoir créé, pour les fièvres, des groupes de symptômes indépendans des organes. Comment croire que Pinel ne rattachait pas les symptômes à des organes? Il dit positivement qu'il est des fièvres qui semblent naître de la lésion de tous les systèmes organiques. Dans ce cas, n'est-ce pas Broussais qui reste en arrière de Pinel? Ce dernier critiquait l'ancienne division des fièvres en continue, rémittente, intermittente, et en place de cette classification, il introduisait six classes de fièvres désignées en général par le nom de l'organe lésé dans chaque espèce de fièvre. Nul doute qu'il s'est trompé souvent en attachant telle fièvre à la maladie de tel organe; mais le principe n'en reste pas moins de faire naître la fièvre d'une lésion d'organe. Si Pinel s'est trompé, la règle qui a présidé à la dénomination de ses fièvres est sans contredit la meilleure, et l'on ne peut rien trouver de plus méthodique que de confondre dans le nom d'une maladie le symptôme et l'organe malade. D'ailleurs, la thérapeutique des anciens prouve contre les reproches dont les accablait Broussais. Comment croire, en effet, qu'ils administraient dans les fièvres des médicamens à certains organes, sans tenir ceux-ci pour malades? Ainsi donc, cette proposition de Broussais tombe d'elle-même. Dans d'autres endroits de ses ouvrages, Broussais traite d'abstraction d'entité les groupes de symptômes réunis par quelques médecins dans certaines maladies. M. Gerdy critique le sens que Broussais donnait au mot abstraction. Et toutes ces prétendues abstractions qu'il combattait tant n'étaient que l'expression générale de faits bien réels. D'ailleurs, Broussais lui-même admettait des groupes de symptômes; seulement, pour lui, ils étaient sympathiques. Avait-il raison? C'est ce dont on peut douter. Ainsi, ce que Broussais admettait, tout le monde l'avait admis et l'admettait encore, et probablement Broussais ne l'ignorait point; seulement il parlait toujours de sa découverte pour y faire croire.

Broussais n'admettait point de maladies générales, que les anciens appelaient essentielles. Il regardait, comme il a été dit plus haut, les symptômes nombreux de ces maladies comme sympathiques de la lésion d'un seul organe. Cette dernière manière d'interpréter la nature l'emporte-t-elle sur la première? Le mot sympathique suppose une relation dont la marche est inconnue. De plus, le caractère propre d'une sympathie, c'est de débuter avec la cause qui la réveille, de la suivre dans sa marche et sa durée, de grandir et de diminuer avec elle, de disparaître avec elle. Cela existe-t-il pour les symptômes sympathiques de Broussais? M. Gerdy prend pour exemple la fièvre dite typhoïde, et fait ressortir le désaccord fréquent de la gravité des symptômes et l'intensité de la lésion; le désaccord non moins fréquent entre l'époque où se montrent certains symptômes, et le début ordinaire des lésions intestinales. Il mentionne aussi les abcès, les parotides, qui succèdent quelquefois aux fièvres graves, et demande s'il est un médecin qui oserait dire que ce sont là des symptômes sympathiques. Le caractère propre de la doctrine de Broussais était de toujours marcher, sans rien expliquer; de toujours avancer, sans s'embarrasser de rien. Il appelait aussi à son aide l'autopsie, et quels démentis n'a-t-elle pas donnés à ses assertions? Qui n'a constaté souvent dans les fièvres dont nous parlions tout à l'heure de graves lésions intestinales, avec des symptômes en apparence, ou réciproquement? Quant au traitement des maladies, Broussais niait hardiment tous les faits qui étaient opposés à sa doctrine. Il parvenait à éteindre des inflammations par un traitement approprié, et il criait victoire; mais qui ne sait que ces inflammations se terminent souvent très bien, quand elles ont été abandonnées aux seules forces de la nature? Pour Broussais, la chose importante dans le traitement des maladies était leur siége. Il est bon sans doute d'avoir des notions exactes à cet égard, mais la précision exacte de cette particularité est souvent à peine nécessaire, et sa connaissance fait à peine varier la nature du traitement. Ce qu'il importe le plus à connaître, pour bien traiter une maladie, c'est sa nature; une fois la nature d'une maladie bien connue, on a fait un grand pas pour la guérir.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

RAPPORT SUR LE CONCOURS OUVERT EN 1840 A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR LE PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON DE MONTYON; lu à la séance publique du 3 novembre, par M. HIPPOLYTE ROYER-COLLARD.

Messieurs,

M. le baron de Montyon a fondé un prix de 400 fr., qui doit être décerné chaque année, s'il y a lieu, par la Faculté de Médecine de Paris, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies qui ont dominé pendant le cours de l'année précédente.

Déjà, plusieurs fois, la Faculté a eu l'occasion d'adjuger ce prix à divers ouvrages remarquables, parmi lesquels il est juste de citer, comme digne des plus grands éloges, celui qui a été couronné, il y a un an, dans cette enceinte, et dont l'auteur, M. Voillemier, a retracé l'histoire d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait régné dans les salles de la Clinique d'accouchemens.

Trois mémoires ont été envoyés, en 1840, au secrétariat de la Faculté.

L'un, inscrit sous le n° 1, est intitulé: *Histoire des constitutions érysipélateuses qui ont régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques, pendant les années* 1838, 1839 *et* 1840. L'auteur est M. Maslieurat-Lagémard, élève interne des hôpitaux de Paris.

L'érysipèle est une maladie fréquente dans tous les temps et dans tous les lieux, soit qu'elle se manifeste primitivement dans une partie quelconque du corps, soit qu'elle survienne à la suite d'une contusion, d'une plaie, d'un ulcère, d'une opération chirurgicale. M. Maslieurat pose en fait que cette affection peut, dans

quelques cas, revêtir une forme particulière, et pour ainsi dire, anomale, devenir épidémique et même contagieuse, de telle sorte, dit-il, « qu'elle acquiert alors un degré d'intensité qui tend à la faire méconnaître. » Suivant lui, ces caractères se sont montrés d'une manière évidente dans un certain nombre d'érysipèles, qui ont été observés à l'hôpital des cliniques pendant les années 1838, 1839 et 1840, particulièrement au renouvellement de chaque printemps. Parmi les causes qui amèneraient ces érysipèles, et notamment les érysipèles traumatiques, la plus marquée, selon M. Maslieurat, serait l'influence de la saison, et les vicissitudes atmosphériques plus ou moins brusques qu'elle présente. L'influence de la localité serait beaucoup moindre qu'on ne l'a supposé. Les autres circonstances hygiéniques, telles que les émanations insalubres, résultant surtout de l'encombrement des malades, ou bien encore, les écarts de régime auxquels ils ont été soumis, seraient aussi des conditions favorables au développement de la maladie décrite par l'auteur. La nature de l'érysipèle a varié selon le siége du mal, tantôt dans le réseau capillaire de la peau, tantôt dans le tissu cellulaire souscutané, ou bien même le système capillaire veineux. Dans la description de la maladie, M. Maslieurat indique ses diverses phases, ses symptômes et leurs variations, ses différens modes de terminaison. Il traite du pronostic, plus ou moins grave, selon que l'érysipèle complique des affections plus ou moins graves elles-mêmes. Enfin, il passe à l'étude du traitement, qu'il divise en préventif et en curatif. Le traitement préventif ne peut être fondé en raison que sur la solution d'une question préalable : dans l'érysipèle traumatique, est-ce l'état particulier de la plaie qui donne lieu à l'érysipèle? ou bien, est-ce l'état général de l'organisme qui produit à la fois l'érysipèle et l'état particulier de la plaie? M. Maslieurat penche pour cette dernière opinion; toutefois, il avoue que la question est difficile à décider. Divers moyens ont paru réussir dans divers cas. La même observation doit être faite à l'occasion du traitement qu'il appelle curatif. Les effets thérapeutiques ont aussi varié selon les cas. Aussi M. Maslieurat conseille-t-il quelquefois un traitement local, quelquefois un traitement général, le plus souvent tous les deux ensemble. Il rejette l'emploi des onctions mercurielles, comme étant très fréquemment nuisibles, et tout au moins inutiles; et, s'attachant principalement à la médication des symptômes, il insiste particulièrement sur l'usage des purgatifs, qui lui a paru offrir les résultats les plus avantageux.

Ce mémoire peut être décomposé en deux parties bien distinctes. L'une, purement pratique, contient les observations que l'auteur a recueillies; ces observations ont été prises avec un soin et une exactitude qui attestent son instruction solide, et le profit qu'il a su tirer de son séjour dans les cliniques. On reconnaît dans cette portion du travail de M. Maslieurat l'un des élèves les plus distingués des hôpitaux, qui a paru avec éclat dans tous ses concours, et a mérité plusieurs fois d'y être couronné. L'autre partie du mémoire, qui en est la plus étendue, présente, dans son ensemble, les idées qui sont propres à l'auteur, les vues particulières ou générales qu'il a déduites de ses observations. C'est au moyen de cette interprétation des faits qu'il est arrivé à rentrer dans les conditions du concours pour le prix fondé par M. de Montyon. Si l'on n'admettait pas, en effet, après une lecture attentive de son œuvre, que les érysipèles dont il a tracé l'histoire portent véritablement le caractère d'une constitution épidémique franchement dessinée, il s'en suivrait nécessairement que cette œuvre ne remplit pas l'objet qu'elle s'est proposé. Or, sans décider aucunement la question, on peut objecter à M. Maslieurat que plusieurs des faits qu'il a cités n'ont pas, sous ce rapport, une égale valeur; que lui-même le reconnaît implicitement et comme malgré lui, lorsqu'il admet tantôt des causes internes, tantôt des causes externes, ici un état général de l'organisme, là un état local de la plaie qui détermine l'érysipèle, dans tel cas un mode de traitement, et dans tel cas un autre. On peut mettre fortement en doute la propriété contagieuse qu'il attribue, sans en fournir des preuves suffisantes, à certains érysipèles dont il rend compte. De telle sorte, qu'en retranchant de son travail tout ce qu'il renferme d'hypothétique ou d'imparfaitement démontré relativement à la doctrine générale qu'il a voulu établir, ce travail, distingué sous tant de rapports, n'a plus, si on le considère en vue du programme du concours actuel, toute l'importance qu'il devait avoir.

Une autre difficulté s'élève encore contre M. Maslieurat-Lagémard. Son mémoire avait déjà été envoyé au concours pour le prix de l'année dernière. Quelques observations nouvelles, accompagnées de développemens plus étendus, y ont été ajoutées cette année; quatre seulement portent la date de 1840; plusieurs autres n'indiquent aucune date précise, ce qui porte à croire qu'elles sont antérieures à l'année actuelle, et, par conséquent, que les observations ajoutées au mémoire de l'an dernier ne lui ont pu donner assez de nouveauté pour le distinguer du premier mémoire déjà reçu par la Faculté. Aucun cas particulier n'est rapporté, d'ailleurs, à l'année 1839; or, aux termes du programme, les maladies dont il est traité dans les ouvrages des concurrens, doivent nécessairement avoir régné *pendant le cours de l'année précédente*. Enfin, n'est-il pas permis, quand on voit ces observations citées par l'auteur se disperser ainsi entre trois années consécutives, d'élever encore, par cela même, de nouveaux doutes sur le caractère véritablement épidémique des érysipèles dont il a retracé l'histoire?

Sous le n. 2, a été inscrit un autre mémoire, dont l'auteur est M. Thore (Ange-Marie), élève interne à l'Hôtel-Dieu, et qui porte le titre suivant : *Essai sur les maladies qui ont prédominé, pendant l'année* 1839, *dans la division des aliénés de Bicêtre.*

Ce mémoire est, sans contredit, un ouvrage remarquable. Le sujet qu'il traite est neuf et plein d'intérêt. L'auteur y a fait preuve d'une instruction aussi variée qu'étendue, d'un jugement net et sûr, et l'on y trouve partout cette juste proportion, caractère essentiel des bons ouvrages, de l'esprit d'observation qui sait choisir les faits, et du raisonnement qui les vivifie et les féconde. La Faculté n'eût donc point hésité à couronner le mémoire de M. Thore, si une discussion n'eût dû être engagée d'abord à cette occasion, savoir : jusqu'à quel point l'auteur s'était conformé au programme du concours, et en avait rempli les conditions. Après un sérieux examen, la commission s'est décidée pour la négative, et cette opinion a été adoptée par la Faculté. Les motifs de ce jugement seront développés dans la suite de ce rapport. Du reste, la Faculté exprime les regrets de ne pouvoir accorder à M. Thore le prix fondé par M. de Montyon; elle l'invite à donner suite à ses savantes recherches, destinées sans doute à jeter un grand jour sur les affections qui se développent chez les aliénés.

Des observations analogues doivent être faites au sujet du mémoire n. 3, dont l'auteur est M. Hyacinthe Morizot, élève de l'hôpital de la Charité. Quarante observations de chlorose et trente-deux de fièvre typhoïde ont été recueillies par lui dans le service de M. le professeur Fouquier, pendant le cours de l'année 1839. Ces deux maladies sont celles qui se sont présentées le plus fréquemment dans ce service, durant l'espace de temps qui a fourni matière au travail de M. Morizot. Ce n'est point ainsi, comme on le verra tout à l'heure, que la Faculté croit devoir interpréter le programme tracé par M. le baron de Montyon. La chlorose et la fièvre typhoïde sont des affections si communes, qu'elles ne sauraient servir à caractériser une année plutôt qu'une autre, et, si l'on adoptait la manière de voir de M. Morizot, qui considère comme maladies dominantes dans une année celles qui se sont montrées le plus souvent dans telles ou telles salles d'hôpital, rien n'empêcherait de reproduire tous les ans dans ce concours l'histoire de ces deux maladies en particulier. C'est avec peine que la Faculté se voit forcée d'appliquer au mémoire de M. Morizot les conclusions sévères qui ressortent de ce jugement. Tout le soin qu'il a apporté dans la rédaction de ces nombreuses observations, les discussions étendues et judicieuses auxquelles il s'est livré, assureraient à ce travail un rang distingué dans toute autre espèce de concours.

En résumé, la Faculté, prenant en considération tous les motifs qui viennent d'être successivement exposées, n'a pas cru devoir décerner cette année le prix Montyon. Elle a désiré toutefois donner à chacun des trois candidats qui se sont présentés au concours un encouragement que chacun d'eux a mérité à des titres divers, et elle a arrêté, en conséquence, qu'une mention honorable serait accordée à MM. Maslieurat-Lagémard, Thore et Morizot.

Ce concours, on le voit, n'a point donné un résultat complètement satisfaisant. D'une part, le petit nombre des concurrens; d'une autre part, le choix des sujets et la manière dont ils ont été traités, semblent indiquer que l'esprit de cette institution n'est pas bien compris des médecins, et que son importance n'est pas assez généralement reconnue. Ces considérations ont frappé la Faculté; aussi a-t-elle décidé, par une délibération expresse, que le présent rapport serait lu dans sa séance publique annuelle de 1840. Elle a voulu, par cette mesure, témoigner hautement de l'intérêt qu'elle met à ce concours, et, en même temps, profiter de cette circonstance pour expliquer nettement le sens précis qu'elle attache aux dispositions testamentaires de M. le baron de Montyon, ainsi que la direction qu'elle entend donner aux travaux futurs des concurrens.

Quelle a été la véritable intention du fondateur, lorsqu'il a chargé la Faculté de décerner un prix annuel *aux meilleurs mémoires sur les maladies dominantes*? Quelle signification a-t-il cru donner à ces expressions? A-t-il voulu designer seulement les maladies les plus fréquentes, celles qui auront paru le plus souvent dans un lieu quelconque, abstraction faite, d'ailleurs, de leur nature et de leurs caractères? Ainsi l'ont compris plusieurs candidats au prix proposé. Mais qui ne voit qu'un travail qui ressortirait de ce genre de recherches n'offrirait en résultat qu'un intérêt relatif, et par conséquent très limité? Dans les cas ordinaires, quoi de plus fréquent que les pneumonies, les affections cérébrales, les chloroses, les rhumatismes, etc.? Une description plus ou moins savante de ces maladies, les mieux connues de toutes assurément, ou, du moins, les mieux étudiées, n'aurait guère d'autre profit pour la science que de mettre en lumière le zèle et la sagacité de son auteur; ou bien, pour que cette sorte de statistique pût conduire à des données générales de quelque valeur, il faudrait qu'elle fût établie sur une grande échelle, qu'elle embrassât, par exemple, dans le cercle de ses observations, une certaine étendue de pays, un climat déterminé; mais réduite, comme elle le serait nécessairement, à une étroite localité, à un hôpital ou une salle d'hôpital, peut-être même à un établissement réservé pour des maladies spéciales, quelles conclusions serait-il légitimement permis d'en tirer? Evidemment, ce n'est pas là ce qu'on veut dire par *maladies régnantes* ou *dominantes*. Une maladie règne, domine dans un lieu, non pas seulement lorsqu'elle atteint à la fois un grand nombre d'individus, mais encore lorsque son apparition constitue en quelque sorte un phénomène passager et accidentel, lorsque son action ne se prolonge pas au-delà d'un certain espace de temps, lorsque ses causes, ses symptômes, sa marche, offrent plus ou moins, dans leur ensemble, cette physionomie propre qui distingue les maladies dites *épidémiques*. Telle est la véritable signification de ces mots : *maladies dominantes* ou *régnantes*; tel est le langage reçu depuis longtemps dans la science médicale. L'étude attentive des maladies régnantes a pour but essentiel de constater, au moyen d'observations précises, quelques-unes des variétés ou complications de la pathologie commune; elle tend à pénétrer dans la connaissance intime des causes particulières qui ont donné naissance à ces affections, soit que ces causes se rattachent aux diverses circonstances atmosphériques ou terrestres, soit qu'elles tiennent à tel ou tel mode d'alimentation, à telle ou telle perturbation dans le régime habituel des hommes.

Cette étude est de tous les temps et de tous les lieux. Hippocrate le premier, et, depuis, Sydenham, Baillou, Pringle, Huxham, Stoll, MM. Pinel et Broussais en ont fait sentir toute l'importance. La dissertation de Tissot sur les fièvres bilieuses observées à Lausanne, en 1755, l'histoire des maladies qui ont régné à Naples en 1764, par Sarcone, les constitutions épidémiques de Van-Swieten, l'ouvrage de Finke, traduit par M. Lugol, celui de Rœderer et Wagler sur la maladie muqueuse, ceux de Lind sur la fièvre du Bengale de 1762, de Rasori sur la fièvre pétéchiale de Gênes, les traités si remarquables de M. Bretonneau sur la diphtérite, et de M. Maillot sur les fièvres intermittentes de la Corse et de l'Afrique, enfin les excellentes mono-

graphies de MM. Gendron, Rayer, Gerardin, Dalmas, et de plusieurs autres contemporains, ce sont là autant de modèles de ce genre de travaux, et qui peuvent servir à en apprécier clairement l'objet et la nature toute spéciale. C'est donc une étude à la fois scientifique et pratique: elle est pratique, en raison du travail qu'elle exige, et dont l'observation est nécessairement la base; scientifique, par les applications qui en dérivent, et qui, en dernière analyse, reviennent à l'hygiène par la pathologie. Ce double caractère nous explique parfaitement la pensée qui animait M. le baron de Montyon lorsqu'il fondait ce prix annuel, par son testament, dans la première école médicale de la France. Si l'on veut, en effet, passer en revue et examiner avec quelque attention toutes les fondations créées par lui au sein des diverses académies et sociétés savantes, et auxquelles il a attaché son nom et employé sa fortune, il est facile de reconnaître qu'une seule et même vue d'utilité générale l'a constamment guidé dans tous ces actes. Son désir a été beaucoup moins d'encourager les savans ou les artistes, d'exciter et de récompenser leurs efforts, que de travailler ainsi au progrès universel des sciences et des arts, et de servir, par conséquent, la société tout entière par son inépuisable libéralité. Là est sa gloire; elle consiste, non pas dans l'abandon des biens immenses qu'il laissait après sa mort, mais dans la répartition éclairée qu'il en a faite, et dans le choix des sujets qu'il a proposés lui-même à l'émulation des concurrens. En exprimant le vœu qu'un prix annuel fût réservé à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies régnantes, il n'a donc pas prétendu ajouter simplement une couronne de plus à celles que la Faculté décerne chaque année à ses disciples les plus distingués; son but a été plus élevé; il a voulu susciter par ce moyen un travail continuel, une suite non interrompue de recherches successives, ayant pour résultat d'établir sur des faits ce qu'on peut appeler l'histoire des constitutions médicales de notre pays; il a réalisé en partie dans cette institution ce qu'avait projeté l'ancienne société royale de médecine, dont le plan, commenté par Delaporte et par l'illustre Vicq-d'Azyr, se retrouve dans les mémoires de cette compagnie pour l'année 1786. On conçoit de quel prix infini serait pour la science et pour le pays une collection de nombreux mémoires, entrepris et rédigés dans cet esprit, pendant une longue série d'années.

Enfin, M. le baron de Montyon a permis encore que l'on admît à ce concours quiconque serait tenté de s'y présenter; il a adressé son programme à tous les médecins ou élèves en médecine, sans exception, et, au besoin même, aux personnes étrangères à l'art de guérir. Cette dernière circonstance achève la démonstration de sa pensée. Partout où aura régné quelqu'une des maladies désignées plus haut, province, canton, ville ou village, armée, vaisseau, réunion d'hommes de quelque nature que ce soit, ceux qui l'auront observée ou traitée sont invités à en retracer l'histoire, à rechercher et à décrire, aussi exactement qu'il sera possible, les circonstances au milieu desquelles cette maladie se sera développée, et les signes distinctifs qui la caractérisent.

Voilà comment la Faculté comprend l'institution dont le testament de M. le baron de Montyon l'a rendue dépositaire. Elle a lieu de penser que ces explications, données en public, ne laisseront plus à l'avenir aucun doute, aucune hésitation dans les esprits. Elle désire que cet appel, qu'elle adresse à tous, soit entendu de tous, non seulement des médecins ou élèves des hôpitaux, si bien placés pour observer, mais, en particulier, de ces praticiens habiles et modestes qui, du fond de nos campagnes, nous rapporteraient ainsi les fruits si souvent heureux de leur longue expérience. Elle aime enfin à compter sur le zèle tant éprouvé des médecins et chirurgiens de nos armées. Destinés peut-être à traverser encore une fois l'Europe, ils auraient à nous fournir de précieux documens sur l'influence des divers climats, et sur ces terribles maladies que le fléau de la guerre entraîne à sa suite. Ils pourraient du moins étudier et nous faire connaître à fond cette nouvelle France de l'Afrique, que plusieurs d'entre eux ont déjà explorée avec succès, et qui est devenue pour nous comme une autre patrie, depuis que nos drapeaux y ont pris racine.

Ainsi, Messieurs, s'accomplira, dans sa véritable et entière signification, le vœu d'un homme de bien, dont les dernières volontés ont été encore de nobles et utiles actions. Le compte-rendu de ce concours donnera à la solennité annuelle de nos séances l'intérêt nouveau d'une délibération scientifique; et bientôt, il faut l'espérer, nous verrons sortir de cette institution des travaux qui honoreront notre école, et agrandiront encore la science, en multipliant ses découvertes au profit de l'humanité.

VARIÉTÉS.

— M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, dans la séance de lundi dernier, a annoncé la publication de l'ouvrage de M. Fuster sur les MALADIES DE LA FRANCE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES SAISONS, ou histoire médicale et météorologique de la France, dont l'illustre compagnie a honoré le manuscrit d'un prix de 3,000 fr.

En attendant la suite très prochaine de l'analyse de cette importante publication, nous ne saurions trop recommander la lecture d'un ouvrage qui traite des questions pratiques du plus haut intérêt pour la science et l'art et spécialement pour la pratique de la médecine en France.

Un fort volume in-8.

A Paris, chez P. Dufart, libraire-éditeur, rue des Saint-Pères, 1.

— LA FRANCE MÉDICALE GÉNÉRALE STATISTIQUE DES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET PHARMACIENS DE PARIS ET DES DÉPARTEMENS, avec l'indication du lieu de leur résidence et de leur domicile, suivie de divers extraits des lois et règlemens relatifs à l'exercice de l'art de guérir.

Cet ouvrage est utile non seulement au corps scientifique qui en fournit les élémens, mais aux autorités administratives et aux personnes qui ont besoin d'établir des relations avec les médecins, chirurgiens et pharmaciens de toute la France.

Un fort vol. in-18 (600 pages). Prix: 5 fr.; franco par la poste, 6 fr. Au bureau de la GAZETTE DE SANTÉ, rue des Petits-Pères, 3.

Les nouveaux souscripteurs à l'HYGIE, GAZETTE DE SANTÉ, recevront gratuitement LA FRANCE MÉDICALE en prenant un abonnement d'un an, du prix de 12 fr., au bureau, rue des Petits-Pères, 3.

— HISTOIRE RAISONNÉE DES PROGRÈS QUE LA MÉDECINE PRATIQUE DOIT A L'AUSCULTATION, ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux; par G. PEYRAUD, D. M. P. de Lyon; 1840.

Paris, chez Germer-Baillière.

L'auteur a traité ce sujet d'une manière fort large, à la fois philosophique et pratique, et si la nature historique de l'ouvrage ne nous permet point d'en rendre un compte analytique, au moins devons-nous le signaler comme pouvant fournir d'importans, d'utiles renseignemens. Il sera lu et consulté avec fruit par tous ceux qui ne se bornent pas à accepter les faits, bien ou mal observés, mais qui les choisissent, les pèsent et les critiquent.

— LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE faites à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur VELPEAU, recueillies et publiées par MM. JEANSELME et P. PAVILLON. Tomes 2 et 3.

2 vol. in-8° de 1,080 pages. — Prix 14 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 3 vol. in-8° 21 fr.

Cet ouvrage contient: Généralités de la chirurgie clinique, manière d'utiliser son temps dans les hôpitaux, ophthalmies, hydrocèle, luxation de l'articulation scapulo-humérale, cataracte, varices et varicocèle, introduction de l'air dans les veines, traitement de la gonorrhée, xeraphthalme, anus contre nature, tumeurs blanches, corps étrangers dans les articulations, maladie du sein chez la femme, ankyloses, contusion, inversion incomplète de la matrice, hématocèle, fistules vesico-vaginales, traitement des fractures surtout par l'appareil inamovible, infection purulente, crépitation douloureuse des tendons, angines, procidence de l'anus, cancer des levres, adénite lymphatique, abcès de la fosse iliaque, nouvelle théorie de la rétraction des doigts, érysipèle et ses variétés, tumeur scrotale contenant un fœtus, fissure à l'anus, accidens suite du cathétérisme, fistule à l'anus, abcès fétides, résumé de la clinique chirurgicale pendant 1839, 1840.

Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École de Médecine, 17.

— AGENDA MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE, ou TABLETTES DE POCHE POUR 1841, contenant un calendrier; les tablettes; secours à donner aux asphyxiés et empoisonnés; tableau des nouveaux poids et mesures; posologie médicale; modèle de rapport et de certificat; banque générale des médecins et pharmaciens; liste des docteurs en médecine, des pharmaciens et des sages-femmes de Paris et de la banlieue; liste des officiers de santé; médecins-vérificateurs des décès; médecins des prisons; service de santé de la maison du roi; administration et hôpitaux de Paris; maisons de Paris et de la banlieue; bains médicinaux; bureaux de charité; Faculté de médecine et Ecole de pharmacie de Paris; Cours public de santé de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie; Académie royale de médecine; journaux de médecine et sciences accessoires; ministères; mairies; justices de paix; commissaires de police; musées et bibliothèques; direction des postes; tarifs des voitures; itinéraire des voitures omnibus, chemins de fer de Paris à St-Germain, Versailles, St-Cloud, Corbeil; bateaux à vapeur; voitures pour la banlieue de Paris; tableau des rues de Paris.

AGENDA-PORTEFEUILLES du prix de 3 fr. à 12 fr.

A Paris, chez Ch. Roulhac, marchand de papiers, rue de l'Ecole-de-médecine, 17.

— DES MÉDECINS-LÉGISTES, considérés dans leurs rapports avec les cours de justice, à l'occasion du procès Lafarge; par AD. BERIGNY, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes; brochure in-8. Prix: 1 fr. 50 c.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur JULES GUÉRIN, chargé du service des difformités à l'hôpital des Enfans malades, continuera ses conférences cliniques, à l'amphithéâtre de cet hôpital, les mercredis et samedis de chaque semaine, à dix heures du matin. Dans cette seconde partie de son cours, il fera l'histoire étiologique des déviations de l'épine. Les opérations continueront à être faites le mercredi et les consultations le samedi.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 48. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 28 NOVEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les engorgemens syphilitiques consécutifs du testicule, suivi de quatre observations curieuses de syphilis consécutive. Observations et expériences sur l'emploi du platine en médecine. — De l'empoisonnement par le tabac donné en lavement. — II. Travaux académiques. Académie des sciences : séances des 16 et 23 novembre. — Académie de médecine : séance du 24 novembre. — III. Bibliographie. De la tumeur hydatique du foie. — IV. Feuilleton. Lettre médicale.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES ENGORGEMENS SYPHILITIQUES CONSÉCUTIFS DU TESTICULE, SUIVI DE QUATRE OBSERVATIONS CURIEUSES DE SYPHILIS CONSÉCUTIVE; par le docteur Philippe Boyer, chirurgien de l'hôpital St-Louis, professeur agrégé de la Faculté médecine de Paris.

Lorsque j'ai publié, en l'année 1836, mon ouvrage intitulé : Traité pratique des maladies syphilitiques, j'ai cru devoir lui donner une grande concision, parce que, résultat de ma seule pratique, tant dans l'hôpital des vénériens de Paris, que dans ma pratique civile, il était l'expression simple de ce que j'avais vu; aussi les observations y sont-elles énoncées sans aucun détail. Aujourd'hui, je viens publier plusieurs observations avec de grands détails et l'exposé des principes découlant de ces mêmes observations. La multitude des formes sous lesquelles se présentent les maladies syphilitiques consécutives ; la difficulté qui en résulte pour établir le diagnostic; les réticences des malades et l'entêtement qu'ils mettent souvent à avouer qu'ils ont eu des affections syphilitiques primitives, et enfin l'incertitude qui règne encore sur la meilleure méthode thérapeutique de la syphilis sont les motifs qui m'ont engagé à faire cette publication.

Les observations que je rapporte sont curieuses, parce qu'elles appartiennent toutes à des malades dont le caractère de la maladie a été méconnu ou a donné lieu à des doutes; et à des malades chez lesquels l'emploi mal raisonné des préparations mercurielles n'a pas produit des résultats satisfaisans. J'aurais désiré pouvoir établir d'une manière bien précise dans l'exposé de mes observations ces deux divisions; mais cela m'a été impossible, à cause des coïncidences qui existent souvent entre les erreurs de diagnostic et les imperfections de traitement.

Ce mémoire sera divisé en deux parties : la première contiendra ce qui a rapport aux engorgemens syphilitiques consécutifs des testicules; la seconde renfermera des observations sur plusieurs maladies syphilitiques consécutives.

PREMIÈRE PARTIE. — ENGORGEMENS SYPHILITIQUES CONSÉCUTIFS DES TESTICULES.

Les cas nombreux d'engorgemens syphilitiques des testicules que j'ai vus, tant dans ma pratique particulière que dans ma pratique publique, et les succès constans que j'ai obtenus dans leur traitement, m'ont rendu le diagnostic de cette maladie si familier, que je n'avais jamais songé à recueillir mes observations, lorsque plusieurs erreurs de diagnostic qui se sont présentées à moi m'ont déterminé à rassembler et à publier des faits que j'ai observés, en y ajoutant quelques-uns recueillis par d'autres praticiens.

Les engorgemens syphilitiques des testicules sont de deux ordres. Les uns, primitifs, surviennent vers le déclin des urétrites : leur résolution,

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

A tous nos lecteurs qui ces présentes verront, salut! — Or donc, nous revenons de province, et, sur la requête des curiosités confraternelles qui sollicitent leur nourriture accoutumée, il nous faut solder un arriéré de nouvelles : notez en passant l'accouplement de ces deux mots, comme si les nouvelles n'étaient déflorées par l'heure même qui les voit naître, comme si les événemens qui sillonnent l'atmosphère médicale prolongeaient sur le lendemain leur fugace lueur, comme si les noms que l'éphémère renommée épelle aux oreilles du public survivaient aux rumeurs de chaque jour et se maintenaient ailleurs que sur les enseignes de l'industrie, par une cohésion spéciale de leurs syllabes intégrantes. C'est une observation qui n'échappe point aux touristes annuels de notre profession, à savoir, avec quelle rapidité Paris s'éloigne et s'efface aussitôt que l'on en a franchi les limites et secoué la noble poussière. Nous connaissons les belles choses qui se débitent touchant l'électrique irradiation de la pensée parisienne à l'extrême périphérie de la France; l'activité de la presse, les innombrables voies de communication, la vapeur, les rails, le télégraphe, sont autant de témoignages d'une magnifique civilisation, dont il nous siérait mal d'amoindrir les résultats; mais ce serait une erreur de croire que l'enceinte sociale de Paris se soit agrandie jusqu'à y comprendre seulement les départemens les plus rapprochés. La province reste parfaitement étrangère à tout ce qui ressort des individualités scientifiques, à l'ascendant des noms propres, au jeu compliqué des intérêts qui se croisent sur la scène parisienne, aux combinaisons, dont les mobiles sont aussi variés que les passions de notre misérable nature et les besoins, âpre fruit d'une sociabilité transcendante. La science ne s'obtient point, dans toute sa pureté, au foyer d'élaboration première que présente le Paris des intelligences; semblable au produit du minerai soumis à l'épreuve inaugurale des hauts-fourneaux, elle se présente encore à l'état brut et mélangée d'élémens divers, dont elle ne se dégage que par l'effet de manipulations ultérieures. Ces élémens, qui ne les a reconnus et stigmatisés? Ambition, industrie, rivalité, présomption logique, amour du contraste, instinct d'opposition; c'est la gangue dont nous enveloppons, sans le vouloir, l'idée éclose dans notre tête, la découverte entrevue dans le crépuscule de nos recherches, les faits surpris dans un coin inexploré du domaine commun de notre âme science; el c'est cette gangue, cette humaine enveloppe des produits de l'esprit que la province n'effleure jamais de ses mains; elle tombe en chemin comme par un effet de la vitesse de transmission, et c'est pourquoi la critique s'exerce dans l'éloignement de la capitale, avec une austérité de principes et une vigueur d'appréciation qui manque aux plumes de cette cité. Mais il faut le dire, l'avantage n'est pas absolu pour la province : si elle se dérobe aux influences personnelles qui travaillent ici la science, si elle reçoit à peine l'écho des

quoique constante, laisse cependant dans l'épidydyme une induration qui jamais ne se dissipe, et qui peut aider plus tard dans le diagnostic des engorgements consécutifs.

Il est très important de connaître cette terminaison, pour ne pas être dupe du mensonge des malades, et pour savoir se guider dans quelques circonstances, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Obs. I.—Un malade entra, en 1835, à la maison royale de santé, n. 2 du pavillon, pour faire enlever un durillon qui était situé sous la plante du pied, et qui occasionnait une gêne intolérable dans la marche. J'en fis l'extirpation, et la petite plaie résultant de cette opération se guérit rapidement. Un matin le malade fit sortir son fils et tous les assistans pour me consulter en particulier. Il me montra alors son testicule gauche, et me dit que la veille ou l'avant-veille, en se levant, il s'était frappé le testicule contre un des angles de la table de nuit. Je l'examine, je le trouve souple, mais l'épidydyme est engorgé et dur. Je dis au malade qu'il ne s'est pas frappé le testicule, mais qu'il a eu dans sa jeunesse une urétrite, et par suite une orchite. Il soutient d'abord qu'il n'en est rien ; mais j'insiste ; je l'engage à se rappeler s'il n'a pas eu quelque échauffement, il y a vingt-cinq ou trente ans ; et quand je l'ai remis du petit mensonge qu'il faisait, il avoue qu'il a eu une urétrite et une orchite.

Si mon expérience ne m'avait pas guidé, j'aurais pu ordonner à ce malade un traitement qui aurait été inutile, car ces engorgemens ne se résolvent pas, ou craignant une dégénérescence du testicule, et trouvant le cordon testiculaire sain, lui proposer une opération, et en cela imiter ce médecin qui coupait les caroncules myrtiformes, parce qu'il les prenait pour des végétations.

Les engorgemens syphilitiques consécutifs du testicule sur lesquels je veux attirer l'attention sont une maladie fréquente et trop souvent méconnue, malheureusement pour les malades que l'on prive d'un testicule, en leur pratiquant une opération dont le moindre inconvénient est d'ôter à l'homme un des signes de la virilité ; car, malgré l'innocuité ordinaire de la castration, elle est quelquefois suivie d'accidens, soit locaux, soit généraux, qui compromettent les jours du malade. Les erreurs de ce genre ont été commises par les praticiens du plus grand mérite. Mon père avait l'habitude, dans ses leçons, de citer l'observation suivante :

Obs. II. — Il enleva l'un des testicules d'un homme âgé d'environ 40 ans, qui faisait le métier de blanchisseur. L'opération fut suivie de succès. Quelque temps après, l'autre testicule s'engorgea, et mon père en fit l'ablation avec un égal succès. A quelque temps de là, ce malade eut une éruption syphilitique consécutive. Mon père reconnut son erreur, et il fit faire un traitement anti-syphilitique, qui fut suivi d'un succès durable, et jamais il ne vit les cordons spermatiques de ce blanchisseur devenir malades.

Obs. III. — Dupuytren fit, dit-on, la même faute que son maître, et il enleva les deux testicules d'un malade placé dans une haute position sociale. Mais, comme son maître aussi, il sut profiter de son expérience, et il empêcha cette double opération d'être pratiquée sur un malade dont l'observation est rapportée dans sa clinique chirurgicale.

Obs. IV. — M. ***, âgé de 40 ans, cultivateur, portait depuis deux ans un engorgement du testicule gauche. Le malade, ancien soldat, avait eu quelques affections vénériennes. Cependant le volume, la dureté et les douleurs lancinantes ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'engorgement : on le crut squirrheux ; l'ablation proposée fut acceptée par le malade et pratiquée par le docteur C.... Le cordon, les glandes de l'aîne ne présentèrent aucune altération ; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation ; mais, au bout d'un mois, le testicule droit commença à s'engorger... Dupuytren fut alors consulté ; il prescrivit les anti-vénériens. A peine un mois s'était-il écoulé, que l'engorgement diminua de volume, et bientôt il ne tarda pas à se résoudre complètement.

Dans ces trois observations, nous n'avons pas l'examen des testicules enlevés. Je n'en ai jamais fait depuis que mon expérience m'a mis à portée de savoir distinguer les engorgemens syphilitiques de ceux d'une autre nature ; mais je possède deux observations de maladies désignées sous le nom de sarcocèle, et que je crois devoir être rapportées aux engorgemens syphilitiques consécutifs des testicules. La première de ces observations, trouvée dans les papiers de mon père, a été recueillie par M. le professeur Rostan, lorsqu'il était élève à l'hôpital de la Charité. Je la copierai.

Obs. V.—Le 8 janvier 1809, le nommé Bonoler, cordonnier, âgé de 35 ans, et d'un tempérament nerveux, entre à l'hôpital de la Charité, pour un engorgement squirrheux du testicule droit, qu'il porte depuis deux mois environ. La tumeur s'est formée insensiblement sans qu'aucune cause extérieure parût y avoir donné lieu. Dès que le malade s'aperçoit de cet engorgement, il se fait recevoir dans un hôpital, où il est traité par les cataplasmes émolliens, mais vainement. Ils n'apportent aucune amélioration à la maladie. Il se forme même au bout d'un mois un abcès qui s'ouvre, et laisse dans cet endroit un ulcère peu étendu, mais profond. Lorsque le malade entre à l'hôpital de la Charité, son testicule ne présente pas un volume bien supérieur à celui du côté sain, mais il est d'une dureté peu ordinaire dans cette maladie. Le cordon n'est point affecté, et le malade ne se plaint d'aucune douleur dans l'organe squirrheux. Des douleurs assez fortes se font sentir dans les lombes, dans la hanche et dans la poitrine. (Ces dernières n'ont évidemment aucun rapport avec la maladie.) On applique des cataplasmes émolliens sur la tumeur.

Le 15 février, l'ulcération augmente, et la suppuration devient plus abondante : le malade se plaint toujours de douleurs dans les lombes, mais beaucoup moins vives que précédemment.

Le 20 février, la suppuration diminue ; les bords de l'ulcère sont brunâtres et violacés ; les douleurs reparaissent avec leur première intensité. On continue toujours les cataplasmes, mais toujours avec aussi peu de succès.

Le 28 février, le malade éprouve de violentes douleurs dans la poitrine : on met un vésicatoire au bras. Dès le troisième jour. on le fait sécher, à cause des douleurs qu'il occasionne, et le 3 mars, l'amputation du testicule est pratiquée. Cette opération n'offre rien de remarquable.

L'examen de la tumeur présente les altérations pathologiques suivantes. L'organe glanduleux, quoique à peu près sain, est infiltré d'une matière brunâtre particulière qui colore toute sa substance. La maladie attaque principalement l'épidydyme ; elle est à sa dernière période et entretient communication avec l'ulcère. La résolution était donc par conséquent impossible. Le conduit déférent, plus petit qu'à l'ordinaire, ne présente d'ailleurs aucune trace du fluide purulent dont nous avons parlé plus haut.

Les suites de l'opération ont été très simples : aucun accident n'est survenu, et la plaie marchait rapidement vers sa guérison, lorsque, vers le vingt-quatrième jour de l'opération, le testicule gauche s'est engorgé. Le premier jour, rien n'est fait ; le deuxième, un cataplasme émollient est appliqué et continué pendant six jours sans effet marqué. A cette époque, c'est-à-dire trente jours après l'opération, le malade sort de l'hôpital, sa plaie étant presque cicatrisée, et le testicule gauche étant au même point d'engorgement.

Le siége de la maladie dans l'épidydyme, la nature des altérations pathologiques, qui ne peuvent se rapporter, ni au squirrhe, ni au cancer, et le développement d'une affection analogue dans l'autre testicule, sont autant de raisons pour me faire. croire que la maladie est une affection syphilitique consécutive.

La seconde observation, recueillie par moi à une époque où, trop jeune pour avoir des opinions propres, je me trouvais sous l'influence de personnes plus instruites. ne présente peut-être pas tous les détails désirables ; mais cependant elle mérite toute notre attention.

---

luttes incessantes dont nous sommes les témoins et les juges intéressés, si son flegme patient ne s'ébranle point aux audaces militantes de l'initiative parisienne, elle ignore aussi toute une seconde société, constituée dans le cadre de la profession, ayant ses mœurs, ses caractères, ses allures, ses connexions intimes, ses réactions sur le monde qui lui est extérieur ; elle demeure en dehors de cette agitation féconde et singulière où se complaît ici la médecine, et qui semble être, en définitive, la condition la plus favorable au progrès. J'ai entendu d'honnêtes et placides confrères des départemens s'étonner de l'intérêt que Paris attache à beaucoup de questions dont ils sont paresseux à s'occuper, de la publicité qui s'épand autour des plus menus établissemens et des plus minces personnages que la science possède dans la capitale, ne comprenant pas que le sonore marteau du journalisme retombe sur l'enclume du pouvoir, et que, sans cette besogne infatigable des écrivains périodiques, qui ne sont pas les mouches du coche hippocratique, l'indifférence et l'oubli du monde qui nous entourent, comme les eaux du Lethé, finiraient par monter jusqu'au toit de notre caduc édifice et par le submerger dans leur flot.

Mais revenons à Paris, puisque vous et moi y posons les deux pieds, et, sans agacer l'irritable hospitalité de nos concitoyens éloignés de cent lieues, souvenez-vous que, pour les familiers de la vie parisienne, comme pour les amans, les migrations les plus douces sont celles qui mettent entre la grande cité et vous le moins long intervalle :

> Amans, heureux amans, voulez-vous voyager ?
> Que ce soit aux rives prochaines.

Aussi bien, Paris peut vous suffire :

> Soyez-vous l'un à l'autre un monde toujours beau,
> Toujours divers, toujours nouveau,

s'il est possible. Que vous manque-t-il ? Académie, institut, faculté, concours, hôpitaux, oraisons de rentrée, discours d'ouverture de cours sur les tumeurs du cou et sur celles du sein, en guise de mercuriale philosophique, tout cela ne pourrait-il vous fixer au logis ? Me direz-vous avec le pigeon mal avisé :

> Quiconque ne voit guère
> N'a guère à dire aussi.

Mais allez donc entendre les dissertations des compétiteurs qui pullulent dans une interminable série de concours, et osez donc nous répéter avec La Fontaine que l'on n'a guère à dire, quand on n'a guère vu. Récapitulons les faits accomplis depuis hier seulement et sachons nous contenter de l'ample tribut que Paris ne se lasse point de fournir à notre gloutonne ardeur de nouveautés.

Et d'abord, entre ma dernière lettre et celle-ci, l'Université a trouvé le temps de changer de grand maître ; il est vrai qu'elle n'a point changé de bâts, semblables en cela seulement à l'âne de la fable, rapprochement qu'elle nous pardonnera en raison de sa source classique. La retraite de M. Cousin nous doit être un sujet de regret ; il est, avec M. Salvandy, le seul ministre qui depuis 1830 se soit occupé de notre chose publique avec une sollicitude soutenue ; l'ordonnance sur les écoles secondaires est le dernier acte de sa présence au pouvoir ; c'est un adieu qui laissera trace. L'agrégation médicale lui doit un commencement de res-

OBS. VI.—Le nommé Mercier, tisserand, âgé de 22 ans, eut, à l'âge de 18 ans, des chancres et des bubons. Il fait pendant six semaines un traitement anti-syphilitique consistant en pilules et en frictions mercurielles, en boissons sudorifiques et en bains simples. Il se croyait guéri, quand, au bout de six mois, il se manifeste au pourtour de l'anus des pustules ulcérées qu'il garda pendant trois mois avant de faire un nouveau traitement. Depuis un an et demi, il jouissait d'une bonne santé, lorsque, sans cause connue, il survient dans le testicule droit une douleur sans gonflement. Elle augmente, et l'organe malade se tuméfie. Le gauche devient alors engorgé, et il y a pendant quelque temps des alternatives d'augmentation et de diminution dans les deux testicules. Mercier fait un troisième traitement semblable aux premiers, et, de plus, applique des cataplasmes émolliens. Le testicule gauche revient à son état normal, mais le droit reste gros et augmente progressivement de volume.

Le malade entre à l'hôpital de la Charité, salle St-Raphael, n. 14, le 14 juin 1820. M. le professeur Roux croit d'abord que la tumeur formée par le testicule droit, lourde proportionnellement à son volume, d'une forme allongée et pyramidale à sommet supérieur et sans aucune bosselure, est un engorgement vénérien. Mais le lendemain, ayant examiné la tumeur placée entre l'œil et une lumière, et ayant trouvé de la transparence, il pense que ce peut être un hydrocèle avec engorgement du testicule. En conséquence, il fait conduire, le 16 juin, le malade à l'amphithéâtre pour y subir l'opération de l'hydrocèle par injection.

M. Roux plonge le trois-quarts dans la partie inférieure et antérieure de la tumeur, mais sans déterminer d'écoulement de liquide par la canule laissée dans la plaie. Il l'ôte donc, et replongeant le trois-quarts un peu plus haut, il obtient à peu près une cuillerée de sérosité. Convaincu alors que la tumeur est formée par le testicule, et peut-être plus encore par l'epidydyme, il fait de suite l'amputation du testicule. L'opération n'offre rien de particulier.

L'examen de la tumeur fait voir l'épidydyme légèrement épaissi et engorgé, et la substance du testicule envahie dans la presque totalité par une matière blanchâtre, ramollie, caséiforme, divisée à sa partie moyenne par un rétrécissement, et que M. Roux rapporte à la substance tuberculeuse.

Les suites de l'opération sont très simple, et le malade sort guéri après la cinquième semaine.

Mais, quelques mois après, cet homme revient à l'hôpital faire un second séjour pour un engorgement du testicule gauche, semblable à celui qui a nécessité l'amputation du testicule droit. Mes notes ne vont pas plus loin.

Je ne crois pas qu'il soit possible de méconnaître ici un engorgement syphilitique consécutif du testicule, malgré l'apparence tuberculeuse de la matière qui remplaçait l'organe malade, et sur la nature de laquelle il y a probablement eu erreur. Les circonstances antécédentes militent tout à fait en faveur de l'affection syphilitique.

Dans toutes ces précédentes observations, la nature syphilitique des engorgemens testiculaires est évidente. L'invasion successive des deux testicules par l'engorgement en est la preuve la plus convaincante. En effet, cet engorgement ne peut être que cancéreux, syphilitique ou tuberculeux. Or, si l'expérience de l'homme, même celle du praticien qui a le plus vu, n'était sujette à faillir, on pourrait avancer avec assurance et certitude que *jamais* le cancer n'envahit successivement les organes pairs, quoique quelquefois il les attaque simultanément.

Cette opinion, émise par Fabre, et toujours répétée depuis lui, est pleine de justesse, et reçoit tous les jours de nouvelles preuves de son exactitude. L'anatomie pathologique vient, dans quelques cas, en aide à l'observation, et confirme ce qu'elle apprend; elle fait bien distinguer un testicule encéphaloïde d'un testicule affecté de toute autre maladie. Elle fait aussi reconnaître le testicule altéré par le cancer lardacé; mais elle devient inutile quand il s'agit de savoir si le testicule squirrheux non suppuré ou suppuré est vénérien ou scrofuleux. L'examen des organes ne montre pas de différences sensibles à la vue entre ces deux altérations : quelquefois même, il n'y a rien de bien tranché dans les symptômes, et je me vois forcé de dire ici ce que je disais il y a quatre ans, dans mon TRAITÉ DE LA SYPHILIS, que l'on a souvent confondu chez l'adulte l'affection vénérienne et l'affection scrofuleuse des testicules. Depuis que mon expérience m'a appris ce que j'avance, je ne me suis pas trouvé à même de vérifier par l'anatomie pathologique les différences qui peuvent exister entre ces deux ordres d'altérations. J'ai constamment guéri les testicules que j'ai présumés vénériens, et quelquefois cependant ils offraient des caractères qui engageaient d'autres praticiens à les croire scrofuleux, comme le prouve l'observation 11. Et lorsque j'ai eu affaire à des testicules en suppuration, il m'a été souvent impossible de savoir à quelle nature d'affection je devais rapporter celle qu'ils présentaient.

Au surplus à quoi servirait l'anatomie pathologique venant nous éclairer sur la nature de la maladie d'un testicule enlevé? C'est avant l'ablation qu'il faut savoir ce qu'on doit faire, et ce n'est pas après l'opération qu'il faut apprendre ce qu'on aurait dû faire.

Je vais donc tâcher d'éclairer ce point de doctrine pour diriger le patricien dans son diagnostic, en faisant observer toutefois qu'il y a des sensations qui conduisent l'intelligence, et qu'elle ne peut ni rendre ni faire saisir aux sens d'une autre intelligence.

Un assez grand nombre de maladies attaquent communément le testicule et ses enveloppes; les symptômes de ces maladies leur sont communs avec l'engorgement syphilitique consécutif de cet organe, d'où il résulte que souvent le diagnostic de ces diverses affections est très difficile. Je ne remonterai pas aux causes : leur étude utile pour la théorie de la science ne le devient en thérapeutique que lorsqu'une cause spécifique ayant agi, une médication spécifique est seule nécessaire. Or, dans le sujet que je traite, il s'agit de reconnaître la seule maladie du testicule qui exige un traitement spécifique : nous n'aurons donc à nous occuper que des causes de cette affection.

De toutes les maladies du testicule, celles que l'on peut confondre le plus souvent avec l'engorgement syphilitique consécutif sont le cancer et l'engorgement scrofuleux. Je ne parle pas du squirre. Dans un mémoire sur le cancer que je compte présenter prochainement, j'exposerai ce qu'on doit entendre par squirre et par cancer, et prouverai que ce sont deux maladies distinctes. Malgré tout ce qui a été écrit sur les affections du testicule, et l'exposé en apparence si exact et si distinctif des symptômes, on voit tous les jours des erreurs à cet égard, de la part de chirurgiens très habiles, et à plus forte raison de la part de praticiens moins expérimentés.

Le cancer du testicule se présente sous deux formes, sous celle du cancer lardacé, et sous celle du cancer encéphaloïde. Etudions ces deux maladies et voyons si nous pourrons les distinguer de l'engorgement syphilitique consécutif.

Le cancer lardacé du testicule affecte trois formes. 1° Le testicule altéré dans sa consistance conserve son volume naturel ou à peu près : 2° Le testicule altéré dans sa consistance augmente de volume, mais sans acquérir ce volume énorme qu'il prend dans le cancer encéphaloïde : 3° Le testicule altéré dans sa consistance diminue de volume.

Dans le premier et le second cas, il y a souvent épanchement assez considérable de sérosité, c'est la maladie désignée sous le nom d'hydrosarcocèle.

---

lauration; il en a prolongé l'exercice et mieux défini le rôle, en attendant qu'elle obtienne le bénéfice d'une juste assimilation à la suppléance des écoles de droit. Il est vrai que nous avons failli compter une faculté de plus, sous prétexte du rétablissement de l'université bretonne; mais ce projet même, qui vient d'être écarté définitivement sur l'avis du conseil royal d'instruction publique, attestait la direction de son attention et de ses vues réformatrices, fixées enfin sur l'échafaudage universitaire de notre profession; point de doute qu'après ces préludes, il ne se fût attaqué courageusement à l'œuvre de la refonte médicale. C'est ainsi que la politique renouvelle incessamment ses obstacles inévitables aux réformes et aux améliorations positives. Etrange destinée que celle de la médecine! Il dépendra d'un coup de canon tiré sur les côtes de la Syrie, qu'elle soit affranchie des abus et des vices qui la rongent; grâce à Méhemet-Ali, le règne des charlatans brevetés et des médicamens secrets, se raffermit pour quelque temps; et pour une phrase du discours de la couronne, la session qui vient de commencer est probablement perdue pour les intérêts et la dignité de notre profession, si meurtrie, si malade, si reléguée, si méconnue, jusqu'à quand? Jusqu'à ce que le règne de Dieu et du bon sens nous advienne; jusqu'à ce que la tutèle des intérêts intellectuels de la jeunesse française soit soustraite à l'action de la politique; jusqu'à ce que le gouvernement de l'Université soit constitué en dehors de la question d'Orient, et s'exerce sous l'empire de principes arrêtés et d'une volonté permanente, nonobstant les fluctuations de la majorité parlementaire. Oh! nous sommes un peuple inconséquent, de livrer au souffle des ambitions politiques le navire qui porte nos jeunes générations, les gloires à venir du génie français, les forces les plus réelles de la patrie qui s'appuie bien moins encore sur les piques et les baïonnettes que sur la virilité de la pensée publique. La stabilité dans les fonctions suprêmes de la magistrature universitaire sera le plus grand bienfait pour la médecine, car elle créera la tradition des idées de réforme qui surgissent par intervalle dans les régions élevées du pouvoir; elle assurera la continuité des efforts qui ont pour but, plus ou moins immédiat, l'émancipation de notre carrière.

Nous venons de traverser une période de festivité scholastique; une nouvelle génération de lauréats à tous les degrés vient de s'ajouter à celles qui sommeillent couronnées sur l'oreiller de la gloriole satisfaite. Il y a beaucoup à deviser sur la valeur de l'institution actuelle des prix de facultés; nous croyons même qu'il y aurait beaucoup à modifier, beaucoup à innover; un prix de fondation spéciale n'a pu être donné : autre sujet de réflexions sur le chapitre des fondations limitées; le premier but de cette distribution annuelle de recompenses est sans doute de susciter et de fomenter au cœur des jeunes élèves une salutaire émulation : ce but est-il rempli, du moins dans une convenable étendue? Bref, vous me prêterez, si bon vous semble, une fâcheuse disposition à me créer en toutes choses qui nous environnent matière à question et à doute; mais je ne veux vous signaler cette fois encore, comme l'année dernière, que l'exiguïté des formes qui président à la cérémonie, source pourtant de tant de généreuses réminiscenses et de saintes impulsions pour les vainqueurs qui y sont proclamés. On ne saurait déployer assez de pompe et d'insignes en ces solennités qui frappent à tout âge, et elles se passent dans le plus simple appareil, dans une assemblée exclusivement composée de médecins et d'élèves en médecine. La présence des chefs de la hiérarchie universitaire et même des autorités d'un autre ordre

L'altération de consistance du testicule dans le cancer lardacé est une induration de cet organe, sans élasticité, occupant le corps du testicule et consécutivement l'épididyme et le cordon. Bien entendu que je ne dois pas parler ici des sarcocèles qui commencent par le cordon testiculaire. Ils sont faciles à reconnaître, puisque jamais l'engorgement syphilitique consécutif ne suit cette marche. La pression de l'organe est douloureuse: le malade y ressent des élancemens et des dardemens. Fréquemment, j'oserais même dire toujours, le conduit déférent est tuméfié et on sent cette tuméfaction au milieu des parties constituantes du cordon. Quelquefois celui-ci est un peu engorgé.

Je prends ici la maladie à son principe: car lorsque l'engorgement du cordon est considérable, et lorsque les ganglions lymphatiques du bassin sont tuméfiés, le diagnostic n'offre aucun doute; c'est un cancer. Jamais ces accidens ne se manifestent dans l'engorgement syphilitique consécutif. Il en est de même quand le testicule diminue de volume: car jamais l'engorgement syphilitique n'est accompagné de cette diminution de volume. Nous n'aurons donc pas à nous occuper de ces deux cas. Comparons les engorgemens cancéreux lardacés et syphilitique consécutif sous les rapports de la consistance, du volume, du poids, de l'état du cordon testiculaire, des douleurs, et de la partie du testicule qui devient malade.

La consistance du testicule cancéreux est une induration sans élasticité, c'est-à-dire, que si on presse l'organe on sent qu'il résiste sous le doigt, en lui offrant certain degré d'élasticité, comme tout corps qui n'est pas solide; mais ce n'est pas cette élasticité qui donne au doigt la sensation d'un corps pressé, qui revenu sur lui-même par la pression qu'on exerce, reprend, dès qu'elle cesse, sa forme première. Or, c'est cette espèce d'élasticité que présente le testicule affecté d'engorgement syphilitique consécutif. On pourrait presque la comparer à celle d'un testicule sain plus gros que dans l'état normal.

Le volume est peut-être le plus grand écueil. Les cas où le cancer lardacé du testicule lui laisse un volume à peu près égal au volume ordinaire ou produit le racornissement, sont les plus rares. Presque constamment il y a augmentation de grosseur: et le même phénomène s'observe dans l'engorgement syphilitique consécutif.

Le poids de la tumeur peut servir un peu à diriger le praticien. Le testicule est moins lourd dans l'engorgement syphilitique consécutif que dans le cancer lardacé; ce qui se conçoit sans peine. Il est presque aussi lourd que dans le cancer encéphaloïde. Mais ces différences de poids ne sont pas assez notables pour être un véritable guide. L'analogie est telle qu'il n'est pas possible de donner la moindre indication pour le diagnostic.

Il n'en est plus de même de l'état du cordon testiculaire; il est rare qu'il n'offre pas en totalité ou en partie une augmentation de volume, ou un engorgement que je n'ai jamais observé dans l'engorgement syphilitique consécutif. C'est un moyen de diagnostic très utile, et très important. Quand on examine un testicule plus volumineux que dans l'état naturel, il faut de suite diriger son attention sur le cordon testiculaire, afin de s'assurer de son état et de celui du conduit déférent. Si le cordon est sain, c'est une présomption pour un engorgement syphilitique consécutif. Si le conduit déférent n'offre aucun changement de volume, la présomption doit être la même. Mais s'il existe le moindre changement dans l'un ou l'autre, on peut avec raison croire à un cancer, car l'observation journalière prouve que cette maladie est toujours suivie d'une altération dans le conduit déférent, dépendance immédiate de l'organe sécréteur du sperme, et dans ses vaisseaux lymphatiques. Le premier augmente de volume, ses parois deviennent plus épaisses et son canal plus large. Les seconds ne remplissent plus leurs fonctions par suite de l'affection consécutive des ganglions lymphatiques; de là l'engorgement du cordon. De même l'on voit dans les cancers de la langue et des lèvres l'engorgement de la partie supérieure du cou: de même dans les cancers du sein, l'engorgement œdémateux du bras.

L'existence des douleurs et leur nature viennent jeter un nouveau jour sur l'espèce d'engorgement du testicule. Dans le cancer, les douleurs sont ordinaires, leur caractère est d'être lancinantes; le malade les compare à l'action d'un corps piquant qui traverse instantanément l'organe malade. Dans l'engorgement syphilitique consécutif, il n'y a pas de douleurs, ou si elles existent, elles sont sourdes; le malade croit qu'on presse ou qu'on froisse son testicule. Cette différence est importante; elle peut mettre sur la voie de la vérité dans les cas les plus douteux. Je n'ai pas remarqué que les douleurs fussent plus fortes la nuit que le jour.

Enfin dans quelques cas, la connaissance de la portion de l'organe sécréteur, qui a été la première affectée, vient encore aider le chirurgien. Dans le cancer lardacé, c'est le testicule lui-même qui est le premier engorgé; l'épididyme ne devient que consécutivement le siège de l'engorgement. Dans l'engorgement syphilitique consécutif, il arrive fréquemment que l'épididyme est le premier malade: c'est surtout dans les cas où il y a eu orchite aiguë par urétrite. Mais comme quelquefois le testicule est dès le commencement le siège de la maladie, et que d'autres fois elle est parvenue à un tel point que le testicule et l'épididyme sont confondus, il est convenable d'apporter une très grande attention dans son diagnostic, d'autant plus que les praticiens les plus recommandables ont avancé que le cancer commençait quelquefois par l'épididyme: erreur d'autant plus pardonnable que je ne pense pas qu'on ait établi en principe, avant moi, que l'épididyme restait constamment gros après l'orchite, suite d'urétrite. Et comme il peut arriver qu'un cancer survienne chez un individu qui a eu une semblable orchite, c'est une raison de plus pour apporter quelque doute dans le diagnostic. Le malade qui éprouve de la douleur dans le testicule le touche; il sent l'épididyme dur, il croit que c'est par là que le mal commence. Le chirurgien, prévenu de cette cause d'erreur, saura l'éviter.

Le cancer encéphaloïde du testicule se présente sous une forme bien différente du précédent. Envahissant en même temps le corps du testicule et l'épididyme, il forme une tumeur globuleuse, ovoïde, lisse, unie, sur laquelle la peau des bourses glisse aisément, dont le poids n'est pas toujours en rapport avec le volume, et qui est accompagné de la dilatation des veines du scrotum. L'organe malade peut obtenir un volume énorme. J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie royale de médecine, au mois de novembre 1839, un testicule affecté de dégénération encéphaloïde, qui avait acquis une circonférence verticale de 27 pouces, et transversale de 24 pouces. La tumeur n'est pas élastique, mais fluctuante, et cette fluctuation est telle qu'on a vu plusieurs fois des chirurgiens croire à un abcès et ouvrir la poche, d'où n'est d'abord sorti que du sang, et qui plus tard a fourni un champignon fongueux et saignant. Ce cancer si grave et si constamment mortel peut être confondu avec l'engorgement syphilitique consécutif, d'autant plus aisément qu'il parvient souvent à un

---

leur imprimerait une physionomie auguste, apprendrait aux lauréats que leurs travaux ne sont point perdus pour le monde étranger à l'art, étendrait la publicité de leur triomphe, attirerait sur l'école entière et sur la profession dont elle est la tête cette notoriété qui prépare la justice et complète les récompenses. Au reste, ce n'est pas seulement dans le cercle universitaire que la médecine est délaissée au jour de ses fêtes scholastiques; dans l'ordre militaire, même abandon, même isolement La distribution des prix du Val-de-Grâce s'est passée presque à huis-clos; autrefois, sous la restauration, on a vu le ministre de la guerre présider en personne cette intéressante cérémonie; aujourd'hui l'administration centrale délègue à cet effet l'intendant divisionnaire, affligé lui-même (car il aime bien les officiers de santé) de la médiocrité des encouragemens offerts à la pépinière du corps médical de l'armée. Ajoutons qu'antérieurement à la réorganisation de ce corps au mois d'août 1836, quatre prix, consistant en une belle collection de livres, étaient accordés aux quatre premiers élèves chirurgiens du Val-de-Grâce, et deux prix semblables aux élèves en pharmacie. On a réduit les distinctions dans les deux branches et aujourd'hui le prix du concours annuel est une médaille unique, en argent, d'une valeur fort modeste. Il est à désirer que le ministère de la guerre revienne sur ce sujet et rétablisse l'ancien mode de rémunération qui avait le double avantage de multiplier les distinctions et de fournir aux lauréats des ressources d'instruction, le plus souvent si dispendieuses pour leur modique fortune. Nous aurions désiré que ce vœu eût trouvé un interprète dans M. Begin qui a prononcé dans cette occasion un discours aussi bien écrit que fortement pensé sur l'état actuel de la science et sur les devoirs de l'officier de santé militaire. L'orateur comme la circonstance qui l'inspirait, méritait une plus nombreuse assistance et un autre déploiement d'officielle émulation.

Le concours pour l'héritage de Richerand a commencé; Ulysse et Ajax sont entrés dans l'arène; mais quel que soit l'élu, il n'aura point à y relever, de sa forte main, les armes d'Achille; M. Cloquet, médiocrement inspiré par un médiocre thême, a eu beau délayer dans sa prose abondante et fluide les mérites de l'inventeur des dermatoses; feu M. Richerand sera remplacé, bien remplacé.

On a épuisé la lecture des compositions; nous n'hésitons pas à blâmer la manière dont cette épreuve a été conçue par le jury; elle a été réduite aux proportions d'une question d'anatomie topographique et de médecine opératoire; or, les épreuves orales prêtaient mieux à cette double fin; je vous demande un peu si l'anatomie des régions se doit traiter par la plume et par la phrase; étant donné un cas d'opération qui exige une certaine mesure de connaissances anatomiques, direz-vous au chirurgien ceint du tablier et muni de ses armes: «Voici de l'encre, une plume et du papier, faites-moi une dissertation sur la structure de la région que vous allez attaquer.» Quel est le candidat qui, en six heures de temps, ne ramassera pas dans les plis de sa mémoire indolente assez de détail pour vous rédiger la description exigée? Au contraire, l'épreuve improvisée après trois heures de préparation, ou la séance opératoire, sans aucune préparation, s'accommodait naturellement d'une exhibition de connaissances anatomiques, tandis que l'épreuve de la plume devait fournir au jury l'exemplaire intellectuel de chaque candidature, la flagrante empreinte de son type scientifique et philosophique; à cette fin, il n'est question si vaste, voire même si vague, que je n'eusse volontiers subjectée au style des compétiteurs; que s'agissait-il, en effet, de leur offrir? Moins encore qu'un sujet: un simple cadre pour y répandre leurs

degré assez avancé sans que le cordon testiculaire soit malade. Les douleurs qui l'accompagnent et dont le caractère lancinant est si tranché, la fluctuation, l'absence d'élasticité éclaireront le chirurgien. Le malade de l'observation dixième présentait des symptômes qui avaient trompé plusieurs praticiens de la province et de Paris, et leur avaient fait admettre un cancer encéphaloïde.

L'engorgement scrofuleux du testicule, ou le tubercule de cet organe, se présente avec des caractères qui sont, dit-on, tellement tranchés qu'on ne peut se méprendre. Je crois en effet que si le sujet est jeune, et s'il offre tous les symptômes de la constitution scrofuleuse, on peut diagnostiquer avec certitude ; mais s'il est dans l'âge adulte, il n'en sera pas de même. L'on dit en théorie : Jamais un tubercule n'est unique ; par conséquent quand un testicule engorgé présente plusieurs tumeurs isolées, molles, fluctuantes, c'est assurément un testicule scrofuleux ; rien ne peut le guérir. Lisez l'observation onzième et vous verrez qu'un testicule offrant plusieurs points de ramollissement et de fluctuation n'était pas scrofuleux. Deux des premiers chirurgiens de Paris l'ont vu avec moi : aujourd'hui il est impossible de savoir dans lequel des deux organes étaient ces points ramollis. Mais, a-t-on dit, quand les deux testicules sont malades à la fois, il ne peut y avoir de doute : tous les deux étaient engorgés chez le malade sujet de cette observation. On voit donc que ces théories émises dans les livres sont trompeuses au lit du malade parce qu'elles sont le résultat du travail de cabinet et non le produit d'une saine expérience.

Comparons maintenant l'engorgement syphilitique consécutif avec les maladies des enveloppes du testicule. Deux de ces maladies peuvent être confondues avec lui : l'hydrocèle simple, et l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale. Il peut paraître étonnant que j'établisse ici cette erreur de diagnostic. Je ne l'aurais pas fait si l'observation douzième ne m'en avait fourni un exemple. L'on croyait à une hydrocèle simple ; mais si elle a pu être commise dans ce cas, à plus forte raison le serait-elle dans celui où il y a un épaississement de la tunique vaginale. La circonstance qui peut conduire à une pareille erreur, est la coexistence de l'hydrocèle avec l'engorgement syphilitique consécutif, qu'on observe chez plusieurs malades, comme chez ceux des observations onzième et douzième, et la coexistence presque constante des hydrocèles simples avec une légère tuméfaction du testicule. En général, l'épanchement de sérosité est peu de chose en raison du gonflement de l'organe secrétenr, et cette différence avec l'hydrocèle simple, où le gonflement est beaucoup moindre que l'épanchement, servira de guide au praticien. Il est très aisé dans l'hydrocèle simple d'établir son diagnostic d'après la transparence de la tumeur ; mais dans les hydrocèles avec épaississement de la tunique vaginale ou des autres enveloppes du testicule, et dans ceux avec altération de couleur du liquide, il peut se présenter quelques difficultés qu'on lèvera sans peine en faisant une ponction exploratrice. Dans ces cas le poids de la tumeur et sa forme seront de bons guides. L'hydrocèle même avec épaississement de la tunique vaginale offre constamment une légèreté qu'on ne retrouve dans aucune autre tumeur du testicule, et pour peu qu'on ait d'habitude, on parvient sans peine à reconnaître cette différence de poids. Cependant l'observation treizième est un exemple d'erreur. La forme est un guide certain dans l'hydrocèle simple. Elle est pyriforme, souvent elle ressemble à une calebasse. L'engorgement syphilitique consécutif est ovoïde : fréquemment il offre deux portions à cause du gonflement de l'épidydyme. Il n'y a donc entre ces deux maladies aucun rapport de forme. Le doute ne pourrait exister dans les cas avec épaississement de la tunique vaginale, parce que alors celle-ci prend une forme arrondie qu'on ne retrouve pas dans les hydrocèles simples, petites ou volumineuses, ni dans l'engorgement syphilitique consécutif. Deux observations vont venir à l'appui de ce que j'avance.

La première est d'une hydrocèle où la forme en calebasse de la tumeur me fit reconnaître sa nature malgré l'absence de transparence, dépendante de l'épaississement de la peau du scrotum et du tissu cellulaire sous-cutané.

Obs. VII. — Le malade couché au n° 76 de la salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, est âgé de 56 ans. Il porte une hydrocèle énorme du côté gauche, qui existe depuis onze mois; elle a la forme d'une calebasse. Je ne peux d'aucune manière appercevoir la transparence du liquide, soit au moyen de la lumière artificielle, soit en recevant obliquement sur la tumeur les rayons solaires. Cependant la mollesse, la légèreté relative au volume, et une espèce de fluctuation me font diagnostiquer une hydrocèle malgré l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire du scrotum, et l'état de dilatation de ses veines, tel que je suis obligé dans l'opération de faire attention à ne pas les piquer. Ce signe donné par les pathologistes comme propre au cancer du testicule et servant à le faire reconnaître n'est pas exact : la dilatation des veines du scrotum dépend uniquement de l'accroissement de nutrition du scrotum dans les cas où il acquiert un grand développement. La ponction de la tumeur donne issue à une quantité de sérosité telle qu'elle remplit une fois et demie un vase à saigner de quatre palettes, ce qui équivant à 750 grammes. Après la sortie du liquide, la main sentit aisément l'épaisseur plus grande de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. J'ai cru même reconnaître une densité anormale de la tunique vaginale, mais sans aucun épaississement. J'ai fait l'injection vineuse, et le malade est parfaitement guéri.

La seconde est d'une hydrocèle avec épaississement considérable de la tunique vaginale. La tumeur entièrement globuleuse renferme le testicule dans ses parois : on ne peut reconnaître sa présence en dehors que par l'arrivée des vaisseaux testiculaires et du canal déférent, et en dedans par la légère saillie qu'il forme.

Obs. VIII. — Le malade âgé de 60 ans se présente à la Maison Royale de santé le 7 mai 1835, pour être débarrassé de sa tumeur dont le volume et le poids l'incommodaient. Il voulait toute opération autre que l'amputation. J'eus d'abord quelques doutes sur la nature de la tumeur; cependant sa forme globuleuse, sa légèreté, l'absence de toutes douleurs lancinantes, l'état du cordon testiculaire dans le petit espace où je pouvais le toucher, et surtout l'absence de tout engorgement dans l'abdomen le long des vaisseaux lymphatiques, m'engagèrent à diagnostiquer une hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale. D'ailleurs l'état général de la santé était si florissant qu'il n'était pas possible d'admettre qu'il existât un cancer de ce volume et dont l'origine remontait à plusieurs années. En conséquence je fis une ponction : il sortit un liquide chocolat clair. La canule promenée dans la poche, qui ne revient pas sur elle-même, rompit quelques brides. L'injection vineuse fut pratiquée selon les règles de l'art, et le traitement consécutif fut fait exactement, mais inutilement. Aucun changement ne survient; le malade quitte la Maison Royale de santé le 7 juin suivant, ayant ses bourses aussi volumineuses et de plus une ouverture à la tunique vaginale, d'où sortaient de temps à autre quelques gouttes de sérosité.

J'avais perdu de vue ce malade, quand il revient à la Maison Royale de santé le 2 octobre 1835. La tumeur a le même volume et offre l'ouverture que j'ai faite avec le trois-quart encore béante. Peu de liquide s'écoule par cet orifice. Un stylet introduit est promené aisément dans sa cavité. Il est presque décidé à la laisser enlever : le 8 au matin il meurt subitement d'apoplexie. L'examen de la tumeur

---

idées et leurs façons de comprendre toute chose en chirurgie, sa constitution comme art, comme science, ses rapports avec les autres branches de l'arbre médical, etc. La généralité de cette première épreuve n'aurait point nui au laconisme spécial, à la force pratique des épreuves subséquentes ; mais par cette succession d'informations directes, on aurait préparé le choix d'un professeur qui réunit à la dextérité opératoire l'entente philosophique de son art, aux acquisitions d'amphithéâtre ce qui ne s'acquiert nulle part, je veux dire, la puissance d'induction et de généralisation, l'aisance des formes littéraires, conditions sans lesquelles il n'y a point de professeur ; — témoin le petit nombre des professeurs véritablement dignes de ce titre!

L'Académie a clôturé enfin cette longue période de postulation, pendant laquelle elle a entendu tant de lectures, reçu tant de demandes, examiné tant de dossiers à titres, tenu en haleine tant de caressantes prétentions. Le choix était prévu ; M. Jobert a touché de si près déjà au succès, qu'il ne pouvait lui échapper cette fois. Nous n'avons pas de félicitations à offrir, parce que nous n'avons patroné aucune candidature ; la liste de présentation était si riche de talent et de droits acquis, que le scrutin ne pouvait errer. Mais quelques remarques sur ce qui a précédé l'opération électorale trouveront ici leur place ; nos lecteurs savent que nous nous piquons d'opportunité, et ils nous sauront gré d'avoir retenu sous la plume, jusqu'après l'élection consommée, des observations qui prétendent à un caractère de généralité, sans application aucune aux personnes. Les remaniemens de la liste de présentation ont dû choquer d'autres personnes encore que nous, s'il est vrai que des noms ont été inscrits, puis effacés et ballottés à nouveaux frais ; nous ne recherchons pas les motifs qui ont imprimé à la commission ces vacillations critiques dont le moindre inconvénient est de leurrer une candidature, confiante dans un résultat annoncé. Mais elles nous paraissent fâcheuses pour la commission elle-même qui se laisse entrevoir, ou versatile dans ses appréciations, ou travaillée par des influences contraires. Un autre point qui menace de se transformer en précédent, et de déterminer une innovation nuisible dans la jurisprudence académique, c'est le classement des candidats par ordre alphabétique. Exceptionnel d'abord, puis se répétant avec les occasions, ce mode de groupement des candidats finira par prévaloir ; paresse d'esprit ou pusillanimité, les commissaires trouveront commodes de s'épargner le labeur d'une minutieuse pondération des titres individuels, en même temps que d'écarter de leur scrutin préparatoire toute hostilité, toute jalousie. Mais ils manquent à leur mission, à l'intérêt de l'Académie et de leur section en particulier, en se démettant du souci d'un classement équitable, et en livrant les noms choisis en nombre pair à l'oracle alphabétique. Remplacer le jugement par l'alphabet, dresser une liste de candidats comme un vocabulaire, faire du scrutin un lexique, ce n'est point faire office d'un jury spécial, compétent en première ligne pour apprécier les compétiteurs. La section, comme l'Académie tout entière, doit vouloir s'associer un collaborateur capable de soutenir une partie de son fardeau collectif, promettant aux discussions les lumières d'une instruction spéciale et l'autorité d'une raison saine et forte ; comment les membres de la section vétérinaire, comment les botanistes, les pharmaciens, les hygiénistes, qui siégent à l'Académie, trouveraient-ils dans le classement alphabétique un guide, un critérium, pour le choix à faire, et ne condamnez-vous pas leur conscience aux tâtonnemens?.... Nous avons blâmé l'échappatoire dont a usé la section ; sachons louer son rapporteur

fit voir l'exactitude de mon diagnostic. Elle consiste en une poche ayant un diamètre de dix centimètres, à parois épaisses de cinq millimètres, dont l'intérieur est vide excepté dans un point où je trouve une petite quantité d'un tissu cellulaire très lâche, infiltré d'un liquide rougeâtre.

Une autre observation, que j'ai cru devoir placer la treizième, viendra corroborer ce que j'ai dit et ce que je prouve ici, que l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale est de forme globuleuse.

Si je résume ce que j'ai dit sur les signes diagnostiques de l'engorgement syphilitique consécutif du testicule, et ceux du cancer, et de l'engorgement scrofuleux de cet organe et de l'hydrocèle, je trouve :

1° Que la consistance de la tumeur, l'état du cordon testiculaire, et la nature des douleurs feront distinguer l'engorgement syphilitique consécutif du cancer lardacé ;

2° Que la sensation de fluctuation le fera différencier du cancer encéphaloïde ;

3° Que l'âge du malade et les caractères généraux de la constitution scrofuleuse sont les seuls symptômes sur lesquels on puisse baser le diagnostic dans les engorgemens scrofuleux ;

4° Que la forme de la tumeur, sa légèreté et sa transparence feront reconnaître l'hydrocèle.

Et je répéterai ce que j'ai déjà dit plus haut, que, dans les cas douteux, il faut joindre à ces signes physiques une expérience et un coup-d'œil qu'on ne peut malheureusement transmettre au lecteur par des paroles. Je crois cependant qu'en lisant attentivement ce que je viens de dire et les observations contenues dans la première partie de ce mémoire, on parviendra à reconnaître l'engorgement syphilitique du testicule, et à le distinguer des autres maladies. Pour mettre l'exemple à côté de la théorie, je vais rapporter de suite les observations, et après j'indiquerai le traitement, qui doit être le même dans tous les cas.

Obs. IX. — Le malade qui en fait le sujet a été admis à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du testicule, prise par des praticiens pour une dégénération cancéreuse lardacée ; et que j'ai reconnue de suite pour un engorgement syphilitique consécutif. Le nommé Maillot, cocher, âgé de 41 ans, se présente, le 4 septembre 1839, à la consultation de l'hôpital St-Louis. L'élève qui me l'amène me dit que ce malade a un sarcocèle, et que déjà on a essayé, sans succès, d'obtenir la fonte de la tumeur. Je l'examine, ~~et je dis que c'est un engorgement syphilitique con-~~ sécutif. Je reçois le malade, et le lendemain je l'interroge à la visite. L'examen des organes génitaux et des aînes me fait reconnaître les traces de chancres, qui ont un peu rongé le prépuce, et celles de bubons qui ont suppuré. Le malade avoue qu'il a eu plusieurs urétrites, mais une seule fois des chancres. Le testicule est tuméfié depuis plus de deux mois, et deux médecins de Paris consultés ont ordonné, dans le but de fondre la tumeur, un traitement qui a été inutile. J'engage les élèves qui suivent la visite à bien examiner la tumeur ; elle est ovoïde, lisse à sa surface ; la peau n'est nullement adhérente ; elle jouit dans toute son étendue d'une grande élasticité. On ne distingue ni l'épidydyme ni le testicule ; la tumeur est donc unique. Le cordon spermatique est parfaitement sain. J'ordonne le traitement ordinaire, que je décrirai plus bas, et ses effets sont tels que le malade veut sortir le 4 octobre, quoique le testicule ne soit pas encore revenu à son état naturel, et malgré mes instances pour le conserver jusqu'à parfaite guérison.

L'observation que je vais rapporter nous donne l'exemple d'un engorgement consécutif pris pour un cancer encéphaloïde.

Obs. X. — Le nommé Berthé, âgé de 39 ans, musicien, entre à l'hôpital St-Louis, le 28 mai 1839, pour un engorgement du testicule droit, et l'élève de garde qui l'a admis me dit que cet homme a une dégénération encéphaloïde du testicule. A la visite du matin, j'examine le malade et je trouve que le testicule a acquis un volume triple du volume normal, qu'il a une surface unie et une résistance légère, que le cordon testiculaire est sain, et qu'il n'y a aucune tumeur dans l'abdomen. Je dis au malade, homme assez capable pour raisonner sur sa maladie, qu'il a un engorgement syphilitique du testicule, et qu'on pourra le guérir sans opération. Il me répond qu'il craint bien d'avoir un sarcocèle, que déjà plusieurs traitemens ont été faits d'après l'opinion que j'émets, et qu'ils ont été tous infructueux, et que dans le mois qui a précédé son arrivée à Paris, il a fait à Laon, sous la direction d'un médecin de cette ville, un traitement local par les frictions mercurielles et les cataplasmes émolliens, traitement absolument semblable à celui que je lui propose. Je persiste dans mon opinion, et le malade consent, d'après ma demande, à suivre mon traitement pendant quinze jours, et moi je m'engage à lui amputer alors le testicule, si aucun changement n'est survenu dans cet organe. Il commence donc immédiatement le traitement suivant. Chaque jour il fait sur le testicule une friction avec 2 grammes d'onguent mercuriel ; puis il applique un cataplasme émollient ; il boit un pot de tisane de salsepareille avec le sirop sudorifique simple. Avant l'expiration des quinze jours, un tel changement s'était opéré dans la tumeur que le malade ne songeait plus à se faire amputer le testicule. Voyant que 2 grammes d'onguent mercuriel avaient fait tant de bien, il en prit dans l'appareil des pansemens, et il fit les frictions avec 4 grammes, ce qui occasionna une salivation, que la suspension de tout traitement pendant quatre jours fit entièrement disparaître. A la fin du mois, le malade se trouve si bien qu'il voulut sortir, malgré mes instances, et quoiqu'il ne fût pas complétement guéri. Le testicule avait repris toute sa souplesse ; l'épidydyme était très distinct ; mais il conservait encore quelque dureté. Le malade, depuis, a été revu par M. Basele, mon interne : il était tout à fait guéri.

Dans le mois de décembre 1839, le malade est venu me consulter pour une syphilide squammeuse générale. J'ai examiné son testicule, il était tout à fait revenu à son état normal. Si l'on pouvait douter de la réalité de la nature de l'engorgement du testicule, les symptômes syphilitiques consécutifs manifestés six mois après sa guérison viendraient confirmer l'exactitude du premier diagnostic.

De tous les faits cités dans ce mémoire, celui-ci est le plus curieux et le plus remarquable. Les deux testicules sont devenus successivement malades ; les deux tuniques vaginales contenaient de la sérosité ; un des testicules présentait trois tumeurs en tout semblables à celles des testicules scrofuleux. Enfin, j'ai combattu l'opinion de deux chirurgiens, dont l'un, très versé dans l'étude des maladies syphilitiques, M. Cullerier, a une autorité d'un grand poids, et un succès complet est venu prouver la vérité de ce que j'avais avancé. On trouve, de plus, dans cette observation, les effets de l'engorgement des deux testicules sur les fonctions génératrices, qui ont été suspendues momentanément, et qui, par suite du traitement, sont entièrement revenues.

Obs. XI. — M. L***, âgé de 32 ans, négociant, habitant Rio-Janeiro, vint à Paris au mois d'août 1838, pour se faire soigner d'un engorgement du testicule gauche, que l'on croyait ne pouvoir être guéri que par la castration. Pendant la traversée, qui dura plus de deux mois, le testicule droit s'engorgea, et dès ce moment M. L. n'eut plus d'érections. Arrivé à Paris, M. L. vint me consulter, et après avoir appris de lui qu'il avait eu, à plusieurs époques de sa vie, des urétrites avec engorgement des ganglions lymphatiques des aînes, je lui assure que les engorgemens des testicules sont syphilitiques, et qu'un traitement anti-vénérien suffira pour le guérir. M. L. paraît douter de mon assertion, et il désire avoir une consultation de MM. Cullerier et Dubois. Nous nous réunissons chez le malade le 16 août 1838. Le malade, interrogé sur sa vie passée, nous répète

---

d'avoir corrigé, autant qu'il était en lui, le vice du classement automatique par l'appréciation fine et transparente qu'il a présentée à l'Académie des titres personnels des compétiteurs ; M. Bégin a pris sur lui de faire ce que la section n'a point osé ; il a jugé pour son propre compte, à ses risques et périls ; et l'impression générale qu'a produite sa lecture lui a prouvé que l'Académie lui savait gré d'une tentative délicate, faite avec tact et mérite. Bienheureuses les commissions qui rencontrent de pareils organes ! Plus heureux les rapporteurs qui n'ont point de succès à tenter !

Y.

— La lecture des compositions écrites, première épreuve du concours pour la chaire de médecine opératoire, ouvert à la Faculté de Paris, est terminée. Le sujet était : Du PÉRINÉE ET DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE TAILLE PÉRINÉALE. Les questions traitées dans ce concours sont trop spéciales pour que nous en rendions compte d'une manière détaillée ; nous nous bornerons à faire connaître les sujets de chaque épreuve.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Si l'exactitude était toujours la compagne de l'esprit, je n'aurais point à réclamer au sujet de l'opinion que m'attribue votre feuilleton du 21. « M. Rochoux, y est-il dit, ne croit, comme épicurien orthodoxe, à d'autre réalité, en ce monde et en l'autre, qu'à celle qui frappe ses sens d'une manière indubitable. Il faut, pour qu'il en soit bien sûr, qu'elle se présente à lui sous une forme et un volume respectables, comme par exemple un éléphant ou le pic de Ténériffe. N'espérez pas lui faire admettre l'existence d'une chose quelconque qu'il ne pourra tenir entre son pouce et son index, ni voir sans lunettes. » Eh bien ! rien n'est moins d'accord avec la vérité que cette assertion ; car tout élève d'Epicure croit aux *atômes*. En ma qualité de sectateur de cet homme, dont l'immense génie doit tôt ou tard triompher de tous les préjugés, j'admets donc l'existence d'*êtres invisibles* ou de corpuscules d'une ténuité telle, qu'isolément chacun d'eux est absolument sans action sur le plus délicat de nos sens, et j'accepte résolument toutes les conséquences auxquelles conduit le principe. Peut-être est-ce encore là de l'ontologie : mais dans tous les cas on n'en aurait pas d'autre à me reprocher. J'ajoute à ce sujet, qu'ici, comme dans ma petite dissertation à l'Académie de médecine, le mot ontologie est employé comme antiphrase, et dans un sens opposé à la définition de Wolf.

Agréez, etc.

ROCHOUX.

Paris, 22 novembre 1840.

ERRATUM. — Dans le compte-rendu du traité des accouchemens de M. Caseaux, il faut lire à la page 734, deuxième colonne, ligne 32, *pelvienne* au lieu de *céphalique*. M. Caseaux n'admet que l'évolution pelvienne spontanée, il ne conçoit la cephalique que dans les cas d'avortement ou de putréfaction du fœtus.

ce qu'il m'a déjà dit. Les testicules examinés nous présentent l'état suivant : le testicule droit, qui s'est engorgé pendant la traversée, est moins volumineux que le gauche ; sa surface est unie, sa forme ovoïde, et sa résistance est peu augmentée. La tunique vaginale contient peu de sérosité. Le testicule gauche, beaucoup plus gros que le droit, est pyriforme, très résistant, et a une surface unie à sa partie supérieure, mais bosselée à sa partie inférieure. Les bosselures sont au nombre de trois : l'une très saillante, les deux autres moindres. La première offre une sorte de fluctuation. La tunique vaginale contient à peine de la sérosité. Les deux cordons testiculaires sont sains ; on ne sent aucune tumeur dans l'abdomen. Après avoir examiné le malade avec une très grande attention, nous avons émis chacun notre opinion, et malgré mon respect pour l'avis de MM. Cullerier et Dubois, dont je reconnais et honore les talens et la grande expérience, je me suis presque mis en opposition avec eux, en soutenant que l'engorgement des testicules était uniquement syphilitique, et qu'il céderait à l'emploi bien raisonné des frictions locales et générales. Ces praticiens, qui jugeaient que la syphilis pouvait occasionner ces engorgemens, ont cependant cru convenable de terminer la consultation en disant que si, au bout d'un certain temps, le testicule gauche ne diminuait pas sous l'influence du traitement, il faudrait avoir recours à son ablation.

Le malade, voyant que MM. Cullerier et Dubois avaient partagé en grande partie l'opinion que j'avais émise le premier, voulut se confier à mes soins, et comme il était seul à Paris, dans un hôtel garni, il préféra entrer à la maison royale de santé, et je lui promis que par le traitement que je lui ferais suivre, les deux testicules seraient guéris en six ou huit semaines. Il entra donc à la maison royale de santé le 17 août 1838, et, dès le lendemain, fut commencé un traitement anti-syphilitique général et local. Le premier consistait en frictions tous les trois jours avec 2 grammes d'onguent mercuriel pour huit frictions ; 4 grammes pour huit autres ; 6 grammes pour huit autres ; 8 grammes pour les autres ; une tisane de salsepareille et des bains.

Le deuxième consistait en frictions locales journalières de 1 gramme d'onguent mercuriel et en cataplasmes émolliens.

Par l'emploi de ces moyens, le testicule droit reprit, au bout de quinze jours, toute sa souplesse, et après trois semaines de traitement, le malade eut une érection, phénomène qu'il n'avait pas observé depuis deux mois et demi ; vers la quatrième semaine, il eut une pollution, et avant la fin de cinq semaines, ce testicule était revenu à son volume et à sa souplesse naturels, et il n'y avait plus de traces de liquide épanché dans la tunique vaginale.

Le testicule gauche reprit moins vite son volume normal. Les bosselures disparurent peu à peu, et, au bout de trois semaines, il n'y en avait plus de traces. La petite quantité de liquide épanché était alors résorbée ; mais, au bout du temps que j'avais fixé au malade pour sa guérison, le testicule était encore gros et très résistant. Comme le malade continuait le traitement général, il prit patience pour le testicule, et j'ajoutai aux moyens déjà employés les fumigations de vinaigre.

Le 31 octobre, M. L., qui avait beaucoup d'affaires commerciales, quitta la maison royale de santé, mais continua son traitement chez lui. Dans le mois de novembre, je permis au malade, sur sa demande, de voir des femmes ; il n'en résulta rien pour le testicule. En décembre, je lui donnai le conseil de porter un emplâtre de *vigo cum mercurio*, en continuant toutefois le traitement général. Il a suivi mon avis, et le testicule gauche est resté un peu gros et dur.

En février 1839, M. L. contracte une urétrite, qui suit sa marche ordinaire, sans que le testicule s'en ressente. M. L. a fait plusieurs longs voyages sans aucun accident ; il est allé plusieurs fois pour ses affaires au Hâvre et à Bordeaux.

Dans le mois d'avril, M. L. vient me revoir ; l'urétrite est passée, mais le testicule est encore engorgé, et M. L. se tourmente de cet engorgement. Je lui conseille de revenir au traitement local, ce qu'il me promet de faire.

En novembre 1839, je revois le malade ; il me montre son testicule sur lequel il a, d'après mon conseil, fait des frictions. Cet organe est complétement revenu à son état normal, et M. L. me dit qu'il ne s'inquiète plus de son ancienne maladie.

Obs. XII. — M. M..., âgé de 51 ans, habitant Nevers, vint à Paris, le 23 janvier 1837, pour se faire traiter d'une hydrocèle. Je vis le malade pour la première fois le même jour à la maison royale de santé, à ma visite du matin. Il n'était pas déshabillé ; il déboutonna seulement son pantalon et me montra ses organes génitaux ; je reconnus sans peine une hydrocèle du côté gauche, assez volumineuse, et je m'aperçus qu'il y avait aussi quelque chose du côté droit. Il me dit qu'en effet le chirurgien qu'il avait consulté à Nevers lui avait fait la même observation. Il ajouta qu'il avait dû se faire opérer à Nevers et que le chirurgien était venu chez lui dans cette intention ; mais qu'au moment de plonger le trois-quarts dans la tumeur, l'incertitude de l'opérateur, et les gouttes de sueur qui couvraient son front l'avaient tellement effrayé qu'il l'avait empêché de pratiquer l'opération, et qu'il était venu à Paris pour se débarrasser immédiatement de sa maladie. Il voulait même que l'opération fût faite de suite. Je lui promis de l'opérer le lendemain, et j'ordonnai qu'on préparât tout ce qu'il fallait. Je quittai de suite le malade, qui, ayant passé la nuit en voiture, désirait se reposer.

Le lendemain matin, avant de procéder à l'opération, je juge convenable d'interroger le malade sur le mode de développement de son affection et sur sa cause probable. J'apprends de lui qu'il a eu autrefois des urétrites et des chancres avec de légers engorgemens des ganglions lymphatiques inguinaux ; que ces affections ont été traitées comme le font les militaires en temps de guerre, c'est-à-dire avec très peu de soin, et que, depuis quelques mois, il s'est aperçu de l'augmentation du volume des testicules ; qu'il n'éprouve aucune douleur, et que, si ce n'était le désagrément du volume, il ne se ferait pas opérer.

J'examine les tumeurs, et je trouve qu'il n'y a pas seulement un amas de sérosité, mais qu'encore il y a gonflement des deux testicules, et guidé par les circonstances commémoratives, et par cette coïncidence de l'engorgement des deux testicules, j'affirme à M. M.., que l'hydrocèle n'est que symptomatique d'une maladie des deux organes, et que cette maladie est syphilitique ; et de suite je refuse d'opérer.

M. M.. a peine à me croire ; cependant, vaincu par mes raisons, il consent à entreprendre le traitement que je lui propose et qui consiste à faire chaque jour, sur la tumeur, une friction avec 24 grains d'onguent mercuriel, et à appliquer un cataplasme émollient.

Au bout de quinze jours, il y avait une diminution notable dans le volume des testicules : toute la sérosité du côté droit avait disparu ; presque toute celle du côté gauche était absorbée. Après trente jours de traitement, il ne restait plus de sérosité dans la tunique vaginale gauche : les testicules étaient presque revenus à leur volume naturel. Aussi M. M.. a voulu quitter la Maison Royale de santé le 19 février, pour retourner à ses occupations. Il a continué chez lui le traitement commencé, il m'a écrit plusieurs fois : le testicule gauche qui était moins gros que le droit, mais dont la tunique vaginale contenait une grande quantité de sérosité, a été guéri le premier ; le gauche a eu plus de peine à reprendre son volume naturel ; mais enfin au bout de six mois, il était tout à fait guéri.

Mais si je rapporte des observations où j'ai su reconnaître la nature de la maladie, je ne dois pas passer sous silence celles où je me suis trompé. Heureusement pour moi que mon erreur a été partagée par un des chirurgiens les plus distingués et les plus haut placés, M. le professeur Roux. C'est une nouvelle preuve de la difficulté du diagnostic.

Obs. XIII. — M. R..., âgé de 25 ans, se présente dans mon cabinet pour me consulter sur une tumeur des bourses. Je l'examine et je trouve le testicule gauche tuméfié. Le poids de la tumeur fait naître dans mon esprit quelques doutes sur sa nature. Je crois convenable de la regarder à la lumière ; mais cette recherche ne m'apprend rien. Je dis au malade qu'il a un engorgement syphilitique consécutif du testicule, et je lui indique le traitement approprié. Il me répond qu'il a consulté M. Roux, qui lui a dit la même chose, et qu'en conséquence il va faire ce traitement. Au bout de quatre mois environ, je revois le malade dont la tumeur a le même volume. Il me raconte qu'ayant fait pendant deux mois le traitement ordonné par M. Roux et par moi, sans en avoir obtenu d'heureux résultats, malgré la précision avec laquelle il a suivi l'ordonnance, il a consenti à laisser ponctionner la tumeur par un jeune médecin de ses amis. La ponction faite avec un très petit trois-quart, a donné issue à une sérosité limpide, et la tumeur a été complètement vidée. C'est donc une simple hydrocèle, qui s'est de nouveau remplie, et il me prie de lui faire l'injection pour la cure radicale. Le malade seul à Paris, préfère entrer à la Maison Royale de santé. Il prend donc un lit au n° 6 de la salle commune. Son ami n'avait jamais vu la transparence ; une nouvelle exploration très attentive ne m'en laisse voir aucune : néanmoins, d'après les antécédans, je me décide à l'opération ; je la pratique le 13 mai 1836 en présence du jeune médecin qui avait fait la première ponction. Le canule du trois-quarts donne issue à une sérosité limpide ; mais l'examen de la tunique vaginale fait reconnaître qu'elle a acquis une épaisseur de un à deux millimètres, et je fais part au jeune médecin et au malade, son ami, de la crainte que j'ai de ne pouvoir obtenir une cure radicale, et de celle plus fâcheuse encore d'être obligé d'en venir à l'ablation du testicule. L'injection vineuse est faite selon les règles, puis des applications de compresses trempées dans le vin chaud sont continuées pendant huit jours. La tumeur ayant alors repris sa grosseur première, j'emploie les cataplasmes émolliens. La piqûre du trois-quart ne s'est pas fermée ; du pus s'est écoulé par son orifice et le malade est sorti de la Maison Royale de santé le 26 août sans être complétement guéri. Depuis je ne l'ai pas revu.

Je donnerai pour dernière observation celle d'un malade qui avait un engorgement syphilitique consécutif avec hydrocèle.

Obs. XIV. — Le nommé Hatron, âgé de 36 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, le 18 avril 1840, pour une tumeur des bourses. Cet homme, pâle et faible, dit qu'il jouit habituellement d'une bonne santé, mais qu'il a été affaibli par le traitement qu'on lui a fait subir, pendant un mois, à l'hôpital Necker, pour une angine. Il ne peut donner aucun renseignement sur la nature de cette angine. A l'âge de 21 ans, il a eu des chancres et une urétrite, qui furent traités par Charles Albert. Il prétend ne pas avoir eu alors de bubons, et n'avoir éprouvé depuis aucun accident vénérien.

Lors de sa sortie de l'hôpital Necker, le 1er avril 1840, le testicule droit commença à se gonfler, sans que cette tuméfaction fût accompagnée d'aucune douleur. Le 10 avril, le testicule gauche se gonfle à son tour et devient douloureux. Il ne sait à quoi attribuer ce gonflement des testicules, qui paraît tout à fait chronique. L'examen des bourses fait reconnaître l'état suivant des organes malades : du côté droit, la tumeur est plus volumineuse ; le testicule est peu augmenté de grosseur, mais la tunique vaginale contient une assez grande quantité de sérosité, qu'on apprécie par la transparence et la fluctuation ; cette dernière est très manifeste. La peau du scrotum a conservé sa couleur normale ; on peut presser sur tous les points de la tumeur sans occasionner la moindre douleur. Le volume de ce côté est égal à celui du poing. Du côté gauche il n'y a pas de sérosité, et le volume de la tumeur, moindre que du côté droit, dépend uniquement du gonflement du testicule. Le corps même de cet organe a peu augmenté de volume et de dureté : c'est principalement l'épidydyme qui est affecté ; il offre une dureté excessive, et sa grosseur est telle qu'on dirait un testicule surajouté à l'autre ; la peau est rouge et la sensibilité assez vive. Le 20 avril, je fais commencer le traitement, qui sera exposé plus bas, et dès le 28 du même mois, il est survenu un amendement notable. L'épanchement de la tunique vaginale droite est presque entièrement résorbé. Le volume et la dureté du testicule gauche ont considérablement diminué. Malgré mes instances, le malade veut sortir le 1er mai,

parce que, dit-il, il a des affaires importantes, et il est en voie de guérison. J'examine donc, avec une attention scrupuleuse, les parties, siége du mal, et je trouve que l'épanchement du côté droit a disparu entièrement et qu'il n'y a plus ni transparence ni fluctuation, mais le testicule est encore gros. Du côté gauche, cet organe est revenu à son état normal, mais l'épididyme est encore dur et engorgé.

Les quatre observations (9, 10, 11, 12), qui viennent en preuve de ce que j'ai dit sur le diagnostic, font voir que le pronostic de l'engorgement syphilitique consécutif du testicule n'est pas grave, puisque les quatre malades ont guéri. Les deux dernières démontrent qu'on ne doit pas se laisser rebuter par la longueur du traitement.

Le traitement de cette maladie est le traitement antisyphilitique par excellence, celui par les frictions mercurielles modifiées selon les circonstances. Je suis certain, d'après les succès que j'ai obtenus par ce moyen thérapeutique, que le traitement général suffirait seul pour la guérison; mais comme il aurait une action locale moins prononcée, et que le malade pourrait croire qu'il est mal soigné, je pense qu'il est plus convenable de suivre en même temps un traitement local et général. Le premier produit toujours un amendement et même une guérison complète, mais il ne détruit pas le principe syphilitique, comme le prouve l'observation 8, puisque six mois après le malade a une syphilide. Il faut donc agir comme j'ai fait chez le malade de l'observation 9. Cependant je ferai observer que, pour agir ainsi, il est nécessaire que le malade y consente et qu'il veuille suivre le traitement pendant le temps convenable.

Voici les règles d'après lesquelles j'agis : si le malade vent faire un traitement complet, je me contente de frictionner chaque jour le testicule avec 60 ou 80 centigrammes d'onguent mercuriel, et j'applique par dessus un cataplasme fait avec une forte décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots et la farine récente de graine de lin. Je trouve que ce cataplasme est plus émollient que tout autre et conserve mieux son humidité onctueuse. Je fais tous les trois jours alternativement sur les jambes et les cuisses une friction avec l'onguent mercuriel à la dose de :

2 grammes pour les huit premières frictions;
4 grammes pour les huit frictions suivantes;
6 grammes pour les huit frictions suivantes;
8 grammes pour toutes les autres.

Le malade prend un bain après quatre frictions, c'est le moins qu'il puisse faire; il en prend plus à sa volonté. Il doit porter, au moins pendant quinze jours, le même caleçon, qui se trouve ainsi imprégné d'onguent mercuriel.

Je pousse la dose du traitement complet à 150, 200, 250 grammes, et quelquefois plus haut. Il n'en résulte aucun inconvénient, quand le traitement est bien conduit. Il n'y a ni salivation, ni aucun de ces accidens que l'ignorance et le charlatanisme ont attribués au mercure.

J'ai employé une fois 500 grammes d'onguent mercuriel en friction, comme je le dirai plus bas.

Si le malade ne veut pas se soumettre au traitement complet, je donne la dose de frictions locales plus forte : ainsi 120, 150 centigrammes. Cette méthode est mauvaise; j'en ai signalé plus haut l'inconvénient.

Pour tisane, j'administre la décoction de salsepareille avec le sirop sudorifique.

J'ai toujours exigé le repos au lit; j'ai suivi les préceptes donnés généralement, quoique je les croie inutiles. Le séjour au lit est plus commode à cause du cataplasme; mais je pense qu'on pourrait s'en dispenser si les malades avaient absolument besoin de marcher.

Nous voyons, en effet, l'engorgement du testicule diminuer chez les sujets des observations 8, 9 et 10, quoiqu'ils se livrent à un exercice actif. Je n'oserais cependant pas donner ce précepte comme formel; c'est au chirurgien à savoir en faire l'application.

Ce traitement bien simple, trop simple peut-être pour certaines personnes, qui ne croient bien pratiquer la médecine ou la chirurgie qu'en s'entourant d'une foule de médicamens ou d'instrumens, peut, si l'on fait erreur de diagnostic, être suivi d'accideus graves. Si, prenant un cancer du testicule pour un engorgement syphilitique consécutif, le praticien fait faire des frictions mercurielles, il verra le mal conduire rapidement le malade au tombeau, au milieu des douleurs les plus atroces. Qu'il soit donc réservé dans son diagnostic, et que, dans les cas douteux, il agisse avec prudence; qu'il commence par des frictions à doses très minimes d'onguent mercuriel; qu'il les augmente s'il obtient de l'amélioration, ce qui arrive promptement dans les cas de syphilis constitutionnelle; mais qu'il les cesse de suite si l'emploi de ce médicament réveille les douleurs.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR L'EMPLOI DU PLATINE EN MÉDECINE, par M. le docteur FERD. HOEFER.

§ I. — DU PLATINE EN GÉNÉRAL.

Le platine a la couleur et l'éclat de l'argent; il a seulement une teinte un peu plus grisâtre. Il est extrêmement ductile et un peu moins malléable que l'or. D'après Wollaston, la ténacité du platine est à celle du fer, comme 59 : 60. Le platine parfaitement pur est plus mou que l'argent; la présence d'une quantité minime d'un métal étranger le durcit beaucoup. C'est pourquoi le platine du commerce, qui contient ordinairement 1/2 pour 100 d'iridium ou de palladium, est très dur. Le platine peut être considéré comme le plus pesant de tous les corps; son poids spécifique est 21,80. Il est infusible au feu de nos fourneaux; il ne fond qu'à la flamme d'un mélange explosif d'oxygène et d'hydrogène, ou par l'action d'une puissante pile de Volta. A une température blanche très forte, le platine se ramollit de manière à pouvoir être forgé et soudé sur lui-même, comme le fer.

Le platine est, comme l'or, inaltérable à l'air et inoxidable, soit à froid soit à chaud. Comme l'or, il a pour dissolvant l'eau régale. Les eaux régales de fluor et de brôme le dissolvent également. L'acide azotique n'attaque le platine que lorsque celui-ci se trouve allié avec une certaine quantité d'argent.

Il serait trop long d'énumérer toutes les réactions que le platine peut subir au contact des corps minéralisables et minéralisateurs. Je me contenterai de citer les principaux composés de platine, dont l'usage pourra peut-être un jour devenir beaucoup plus général qu'il n'est aujourd'hui.

1° Le *perchlorure de platine*, qu'on obtient en dissolvant le métal dans l'eau régale, est de tous les composés platiniques le plus répandu. C'est aussi avec celui-là que j'ai entrepris le plus grand nombre d'expériences. Ce composé est, à l'état solide ou en dissolution concentrée de couleur rouge brique, incristallisable. Il attire l'humidité de l'air, au moins aussi fortement que le chlorure de calcium, et ne tarde pas à couler, ou, comme on dit en style scolastique, à *tomber en deliquium*. Il est très soluble dans l'eau et dans l'alcool. Sa dissolution alcoolique laisse, sous l'influence de la chaleur, déposer du platine métallique. C'est par ce moyen qu'on peut recouvrir le verre, la porcelaine, etc., de minces couches de platine. Le perchlorure de platine est un véritable acide, qu'il convient d'appeler acide *chloroplatinique*; car il se combine avec un certain nombre de chlorure et particulièrement avec les *chlorures alcalins*, pour former des *chloroplatinates* (chlorures doubles, de l'ancienne nomenclature) bien cristallisables. Sous ce rapport, l'analogie du perchlorure de platine avec le perchlorure de mercure (sublimé corrosif) et le perchlorure d'or (sel d'or) est complète. Nous verrons tout-à-l'heure que cette analogie ne se borne pas seulement aux propriétés chimiques, mais qu'elle s'étend beaucoup plus loin.

2° *Chloroplatinate de potassium* (chlorure double de platine et de potassium). Il est à l'état de précipité récent, d'un beau jaune orange, assez peu soluble dans l'eau; il faut 144 p. d'eau à 10° pour le dissoudre. Il est un peu plus soluble à chaud et dans l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique. On l'obtient en traitant la potasse ou un sel de potasse par l'acide chloroplatinique.

Le *chloroplatinate d'ammonium* (chlorure double de platine et d'ammoniaque) est analogue au composé précédent.

3° *Chloroplatinate de sodium*. Il est très soluble dans l'eau, et donne par évaporation, de beaux cristaux prismatiques couleur rouge de sang.

La chaux, la strontiane, la baryte, la magnésie, le manganèse, le fer, le cobalt, le nickel, le cuivre, le zinc et le cadmium donnent tous des chloroplatinates analogues, dans lesquels 2 équivalens de chloracide se trouvent combinés avec 1 équivalent de chlorobase. Les bromures, les iodures et les fluorures de platine sont analogues aux chlorures.

Le *cyanure de platine*, qui a de l'analogie avec le chlorure, donne naissance à plusieurs composés doubles assez intéressans.

4° *Cyanoplatinate de potassium* (cyanure double de platine et de potassium). On le prépare en chauffant au rouge les parties égales d'éponge de platine et de cyanoferrure de potassium sec. On lessive avec de l'eau la masse calcinée, et on l'évapore; l'excès de cyanoferrure cristallise le premier; le cyanoplatinate de potassium cristallise le dernier, sons formes de prismes minces, alongés, jaunes par transmission et bleus par réflexion. (L. Gmelin.)

5° *Cyanoplatinate de mercure*. La dissolution du cyanoplatinate de potassium donne, étant traitée par l'azotate de protoxyde de mercure,

un précipité bleu de cobalt. Lorsqu'on chauffe ce précipité dans l'eau, on obtient de l'azotate de mercure, qui reste en dissolution, et un résidu blanc, qui est du cyanoplatinate de mercure pur. (Dœbereiner.)

6° *Cyanhydrate de cyanure de platine.* Ce composé cristallise en masse confuse; il se liquéfie rapidement à l'air humide. On le prépare en faisant arriver du gaz acide sulfhydrique dans de l'eau tenant en suspension du cyano-platinate de mercure.

Les *oxydes de platine* ne s'obtiennent que par des moyens indirects; ils sont peu stables et assez mal connus.

Le *platine* dans un état de division extrême (*noir de platine*), et le platine (dans un état particulier d'agrégation moléculaire (*éponge de platine*), présentent au contact de certains gaz ou de certaines substances organiques, les phénomènes les plus singuliers dont les fastes de la science fassent mention.

A. Noir de platine. C'est une poudre d'un noir de suie et très lourde. Elle transforme, au contact de l'air, l'esprit de vin en vinaigre, le gaz sulfureux en huile de vitriol, l'hydrogène en eau; bref, elle jouit de la propriété remarquable d'amener la combinaison de l'hydrogène, non seulement avec l'oxigène, mais avec tous les métalloïdes gazeux ou vaporisables; il n'en faut pas excepter le cyanogène lui-même. Tous les composés d'azote (matières animales) sont changés en ammoniaque, par un excès d'hydrogène, et en acide nitrique (eau forte), par un excès d'oxygène. Toutes ces combinaisons s'opèrent sous l'influence du platine divisé (noir de platine), sans que celui-ci perde rien de sa nature. M. Kuhlmann pense qu'on pourra appliquer cette propriété du platine divisé à la fabrication en grand de l'ammoniaque, de l'eau forte et du bleu de Prusse. Le noir de platine avait été autrefois considéré à tort comme un *sous-oxyde.*

B. Eponge de platine (platine en éponge). C'est du platine qui se trouve, par suite de la calcination du chloro-platinate d'ammonium, dans un état de porosité remarquable. L'éponge de platine peut condenser dans ses pores jusqu'à 745 fois son volume d'hydrogène, lequel se combine avec l'oxygène de l'air, pour donner naissance à de l'eau. Cette action est accompagnée d'une température si élevée, que le platine devient incandescent. Le platine en éponge possède à peu près les mêmes propriétés, seulement à un degré moins élevé que le noir de platine.

Enfin, quand on se rappelle que le platine a une très grande affinité pour le chlore, le brôme, l'iode, le cyanogène; que le perchlorure de platine se combine avec d'autres chlorures pour donner lieu à des composés cristallisables bien caractérisés, que les oxydes de platine sont très peu stables, qu'ils se réduisent facilement, souvent avec détonation (*produits fulminans*); quand on se rappelle son énorme poids spécifique, il est impossible de ne pas trouver dans le platine beaucoup d'analogie avec l'or, le mercure et l'argent.

§ II. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DU PLATINE.

Les composés de platine ayant servi à mes expériences, sont :

1° Le *perchlorure*, ou acide *chloro-platinique* ($PtCl^2$).

2° Le *chloro-platinate de sodium*, ou *chlorure double de platine et de sodium* ($2PtCl^2$, $NaCl$).

3° Le *chloro-platinate de potassium*, ou *chlorure double de platine et de potassium* ($2PtCl^2$, KCl).

4° Le *chloro-platinate d'ammonium*, ou *chlorure double de platine et d'ammoniaque* ($2PtCl^2$, NH^3Cl).

Le champ de mes recherches était entièrement nouveau; car, dans aucun ouvrage de médecine, publié soit en France, soit à l'étranger, il n'est, que je sache, question des préparations de platine considérées tout à la fois comme agens physiologiques et thérapeutiques. Je n'avais point d'anciennes observations à contrôler; j'avais à faire des expériences toutes nouvelles.

Les composés de platine sont-ils vénéneux?

Et à quelles doses le sont-ils?

Voilà les premières questions que j'avais à poser et à résoudre.

Comme presque toutes les préparations métalliques solubles sont vénéneuses à dose plus ou moins élevée, je devais, en quelque sorte, par analogie, juger que les préparations platiniques sont également vénéneuses, et qu'elles ne font point exception à la règle.

Ce jugement fut pleinement confirmé par les expériences dont je donne ici le résumé :

A. EXPÉRIENCES FAITES SUR DES ANIMAUX.

Perchlorure de platine. Un lapin de taille ordinaire, auquel j'avais fait prendre 5 décigrammes de perchlorure de platine dissous dans de l'eau distillée, continua de vivre, sans présenter extérieurement aucun phénomène remarquable.

Quatre jours après, je fis prendre au même lapin le double de cette dose, ou 1 gramme de la même substance, et l'animal ne cessa pas de vivre.

Le lendemain, je répétai la même expérience sur un autre lapin, avec 1 gramme 0,5 de perchlorure de platine. Une demi-heure douze minutes après, l'animal périt au milieu de convulsions très violentes. A l'ouverture, je trouvai la portion cardiaque et la petite courbure de l'estomac fortement colorées en jaune. La membrane interne de cet organe, de même que la muqueuse de l'œsophage, étaient très ramollies, en partie détruites, et s'enlevaient avec une grande facilité. Le sang contenu dans les ventricules du cœur était non caillé et diffluent. Le foie, les reins, les poumons et le cerveau ne présentaient rien d'extraordinaire.

Même expérience sur un chien de taille ordinaire. Mort au bout de quarante-cinq minutes. Même coloration jaune de l'estomac et du duodénum.

Chloro-platinate de sodium (chlorure double de platine et de sodium). J'avais d'abord pensé, *à priori*, que le chlorure double de platine et de sodium serait beaucoup moins toxique que le perchlorure simple, et probablement analogue aux autres sels de soude, dans lesquels les propriétés de l'acide et celles de la base se trouvent neutralisées réciproquement. En conséquence, je fis prendre à un gros lapin tout d'abord 2 grammes de chloro-platinate de sodium; mais l'animal périt, au bout de deux heures cinquante minutes, après avoir rendu (par l'anus) beaucoup de matière fécale demi-liquide, comme s'il avait subi l'effet d'une superpurgation. — Je trouvai l'estomac très peu coloré en jaune, ramolli et percé à la partie inférieure de la grande courbure; une partie des matières contenues dans l'estomac s'échappaient par cette petite ouverture pour tomber dans la cavité du péritoine. Le sang contenu dans le ventricule du cœur était caillé.

Même dose (2 grammes) sur un chien de petite taille. Mort au bout de deux heures. A l'ouverture, je n'ai point trouvé l'estomac percé, comme dans l'expérience précédente.

Chloro-platinate d'ammonium (chlorure double de platine et d'ammoniaque). Trois expériences successivement entreprises avec les doses de 2 grammes, 3 grammes et de 4 grammes de chloro-platinate d'ammonium, et une quatrième expérience avec 4 grammes de *chloro-platinate de potassium* (chlorure double de platine et de potassium), ont servi à prouver que ces composés sont moins actifs que les précédens, et qu'ils ne tuent point les lapins et les chiens (de taille ordinaire), aux doses que je viens d'indiquer.

B. EXPÉRIENCES FAITES SUR L'HOMME A L'ÉTAT DE SANTÉ.

Perchlorure de platine pris extérieurement. Lorsqu'on frotte la peau du dos de la main ou de toute autre partie du corps, avec une dissolution concentrée (dissolution de 3/4) de perchlorure de platine, on éprouve, au bout de deux à trois minutes, des démangeaisons semblables aux démangeaisons de la gale, dans l'endroit même qu'on a frotté avec la dissolution platinique. La peau, que le perchlorure de platine colore en jaune, ne tarde pas à se couvrir de très légers boutons rosés, qui disparaissent au bout de trois à quatre minutes. La peau reste colorée en jaune, comme si elle avait subi l'action de l'acide nitrique (1). L'épiderme n'est pas détruit.

Quand on lave le gland et le prépuce avec la dissolution de platine, on observe, au bout de quelque temps, les phénomènes suivans :

Démangeaisons très vives, qu'accompagne bientôt une sensation de chaleur et de picotemens assez incommodes; symptômes d'uréthrite aiguë; douleur en urinant; disurie légère. Quelques heures après, il se manifeste, au pourtour du gland, des boutons d'une teinte un peu livide, légèrement saillans, de la grosseur d'une tête d'épingle. A un examen superficiel, on pourrait les prendre pour des ulcères syphilitiques commençans (chancres). Après un laps de temps de huit à douze heures, tout est revenu à l'état normal.

Perchlorure de platine pris intérieurement. D'après ce que je venais d'observer, j'étais très curieux de savoir quelle action exercerait la dissolution de platine sur l'homme à l'état de santé, et jusqu'à quelle dose on pourrait en prendre impunément. Les expériences que j'avais faites sur les animaux m'avaient bien fait connaître la dose qui tue les chiens et les lapins; mais je ne pense pas qu'on puisse tirer de pareilles expériences des conclusions exactement applicables à l'homme.

(1) Le fait que je signale est de quelque importance en médecine légale. Si la tache jaune provient du perchlorure de platine, il sera facile de l'enlever par l'eau, tandis que la tache produite par l'acide nitrique ne s'enlève pas ainsi; la potasse caustique elle-même ne l'enlève qu'incomplètement.

Ne voulant et ne devant point expérimenter sur mes semblables, j'établis sur moi-même les expériences physiologiques suivantes :

5 centigr. de perchlorure de platine, pris dans un verre d'eau froide, ne produisaient aucun effet sensible. Les jours suivans, j'élevai successivement la dose jusqu'à 2 décigr. A cette dose, j'éprouvais quelques aigreurs d'estomac, accompagnées d'un léger mal de tête. Le pouls était normal. Tous ces phénomènes avaient disparu dans un espace de temps de 25 à 30 minutes.

Le lendemain (12 octobre), à trois heures du soir, je pris, en une seule fois, 3 décigr. de perchlorure de platine, dans un verre d'eau. Un quart d'heure après, j'éprouvai les symptômes suivans :

Frisson léger; pouls accéléré (85 pulsations par minute); sensation de chaleur et de pesanteur à la région épigastrique; céphalalgie très vive, surtout vers la région occipitale; constriction de la gorge assez forte pour gêner sensiblement la voix et la déglutition; nausées, envies de vomir. — Ces symptômes allaient en s'aggravant pendant cinq à six minutes, ce que j'attribue non pas seulement à l'action du platine lui-même, mais surtout à l'influence morale, car j'avais la conviction d'être empoisonné. Cependant ces symptômes disparaissaient rapidement, et, au bout d'une demi-heure, j'en étais quitte pour la peur; je sentais seulement dans la bouche une légère saveur métallique assez déagréable, qui persista pendant quelques heures. — Cette expérience avait été faite dans un appartement où le thermomètre centig. marquait 16°,25, l'hygromètre de Saussure 75°, le baromètre 0,76; la lumière était diffuse.

Le 14 octobre (deux jours après), je répétai la même expérience, à la même heure de la journée; mais en *plein air* (sur la butte de Montmartre); le temps était beau et serein; le thermomètre centig. marquait 12°,30; le baromètre 0,7530, l'hygromètre de S. 78°; les deux lamelles d'or de l'électroscope (de Saussure), élevé environ de 3 mètres au-dessus du sol, s'écartaient environ de 2 centim. l'une de l'autre.

Mêmes symptômes que dans l'expérience précédente, mais *à un degré beaucoup moins fort*. De plus, j'éprouvais, pendant plusieurs heures, *de petits mouvemens fibrillaires brusques*, dans le muscle occipital, dans les muscles du dos et des extrémités.

Ainsi le même agent exerce une action différente dans des conditions physiques différentes de l'atmosphère. Dans aucune de ces expériences il n'y a eu de vomissement.

Chloroplatinate de sodium (chlorure double de platine et de sodium).

Un décig. de ce sel dans un verre, pris en une seule fois. — Point d'effet sensible.

Le lendemain (10 heures du matin), je pris 2 décigr. de ce même sel dans un verre d'eau, en une seule fois. Un quart d'heure ou vingt minutes après, chaleur et sentiment de pesanteur à la région de l'estomac, borborygmes, coliques passagères; gaz s'échappant par la bouche et l'ouverture anale; céphalalgie à peine sensible.

Le même jour (3 heures du soir), je pris 4 décigr. de ce sel, en deux fois, à deux heures d'intervalle. Aux symptômes précédens se joignaient des nausées, des envies de vomir; point de vomissement; augmentation considérable des urines et de la salive. Cette augmentation était surtout sensible le lendemain matin (1).

§ III. — ACTION THÉRAPEUTIQUE DU PLATINE.

Quels sont les remèdes réputés généralement les plus efficaces dans le traitement des maladies syphilitiques? Ce sont les métaux dont le poids spécifique est très grand, non pas les métaux purs, mais les métaux combinés particulièrement avec le chlore, l'iode, l'acide nitrique, etc.

Et quels sont les métaux dont on a fait jusqu'ici usage? Le mercure, l'or, l'argent et le plomb.

Il manquait à cette liste le plus pesant de tous les métaux, *le platine*. Loin de moi l'idée de chercher quelque rapprochement entre la syphilis et la densité des métaux employés pour la guérir, bien que cette coïncidence soit réelle (2). Je ferai seulement observer en passant que les médicamens dits altérans, parmi lesquels je range le platine, sont en même temps les corps les plus lourds, les plus denses de la nature. Les médecins de l'école d'Alexandrie et du moyen-âge n'auraient pas été embarrassés pour en trouver une explication de leur façon.

Ces réflexions, jointes aux expériences que j'avais faites antérieurement, devaient me conduire peu à peu à employer le platine comme agent thérapeutique.

(1) M. Vedel, étudiant en médecine, a bien voulu répéter sur lui-même la plupart de ces expériences, qu'il a trouvées en tout point conformes aux miennes.

(2) Il est à remarquer que le corps le plus pesant est en même temps celui qui a la plus grande capacité pour l'électricité négative. (M. Peltier.)

Voici, à cet égard, les résultats que j'ai obtenus :

Pierre V....., âgé de 31 ans, de constitution robuste, était affecté depuis environ 10 ans, d'une blennorrhée chronique. Le mercure et le copahu avaient été inutilement administrés à différentes époques, et dans des localités différentes. Je soumis le malade, qui vint me consulter, au traitement platinique (0,025 de perchlorure de platine dans une potion de 180 grammes; bain local composé de Pt, C^2, 4 grammes; eau distillée 60 grammes). Le lendemain de ce traitement, le malade éprouva tous les symptômes d'une uréthrite aiguë; en même temps il s'était manifesté quelques boutons au pourtour de la couronne du gland. Le lendemain, tous ces symptômes avaient disparu, et, le huitième jour, la guérison était complète.

OBS. II. — Adèle M....., âgée de 22 ans, d'un tempérament sanguin, était atteinte, depuis trois mois, d'une vaginite chronique et de végétations cellulo-vasculaires (choux-fleurs, fraises, framboises) siégeant aux parties génitales externes qui étaient douloureuses et d'un rouge violet. Il y avait en même temps une adénite sous-maxillaire du côté droit. Les traitemens anti-phlogistique et mercuriel avaient échoué. La malade vint me consulter le 10 août 1840; je lui prescrivis une potion de 3 décigrammes de perchlorure de platine, de 5 décigrammes de sel marin purifié (1) dans une potion de 200 grammes, prise par cuillerées dans la journée. Les jours suivans, j'augmentai la dose jusqu'à 3 décigrammes; je fis ajouter à cela un traitement externe (liniment platinique, composé de 2 grammes de perchlorure de Pt, et de 60 grammes d'huile d'olives). Trois jours après, les douleurs avaient fait place à des démangeaisons. Guérison complète le dixième jour.

Même succès dans onze cas de maladies semblables. La guérison était complète le huitième jour du traitement, dans quatre cas; le douzième jour, dans cinq cas; et le treizième jour dans deux cas.

OBS. III. — M...., âgé de 35 ans, affecté de blennorrhagie récente, écoulement blanc, contenant des stries de sang; émission de l'urine très douloureuse; pénis chaud, tendu et recourbé (chaude-pisse cordée). Injection faite avec 2 grammes de chlorure double de platine et de sodium, et de 250 grammes de décoction de têtes de pavots; régime d'une sobriété raisonnable. Guérison le cinquième jour de ce traitement.

OBS. IV. G...., âgé de 25 ans, de constitution lymphatique, était affecté d'ulcères syphilitiques (chancres), à la face interne du prépuce et au pourtour de la couronne du gland, et d'une adénite inguinale (bubon) du côté droit. Potion de chloro-platinate de sodium, prise par cuillerées dans la journée; friction avec une pommade composée de 30 grammes d'axonge et de 2 grammes de platine très divisé. Guérison au bout de sept jours.

Mêmes succès obtenus dans trois cas à peu près semblables.

OBS. V. — F. R....., âgé de 46 ans, avait été, à différentes époques, traité par le mercure et les sudorifiques, pour des maladies syphilitiques: ces moyens avaient procuré une guérison apparente. Récidive depuis trois mois; symptômes: douleur dans l'arrière-bouche, augmentant pendant la déglutition, voix nasillarde, ulcères syphilitiques au voile du palais, à la luette, aux amydales et probablement aussi à l'ouverture postérieure des fosses nasales. Potion de perchlorure de platine continuée pendant environ trois semaines. Amélioration sensible le douzième jour de ce traitement. Guérison complète au bout de vingt-trois jours.

OBS. VI. — L...., âgé de 27 ans, de constitution robuste, avait contracté, à différentes époques, des maladies syphilitiques (ulcères) dont il avait été, *en apparence*, guéri par le traitement mercuriel. Depuis environ deux mois L.... éprouvait les symptômes suivans: maux de tête fréquens, sensation de fourmillement dans les cuisses, douleurs ostéocopes avec exacerbation pendant la nuit; éruption dartreuse de l'étendue d'une pièce de 5 fr., à la partie supérieure de la face interne de la cuisse droite. Les pilules de Dupuytrin et les bains de Barèges avaient été employés sans succès. Je fis prendre à M. L.... les pilules suivantes:

Perchlorure de platine............	5 décigr.
Extrait de gaïac..................	4 gram.
Poudre de reglisse................	q. s.
Pour 20 pilules.	

Même mode d'administration que pour les pilules de Dupuytren.

Amélioration sensible le huitième jour; guérison complète le seizième jour.

OBS. VII. — J...., âgé de 30 ans, de constitution nerveuse, avait la face, les membres et la poitrine couverts de dartres, amoncelées sur les lèvres et au menton. Les bains sulfureux, le mercure, l'iode, les antiphlogistiques, tous ces moyens avaient échoué. Traitement platinique: Potion avec 25 centigrammes de perchlorure; lotion avec 8 grammes de perchlorure de platine dans 200 grammes d'eau distillée. Guérison le quinzième jour du traitement indiqué.

OBS. VIII. — B...., affecté depuis plus de dix ans de rhumatismes vagues qui occasionnaient tantôt des coliques, tantôt des maux de tête, tantôt de fausses douleurs de pleurésie, au grand désespoir du malade.

Les diurétiques avaient été employés sans succès notable.

(1) Le sel marin du commerce n'est presque jamais pur; indépendamment d'une certaine quantité d'iodure de sodium, il contient presque toujours du nitrate de potasse et du chlorure de potassium. Or, le perchlorure de platine précipite (en jaune orangé) les sels de potasse, et se neutralise en proportion du précipité qu'il produit.

Je prescrivis une potion de chlorure double de platine et de sodium, dont j'augmentai graduellement la dose. Ce traitement fut continué pendant vingt jours (du 3 au 23 juin). Il y a aujourd'hui (25 octobre) plus de quatre mois que le malade n'a senti aucun des accès qui faisaient le tourment de sa vie. J'ai obtenu un égal succès dans presque toutes les affections rhumatismales traitées par ce remède.

Chez quelques-uns des malades soumis au traitement platinique, il y avait une augmentation considérable de l'excrétion urinaire, et quelquefois une légère salivation nullement douloureuse et sans gonflement des gencives et de la langue. Ces phénomènes n'ont du reste point incommodé les malades. Du côté de la digestion, je crois avoir remarqué plus souvent de la constipation que du relâchement.

Pendant le traitement platinique, il est inutile que les malades s'astreignent à un régime sévère et fatigant. Il faudra cependant (dans les symptômes primitifs et inflammatoires) éviter une nourriture trop substantielle et des boissons trop excitantes.

Je n'ai observé, à la suite du traitement par le platine, aucun des accidens qu'on reproche au mercure.

§ IV. — RÉSUMÉ.

1° Les préparations de platine (chlorures) sont toxiques; le perchlorure l'est à la dose de 1 gramme 05; le chlorure double de platine et de sodium à la dose de 2 grammes.

2° Les chlorures de platine (perchlorure et chlorure double de platine et de sodium) sont moins vénéneux que le sel d'or et le sublimé corrosif.

3° Le perchlorure de platine; en dissolution concentrée, produit de vives démangeaisons sur la peau, suivies d'une légère éruption cutanée dans l'endroit où la dissolution a été appliquée. Pris intérieurement, il irrite d'abord la muqueuse de l'estomac, occasionne de la céphalalgie, réagit sur le centre nerveux, et exerce, par cet intermédiaire, une action particulière, *altérante*, sur les liquides de l'économie.

4° Le chlorure double de platine et de sodium ne produit point d'irritation locale sur la peau. Pris intérieurement, il ne réagit pas sur le centre nerveux d'une manière aussi sensible que le perchlorure simple; il augmente plus particulièrement la sécrétion urinaire.

5° Le perchlorure de platine est un remède très efficace dans le traitement des maladies syphilitiques, et particulièrement de celles qui sont anciennes, invétérées (*constitutionnelles*).

6° Le chlorure double de platine et de sodium est plus convenable dans le traitement des maladies syphilitiques récentes (*primitives*). Il est également très efficace dans le traitement des affections rhumatismales.

7° Le platine doit être rangé dans la classe des médicamens dits *altérans*, à côté de l'or, de l'iode et de l'arsenic. Il diffère du mercure en ce qu'il agit après une excitation préalable; et en ce que son administration n'entraîne aucun des accidens qu'on reproche au mercure. Les sels d'or, qui paraissent être vénéneux à des doses beaucoup moins élevées que les sels de platine, ne sont, suivant les auteurs, efficaces que dans certains cas de syphilis constitutionnelle.

8° Le platine est préférable, comme médicament altérant, au mercure et à l'or.

TOXICOLOGIE.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE TABAC DONNÉ EN LAVEMENT; par M. F.-L. TAVIGNOT, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

A l'exception de quelques observations que l'on trouve éparses çà et là, principalement dans les recueils étrangers, l'empoisonnement par le tabac, chez l'homme du moins, est encore heureusement un accident assez peu commun. Nous sommes loin cependant d'ignorer que, dans certain traité de maladies chirurgicales (1), on trouve quelques observations où, à propos d'étranglemens herniaires, des lavemens de tabac ont été administrés à des doses diverses, et qu'il s'en est suivi des accidens promptement mortels, au développement desquels ce médicament paraît bien avoir eu quelque part.

Mais on pourra toujours objecter que, dans ces observations, le problème de sa nature se trouvait être essentiellement complexe, puisque, d'une part, on avait à tenir compte des symptômes de l'étranglement, qui se révèle si ordinairement par des vomissemens, et de ceux de l'intoxication par un poison narcotico-âcre, dont les vomissemens sont aussi un symptôme important. Il fallait donc, pour bien étudier l'action toxique du tabac sur l'économie à l'état physiologique, avoir recours à l'expérimentation, et aujourd'hui, on peut le dire, depuis les belles expériences du doyen de la Faculté de Paris, de M. Orfila, personne n'ignore les symptômes que développe chez les animaux, chez les chiens, par exemple, l'introduction dans l'organisme d'une dose variable de tabac, soit par l'estomac, soit appliqué sur le tissu cellulaire, ou bien, ce qui est encore plus actif encore, administré en lavement.

Mais il restait encore à répondre d'une manière péremptoire à une objection que l'on adresse souvent encore de nos jours aux expérimentations, à savoir : la différence de symptômes qu'une même substance peut offrir, administrée chez l'homme et chez les animaux, dans les mêmes conditions physiologiques. A défaut d'expériences directes que la prudence ne permettrait guère de tenter, il faut savoir profiter de tous les cas malheureux et accidentels qui se présentent à l'observation.

Evidemment si, par suite de déplorables erreurs, qu'il n'est pas de notre sujet d'examiner ici, on vient à pouvoir étudier l'action d'une substance délétère sur l'homme à l'état normal, on aurait tort de ne pas profiter de cette circonstance, et chercher à en retirer pour la science tout le profit possible.

Déjà, en 1832, M. le docteur Chantourelle (1) a relaté une série d'accidens sérieux survenus à la suite d'une infusion de poudre de tabac prise en lavement, à la dose de 45 grammes.

Voici, en quelques mots, le résumé de cette observation, qu'il nous sera facile de comparer, dans ses principaux traits, avec celle qui nous appartient.

OBS. I. — M. G., ancien marin, âgé de 38 ans, d'une forte constitution, imagina, pour se guérir d'une urétrite qui le tourmentait beaucoup, de faire bouillir dans l'eau et de prendre en lavement 45 grammes de tabac.

Quelques minutes après son administration, il est pris de douleurs abdominales très vives, de brûlement intérieur. Peu de temps après, il eut le bonheur de *rejeter* une partie du lavement. Vives douleurs à l'épigastre, nausées et vomissemens pénibles. Au bout d'une demi-heure, une réaction violente se fit sentir dans le système cérébro-spinal. Il se roulait sur son lit, en témoignant les plus grandes douleurs; il portait sans cesse les mains sur l'abdomen, et se tirait violemment le pénis. Abolition presque complète des facultés intellectuelles; face violette, contractée; muscles du côté gauche dans une contraction permanente; yeux fixes; pouls concentré, presque insensible, intermittent, d'une lenteur remarquable (45 pulsat.); respiration lente; les parois thoraciques se meuvent à peine.

Peau froide, ainsi que les extrémités; état de torpeur; mouvemens violens, automatiques, lents, différens en cela des convulsions spasmodiques et instantanées; le malade se levait debout et pouvait encore faire quelques pas, comme un homme ivre. Une saignée; sinapismes; cataplasmes; lavement émollient; tels furent les moyens mis en usage.

Longtemps encore le pouls fut lent; les facultés intellectuelles furent vingt-quatre heures à revenir. Le malade put à peine se rappeler les circonstances de sa maladie. Dyspepsie pendant plusieurs jours.

Ce fait ne manque certainement pas de quelque intérêt, car il confirme les expériences de MM. Orfila et Fodéré sur les poisons narcotico-âcres. L'heureuse terminaison, dans ce cas particulier, tient sans doute, abstraction faite du traitement qui, en général, est bien peu efficace, à la dose assez peu considérable (45 grammes), et surtout à l'espèce même de tabac. Il paraît en effet certain que son action est bien autrement énergique quand on l'emploie en feuilles. Il semblerait que par sa trituration et sa réduction en poudre, il se soit volatilisé une partie de son principe actif. On devra tenir compte aussi, et pour beaucoup, de l'expulsion presque immédiate d'une partie au moins du lavement. Il est facile de concevoir en effet que cette portion a été autant de moins de soustraite à l'absorption.

C'est donc encore là, on le comprend, une circonstance heureuse, et que l'on devra prendre en considération dans les méthodes thérapeutiques dirigées contre l'empoisonnement produit par le tabac donné sous forme de lavement.

Une des circonstances essentielles de l'influence favorable des lavemens purgatifs dans ces circonstances résulte, on le comprend facilement, de leur précoce administration; c'est-à-dire avant que la substance délétère ait pu être absorbée.

OBS. II. — Le 17 octobre 1840, remplissant mes fonctions d'interne de garde, je fus mandé en toute hâte, vers midi et demi, auprès d'un malade couché au n° 4

(1) Je veux parler d'Astley Cooper.

(1) Chantourelle, REVUE MÉDICALE, 1832, t. II, p. 88. Observ. d'empoisonnemens par une infusion de tabac donné en lavement.

de la salle Sainte-Marthe. Déjà observé plusieurs fois depuis son entrée à l'hôpital, le matin même il avait fixé mon attention à cause de l'incommodité dont il était atteint. C'était un homme de 55 ans, d'une vigoureuse constitution, à système musculaire encore bien développé, à face colorée et jouissant de toutes les apparentes d'une santé florissante. Il ne nous a jamais offert aucun trouble, soit dans les fonctions intellectuelles, soit dans celles de l'inervation on de la locomotive, etc. Il éprouvait seulement depuis quelque temps une difficulté croissante pour uriner; quelquefois son jet d'urine se trouvait brusquement supprimé. Joignez à cela quelques douleurs qu'il éprouvait dans le bassin lors de la marche et d'un exercice force et vous comprendrez comment, au premier aperçu, le chirurgien auquel le malade s'est adressé au bureau central a pu *soupçonner* un instant l'existence d'un calcul dans la vessie, et dans l'espoir de pratiquer une opération le fit entrer dans un service qu'il remplissait par intérim. Mais hâtons-nous de le dire, l'exploration directe n'a pas confirmé cette prévision chirurgicale; la vessie était parfaitement libre, elle paraissait seulement fortement contractée et s'appliquait énergiquement sur l'instrument explorateur; un gonflement assez notable de la prostate constaté par le cathéterisme et plus positivement encore par le toucher rectal, parut dès-lors rendre compte des accidens éprouvés par le malade; mais une démangeaison que le malade accusa à la partie inférieure du rectum ayant appelé l'attention vers ce point, on ne tarda pas à constater l'existence de petits vers nombreux au pourtour de l'anus, et dont la présence rendait parfaitement compte des symptômes observés dans cette région; des frictions avec l'onguent napolitain furent prescrites en premier lieu; mais au bout de quelques jours la douleur et une sensation particulière de malaise persistant plus profondément dans l'intestin rectum, on jugea convenable de combattre ces oxyures à l'aide du tabac, donné sous forme de lavement, seulement par une sorte de prudence en quelque sorte exagérée, cette solanée fut prescrite en notre présence. et comme on a pu le vérifier ultérieurement sur les cahiers de visite, à la dose assez minime de 60 centigrammes dans 200 grammes d'eau. Mais à peine sept ou huit minutes s'étaient-elles écoulées depuis l'administration du lavement, que le malade parut offrir un peu de stupeur, de céphalalgie, une pâleur insolite de la face; une douleur peu vive d'abord fut accusée à l'abdomen, puis bientôt les réponses s'embarrassèrent et parurent gênées. Un peu d'agitation commençant déjà à se manifester, les personnes de service crurent convenable de m'envoyer chercher en toute hâte.

Il ne me fut guère difficile (la circonstance du lavement médicamenteux m'étant connue) de méconnaître les symptômes d'un empoisonnement. Mon premier soin fut de faire administrer au malheureux un lavement purgatif, pendant que je vérifiais sur les cahiers la dose de 60 centigrammes que je savais bien cependant n'être pas capable de déterminer de pareils troubles dans l'organisme; l'idée me vint bientôt qu'une erreur avait pu être commise, et j'envoyai promptement à la pharmacie pour s'enquérir de cette circonstance. J'acquis bientôt la triste certitude que 60 grammes de tabac, au lieu de 60 centigrammes, avaient été donnés en infusion dans 200 grammes d'eau; dès-lors, plus de sujet d'étonnement, plus de doute, le malade était empoisonné. Mais il fallait cependant encore se hâter d'agir, et il fallait chercher s'il était possible d'enlever à la mort cette victime d'une fatale imprudence et d'une ignorance non mois coupable. Un second lavement purgatif fut encore administré par mes ordres, pendant que je prescrivais une potion stimulante, une infusion de café, etc., pendant que des compresses imbibées d'eau froide étaient placées sur la tête, je promenais à diverses reprises des sinapismes sur les extrémités inférieures, des frictions sèches étaient aussi faites sur différens points périphériques du corps. Je prescrivis aussi une saignée de 3 palettes, qui fut faite par M. Cantrel, externe de l'hôpital. Mais nonobstant cette série de moyens que je mettais d'ailleurs en usage sur la recommandation des auteurs et non d'après mon expérience et mon autorité personnelles, les symptômes n'en marchèrent pas moins, et voici quelle fut leur succession : Pâleur de plus en plus prononcée de la face et du corps, facies exprimant la douleur et un peu de stupeur, pupilles ne me paraissant ni *contractées* ni *dilatées*, respiration de plus en plus gênée et anxieuse, intelligence complètement abolie, et tandis qu'il n'y a qu'un instant le malade, quoique ne pouvant répondre nettement, paraissait cependant comprendre encore les questions, maintenant il y est indifférent. Mais ce qui nous frappa surtout, ainsi que les personnes présentes, ce furent des tremblemens convulsifs, des bras d'abord, des jambes et de tout le corps ensuite, qui allèrent progressivement en augmentant pendant six ou sept minutes et auxquels succéda un état de prostration extrême, avec respiration moins fréquente, mais cependant paraissant très pénible. Un état comateux bien caractérisé avec résolution de tous les membres fut la dernière scène de ce pénible drame. Le malade n'a pas eu de *vomissemens* pendant tout le temps qu'il fut soumis à notre observation, c'est-à-dire, pendant environ dix à douze minutes; nous nous sommes enquis à diverses reprises de l'état du pouls avant, pendant et après l'émission sanguine; or, dans aucun cas, il ne nous a paru notablement modifié, le maximum de pulsation a été de 68 et le minimum, c'est-à-dire après la saignée de 44.

Parmi les moyens divers que nous avons cru devoir employer, en désespoir de cause, contre une perturbation aussi violente, quelques-uns n'ont pu être mis en usage, à cause de la rapidité avec laquelle se sont succédé les accidens et la promptitude de la mort (tels sont le café, la potion éthérée).

Y avait-il quelque chose de plus énergique et de plus efficace à tenter? J'avoue que je l'ignore complètement. Il est à regretter, sans doute, que, comme complément de cette histoire pathologique, je ne puisse donner ici les détails de l'autopsie, qui, à mon grand regret, n'a pas été faite, par suite de considérations en dehors de mon sujet.

Le tabac a joué un certain rôle en thérapeutique chirurgicale, surtout pour la réduction des hernies étranglées. Cet exemple servira, sans doute, à fixer davantage encore la dose à laquelle il ne saurait être porté sans danger. Prescrit par Pott à la dose de 8 grammes (en lavement), Astley Cooper l'a de nouveau préconisé, mais en ayant soin d'insister sur la quantité que l'on peut prescrire sans danger et sur celle qui peut devenir nuisible.

« Le lavement de tabac, qui est de beaucoup préférable à la fumée, se prépare, dit A. Cooper (1), en mettant infuser, pendant 10 minutes, un drachme, ou 4 grammes, de tabac dans 500 grammes d'eau. Mais, comme les effets de ce médicament énergique varient d'une manière remarquable, suivant les sujets et peut-être suivant la qualité du tabac, il est plus prudent de n'injecter d'abord que la moitié de cette dose et d'administrer le reste une heure après, quand la première portion n'a pas suffi. Cette timidité peut paraître exagérée à ceux qui pensent que l'injection de deux drachmes (8 grammes) de tabac en une seule fois est la dose habituelle; mais, éclairé par ma propre expérience, je n'hésite point à affirmer que tout praticien qui emploiera souvent cette dose élevée aura plus d'une fois lieu de s'en repentir. » Suivent deux exemples où les malades paraissent avoir succombé à l'action délétère du tabac, administré à la dose de 8 grammes.

Bien entendu que l'âge des malades, leurs constitutions, leur état actuel, doivent être pris en sérieuse considération, avant d'administrer un médicament aussi actif, et qui peut tuer en quelques minutes. Ainsi, chez les enfans, qu'on y fasse bien attention, la dose de 4 grammes pourrait amener des accidens sérieux et la mort, comme cela n'a malheureusement été que trop souvent observé; de telle sorte qu'en présence des faits malheureux que la science possède aujourd'hui, on serait tenté de se demander si les accidens malheureux produits par cette substance se trouvent suffisamment compensés par son heureuse influence thérapeutique dans d'autres circonstances. La dose de 30 grammes, que l'on trouve indiquée dans les divers formulaires, serait évidemment exagérée si on n'y ajoutait 60 centigrammes de tartre stibié, qui, agissant comme purgatif, empêche, on au moins en diminue beaucoup l'absorption. Mais, même administré de la sorte dans tous les cas, il pourrait peut-être en résulter quelques accidens, chez les enfans surtout. Un utile enseignement nous paraît donc résulter de l'observation que nous avons recueillie nous-même, sans avoir été l'auteur des accidens que nous avons relatés. C'est qu'il faudra bien se garder d'administrer les feuilles de tabac en lavemens à une dose qui surpasserait celle prescrite par Astley Cooper. Trop heureux si, en appelant l'attention des chirurgiens sur ce sujet, nous pouvons éviter à l'avenir quelque fatale erreur et quelque terrible accident.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE.

LOI GÉNÉRALE DE LA REPRODUCTION DANS TOUS LES ÊTRES VIVANS; PAR M. F. LALLEMAND, PROFESSEUR A MONTPELLIER.

(Suite. — Voir le numéro 46.)

La génération est la fonction la plus universelle, avec la nutrition, puisque tous les êtres vivans se reproduisent.

Malgré la diversité apparente des phénomènes observés jusqu'à présent, il doit y avoir quelque chose de commun dans un acte qui est commun à tous. C'est ce qu'il faut chercher, car c'est la condition *essentielle* de la fonction. Tout le reste n'est qu'accessoire, puisque tout le reste peut manquer sans que la fonction disparaisse. C'est dans les êtres les plus simples qu'il faut chercher cette condition *fondamentale* de la génération, puisque c'est chez eux que la fonction, réduite à ses derniers termes, est débarrassée de tout ce qui n'est pas indispensable.

Le mode de génération le plus simple est sans contredit celui qui n'exige pas le concours de deux individus ou de deux organes distincts. La *monogénie* peut s'accomplir par *scission* longitudinale ou transversale, par *gemmiparité* extérieure ou intérieure, par spores, par propagules, tubercules, turions, etc. Mais, dans tous ces cas, une partie vivante se sépare de l'animal *type* (2), quand elle possède tout ce qui lui est nécessaire pour continuer à se développer isolément.

---

(1) OEuvres chirurgicales, p. 240, trad. de Chassaignac et Richelot.

(2) Je dis *type* et non pas *mère*, comme on fait ordinairement, parce qu'il n'y a de mère que chez l'individu qui possède des organes femelles, et l'on ne trouve jamais d'organes femelles que dans les espèces où il existe des organes mâles. L'individu qui se reproduit par *monogénie* n'est donc pas plus une *mère* qu'un *père*. Ce vice de langage a trompé bien des physiologistes.

Ce n'est pas au moment où l'être nouveau acquiert une *existence indépendante* que la vie lui est communiquée, car dès les premiers instans il jouissait de la même vie que l'organisme *souche*, et quelquefois même il contribuait à l'entretien commun quand la séparation s'est opérée. La reproduction par *monogénie* n'est donc qu'une extension de la nutrition, et, ce qui le prouve, c'est qu'elle est proportionnée à l'abondance de l'alimentation. Quand elle est exubérante, les nouveaux polypes poussent eux-mêmes des bourgeons, et ceux-ci en produisent d'autres avant que la séparation s'opère; en sorte qu'on peut compter trois et quatre générations sur la souche première.

Lorsque les divers tissus de l'économie sont devenus très distincts, lorsque les fonctions se sont multipliées, localisées, en acquérant un haut degré de perfection, la reproduction ne peut plus s'opérer que par le concours des deux individus ou de deux organes distincts. Mais la transition ne s'opère pas d'une manière brusque, car il y a beaucoup de végétaux et d'animaux qui se reproduisent à la fois par *monogénie* et par *digénie*. D'un autre côté, dans les classes inférieures, les deux sexes diffèrent très peu, et même dans les *conjuguées*, il est impossible de distinguer le mâle d'avec la femelle. Les deux tubes sont remplis de matière semblable, ils se rapprochent, les granules passent d'une cavité dans l'autre et la fécondation a lieu; mais personne n'aurait pu dire à l'avance quelle serait celle des deux cellules qui recevrait les granules de l'autre.

A mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, les organes de la reproduction se compliquent de part et d'autre, ils prennent des caractères de plus en plus distincts, mais au fond le phénomène *essentiel* de la reproduction est toujours le même. Dans la *monogénie*, une partie vivante se sépare du *type* quand elle peut continuer à se développer isolément; dans la *digénie*, une partie vivante se sépare des organes mâle et femelle quand il peut en résulter un être nouveau, susceptible d'un développement ultérieur complet.

L'ovule végétal vit de la vie de l'ovaire au moment où la fécondation s'opère; il continue à recevoir sa nourriture du podosperme, qu'on a mal à propos appelé cordon ombilical, jusqu'au moment où l'embryon et l'embryotrophe ont pris assez de développement pour puiser ailleurs les élémens d'une existence indépendante (germination).

L'ovule animal vit après sa séparation de l'ovaire et avant d'être fécondé, car il continue à croître, il s'enveloppe d'albumine, de nouvelles membranes, etc. Dans les batraciens, les ovules les plus faciles à féconder artificiellement sont ceux qu'on prend à la fin de l'oviducte; les fécondations sont d'autant plus rares qu'on opère sur des ovules plus voisins de l'ovaire; elles sont nulles quand on agit sur des ovules puisés dans l'ovaire lui-même. Ainsi les ovules se perfectionnent comme les zoospermes, en approchant de l'orifice extérieur. Les ovules des batraciens peuvent encore être fécondés quatre jours après leur extraction, quand on les conserve dans des conditions convenables: si la fécondation est impossible plus tard, c'est par la même raison que la graine cesse de pouvoir germer, c'est-à-dire parce que la vie s'y est éteinte. Aussitôt que la fécondation vient d'avoir lieu, la surface de l'ovule se couvre de sillons dans tous les sens et change à chaque instant d'aspect. De semblables contractions ne pourraient avoir lieu dans les membranes propres de l'ovule, s'il n'était vivant avant la fécondation.

En résumé, l'ovule n'est pas seulement un *réservoir* de matériaux nutritifs pour l'embryon; c'est encore une partie *douée de vie*; sa vitalité s'accroît même après qu'il est séparé de l'ovaire. La vie lui est indispensable pour s'unir avec le zoosperme, car une *soudure* ne peut s'établir qu'entre parties vivantes. Si l'on a pu douter de la vitalité des ovules, c'est qu'on en a jugé par comparaison, sans songer qu'il y a bien des degrés entre le lichen et l'homme, entre l'os et le muscle, quoique le lichen et l'os jouissent aussi de la vie; c'est qu'on ne s'est pas assez souvenu que l'animal le plus élevé dans l'échelle des êtres passe par tous les états intermédiaires, et qu'au moment de la fécondation il se trouve précisément au point de départ, au degré le plus inférieur de l'animalité.

Sur quel point de l'ovule s'opère la soudure du zoosperme? Sur la membrane proligène qui existe dans tous les ovules, qui est épaisse, villeuse sinon vasculaire. C'est en effet toujours dans ce point que s'accomplit la fécondation. Dans les ovules dont l'enveloppe extérieure est dure, ou résistante, comme chez les insectes, les batraciens, etc., une ouverture existe toujours à la membrane externe vis-à-vis cet écusson. Le mycropile manque au contraire chez ceux dont l'enveloppe est très mince (mammifères), ou ne se durcit qu'après la fécondation (oiseaux). Dans tous les cas, c'est sur le disque proligère que s'opère la fécondation. C'est là que tout a été préparé pour recevoir le zoosperme.

Quant aux exemples de pareilles soudures, ils ne manquent pas dans la fonction même de la génération. L'œuf fécondé se soude à la matrice pendant tout le temps de la gestation: l'embryon des marsupiaux se soude plus tard au mamelon de la tétine; les doigts se soudent souvent entre eux d'une manière permanente; les deux membres inférieurs se fondent quelquefois en un seul; il arrive souvent que deux placentas se confondent; deux fœtus se soudent aussi *par des parties similaires*, et restent égaux quand ils sont la même vigueur; ou bien le plus fort atrophie l'autre; il peut même l'engloutir complètement dans son développement rapide. En effet, il n'y a que l'hypothèse de deux zoospermes greffés sur le même écusson qui puisse expliquer l'existence d'un fœtus dans l'abdomen d'un garçon adulte, fait qui a été plusieurs fois parfaitement constaté.

En résumé, la fécondation n'est pas un acte dans lequel une matière *inerte* soit tout-à-coup vivifiée par un liquide *amorphe*, par une action *électrique, nerveuse, dynamique*, etc. C'est essentiellement l'union de deux parties *vivantes* dont chacune est nécessaire au développement ultérieur de l'autre. De cette manière, la reproduction par le concours des deux sexes rentre dans la même loi que celle qui s'opère par *monogénie*. C'est toujours *une partie vivante qui se sépare du type*, soit pour continuer à se développer seule, soit pour chercher dans un autre les moyens nécessaires à son développement ultérieur. La loi est toujours la même, soit que la fonction puisse être accomplie par un seul individu, soit qu'elle doive être partagée entre deux organes distincts. La vie ne se produit pas instantanément par un acte unique et isolé: elle se développe d'une manière lente et progressive, sans interruption, comme une continuation, une conséquence de la nutrition. La matière inerte s'organise et devient vivante *dans l'organisme souche* avant d'acquérir une existence *indépendante*; et la vie se propage ainsi sans interruption appréciable.

Chez l'homme la rencontre de l'ovule et du zoosperme peut avoir lieu dans l'ovaire, puisque les grossesses *ovariques* ont été souvent constatées: ou en sortant de l'ovaire, puisque les grossesses *péritoniales* ne sont pas rares. Les expériences faites sur les animaux ne prouvent rien par rapport à l'espèce humaine, puisque, chez les poissons, la fécondation n'a lieu qu'après l'accouchement et *loin de la mère*, tandis que chez les batraciens elle s'opère au moment même où l'ovule *est expulsé*; chez les insectes, c'est au moment où il *va sortir* du corps de la mère; chez les oiseaux, c'est dans l'*oviducte*. Enfin, chez les mammifères, la fécondation se fait encore plus profondément, dans les *trompes utérines*. Il n'est donc pas étonnant que, dans l'espèce humaine, elle remonte jusque dans l'ovaire, ou du moins jusqu'à la surface de l'ovaire. Ici d'ailleurs les cas pathologiques observés chez la femme méritent bien plus de confiance que toutes les inductions tirées des expériences faites sur les animaux les plus voisins de l'homme.

En m'élevant ainsi rapidement, de la conferve jusqu'à l'homme, pour chercher l'unité de la loi qui préside à la reproduction de *tous* les êtres vivans, on concevra que je n'ai pu discuter aucun point en particulier: mais la plupart des faits sur lesquels je me suis appuyé sont connus; les autres, assez nombreux, seront bientôt publiés.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE.

SUR LES SELS DE PLOMB FORMÉS PAR LES ACIDES DE L'AZOTE.

M. Peligot expose les résultats de ses recherches sur ce sujet. Proust avait observé que le plomb métallique se dissout en quantité considérable quand on le met en contact avec une dissolution chaude de nitrate de plomb; le sel nouveau qui se produit se dépose, par le refroidissement de la liqueur, en forme d'écailles jaunes brillantes. Proust croyait que, dans cette expérience, l'oxide de plomb se réduit à un degré d'oxidation inférieur au protoxide. Cette opinion fut combattue, en 1812, par M. Berzelius, qui montra que la dissolution de plomb s'opère, non pas par suite de la réduction de l'oxide de plomb, mais aux dépens de l'acide nitrique contenu dans le sel employé.

A la même époque, M. Chevreul s'occupa, de son côté, du même sujet, et arriva aux mêmes conséquences. Dans son premier mémoire, il décrivait deux sels distincts, produits par l'action qu'exerçait sur le nitrate de plomb des quantités différentes de plomb métallique; puis, dans un second, publié quelques mois plus tard, il fit ressortir l'accord qui règne entre les résultats analytiques fournis par M. Berzelius et par lui; mais en même temps il démontra que, malgré cet accord, ses nitrates différaient de ceux de M. Berzelius. Ainsi, M. Berzelius n'avait pas trouvé d'eau dans le nitrite au maximum, M. Chevreul en trouvait.

M. Peligot a été conduit, par suite de recherches sur les propriétés de l'acide hyponitrique et de l'acide nitreux, à reprendre l'étude des combinaisons étudiées par MM. Chevreul et Berzelius; et bien que la plupart des analyses s'accordent en ce qui concerne la détermination de l'oxide de plomb avec celles de ces deux chimistes, il arrive à reconnaître: 1° qu'il existe trois combinaisons bien distinctes, formées par l'action du plomb sur le nitrate de plomb; 2° que deux de ces combinaisons contiennent, non pas de l'acide nitreux, comme on l'admettait jusqu'ici, mais de l'acide hyponitrique. Ainsi ce dernier acide, qui est formé, comme on le sait, de deux volumes d'azote pour quatre volumes d'oxigène, et qu'on obtient à l'état libre par la décomposition du nitrate du plomb sec, à l'aide de la chaleur, paraît être susceptible, contrairement à toutes les idées reçues, sinon de se combiner directement avec les bases, au moins d'exister, ainsi que l'acide nitreux, en combinaison avec elles.

M. Duvernoy commence la lecture d'un travail qui lui est commun avec M. Lereboullet, et qui a pour titre: Essai d'une monographie sur les organes de la respiration des crustacés isopodes.

POUVOIRS RÉFRINGENS DES LIQUIDES.

M. Regnault donne une rapide analyse de deux mémoires qu'il a été chargé de présenter à l'Académie, l'un est de MM. Ed. Becquerel et Cabours, l'autre de M. Deville.

Les indices de réfraction, disent MM. Cabours et Becquerel, ne s'appliquant, pour la plupart, qu'à des corps dont la constitution n'est pas très bien établie, il a semblé nécessaire de reprendre la question en prenant pour point de départ des corps très purs, dont la composition ait été bien déterminée par les chimistes.

Le procédé, très commode, au moyen duquel M. Brewster a déterminé un grand nombre d'indices de réfraction, est celui auquel ont eu recours les auteurs, en le modifiant, au reste, quelque peu. Le liquide auquel ils ont rapporté les indices de réfraction est l'eau distillée, pour lequel ils ont adopté le nombre 1,333, ayant vérifié ce nombre au moyen d'une méthode employée précédemment par le duc de Chaulnes. Nous ne reproduirons pas ici les nombres auxquels ils sont arrivés pour plus de cinquante carbures liquides, et nous nous contenterons de donner les résultats qu'ils en déduisent; ces résultats sont:

1° Que les corps de même composition, dont la densité à l'état liquide est représentée par des nombres peu différens, possèdent un indice de réfraction, qui varie dans de très faibles limites, tandis que celui-ci s'accroît, au contraire, avec l'état de condensation de la substance;

2° Que les carbures d'hydrogène liquides à densité presqu'égale ont un pouvoir réfringent d'autant plus considérable que le carbone s'y accumule davan-

tage; ainsi, par exemple, le rétinolène (C^{64} C^{32}) possède un indice de réfraction moyen beaucoup plus grand que le cétène (C^{64} H^{64}) qui contient beaucoup moins de carbone, et dont la densité à l'état liquide est peu différente.

3° Que pour les liquides formés de carbone et d'oxigène, l'indice de réfraction et le pouvoir refringent sont d'autant plus considérables que la substance est moins oxigénée, pourvu toutefois que la densité de ces corps soit très voisine. Mais si la densité varie dans des limites très sensibles, alors le contraire peut avoir lieu; ce qui démontre évidemment que la densité du corps à l'état liquide est un élément qui a une grande influence.

4° Que pour les corps isomères tels que l'acétate de methylène et l'éther formique, qui possèdent en outre une densité presque identique à l'état liquide, les indices de réfraction sont aussi identiques.

5° Qu'à mesure que le chlore, le brôme ou l'iode s'accumule dans les corps d'une même famille, l'indice de réfraction s'accroît; ce qui tient peut-être à l'augmentation de densité de ces corps à l'état liquide.

6° Enfin qu'il est un autre élément dont l'intervention peut avoir une influence très marquée sur l'indice de réfraction, c'est la viscosité de la substance.

Les auteurs ont cherché si dans un mélange de liquides qui sont sans action chimique l'un sur l'autre, le pouvoir refringent du mélange était égal à la somme des pouvoirs réfringens des liquides qui le constituent; d'après les diverses expériences faites à ce sujet, la loi paraît sensiblement vraie.

M. Deville, dans ses expériences, s'est servi du goniomètre de M. Babinet, appareil qui permet d'apprécier des différences très faibles appartenant aux dix millièmes par exemple que peuvent présenter les indices de corps très rapprochés à cet égard. De cette manière, l'auteur a pu déterminer avec beaucoup de précision les indices de l'alcool mêlé à diverses proportions d'eau; et des observations assez nombreuses sur des alcools de richesse décroissante d'une manière régulière ont permis de constater qu'il y a un maximum pour l'alcool à un atome d'eau, c'est-à-dire contenant 20/100 de ce corps à peu près, puisqu'à partir de là l'indice décroît jusqu'à devenir presque égal à celui de l'eau pour de l'alcool contenant 90/100 de ce liquide, en passant par conséquent par un point où sa valeur est la même que pour l'alcool absolu. La richesse correspondante serait alors celle convenant à l'alcool de Rudberg, c'est-à-dire au maximum de contraction. Les pouvoirs réfringens, comme on doit le penser, ne présentent pas de maximum parce que la densité croît plus vite que l'indice.

L'acide acétique a présenté aussi un maximum qui correspond à sa plus forte densité pour l'indice de réfraction et pour le pouvoir réfringent un minimum placé tout près du maximum de densité, ce qui tient à ce que celle-ci décroît beaucoup plus lentement que l'indice.

Les corps isomériques entre eux qui ont été observés par M. Deville lui ont présenté les mêmes indices de réfraction. Ajoutons cependant que, pour que cette propriété physique leur soit commune, il est nécessaire qu'ils aient à peu près la même densité et présentent aussi le même degré de viscosité. La plupart des huiles essentielles de la composition C^5 H^4 isomérique avec l'essence de térébenthine, qui sont toutes à peu près aussi puissantes et aussi fluides les unes que les autres, sont dans ce cas. L'acétate de méthylène et l'éther formique, aussitôt après leur purification, ont exactement le même indice de réfraction. Ces deux produits, préparés par M. Deville, et examinés par un procédé tout différent par MM. E. Becquerel et Cahours, ont conduit ceux-ci exactement au même résultat. M. Deville s'accorde aussi avec eux en indiquant la viscosité comme une cause qui exerce une grande influence sur le chiffre de l'indice.

ACIDE GRAS RETIRÉ DE L'HUILE DE PALME.

On sait, par les recherches de MM. Pelouze et Boudet, que l'huile de palme se saponifie spontanément; l'acide gras qui se forme en cette circonstance vient d'être étudié par M. Frémy, qui lui a reconnu de grandes analogies avec l'acide margarique, mais une composition différente représentée par la formule C^{64} H^{128} O^8. Chauffé à 250°, l'acide palmitique cristallise dans l'alcool en petits cristaux très durs, tandis qu'avant il cristallisait en belles lames. Sa composition sous les deux formes est d'ailleurs exactement la même. Il est volatil sans décomposition.

L'examen du palmitate d'argent et celui du palmitate d'ammoniaque ont donné, pour la composition de l'acide palmitique anhydre, la formule C^{64} H^{126} O^6.

M. Fremy a obtenu, en faisant agir le chlore sur l'acide palmitique et faisant intervenir successivement l'influence de la chaleur et de la lumière, une série d'acides chlorurés qui paraissent avoir tous la même capacité de saturation que lui. Le chlore, en entrant dans ces combinaisons, déplace une quantité équivalente d'hydrogène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel fait le dépouillement de la correspondance. Elle contient une lettre de M. Bogalot, de Saint-Jean-d'Angély, qui a trouvé un remède contre la rage. Il offre à l'Académie de se livrer devant elle à des expériences concluantes; il est tellement persuadé de l'efficacité de son remède, qu'il se fera mordre par des chiens enragés, et attendra pour l'employer le développement du second accès. La lettre de M. Bogalot est renvoyée à la commission de la rage.

Consultée par M. le président, l'Académie accorde à M. Broussais fils de lire une note relative à la discussion soulevée dans la dernière séance, sur les doctrines de son père.

M. le président annonce que la mort de MM. Broussais, Huzard et Mingault donne lieu à une nomination dans la section de médecine vétérinaire, et que dès aujourd'hui le concours pour cette place est ouvert.

ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour appelle M. Londe pour un rapport officiel. L'honorable académien, avant de commencer ce rapport, annonce qu'il a reçu de MM. Sauvages et Delonchamps une lettre dans laquelle ces deux médecins lui font part des observations qu'ils ont pu faire sur un énorme cétacé long de 25 pieds, et échoué sur les côtes de Normandie. Cet animal qui, par sa qualité de mammifère, jouit d'une haute température, s'est putréfié sur la plage avec une extrême rapidité. Ce phénomène trouverait sa cause, suivant ces deux observateurs, dans la conservation prolongée de la chaleur dans l'intérieur de ces animaux, qu'isole une épaisse couche de graisse.

NOTE MÉTÉOROLOGIQUE SUR LE DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-INFÉRIEURE, PAR M. FLEURIAU, DE BELLEVUE.

Le but de l'auteur du mémoire est de remédier à l'insalubrité des marais de la Charente-Inférieure. Avant d'entreprendre l'exposé du travail, M. le rapporteur rappelle que la composition des effluves des marais est fort peu connue. Plusieurs auteurs ont fait des analyses comparatives de l'air des montagnes, de l'air pris à la surface des marais, au milieu des hôpitaux, même pendant des épidémies de fièvres jaunes, et n'ont pu constater aucune des différences que la théorie porterait à admettre. En soumettant à l'analyse, après l'avoir comprimé, l'air recueilli à la surface des marais, Rigaud y a constaté de la matière animale, de l'ammoniaque et du carbonate d'ammoniaque; Moscati, des matières facilement putrescibles; Dupuytren et Thenard, des flocons de matières animales, et M. Boussingault s'est servi de l'acide sulfurique pur pour reconnaître les élémens étrangers à la composition normale de l'air. M. Gasparin a trouvé que dans le pays qu'il habite, les vents du midi qui règnent à certaines époques, apportent de grands changemens dans la composition de l'air qui se trouvait alors mélangé avec des matières étrangères. Tous ces faits prouvent que l'air peut contenir des portions de matières organiques provenant sans doute de la décomposition de ces dernières.

Dans son travail, M. Fleuriau établit que l'insalubrité des marais commence surtout quand leurs lits se dessèchent; quand le fond des marais est de nature calcaire, leur influence est moins pernicieuse et cela tient moins aux propriétés chimiques de ces terres, qu'à la disposition physique des roches calcaires que tient leur innocuité dans ce cas. Un tableau complet de la différence de la mortalité, suivant les différentes localités du département, montre qu'elle est en raison directe du plus grand nombre de marais. Ainsi telle localité perd 1 homme sur 16 tandis que telle autre en perd 1 sur 40, 1 sur 62. Ces marais offrent dans le département une grande diversité: tantôt ce sont des prairies qui tout l'hiver restent couvertes par les eaux qui ne se sèchent qu'aux approches de la belle saison. Ailleurs ce sont ou des marais salins desséchés, et ceux-ci sont très insalubres, ou des marais salins en continuelle activité. M. Fleuriau termine en proposant au gouvernement quelques moyens de dessèchement.

Les conclusions sont que les moyens que propose M. Fleuriau, conformes d'ailleurs aux connaissances acquises à cet égard, ne peuvent être qu'avantageuses et utiles aux propriétaires et à l'état.

M. Dupuy regrette qu'il ne soit pas question de l'influence que les marais exercent sur la santé des animaux. Il a vu en 1812 périr, par suite d'épidémies qui prennent leur source dans les effluves des marais, 10,000 moutons. Il y aurait sans aucun doute avantage pour le gouvernement d'élever sur ces terrains préalablement desséchés, des animaux dont le produit serait plus que suffisant pour compenser les frais de dessèchement. Nous devrions en cela suivre l'exemple de la Prusse et de la Hollande.

M. Castel: M. le rapporteur a parfaitement exposé la mauvaise influence qu'exercent les marais sur la mortalité, mais il n'a point dit que les habitans des pays où on les rencontre sont chétifs, mal développés, affaiblis. On s'en assure facilement sur les conscrits de ces pays, et c'est une chose vraiment merveilleuse que de voir combien une fois hors de leurs villages malsains, ces jeunes gens croissent et se fortifient. Ceci prouve que la nature des effluves est sceptique, attaque, et altère les élémens de la vie. Ils excitent la putréfaction dans le corps de l'homme, même de son vivant, et il n'est pas dès-lors étonnant que cette putréfaction soit si rapide sur leurs cadavres.

M. Londe: C'est une omission de ma part de n'avoir pas noté la santé chétive des habitans des pays marécageux; car M. Fleuriau, de Bellevue n'avait point oublié cette circonstance; mais, quant à ce qui regarde la putréfaction rapide des cadavres, M. Castel a mal entendu; j'ai parlé de la putréfaction d'un dauphin échoué sur les côtes de Normandie.

M. Chervin fait observer que les fièvres intermittentes marécageuses cèdent bien plus facilement, dans certains pays, au traitement par les saignées d'abord, et le quinquina ensuite, que par le quinquina seul.

M. Desportes: Dans un rapport lu à l'Académie sur le même sujet, j'ai établi que les contrées dont le sol est calcaire, et qui ont des marais, en ressentent l'influence fâcheuse très notablement.

M. Ferrus: M'étant trouvé en cantonnement sur les deux rives de l'Escaut, j'ai pu y faire quelques observations sur les fièvres qu'y développent les marais voisins. Sur la rive gauche, on rencontre beaucoup d'eaux stagnantes, et l'on remarque un grand nombre de fièvres intermittentes; mais celles-ci n'offrent aucune gravité, jamais elles ne deviennent mortelles. Sur la rive droite, jamais on ne voit de fièvres intermittentes, mais, en revanche, il se développe de temps à autre des épidémies de fièvres continues de la plus extrême gravité et très souvent mortelles. Dans ces fièvres, malgré leur type continu, le meilleur remède était le quinquina, dont l'emploi était précédé des émissions sanguines. Seul, le quinquina était loin de réussir aussi bien. On a entrepris de dessécher les marais de la rive gauche, et, comme c'est l'habitude, on a creusé des canaux. Quels que

fussent les ouvriers employés à ces travaux, habitans du pays, étrangers, forçats, tous étaient frappés par les épidémies les plus meurtrières.

M. Roche : Je tiens de M. d'Arcet que dans un dessèchement de marais auquel il a présidé, un peu de sulfate de quinine dans l'eau des ouvriers a suffi pour les préserver de toute épidémie.

Les conclusions du rapport mises aux voix sont adoptées.

NOTE SUR UN ANÉVRISME POPLITÉ DU CÔTÉ GAUCHE, QUI A PERSISTÉ ET S'EST REPRODUIT EN PARTIE APRÈS L'OPÉRATION PAR LA MÉTHODE DE HUNTER ; PAR M. ROUX.

Au mois d'août 1837, j'opérai, pour un anévrisme poplité du côté droit, M. Levasseur, médecin-vétérinaire. L'opération fut pratiquée sur la fémorale, par la méthode de Hunter et par le procédé de Scarpa. Le lieu de l'opération fut le sommet du triangle inguinal, et les ligatures formées de liens rubanés étreignirent l'artère en deux endroits, et furent séparées en avant du tissu de l'artère par de petits rouleaux de diachylum. La méthode de Hunter est celle que j'ai toujours choisie pour l'anévrisme poplité; j'ai pu observer et opérer cette espèce d'anévrisme, trente-deux fois, et dans toutes les ligatures d'artères que j'ai faites, j'ai toujours mis deux ligatures et séparé l'artère des liens par un petit rouleau de diachylum. Je saisirai cette occasion pour rappeler à l'Académie, et cela sans vanité, que le choix de cette méthode et de ce procédé reposent sur un nombre de faits plus considérable que ceux d'aucun chirurgien français, et peut-être d'aucun chirurgien étranger. C'est en 1814 que j'ai fait la première ligature, et, depuis cette époque, j'ai pratiqué 69 ligatures d'artères, dont 32 de la crurale pour des anévrismes poplités, 11 de la crurale à sa partie supérieure, 18 de la brachiale à des hauteurs diverses, 4 fois de la fin de la sous-clavière. J'ai pu, avec un aussi grand nombre de faits, asseoir solidement mes opinions sur toutes les questions que soulèvent les ligatures d'artères.

Le malade dont je rapporte ici l'histoire vint à l'Hôtel-Dieu dans le mois de juillet dernier pour un anévrisme poplité du côté opposé, et le 31 de ce mois je lui fis, sur le membre affecté, une opération en tout semblable à la première. Les premières suites en furent heureuses; la circulation se rétablit promptement; les battemens avaient été instantanément arrêtés par la ligature; la tumeur diminuait de jour en jour, et la sensibilité demeura toujours entière. Le douzième jour, la ligature tenait encore. A partir de ce jour, le malade s'affaiblit; la fièvre s'alluma; la suppuration de la plaie faite à la cuisse devint abondante, séreuse et sanguinolente. Craignant une hémorragie, je fis placer par prudence un tourniquet à l'aine.

Le 14 août, je quittai l'hôpital, et confiai l'opéré aux soins éclairés du docteur Michon. L'affaiblissement augmenta de jour en jour, et, le dix-neuvième, le malade succomba, sans hémorragie, et la ligature était encore en place.

Autopsie. La veine crurale contenait du pus dans sa cavité, et, chose remarquable, la suppuration s'était plus étendue au-dessous qu'au-dessus de la ligature. Les viscères, soigneusement examinés, n'offrirent aucune trace d'abcès métastatiques. Dans le médiastin antérieur, il existait une collection purulente, qui expliquait une douleur que le malade, dans ses derniers jours, rapportait à cette région. L'existence de ce pus tenait-elle à la phlébite? Je ne cherche point ici à résoudre cette question. Jusqu'ici l'histoire de notre malade n'offre rien de bien remarquable, si ce n'est peut-être le caractère des accidens qui ont entraîné sa perte. Habituellement, les opérations de cette nature n'amènent la mort que par l'hémorragie ou la gangrène, et non par l'affaiblissement graduel.

Les cas de double anévrisme poplité et de double opération sur le même individu sont fort rares. C'est la seconde fois que j'observe, pour mon compte, cette maladie sur les deux membres d'un homme. Je dirai en passant que les anévrismes spontanés sont excessivement rares sur les membres chez les femmes; jamais je n'en ai vu. L'existence de deux anévrismes poplités chez un même individu suffit-elle pour faire croire à une diathèse anévrismale? Sans nier cette dernière, je ne la crois pas démontrée dans de pareils cas. La fréquence des anévrismes poplités s'explique suffisamment par les dispositions anatomiques de l'artère affectée. On conçoit très bien comment les causes ordinaires de ces anévrismes peuvent agir sur les artères des deux membres.

Examen des deux membres, et surtout de celui opéré en 1837. Sur ce dernier, on a pu constater que l'artère crurale était parfaitement oblitérée dans l'étendue de 54 millimètres, ce qui n'avait point empêché la tumeur du creux poplité de se reproduire. La poche anévrismale communiquait largement avec l'artère poplitée, et cependant, aussitôt après l'opération, elle avait très notablement diminué. Quelque temps après, sans qu'on puisse fixer cette époque, elle recommença à croître; mais, depuis un mois, elle n'avait fait aucun progrès. Elle offrait aussi des battemens très peu prononcés, et je ne pus m'assurer s'ils étaient dus à un élargissement de la tumeur ou à un simple soulèvement, mais je penchais plutôt pour cette dernière opinion, et aussi pour son oblitération complète; je m'étais trompé, car sa cavité existait encore, et communiquait, comme je l'ai dit, avec l'artère poplitée, dont le calibre apparaissait normal. Des branches artérielles volumineuses, appartenant aux articulations, faisaient largement communiquer le bout supérieur et inférieur de l'artère; la portion du bout inférieur, située au-dessus de l'anévrisme, communiquait aussi largement avec la portion située au-dessous. La tumeur elle-même portait des branches artérielles, que l'injection avait remplies, et qui, par conséquent, communiquaient avec cette poche.

Ce cas établit positivement qu'après l'opération de l'anévrisme poplité par la méthode de Hunter, la tumeur anévrismale, qui a semblé d'abord guérie, peut persister par le rétablissement trop prompt de la circulation artérielle. Ce rétablissement du cours du sang peut être singulièrement favorisé, dans quelques circonstances, par des anomalies artérielles. Je ne prétends pas dire qu'un pareil cas soit le seul que renferme la science; qui peut affirmer en pareille matière? mais c'est le seul qui se soit présenté à mon observation, et l'on a vu combien le nombre de mes opérations de ligatures a été considérable. Un jeune chirurgien des plus distingués, M. Lenoir, m'a dit avoir vu un anévrisme poplité opéré par la méthode de Hunter rester presque stationnaire, et, enfin, je sais que, dans le même hôpital où j'ai opéré, il y a un malade qui offre les mêmes particularités que celui dont je vous retrace l'histoire. Il a eu un anévrisme poplité de chaque côté et a été opéré des deux côtés, et, sur l'un d'eux, il porte aujourd'hui une tumeur peu volumineuse, et que j'ai examinée si rapidement, que je ne puis en donner les caractères. J'espère que le confrère dans le service duquel j'ai examiné ce malade ne regardera point comme une indiscrétion ce que je viens de dire.

M. Velpeau demande la parole, et y renonce quand il apprend que la discussion sur la note de M. Roux est renvoyée à la séance prochaine. M. Velpeau montrera à l'Académie une pièce fort intéressante d'anévrisme du pli du bras.

ADDITION A LA DISCUSSION SUR L'ONTOLOGIE, NOTE DE M. CASIMIR BROUSSAIS.

Dans une discussion solennelle qui s'est élevée naguère au milieu de vous, le nom de mon père a retenti sans cesse; les interprétations si diverses données à ses idées n'ont pu donner une opinion claire sur ses doctrines. Sa définition de l'ontologie est cependant fort claire. Les ontologistes, dit-il, sont ceux qui, d'êtres imaginaires font des réalités auxquelles ils prêtent un nom, une existence, comme aux abstractions de bon aloi; c'est-à-dire à celles qui se réduisent en faits. On a dit qu'il n'y avait jamais eu de médecins vraiment ontologistes, dans le sens que mon père donnait à ce mot. Ici M. Broussais fait un exposé rapide des théories médicales de Glisson et de Van Helmont, et demande si elles ne représentent pas comme des êtres réels, de véritables abstractions, de véritables produits de l'imagination ne peuvent se rapporter à aucun fait. Les humoristes, ajoute-il, croyaient à une humeur morbifique, primitive, qui était le véritable germe des maladies. L'humeur allait, venait et sortait de l'économie. Cette humeur est-elle une chimère, une abstraction quilpuisse se réduire en faits? Ainsi les humoristes étaient des ontologistes, ils faisaient de l'ontologie encore en inventant les métastases. J'eo dirai tout autant des médecins qui ont voulu caractériser certaines maladies par des groupes de symptômes, et les ont appelée fièvres adynamiques, et certes ce n'est pas ic mot fièvre adynamique qui appartient par lui-même à l'ontologie, mais c'est le sens qu'on y attache. Quand on dit, par exemple, que les fièvres adynamiques amènent le tremblement de la langue, veut-on dire qu'un groupe de certains symptômes produit le tremblement de la langue? Non sans doute; un groupe de symptômes ne peut pas être la cause d'un symptôme, il y a donc une cause qui amène ce tremblement, et cette cause c'est la fièvre adynamique, c'est-à-dire, quelque chose qu'on ne connaît en aucune façon.

Après la lecture de ce travail, quelques membres demandent que le travail de M. Broussais soit envoyé à une commission; d'autres qu'il soit envoyé au bulletin. L'Académie décide qu'il sera renvoyé à une commission.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA TUMEUR HYDATIQUE DU FOIE; thèse inaugurale; par le docteur Barbier, de St-Étienne (Loire). — 103 pages in-4°. Paris, 1840.

La tumeur hydatique du foie est une maladie assez rare dans la pratique particulière pour que nous croyions devoir saisir l'occasion que nous présente le travail de M. Barbier de retracer ici les principaux traits de cette maladie. Nous n'en connaissons pas de description aussi complète que celle que nous avons en ce moment sous les yeux, et qui aurait pu l'être plus encore si l'auteur eût profité des matériaux contenus en plusieurs points de la collection de la Gazette Médicale. Nous allons suivre dans notre résumé le plan qu'a adopté l'auteur.

Les hydatides du foie paraissent avoir été connues dès l'époque la plus reculée de la médecine; il en est question dans les Aphorismes d'Hippocrate et dans les œuvres de Galien et d'Arétée; mais ce n'est qu'à partir du dix-septième siècle que leur histoire a commencé à faire des progrès réels, et depuis quelques années surtout les moyens de diagnostic et de traitement ont reçu de notables accroissemens.

La plus grande obscurité règne sur les causes de la formation de ces entozoaires. Quelques hypothèses ont, il est vrai, été émises sur ce point, et parmi elles nous citerons seulement celle de M. le professeur Cruveilhier qui est plus ingénieuse que fondée et qui repose sur la fréquence des hydatides dans le foie, et sur ce que le foie étant l'aboutissement de tout le système veineux abdominal, il reçoit avec le sang des matériaux mal élaborés, des molécules organiques non assimilables; lesquelles déposées soit dans une granulation, soit dans le tissu cellulaire, deviendraient capables d'une vie individuelle. Il ne paraît pas, au reste, que l'âge, le sexe, ni la constitution exercent aucune influence sur leur production. Nous signalerons pourtant ici une erreur dans laquelle l'anatomie pathologique eût

nécessairement entraîné celui qui aurait attaché aux inductions tirées de cette science plus de valeur qu'elles n'en ont réellement et qui, de ce que chez les animaux une mauvaise alimentation et un air constamment humide suffisent pour faire développer des hydatides en très grand nombre, en aurait conclu qu'il en est de même chez l'homme, tandis que dans la majorité des cas qu'a collationnés M. Barbier les malades avaient eu une alimentation convenable.

L'existence ou l'absence du kyste, le nombre et le volume des hydatides sont des circonstances extrêmement variables et qui ne se rattachent à aucun phénomène appréciable. On a vu des tumeurs hydatiques qui pesaient plusieurs livres. Quant au nombre, sur 34 observations assez détaillées pour éclairer ce point, M. Barbier a trouvé 20 cas dans lesquels le foie ne contenait qu'une seule tumeur hydatique, 10 dans lesquels il en contenait plus d'une, et enfin 7 cas dans lesquels le foie n'était pas le seul organe atteint de tumeur hydatique.

Les symptômes de la tumeur hydatique ressortent presque tous de son action soit sur le foie, soit sur les organes voisins; ils peuvent être décrits *à priori* d'après les lois mêmes de la pathologie générale et surtout de la pathologie du foie; aussi ne mentionnons-nous qu'en passant la douleur, l'ictère, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs, le trouble des fonctions digestives, de la respiration, de la circulation et de la nutrition; il en est cependant un qui est particulier à cette affection, que l'on a décrit sous le nom de *bruit hydatique*, et dont, à notre avis, on n'a pas encore donné d'explication suffisante.

Le *bruit* ou le *frémissement hydatique* s'observe, comme on le sait, à la percussion pratiquée sur la tumeur hydatique, mais non dans tous les cas; c'est un phénomène complexe résultant de l'association d'une espèce de bruit humorique perçu par l'oreille avec un tremblement vibratoire perçu par le doigt qui percute. Ce bruit, qui a peut-être été observé dans des tumeurs autres que celles dont il est question dans ce travail, peut cependant être regardé comme pathognomonique dans les cas où il existe, mais il demande beaucoup de soins et quelque habitude pour être perçu.

Il y a pourtant encore un moyen de diagnostic très utile et qui, bien qu'employé avec succès dans bien des cas, ne nous paraît pas avoir encore reçu l'attention qu'il mérite; c'est la perforation exploratrice conseillée par M. Récamier, et que ce célèbre praticien a employée plusieurs fois avec succès. Cette ponction doit être opérée, afin d'éviter toute cause de danger, avec un trois-quart extrêmement fin et recouvert de sa canule. La nature du liquide ou l'absence du liquide indique la nature de la tumeur et les moyens qui doivent être employés pour la combattre.

La marche de la tumeur hydatique n'offre rien de constant, rien de certain; tantôt elle ne détermine des symptômes appréciables que quand elle a acquis un volume considérable; d'autres fois elle se complique dès le début de fièvre, de douleurs vives ou d'ictère. Quant à sa durée, elle offre des variétés aussi nombreuses que les cas connus, depuis deux ans jusqu'à trente et au-delà.

Les modes de terminaison de la tumeur hydatique, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, sont extrêmement nombreux et, comme la plupart des maladies chroniques, fournissent la preuve de la résistance qu'oppose l'économie et des ressources dont la nature l'a entourée de toutes parts. Ainsi on a vu ces tumeurs, à la suite d'adhérences contractées avec les parties voisines, s'ouvrir à l'extérieur, par les parois abdominales, ou par le canal digestif, ou par les voies aériennes, des hydatides être éliminées par ces différentes voies, et les malades recouvrer ensuite la santé. Mais, dans des cas moins heureux, on a vu le kyste s'ouvrir dans le péritoine et amener promptement la mort du malade; on bien on a vu la même terminaison être l'effet de la gêne toute mécanique apportée par la tumeur aux fonctions de l'organe qui l'avoisine, ou du travail de suppuration qui se fait à l'intérieur du kyste, ou de l'insuffisance des forces de l'organisme, dans la lutte à laquelle il se livre à cette occasion.

Malgré que quelques cas se terminent d'une manière favorable, cependant, comme ces terminaisons ont toujours été imprévues, ou au moins fort incertaines, qu'elles ne sont qu'en petit nombre, et qu'après tout elles n'arrivent qu'après de longues maladies et bien des souffrances, il est du devoir des médecins de chercher les moyens d'abréger la maladie et de la mener à bon port.

Nous ne parlerons pas des moyens internes de toute espèce auxquels on accorde quelque confiance; car rien ne démontre que, dans les cas mêmes où la maladie s'est terminée d'une manière favorable sous leur influence, cette terminaison dût leur être attribuée. La chirurgie seule offre donc des ressources qui inspirent quelque confiance, et qui toutes se trouvent dans la méthode de M. Récamier. Déjà cette méthode a été exposée par l'un de nous dans le premier volume de la GAZETTE MÉDICALE (mai 1830, p. 58 et suivantes), avec plus de détails et un examen critique plus motivé que dans le travail de M. Barbier; cependant, comme ce volume n'est pas dans les mains de la plupart de nos lecteurs, nous allons reproduire brièvement le but et les principales opérations de cette méthode, à laquelle, depuis cette époque, son auteur et le petit nombre de chirurgiens qui l'ont adoptée n'ont apporté aucune modification importante.

Nous avons déjà dit que M. Récamier, lorsqu'il lui restait des doutes sur la nature de la tumeur du foie, avait recours à une ponction qu'il a appelée exploratrice, parce qu'elle n'avait pour but que de s'assurer de la nature du liquide qu'elle contenait. Puis, s'il a constaté qu'elle contient un liquide, et s'il juge que sa méthode est applicable, il fait une première application de potasse caustique sur le point des parois abdominales où cette tumeur offre le plus de saillie, et, quand l'escarre est tombée, une nouvelle application est faite, et ainsi de suite, jusqu'à ce que toute l'épaisseur des parois abdominales ait été détruite sur ce point. Ces applications successives ont pour but d'abord de faciliter l'accès près de la tumeur, et à la fois de déterminer un épanchement de lymphe plastique, et conséquemment des adhérences entre les deux feuillets du péritoine, autour de l'escarre, produit qui empêchera les matières contenues dans le kyste de pénétrer dans la cavité du péritoine, lorsqu'on leur donnera issue, soit par une nouvelle application de potasse, soit à l'aide de l'instrument tranchant. M. Barbier pense qu'on peut, sans inconvénient, enlever l'escarre aussitôt qu'elle est formée et sans attendre qu'elle se détache spontanément. Nous ne sommes pas ici de son avis, et nous nous appuyons sur un fait qu'il cite incomplètement: c'est celui d'un jeune homme chez lequel on voulut détacher ainsi l'escarre à peine formée, et qui avait été produite dans un cas de tumeur hydatique du foie. Pendant que l'opérateur cherchait à l'enlever avec une certaine force, le malade accusa une vive douleur au côté, laquelle amena bientôt de la raideur dans le côté, puis se changea en un tétanos promptement mortel.

Lorsque le sac de la tumeur a été évacué, il reste encore une condition importante à remplir, c'est d'empêcher que la surface interne de ce sac, souvent très vaste, en contact avec l'air atmosphérique, ne vienne à suppurer et n'enlève le malade par une fièvre de suppuration et de résorption; pour éviter cet accident, M. Récamier fait immédiatement remplir le sac d'eau tiède, conséquemment d'un liquide peu irritant, qu'on renouvelle chaque jour et dont la quantité va en diminuant graduellement à mesure que les parois du kyste se rapprochent et que sa cavité s'oblitère. La connaissance de l'action fâcheuse de l'air sur les tissus mis à nu, qui entre les mains de M. Guérin, a reçu dernièrement de si belles et si importantes applications, avait déjà été aperçue de M. Récamier qui fit tous ses efforts pour empêcher l'action de l'air sur la surface interne du sac; il ne put trouver de meilleur moyen que celui que nous venons d'indiquer, et il lui a réussi dans un nombre de cas assez considérable pour qu'il ne doive plus rester de doute aujourd'hui sur son utilité.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans dire que la méthode dont nous venons de parler a été appliquée plusieurs fois, et avec succès, par M. le docteur Jobert, et que plusieurs observations recueillies dans son service ajoutent encore à la valeur du travail de M. Barbier, qui nous a paru être tout à fait au courant de la science actuelle et mériter une place honorable parmi les dissertations inaugurales de l'année.

— OSTÉOGRAPHIE, ou description iconographique comparée du squelette et du système dentaire des cinq classes d'animaux vertébrés récens et fossiles, pour servir de base à la zoologie et à la géologie, par M. H. M. DUCROTAY DE BLAINVILLE, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, ouvrage accompagné de planches lithographiées sous sa direction, par M. J. C. Werner, peintre du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Fascicule septième. Texte grand in-4° vélin; planches in-folio. — Prix : 34 fr.

Paris, Arthus Bertrand, libraire de la société de géographie de Paris et de la société royale des antiquaires du nord, rue Hautefeuille, 23.

— M. le docteur CARRON DU VILLARDS a transféré, rue de l'Observance, 6, le siége de ses consultations publiques et gratuites, pour les maladies des yeux. Les malades sont reçus de 1 heure à 3 heures, tous les jours, le jeudi excepté.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Mémoire sur les engorgemens syphilitiques consécutifs du testicule, suivi de quatre observations curieuses de syphilis consécutive. — II. Revue des journaux de médecine anglais hebdomadaires. Surdité traitée avec succès par la perforation de la membrane du tympan. — Surdité produite par le sulfate de quinine. — De l'emploi du soufre dans le traitement de quelques affections spasmodiques, et spécialement dans celui de l'angine de poitrine. — Tremblement mercuriel; mort; induration du cerveau. — Emploi de la teinture d'iode à l'extérieur, dans le traitement des inflammations superficielles. — De l'emploi du chanvre dans le traitement du tétanos et des autres maladies convulsives. — De l'emploi du tartrate de fer ammoniacal. — Cysticerque trouvé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. — Emploi de l'acétate de plomb dans la bronchite. — De l'emploi du principe actif de l'élatérium en médecine. — Action du seigle ergoté appliqué à l'extérieur. — Traitement par l'aconit de la céphalalgie nerveuse à laquelle sont sujettes les personnes délicates et affaiblies. — Transposition des viscères thoraciques et abdominaux. — Guérison spontanée d'anévrisme. — Du diagnostic de l'hydrophthalmie et de l'exophthalmie. — Kyste volumineux de l'aîne. — Renversement d'utérus confondu avec la gravelle. — Fracture de l'avant-bras; fausse articulation. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 1er décembre. — IV. Correspondance médicale. Observation de luxation du métatarse sur le tarse. — V. Revue bibliographique. Nouveaux élémens de zoologie, ou étude du règne animal. — De la goutte, de ses causes et du traitement le plus rationnel à lui opposer. — VI. Variétés. — VII. Feuilleton. De l'importance politique et sociale des médecins.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES ENGORGEMENS SYPHILITIQUES CONSÉCUTIFS DU TESTICULE; SUIVI DE QUATRE OBSERVATIONS CURIEUSES DE SYPHILIS CONSÉCUTIVE; par le docteur Philippe Boyer, chirurgien de l'hôpital St-Louis, professeur agrégé de la Faculté médecine de Paris.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

Dans la deuxième partie de ce mémoire je donnerai quatre observations très curieuses.

La première est celle d'un syphylis qui a été communiquée par morsure au sein, et dont les symptômes consécutifs ont été méconnus, le malade assurant n'avoir jamais eu de maladie syphylitique aux organes génitaux.

La deuxième est celle d'un malade chez lequel les symptômes furent méconnus pendant sept années. Ils n'ont été que soupçonnés, et par conséquent des traitemens incomplets ont toujours été entrepris. Ce malade était tellement persuadé que les accidens qu'il éprouvait n'étaient pas de nature syphilitique, qu'il m'a fallu deux années de persévérance pour l'engager à faire un traitement anti-syphilitique.

La troisième observation est celle d'un malade qui été tourmenté pendant cinq ans d'accidens de nature évidemment syphilitique qui ont paru à la peau et au périoste, et qui depuis un an ont entièrement disparu sous l'influence du traitement anti-syphilitique. La dose d'onguent mercuriel employée enfrictions a été portée à 14 onces, ce qui donne 440 à 450 grammes.

Feuilleton.

DE L'IMPORTANCE POLITIQUE ET SOCIALE DES MÉDECINS.

(Quatrième lettre.)

En étudiant le médecin du point de vue de sa vie spéculative, on ne voit qu'une faible partie de lui-même; on est frappé du nombre et de la complication des ressorts, mais les effets restent invisibles. Faisons donc sortir l'homme de notre profession de ce cabinet de travail où il s'assimile la substance scientifique Nous l'avons considéré assez longtemps dans son laborieux isolement, pour le suivre d'un œil attentif au milieu de ce monde où il est appelé à faire de si bonnes, de si grandes choses. Que sont en effet la vie spéculative, le jeu solitaire de la pensée, sinon la période d'incubation d'une œuvre utile, et qui seconde l'impulsion de ce grand et presque invisible mouvement qui s'appelle le progrès? Penser sans agir, c'est s'arrêter au milieu de ces landes stériles qui commencent à l'égoïsme pour finir au dévoûment. Philosopher! ce mot qui était le mot d'ordre de l'ancienne science, n'a été qu'un vain mot tant qu'on a cru philosopher en se bornant à faire de la théorie. Quand Hippocrate a dit que le médecin philosophe était un dieu, il pensait sans doute que la philosophie du médecin faisait marcher de pair la méditation et la pratique. Il exprimait alors toute sa pensée sur l'éclat radieux qui devait environner celui dont l'intelligence éclairée n'avait sondé les profondeurs secrètes de la nature humaine que pour apprendre à savoir consoler, instruire, secourir et guérir.

Cette vie militante est en effet toute la vie du médecin. Loin de s'abstraire de ses semblables, et de passer ses journées dans les méditations solitaires d'une théorie aimée, il travaille pour l'humanité, il travaille pour l'homme. Pour l'individu, il a un baume qui peut calmer ou guérir également les souffrances du cœur et les blessures du corps; pour le monde, il a l'intelligence approfondie de ce qu'il est comme de ce qu'il devrait être, et sait par conséquent lui prodiguer des conseils et lui donner des leçons. Le vieil oracle grec disait à l'homme : Pour être heureux, sache te connaître; et le médecin a appris à se dire : Pour être utile à tous, sache les pénétrer. Le médecin trouve donc dans son art, ou pour mieux dire dans son existence, une double fonction : ses services pour l'individu et son influence sur les masses. S'il est un instrument de guérison, il est aussi un instrument de civilisation.

Le rôle que l'homme de l'art est appelé à remplir au sein des familles explique celui qu'il est appelé à remplir dans la société. La famille est en effet le point de départ de ce mouvement qui fait marcher l'humanité du connu à l'inconnu, d'une vérité conquise à la conquête d'une vérité nouvelle. Mais, est-il besoin de placer le médecin au pied du lit du malade, pour se rendre compte de l'influence qui résulte de l'exercice de la plus brillante moitié de ses devoirs? Non; car il ne faut

Enfin la quatrième observation est celle d'une femme entièrement paralytique à laquelle l'emploi de 500 grammes d'onguent mercuriel en frictions a rendu le mouvement.

Obs. XV. — Cette observation est une tradition reçue de mon père et que ceux de ses élèves qui ont longtemps suivi ses leçons doivent se rappeler. La difficulté du diagnostic, et les erreurs qui en résultèrent, venaient du mode extraordinaire d'inoculation, qu'aucun praticien ne pouvait soupçonner, et qui ne fut découvert que lorsque le malade présenta sur tout le corps des symptômes de syphilis consécutive.

Un jeune homme devant partir pour les colonies voulut, avant son départ, passer la nuit avec une fille publique; mais dès qu'il fut couché avec elle, la crainte de gagner la syphylis et d'en ressentir les effets dans son voyage le paralysa ou au moins l'empêcha de consommer l'acte vénérien.

La femme, tout à la fois excitée par la présence de ce jeune homme et irritée de son indifférence, lui fit, dans son orgasme, une légère morsure au sein. Le jeune homme partit le lendemain pour le Hâvre, et immédiatement pour les colonies. Il s'aperçut en route que la morsure faite par cette femme ne se guérit qu'au bout de deux à trois semaines: il sentit de la gêne et du gonflement dans l'aisselle correspondante; il attribua ces symptômes à la fatigue du voyage sur mer, et perdit complètement de vue cette légère blessure. Au bout de trois ou quatre ans, il lui survint sur le dos des pustules dont quelques-unes s'ulcérèrent. Les soins de propreté et les pansemens simples suffirent pour les guérir avec peine, et quand un ulcère se fermait d'un côté, il en venait un d'un autre côté. D'autres pustules se manifestèrent aux membres, et des ulcères leur succédèrent aussi. Des périostoses parurent au sternum, aux clavicules, au crâne, et elles furent accompagnées de la nécrose des os. Au bout de trois années de traitemens variés et infructueux, le malade revint en France, où il consulta successivement un grand nombre de médecins qui n'arrivèrent pas à connaître la maladie, surtout d'après la certitude que leur donnait le malade qu'il n'avait jamais eu de syphylis. Enfin dans une consultation où mon père fut appelé, et où il assura qu'un ulcère du front était syphylitique et la conséquence d'une périostose, les consultans parvinrent, à force de questions, à faire raconter au malade ce qui lui était arrivé avec la fille publique. Ils en conclurent que cette femme avait inoculé la syphylis par sa morsure, et un traitement anti-vénérien mercuriel bien administré produisit une guérison complète et durable.

Obs. XVI. (Recueillie au mois d'octobre 1839). — M. P..., âgé de 39 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 19 ans. A cette époque il gagna une urétrite qui dura deux mois, et fut traitée par le copahu et les mercuriaux. Il ignore les raisons qui décidèrent aux mercuriaux et les doses qui furent employées.

Le traitement a duré six à huit semaines. Le malade que j'interroge avec grand soin, me dit qu'il a eu dans l'aine gauche et seulement dans cette aine une grosseur sensible au toucher, mais non à la marche. Il a été traité par M. Cullerier. (Est-ce le bubon qui a engagé ce praticien à donner le mercure?)

A 21 ans, M. P... contracte une seconde urétrite, qui dure six mois, par absence de soins continus que le malade interrompt pour faire des excès de table et de femmes. Elle est accompagnée d'un engorgement des ganglions de l'aine semblable au premier. Les médicamens que le malade a employés pendant ces six mois ont été le copahu, les pilules mercurielles et les injections astringentes, faites avec la décoction de quinquina ou un mélange d'eau pure et d'eau de Cologne.

A 23 ans, M. P... gagne une troisième urétrite qui est accompagnée, comme les deux premières, d'un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, et qui, après avoir duré huit mois, cède à l'usage des injections employées contre la seconde. En même temps que cette urétrite, il a paru sur le pénis un petit bouton que le malade montra à M. Cullerier qui le qualifia de chancre volant et bénin, ce qui effraya M. P... et le décida à consulter un autre médecin.

A 25 ans, nouvelle urétrite qui, pour les mêmes écarts de régime, dure pendant un an.

Enfin, à 27 ans, il survient une cinquième urétrite qui persiste pendant une année au milieu des parties de femmes et de table, et finit par céder aux injections astringentes, après l'emploi inutile du copahu, du cubèbe et des pilules mercurielles. M. P... ne se rappelle pas si ces deux derniers écoulemens ont été accompagnés de l'engorgement des ganglions lymphatiques.

M. P... se porte bien jusqu'à l'âge de 29 ans; et il dit qu'à cette époque il a eu une fièvre éruptive. L'éruption consiste en petites pustules de la grosseur d'une tête d'épingle, rouges à la base, purulentes au sommet, et ayant leur siège principal à la poitrine et au dos. Deux saignées sont pratiquées et pendant une dizaine de jours il fait des frictions avec une pommade mercurielle. Ces moyens thérapeutiques suffisent pour cette éruption, et M. P... jouit d'une très bonne santé jusqu'à l'âge de 32 ans.

Ayant à cette époque, qui correspond à l'année 1832, passé plusieurs nuits d'été en laissant ouverte la fenêtre de sa chambre à coucher, il fut attaqué de douleurs à la tête, qui prirent un type continu avec exaspération le soir et pendant la nuit. Il consulta plusieurs médecins ou chirurgiens qui mirent en usage les sangsues derrière les oreilles et sur la tête rasée, les sinapismes aux jambes, les ventouses scarifiées aux cuisses, les bains de pieds, de moutarde ou de savon, et les narcotiques qui seuls procurent du soulagement.

A la fin de l'année 1833, le malade consulte le docteur Aussandon; il ordonne un traitement mercuriel par la liqueur de Van Swieten qui dure quinze jours et qui amène une telle amélioration, au bout de ce court laps de temps, que M. P... se croit guéri et recommence son genre de vie. Mais les douleurs ne tardèrent pas à revenir et se portèrent sur les bras, les lombes, les cuisses, les jambes.

M. P... va consulter Dupuytren qui soupçonne une affection syphylitique constitutionnelle, ordonne un traitement anti-vénérien consistant dans l'usage des boissons sudorifiques et des pilules de sublimé et engage le malade à continuer ce traitement pendant quinze jours et à revenir le voir au bout de ce temps. Il ne suit pas ce conseil et les douleurs persistant et même augmentant, il va voir M. Ricord, qui ordonne un séton à la nuque. Cet exutoire ne fait aucun effet; alors M. P... va consulter, en janvier 1835, M. Récamier qui considère la maladie comme une céphalalgie paroxistique, et ordonne l'assa-fœtida et le sulfate de quinine, et la suppression du séton.

Les remèdes étant inutiles, M. P... consulte un médecin qui ordonne différens moyens thérapeutiques et entr'autres des pilules dites philosophiques. De plus il veut qu'on organise un appareil fumigatoire pour respirer la vapeur de l'infusion de datura stramonium et de jusquiame noire, et il pense qu'on pourra même fumer à la pipe ces plantes sèches.

Dans l'été de 1835, MM. les docteurs Biett et Marx appelés par M. P..., conseillent l'emploi de la tisanne de gayac et des pilules de deuto-chlorure de mercure; mais le malade, qui avait éprouvé au bout d'un mois une amélioration sensible, ne pouvant continuer ces moyens thérapeutiques à cause de la susceptibilité intestinale, abandonne tout traitement interne pour ne prendre que des bains de vapeur et des douches, et bientôt les douleurs reparaissent. Néanmoins il persiste dans leur usage et fait diriger les douches principalement sur les jambes et les cuisses où les douleurs s'étaient fixées. Il ajoute les vésicatoires volans et les bains de cinabre qui sont aussi inutiles.

Au mois d'octobre 1835 il apparaît une périostose sur l'extrémité externe de la clavicule gauche.

Dans l'hiver de 1835 et 1836 aux douleurs se joint une toux qui fait soupçonner que les poumons deviennent malades et engage le médecin de M. P... à lui ordonner les moyens propres à prévenir ou combattre la maladie de poitrine imminente. Mais dès le mois de mai M. P... cessa tout traitement.

C'est à l'automne de 1836 que je vois pour la première fois M. P... à la campagne dans une maison tierce; et M. P... sachant que j'étais médecin, me demande de le guérir, parce que la vie lui devient à charge à cause des douleurs qu'il éprouve. M. P... était réduit à un grand degré de maigreur; sa peau avait une teinte jaune terreuse, il ne pouvait dormir ni jour ni nuit: dès l'année 1835 il passait ses nuits dans un fauteuil, pensant que la chaleur du lit devait augmen-

pas s'expliquer toujours le médecin à travers l'apostolat de sa pratique. Comme savant, il agit de plus haut; et sa parole, ses enseignemens sont plutôt une semence abondamment répandue sur les masses, qu'un breuvage cordial préparé pour relever les forces d'un individu. Dans la chambre de celui qui souffre, et où la sensation du mieux et du bien amène les émotions de la reconnaissance, le médecin, il est vrai, passe par le cœur pour arriver à l'esprit. Mais, lorsque se reposant des pénibles travaux de la clientèle, il travaille pour la civilisation, il frappe directement à l'intelligence des masses, alors il devient un des ressorts les plus puissans de ce char qui conduit l'humanité à l'accomplissement de ses destinées providentielles.

Sans doute on peut, en quelque manière, ne voir là qu'une hypothèse au profit de l'amour-propre, une assertion tentée pour donner à un écrit le vernis flatteur de la nouveauté. Mais, heureusement, le fait existe; l'histoire témoigne du rôle civilisateur du médecin. Elle enseigne ce que la vie commune empêche le plus souvent de reconnaître. Dans la vie commune, en effet, les opinions reposent sur des habitudes, et souvent les habitudes respectent ou entretiennent les préjugés. Ce qu'il y a de réel encore dans cette vie de tous les jours, c'est que ses soins à la fois nombreux et pénibles font qu'on s'arrête sur une chose, sur un événement, sans leur demander rien de plus que ce qui frappe tout d'abord l'attention, ce qui forme essentiellement leur surface. Ainsi, lorsqu'on a vu le médecin fonctionner auprès du malade, qu'on a écouté et exécuté ses prescriptions, ou l'oublie, on ne semble pas soupçonner que ses devoirs soient enfermés dans un cercle plus étendu. Il est vrai que l'homme n'a pas le temps de tout voir et de réfléchir sur tout, car sa vie est courte. Mais il peut voir par les yeux des hommes d'élite, et réfléchir, en s'assimilant les réflexions de ceux qui ont laissé d'immortels souvenirs. L'héritage scientifique du passé, que les hommes reçoivent et se transmettent successivement après l'avoir agrandi, est un appareil d'optique au travers duquel tous les yeux sont appelés à reconnaître les erreurs de l'esprit et à épeler des vérités nouvelles. Depuis que la tradition infidèle n'est plus l'unique source de la connaissance des temps passés, rien ne se perd, et tout peut s'apprendre.

Je ne dirai pas cependant, pour établir que le médecin a toujours été l'un des mobiles les plus essentiels de la civilisation, je n'irai pas dérouler minutieusement quelques-uns des titres que nous a laissés l'histoire. Pour faire un tel travail, il serait trop peu des courtes colonnes d'un feuilleton, il faudrait un livre. Mais, me croirait-on, si, au lieu d'invoquer les témoignages du passé, je ne m'appuyais que sur ceux du présent? Certes non; il faut, pour juger les vérités historiques, ce qui est nécessaire pour bien juger les monumens, la distance, la perspective.

Je pose peut-être ma perspective bien loin, en commençant par les temps héroïques de l'art. Cette époque est pour nous comme un sanctuaire; ce n'est qu'au travers d'un voile qu'il nous est permis de la considérer. Mais des voix révélatrices parlaient aux profanes du fond des sanctuaires, et les époques les plus reculées ont des révélations pour tous. Il n'y a en effet qu'à écarter des vérités anciennes le manteau de poésie qui les couvre, pour en voir, pour en admirer la beauté. Ce n'est pas d'ailleurs pour un vain résultat que la mythologie enveloppe le fond dans le prestige de la forme. Des principes métaphysiques, des idées abstraites ne se gravent que dans les intelligences d'élite; ils restent nébuleux ou

ter ses douleurs; seulement le matin il se plaçait sur son lit au moment où elles cessaient; mais il ne pouvait guère y rester plus de deux heures; leur retour le réveillait.

Les douleurs, moindres le jour que la nuit, revenaient le soir au moment du coucher du soleil avec une telle intensité, que j'ai vu une fois M. P... obligé de quitter la table au bout d'un quart-d'heure tant elles devenaient fortes, et de monter dans son appartement.

Ennuyé de l'insuffisance de tous les traitemens employés, M. P... n'en fait aucun dans l'hiver 1836 et 1837. Dans l'été 1837 il va prendre les eaux de Néris, d'après les conseils d'un médecin qui soupçonne un rhumatisme, et il en revient aussi souffrant qu'il en était parti.

Dans l'automne de 1837, je me trouve de nouveau à la campagne avec M. P..., et un jeune médecin de ses amis, qui me consulte pour lui et me montre d'énormes taches de la peau ayant leur siège à la poitrine et au dos, et dont la couleur la forme, et l'apparence générale me font aisément reconnaître des taches syphyliliques. Elles avaient la couleur jaunâtre que j'ai indiquée dans mon traité sur la syphylis. J'affirme de nouveau à M. P... qu'il a une syphylis constitutionnelle qui ne pourra guérir que par les frictions mercurielles. Il paraît douter encore de mon assertion. A cette époque M. P... ne se couchait plus, il passait la nuit sur un fauteuil en éprouvant dans les articulations et les membres des douleurs atroces, qui ne cessaient qu'au matin et que les opiacés ne calmaient plus comme par le passé; dans le jour, il souffrait moins; mais dès que le soir arrivait, les douleurs revenaient. Le jeune médecin, ami de M. P..., le décide à suivre le conseil que je donnais, et au mois d'octobre 1837 il commence, sous la direction de M. Lagneau, un traitement anti-syphylitique consistant : 1° En une tisane de salsepareille édulcorée avec un mélange de sirop de bourrache et de rob de sureau; 2° des pilules de deuto-chlorure de mercure, d'extraits d'opium et de gayac; des frictions mercurielles, tous les quatre jours, la première à 1/2 gros, la deuxième à 1 gros, la troisième 1 gros 1/2, la quatrième 2 gros, ainsi que les autres.

Quinze jours après le commencement de ce traitement, le malade fut étonné de ne plus sentir de douleurs aux genoux, au point, m'a-t-il dit, qu'il aurait pu se coucher; mais l'habitude qu'il avait de rester assis sur une chaise pendant la nuit était si grande qu'il ne put se décider à se mettre au lit. Enfin l'amélioration devint telle que M. P..., qui paraissait atteint de consomption, et qui, d'après les ordonnances qui lui ont été données, était atteint de phthysie pulmonaire aux yeux de quelques praticiens, a retrouvé la santé, a repris de l'embonpoint, et est aujourd'hui très bien portant. Pendant le traitement il a été menacé de salivation, mais elle n'est pas venue. C'est aussi pendant le traitement qu'il a vu s'abcéder la périostose de la clavicule, et dernièrement j'ai sondé l'ulcère fistuleux et j'ai trouvé la clavicule nécrosée.

M. P... ayant fini son traitement au mois de mars 1838, alla passer l'été à la campagne et pendant six semaines il se mit à l'usage du laitage et d'une nourriture très fortifiante : ce régime rendit à son estomac toute son activité, et donna au malade un embonpoint remarquable.

Dans le mois de janvier 1839, M. P... a eu à la jambe gauche une pustule qui a été accompagnée d'un engorgement considérable du membre; il est venu me voir : quelques frictions mercurielles ont fait disparaître entièrement ce symptôme.

Cet accident est venu confirmer à M. P... ce que je lui avais dit après son traitement. Je l'avais prévenu qu'il n'avait pas employé une dose assez forte d'onguent mercuriel, et que probablement il lui surviendrait encore quelqu'accident syphilitique. Quoiqu'il ait reconnu la vérité de mon assertion, il n'a pu se décider à faire de nouveau usage de ce médicament.

Obs. XVII. (Recueillie en 1838). — M. B..., âgé de 52 ans, demeurant à Paris, a eu dans sa jeunesse une uretrite, qui a cédé sans difficulté à un traitement antiphlogistique. Je n'ai pu savoir de lui s'il avait eu en même temps un engorgement des ganglions lymphatiques inguinaux, quoique l'examen attentif des deux aines me fasse reconnaître de chaque côté quelques ganglions arrondis et très durs.

Depuis l'époque de cette urétrite, M. B... n'a eu aucune affection syphilitique soit primitive, soit consécutive. En l'année 1833, il s'aperçut qu'il lui survenait souvent des rougeurs à la peau des jambes, et des élevures sur la peau des mains, de la figure et du front principalement; la peau, aux endroits malades, paraissait acquérir momentanément plus d'épaisseur; il n'y avait ni prurit, ni douleur, et peu ou point de chaleur. Les rougeurs et les élevures disparaissaient et revenaient sans causes appréciables. Cependant M. B... remarquait que le plus souvent leur apparition coïncidait avec quelque émotion vive. Il y a deux ans, en 1836, M. B... éprouva quelques douleurs ostéocopes vagues concurremment avec un gonflement de l'articulation tibio-fémorale.

Les médecins qu'il consulta assignèrent à ces accidens le caractère rhumatismal et les traitèrent en conséquence.

En novembre 1838, les mêmes accidens se développèrent de nouveau; les rougeurs se montrèrent à la figure, aux mains et à la jambe gauche; et à la partie antérieure de ce membre sur la crête du tibia seulement, elles furent accompagnées de douleurs et de démangeaison. Au bout de huit jours, ces accidens se dissipèrent pour se montrer sur l'autre jambe, celle-ci se guérit en apparence et l'autre à son tour redevint malade. A chaque déplacement, la douleur, la chaleur et le développement des rougeurs augmentaient. On employa à ce moment quelques purgatifs, le repos et des cataplasmes émolliens. Il y eut encore une guérison apparente; mais presque au moment même de leur disparition, les accidens se renouvelèrent. Il y eut alors de la fièvre, un gonflement considérable des genoux et des jambes et de l'œdème aux extrémités inférieures. Le gonflement des jambes n'était pas égal dans toute leur longueur. Il présentait de distance en distance, surtout au mollet, des tumeurs isolées et très dures; il y avait aussi à chaque tibia des exostoses commençantes. C'est à cette époque seulement que j'ai été consulté. Les antécédens, les alternatives de retour et de disparition des accidens, l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en usage, l'état d'amaigrissement du malade, son teint jaune, sans altération organique aucune, me conduisirent à penser que l'urétrite était de nature syphilitique, et malgré les objections de M. B... je persistai dans mon opinion, et le décidai à faire un traitement anti-vénérien mercuriel. Je voulais les frictions, le malade préféra les pilules de deuto-chlorure de mercure. Il les employa donc conjointement avec la tisane de salsepareille et le sirop sudorifique simple. Mais au bout de quelques jours, les fonctions du tube digestif ayant été dérangées, M. B... eut recours aux frictions mercurielles. Leur emploi pendant la première quinzaine produisit un amendement très sensible dans les symptômes; les quatre frictions suivantes, à la dose d'un gros chacune, firent disparaître tous les symptômes, il ne resta qu'un peu d'œdème aux extrémités inférieures, qui se dissipa progressivement. Les frictions mercurielles furent continuées jusqu'en mai 1839, c'est-à-dire pendant sept mois et 14 onces d'onguent mercuriel furent employées. Jamais aucun signe, aucune menace même de salivation ne se sont manifestés. Pendant ce traitement l'état général de M. B... s'est amélioré à un tel point que le malade qui, depuis plusieurs années avait été languissant, maigre, pâle, sans appétit, est aujourd'hui fort et coloré; son appétit surtout est augmenté et s'est soutenu. Le médecin qui me fournit cette observation, ajoute que M. B... n'a jamais été aussi gras. J'ai été à même de vérifier l'état de M. B..., ayant occasion de le rencontrer quelquefois. Après son traitement, je lui avais conseillé de faire usage de laitage; comme il ne pouvait quitter Paris, il alla tous les matins dans une laiterie prendre du lait au moment où on le tirait du pis de la vache. De tous les symptômes syphilitiques consécutifs, celui qui se dissipa le plus tardivement et qui récidiva même pendant le traitement, ce furent les engorgemens locaux des jambes.

La dernière observation que j'ai à rapporter n'offrira pas des détails aussi circonstanciés que ceux des observations précédentes, parce que les notes recueillies ont été égarées. Je l'ai déjà donnée dans mon traité de la syphilis; et comme c'est un de ces faits qu'on ne saurait trop faire connaître parce qu'ils sont rares, je ne crains pas de la répéter ici. Je regrette de ne pouvoir lui en joindre une du même genre; mais la ma-

invisibles même aux esprits vulgaires. Pour répandre avec abondance un vérité, pour la faire germer et croître sur le terreau si varié de l'intelligence humaine, il faut lui donner un corps, et doner ce corps, s'il est possible, de ces qualités brillantes qui lui donnent un caractère, une couleur. Et voilà précisément pourquoi la mythologie n'est pas une vide et capricieuse composition poétique. Si les grands hommes y sont des divinités, si les leçons, si les principes y sont représentés sous la forme d'un drame héroïque, c'est pour que cette grande épopée des premiers temps fût acceptée par les esprits contemporains, et pût être transmise sans grande altération à la postérité. Ainsi, par la mythologie, le fond est sauvé par la forme; le principe par lequel un grand bienfait a été produit, le nom de celui qui a voué son intelligence et sa volonté à l'accomplissement d'un grand acte, tout cela est sauvé du naufrage de l'oubli.

Notre mythologie médicale (nous avons aussi nos temps héroïques) nous a, par la même raison, conservé des faits et des événemens qui importent beaucoup à l'histoire de l'art et de la civilisation. Il y a des noms surtout qui, grâce à l'éclat de leur auréole olympique, resteront toujours dans la mémoire. Citer Hercule avec Esculape, c'est peut-être franchir les limites de notre mythologie; mais les travaux d'Hercule ne sont pas les travaux d'un athlète qui va, parcourant la terre, essayer la force de son bras sur des monstres ou des tyrans. Il ne faut, en mythologie, accepter la forme que comme ornement accessoire du fond. Prendre au sérieux, ou plutôt à la lettre, les faits et gestes surnaturels de ce Don-Quichotte olympique, c'est vouloir entrer à coudées franches dans les voies de l'erreur, car c'est interpréter en enfant les hauts enseignemens de l'histoire. Cet Hercule, qui détruisit l'hydre de Lerne et les oiseaux du lac Stymphale, ne tua pas ce monstre aux cent têtes et ces oiseaux pestilentiels; car ceci n'est qu'une allégorie derrière laquelle se cache cette vérité naïve qu'Hercule dessécha des marais insalubres, dont les émanations produisaient de terribles maladies. Cette autre fable du vautour de Prométhée, qui s'applique au même héros, sert aussi de vêtement à une autre vérité. Hercule, d'après le témoignage d'Hésiode, guérit d'une cruelle affection du foie celui que la tradition et la mythologie nous montrent enchaîné sur un rocher, et la poitrine pantelante sous les serres d'un vautour. Hercule fit aussi cesser une peste qui régnait dans l'Attique, et sut arrêter les progrès d'une maladie qui ravageait l'Élide, en ramenant un fleuve débordé dans son lit. Il est vrai que, dans toutes ces œuvres, on peut reconnaître plutôt le médecin que l'homme de la civilisation. Mais, qu'on daigne mesurer la portée de ces grands services; et après un peu de réflexion, on reconnaîtra que celui qui sauve des populations, qui garantit les conditions de leur santé, et prépare le vaste sol d'un pays, de telle sorte que sa fécondité puisse faire affluer des habitans, et créer une société nouvelle où il n'y avait que marais, stérilité et animaux immondes, on reconnaîtra, dis-je, que celui-là remplit une grande mission. On ne sera donc pas étonné que cet Hercule médecin ait eu un culte dans l'Attique, dans l'Élide, et jusque dans la Sicile.

Apollon, Esculape, Machaon, Podalire, etc., tous les personnages mythologiques, enfin, que l'antiquité adorait ou révérait comme des bienfaiteurs de l'humanité, et que la reconnaissance publique ne tardait pas à placer dans l'Olympe, ne se bornaient pas sans nul doute à soigner des maladies. Même à cette époque reculée, des chefs-d'œuvre de clinique médicale n'eussent pas suffi pour leur faire dresser des autels. La reconnaissance individuelle ne procède jamais par autant

lade, qui en est le sujet, se trouve encore en traitement à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. XVIII. — Une femme, âgée de 35 à 40 ans, fut placée dans mon service à l'hôpital des vénériens. Elle était tout à fait paraplégique : néanmoins les fonctions de la vessie et du rectum étaient régulières. Cette femme me dit qu'à l'âge de 24 ans elle avait pris un nourrisson qui avait du mal à la bouche ; qu'il lui avait donné du mal aux seins, et qu'elle avait eu des abcès sous les bras. Dans l'intervalle de douze à quinze ans qui s'était écoulé depuis cette époque, il lui était survenu sur tout le corps de gros boutons suivis d'ulcères, et elle me montra les cicatrices. Je ne peux donner une meilleure idée de l'aspect qu'offrait son corps qu'en disant qu'il ressemblait à la cible sur laquelle tirent les soldats. La peau du dos, des côtés, de la poitrine ; celle du front, du cou et de quelques endroits des membres, était couverte de cicatrices enfoncées, plus profondes d'un côté que de l'autre, comme l'impression du doigt sur l'argile ou sur le mastic des vitriers, plus blanches que la peau saine, et adhérentes aux parties sous-jacentes. Les ulcères auxquels succédaient ces cicatrices étaient, d'après le dire de la malade, précédés d'une tumeur ronde, dure, violacée. Quand un ulcère guérissait, un autre apparaissait. Cette femme, placée dans son lit, jouissait du mouvement des membres supérieurs, mais ne pouvait en faire exécuter aux membres inférieurs : elle restait placée comme on la mettait, et si elle voulait prendre une autre position, il fallait qu'on la lui donnât. Plusieurs traitemens avaient été mis en usage, aucun n'avait produit de guérison.

Persuadé que la maladie de cette femme était une syphilide, je lui fis faire un traitement anti-syphilitique mercuriel par les frictions, d'après les principes que j'ai émis, et je lui donnai pour tisane la décoction de salsepareille avec le sirop sudorifique simple. Dans l'espace de neuf mois elle fit usage de 16 onces ou une livre d'onguent mercuriel, sans jamais avoir eu la moindre menace de salivation. Elle pouvait à cette époque descendre de son lit, y remonter, entrer dans un bain et en sortir seule. Je voulais pousser plus loin la dose de mercure ; la malade s'y refusa.

Elle sortit de l'hôpital dans cet état.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LANCET.

SURDITÉ TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA PERFORATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN ; par A. W.

L'observation suivante nous a paru assez curieuse sous le rapport pathologique et physiologique pour être rapportée en entier. Il est généralement admis que la perforation de la membrane du tympan ne laisse subsister l'audition que pendant un temps assez limité, surtout quand l'ouverture de sa membrane est assez grande pour permettre une libre communication entre l'air extérieur et la cavité tympanique : le renouvellement de l'air contenu dans cette cavité paraît, d'un autre côté, être une condition indispensable pour un exercice régulier de l'ouïe, et c'est pour cela que, dans les cas où la trompe d'Eustache rétrécie ou oblitérée ne permet pas au fluide atmosphérique de suivre sa voie naturelle pour atteindre la caisse, on a proposé la perforation de la membrane du tympan. Le cas que nous allons rapporter semble prouver en outre une extrême tendance à l'oblitération de cette ouverture artificielle, quand elle n'a pas de grandes dimensions. L'emporte-pièce imaginé par le docteur Fabrizzi serait, dans un cas pareil, employé avec beaucoup d'avantage.

Obs. — M..., depuis son enfance, était affecté d'une légère surdité, accompagnée d'une petite perforation de la membrane du tympan. Cette infirmité légère l'incommodait fort peu, quand, à l'âge de 14 ans, pendant la durée d'une scarlatine, il se fit, par ses oreilles, un écoulement purulent. L'écoulement se tarit avec la disparition de la fièvre éruptive ; mais M... resta sourd, et s'aperçut bientôt que l'ouverture existant avant sa maladie à la membrane tympanique s'était fermée. Depuis cette époque, il se produisait dans ses oreilles des bruits pareils aux sons des cloches, à de violentes explosions. L'expérience lui apprit bientôt qu'en forçant une certaine quantité d'air, à pénétrer dans la caisse, sa surdité diminuait un peu, et il prit la coutume d'emplir la bouche d'air, puis fermant cette cavité et se pinçant le nez, il comprimait le gaz, dont une certaine quantité perçait alors les trompes et arrivait au tympan. A quelques années de là, il alla consulter M. Wishart, et le pria de lui perforer le tympan, ce qui fut fait avec une aiguille plate. A peine cette perforation avait-elle donné accès à l'air, que le malade put entendre les sons du piano, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Bientôt, à la suite d'une légère inflammation, la plaie de la membrane se referma, et l'ouïe fut de nouveau abolie, puis rétablie par une seconde opération semblable à la première. Elle fut ainsi pratiquée six fois, tant par M. Wishart que par M. Liston, et toujours avec les mêmes résultats. Dès-lors, M... pensa que la membrane du tympan épaissie et vasculaire ne pouvait être maintenue ouverte que par une large perte de substance. M. Liston fit cette petite opération en se servant d'une espèce d'emporte-pièce qui enleva à la membrane un disque considérable. Depuis dix ans, cette ouverture s'est maintenue ouverte, et l'ouïe est demeurée à peu près parfaite.

SURDITÉ PRODUITE PAR LE SULFATE DE QUININE ; par le docteur WILLIAMS.

Nous avons rapporté il y a quelques mois deux cas où l'on avait observé, à la suite de l'administration du sulfate de quinine à haute dose, un mutisme assez prononcé pour qu'on ait cru devoir l'attribuer au sel de quinine administré. Les deux faits suivans sembleraient indiquer que la surdité pourrait être, dans quelques cas, l'effet de l'administration du même sel.

Obs. I. — Une femme, âgée de 48 ans, souffrait depuis quelque temps d'une sciatique, pour laquelle on lui administra la quinine. Elle était soumise à ce traitement depuis trois semaines, quand elle fut prise tout à coup de surdité. On jugea convenable de ne faire aucun traitement pour cette indisposition ; quelques apéritifs seulement furent administrés, et au bout de trois semaines la malade avait recouvré l'ouïe.

Obs. II. — Le sujet était aussi une femme, âgée de 60 ans, qui avait souffert considérablement du tic douloureux et qui avait souvent pris la quinine à doses élevées. Peu à peu chez elle l'ouïe perdit de sa sensibilité, et la malade ne put bientôt plus prendre part à la conversation ; elle continua cependant de prendre la quinine pendant plusieurs jours encore ; puis elle cessa de le faire, mais ne subit aucun traitement pour cette nouvelle indisposition. Au bout de trois semaines environ, elle commença à recouvrer un peu l'ouïe, et on espérait qu'elle se rétablirait complètement ; mais il n'en a point été ainsi, et la malade a conservé assez de dureté de l'ouïe pour n'entendre que les personnes qui lui parlent à très haute voix.

L'auteur attribue à l'absence de tout traitement l'infirmité qu'a conservée le sujet du dernier de ces deux cas, et bien qu'il ne soit pas démontré

---

d'éclat, ou tout au moins cet éclat ne dure pas longtemps, et laisse rarement quelque chose après lui. Apollon surtout, personnage qu'on appelle à la fois le dieu des arts et de la médecine, Apollon, entre les mains de qui la mythologie a placé les guides du char du soleil, ne représente-t-il pas une puissance d'un ordre bien élevé ? La mythologie lui met la lyre entre les mains, pour montrer que c'est à lui qu'il faut rapporter l'origine et les lois du beau langage ; elle lui donne la beauté physique dans toute sa splendeur, pour symboliser sans doute l'expression la plus haute, la plus poétique de la santé ; en lui faisant diriger la marche du soleil, en le confondant avec la source de la lumière, c'est à lui qu'elle fait remonter l'origine de tout savoir. Sans doute, cette mythique personnification n'a pas été composée sur le thème raccourci des facultés et des services d'un seul homme. Des sentimens, des principes, plutôt que les détails d'une biographie, se cachent derrière ce nom d'Apollon qui a inspiré tant de magnifiques œuvres, ou dans la poésie, ou dans la statuaire. Mais, réunir dans une même idée, sous un même nom, et au sein d'une seule intelligence, la possession de la science et de l'art, avec celle du savoir médical, n'est-ce pas exprimer en termes précis l'influence active de la médecine sur la civilisation ; n'est-ce pas dire que les hommes qui ont servi d'élémens à la création de ce mythe poétique savaient à la fois sauver des malades et éclairer les sociétés ? D'ailleurs, l'histoire n'est pas muette ; elle sait écarter le voile qui cache et protège à la fois les vérités de la mythologie. Esculape, et avec lui cette famille des Asclépiades, dans laquelle les dogmes se transmettaient purs de toute hérésie, savaient dicter des lois, porter des couronnes, fonder des villes, c'est-à-dire civiliser.

Oui, la médecine conduisait à tout cela ; car les législateurs des anciens temps ont prouvé qu'ils avaient eu recours à la sagesse et à l'art d'Esculape pour fonder l'établissement d'une nation. Ouvrez les livres de Moïse, ces chefs-d'œuvre des législations anciennes, et vous y verrez bientôt des descriptions de maladies, des prescriptions hygiéniques qui vous frapperont, les unes par leur fidélité, les autres par leur portée sociale. Bien qu'il vécût à une époque que commençaient à peine à éclairer les lumières de la civilisation, Moïse avait compris l'importance de la santé publique et privée pour la socialisation d'un peuple. Il avait appris par l'observation que le bien-être physique était une base sur laquelle les lois morales pouvaient solidement s'appuyer ; et il était devenu médecin dans l'acception philosophique du mot, parce que l'art de guérir est toujours l'art de connaître les hommes, s'il n'est pas bien souvent celui de les gouverner. Pour parler d'un mode de gouvernement qui avait quelque analogie avec celui qui régissait la nation juive, la théocratie égyptienne comptait parmi ses prêtres, ces dépositaires de tout savoir, des médecins qui unissaient la théorie à la pratique ou se livraient seulement aux larges conceptions de la théorie. Dans les processions solennelles que faisait la caste sacerdotale, les médecins marchaient à leur rang portant les marques symboliques de leur profession et de leur mission. Si l'histoire nous avait révélé tous les secrets de ces initiations qui donnaient à un homme la clef du savoir philosophique et social de l'époque, certes nous aurions appris que la médecine avait une grande part dans cette palingénésie scientifique dont les sanctuaires dérobaient la connaissance aux profanes. Alors, en effet, la science était dans les temples, et les temples en Egypte étaient le lieu d'où émanait le pouvoir et qui protégeait la source féconde de l'activité sociale. C'est là que les hommes qui se sentaient quelque puissance dans l'intelligence et dans la volonté

encore pour nous qu'on doive attribuer à l'usage de la quinine les troubles survenus dans l'ouïe des personnes qui en avaient fait usage, cependant nous allons reproduire les conseils qu'il donne pour des cas semblables. « On aurait donc tort de s'en rapporter à la nature seule pour rétablir, dans ces cas, le sens de l'ouïe. Outre les purgatifs qui devraient être employés tous les deux jours, on devrait appliquer des sangsues derrière l'apophyse mastoïde; et si le sujet était jeune et d'une bonne santé, on appliquerait des ventouses derrière les oreilles, et ensuite la strychnine par la méthode endermique; enfin si on n'obtenait pas de l'emploi de ces moyens tout le succès désirable, on aurait recours à l'électro-galvanisme. »

Un troisième cas tout à fait semblable aux deux précédens est rapporté dans un autre numéro du même journal.

DE L'EMPLOI DU SOUFRE DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS SPASMODIQUES ET SPÉCIALEMENT DANS CELUI DE L'ANGINE DE POITRINE; par le docteur MUNK.

L'art ne possède jusqu'ici aucun moyen direct pour combattre les spasmes ou les contractions musculaires qui ont lieu dans un si grand nombre de maladies, et qui souvent à elles seules représentent des maladies très graves. Nous désirons que le moyen indiqué dans l'article que nous allons analyser possède une partie de l'efficacité que semble lui attribuer l'auteur; ce serait une heureuse acquisition pour la médecine pratique.

Avant de rapporter les faits sur lesquels s'appuie l'auteur, nous dirons que depuis que son attention fut éveillée sur ce point il se trouva que le même moyen avait été indiqué par le docteur Chapman dans ses ÉLÉMENS THÉRAPEUTIQUES, comme passant auprès du public (américain) pour un calmant puissant employé à l'extérieur et à l'intérieur dans les cas de contractions musculaires involontaires et de crampes.

ANGINE DE POITRINE CALMÉE A PLUSIEURS REPRISES PAR LE SOUFRE ADMINISTRÉ A L'INTÉRIEUR.

OBS. — En décembre 1837, je fus appelé auprès de M. ***, âgé de 62 ans, doué d'une forte complexion, au col court et plein, qui se plaignait de souffrir beaucoup d'hémorroïdes qu'il portait depuis longtemps. Je lui prescrivis un traitement convenable, et lorsque déjà il allait beaucoup mieux il fut pris d'une forte attaque d'une angine de poitrine dont il souffrait depuis cinq ou six ans, et dont les attaques d'abord éloignées, et qu'il semblait toujours facile d'attribuer à quelque exercice violent, s'étaient rapprochées de plus en plus, et étaient alors provoquées par la plus légère cause. Celle dont je fus témoin avait été produite par un accès de colère à la suite d'un dîner un peu copieux. Il avait consulté tant de médecins et suivi tant de différens traitemens sans aucun amendement pendant la durée des attaques antérieures qu'il avait renoncé depuis déjà quelque temps à l'emploi d'aucune espèce de médication. Le seul traitement qu'il employait était l'application de l'eau chaude sur la région du cœur dans le but de produire la vésication et une potion composée de laudanum, de liqueur anodine d'Hoffmann et de camphre. En le quittant, je lui recommandai de se tenir le ventre libre par quelques doses de soufre.

Quelques mois après, ayant été appelé pour un des parens de ce malade, je m'informai de ce qu'étaient devenues ses attaques, et j'appris qu'il n'en avait plus eu depuis celle dont j'avais été témoin. Il avait continué à prendre le soufre à la dose de 3 grammes chaque soir dans une tasse de lait, et n'avait plus souffert également de ses hémorroïdes; cependant il se plaignait beaucoup, ainsi que sa famille, de l'odeur désagréable qu'avait sa transpiration, et on désirait beaucoup qu'il remplaçât par un autre laxatif le soufre auquel on attribuait cette odeur; la conserve de casse lui fut conseillée en place. Six semaines après, il eut une forte attaque d'angine, une autre un mois après, et une troisième au bout de sept semaines encore. Attribuant ces rechutes à l'électuaire, M. *** recourut de lui-même au soufre qui lui tenait le ventre plus libre que ne le faisait la casse, et il resta pendant longtemps sans éprouver de nouvelles attaques de son angine. Dans l'automne de 1838, les fortes chaleurs de la saison ayant augmenté notablement sa transpiration et l'odeur sulfureuse qui l'accompagnait, il cessa encore une fois l'usage du soufre qu'il remplaça par de petites doses d'huile de ricin ou de la poudre de rhubarbe composée de la pharmacopée d'Edimbourg. Les attaques d'angine de poitrine revinrent de nouveau, et cessèrent encore par l'emploi du soufre. Il continua ce médicament pendant tout l'hiver, et n'éprouva pas de nouvelles attaques.

En mai 1839, il eut un très léger paroxisme, bien qu'il prît le soufre à cette époque. Depuis il a conservé une santé parfaite, souffrant seulement de temps en temps des hémorroïdes. Deux fois j'ai examiné la poitrine, mais sans y découvrir aucun bruit anormal. L'impulsion du cœur était un peu faible, et le premier bruit un peu plus fort, plus clair et plus prompt que d'habitude, ce qui semble indiquer une légère hypertrophie des parois ventriculaires.

J'avais cherché bien des fois, dit l'auteur, à m'expliquer ces suspensions, plus ou moins prolongées des attaques, puis leur retour subit et je n'avais pu les attribuer qu'à l'emploi et à la cessation du soufre. Je fus confirmé dans cette opinion, quand j'eus connaissance du passage de l'ouvrage du docteur Chapman, et je résolus de m'assurer de son exactitude à la première occasion qui se présenterait. En attendant, j'employais avec avantage le soufre d'après la méthode du docteur Chapman, c'est-à-dire appliqué à l'extérieur dans des cas de crampes des extrémités inférieures. Cette médication m'a également réussi dans trois cas de spasme du canal alimentaire. Le sujet de l'un d'eux était une dame âgée de 24 ans, d'un tempérament extrêmement nerveux, qui était sujette à de fréquentes et effrayantes attaques de ce qu'on appelle crampes d'estomac. Elle fut promptement soulagée par l'emploi du soufre, et en le continuant à petites doses pendant deux ou trois mois, elle parut s'être débarrassée entièrement de ces accidens. En mars 1839, à la suite d'un écart de régime, elle eut une légère attaque qui ne fut que d'une courte durée, et depuis elle n'en a plus éprouvé. Elle continue de prendre encore le soufre lavé trois fois par jour, et à la dose de 1 gramme environ pendant huit ou dix jours, toutes les cinq ou six semaines.

Le fait suivant nous semble offrir assez d'intérêt pour que nous le reproduisions avec tous les développemens que nous trouvons dans l'auteur.

OBS. — M. H. G., âgé de 59 ans, me consulta en janvier 1839. Il rapportait toutes ses souffrances à la région du cœur; elles consistaient en des accès de douleurs violentes avec oppression très forte dans la même région et un engourdissement avec douleur dans les deux bras et surtout dans le bras gauche, et ne descendaient ni d'un côté ni de l'autre au-dessous du coude; les battemens du cœur étaient irréguliers et peu distincts; le pouls restait imperceptible pendant plusieurs secondes de suite; il y avait beaucoup d'oppression, et tous les muscles qui servent à la respiration étaient violemment agités. Ce fut pendant un de ces paroxismes que je le vis pour la première fois. Il était plus ou moins sujet à des attaques de ce genre depuis quelques années. Le plus souvent elles venaient à la suite de quelque exercice; mais quelquefois elles venaient sans cause appréciable pendant la nuit, dans les premiers instans du sommeil, et l'éveillaient avec le sen-

---

allaient demander un aliment pour soutenir cette volonté et nourrir cette intelligence. Aussi les temples furent-ils en Egypte ou en Grèce les oasis du désert de la civilisation. Autour d'eux se groupaient des habitations, se développaient des villes, et c'est ainsi que des intérêts communs se constituaient pour s'étendre progressivement et pour aboutir enfin à ce que nous appelons une nationalité. Or, les temples élevés en l'honneur d'Esculape dans les îles ou sur le continent eurent surtout une action directe et puissante sur les populations. On allait de toutes parts consulter le dieu; on croyait à ses oracles, parce que la guérison venait souvent en confirmer la vérité; on établissait sa demeure autour des limites du terrain consacré, parce que la situation ne manquait jamais d'être en harmonie avec les lois de l'hygiène; et c'est ainsi que Cos et Gnide devinrent des îles célèbres où les murs du temple protégeaient le savoir des philosophes-médecins, et où la foule affluait de toutes parts pour y porter le tribut de sa reconnaissance, de son admiration et de ses offrandes. Il faudrait pouvoir suivre les effets sociaux des impressions et des idées que ces pèlerinages répandaient parmi les populations, pour mesurer en quelque sorte la portée civilisatrice de cette médecine des premières époques; mais ce serait difficile; car l'histoire ne dit pas tout. Toujours est-il cependant, que si le commun des visiteurs se courbait humblement dans ces temples sous le joug de la superstition, les hommes d'élite y entraient en communication avec les prêtres et pouvaient s'initier à leurs croyances et à leur savoir.

Ce fut cette cause qui ouvrit une ère nouvelle à l'art de guérir. Sous son influence la médecine abdiqua la taille de la divinité; elle prit les proportions humaines. Son ère philosophique venait de s'ouvrir; et dès ce moment elle n'eut plus ses temples, elle s'enferma dans des écoles. Les écoles, on le sait, jetèrent le plus vif éclat. Sans doute, la médecine y fut longtemps considérée comme l'une des parties de ce grand tout qui s'appelait la philosophie; mais elle ne tarda pas à s'isoler du vague qu'elle en recevait, pour garder seulement ce qui pouvait lui être utile. Aristote, ce précepteur d'Alexandre, qui inspira sans doute à son élève les conquêtes par lesquelles un monde nouveau fut ouvert au monde connu, Aristote fut le levier actif de cette réforme. C'est par lui que l'observation directe vint dissiper les vagues obscurités de la théorie. Le philosophe de Stagyre fit, en effet, de l'école d'Alexandrie une école où la raison tint plus de place que l'imagination. Appartenant à la famille médicale des Asclépiades c'est par lui que s'élevèrent ces deux grandes intelligences de la ville des Ptolémées, Erasistrate et Hérophile, dont les travaux et les services appartiendront toujours aux fastes de l'art de guérir. Aussi peut-on dire avec raison qu'après le fondateur de l'école d'Alexandrie, Aristote, ces deux médecins dominent tout ce qu'il y eut de grand parmi les hommes de science qui vivaient dans la cité des Ptolémées. Trois médecins (et je puis dire trois, puisqu'Aristote descendait des Asclépiades) furent donc le pouvoir inspirateur, si je puis ainsi m'exprimer, de la fameuse école égyptienne. C'est à eux qu'il faut rapporter ce lustre scientifique dont l'histoire a environné la ville d'Alexandrie, ce radieux éclat qui entoure le nom des Ptolémées. Et si l'on réfléchit un instant sur la merveilleuse civilisation dont jouissait alors cette terre, depuis que le génie d'Aristote et le zèle des Ptolémées lui étaient échus, on conclura bien vite que la médecine civilise et qu'il n'y a pas d'exemple qui soit au-dessus de celui-là.

Mais ces lumières, qui brûlaient au sein de l'école d'Alexandrie, et de tant d'autres dont les murs s'élevaient sous le beau ciel de l'Orient, ne devaient pas s'é-

timent d'une mort imminente. Ces dernières attaques étaient toujours plus graves et plus longues que celles qui venaient pendant le jour. Le paroxisme ne persistait pas longtemps avec la même intensité; il perdait bientôt de sa gravité et faisait place à un sentiment de malaise que le malade rapportait à un poids lourd qui aurait été suspendu dans la poitrine. L'attaque pour laquelle j'avais été appelé céda promptement, mais il resta des troubles graves du côté des organes digestifs; la langue était couverte à sa partie postérieure d'une couche épaisse d'un mucus jaunâtre; il y avait de la soif, de l'anorexie et un sentiment de plénitude et de pesanteur dans le ventre; l'urine était peu abondante et fortement colorée; les selles n'étaient pas normales et la peau restait chaude. Huit sangsues furent appliquées à l'anus. Le soir on administrait de petites doses de pilule bleue et d'ipécacuanha, et pendant le jour une mixture saline.

Au bout de quinze jours, le malade était revenu à un état de santé satisfaisant. Je lui ordonnai de prendre soir et matin 2 grammes environ de soufre lavé, sous forme d'électuaire. Il continua ce traitement sans éprouver de paroxisme jusqu'en juin, époque où ayant à faire un voyage il crut pouvoir le suspendre. En août il eut une légère attaque d'angine et revint immédiatement à ses doses; mais au bout de huit jours il eut une nouvelle attaque qui fut provoquée par une course un peu rapide qu'il fit dans les montagnes de Cumberland pour éviter une averse de pluie.

Depuis cette époque jusqu'à ce moment (16 juin 1840) il n'a plus éprouvé de paroxisme, bien qu'une ou deux fois il ait ressenti les symptômes précurseurs d'une attaque; mais il les a toujours évitées en prenant une forte dose d'opium et de poudre de James, un pédiluve et un liniment volatile sur la poitrine.

L'auteur ne se dissimule pas le petit nombre de faits qu'il rapporte à l'appui de la propriété thérapeutique qu'il signale dans le soufre. Il ne se dissimule pas non plus que l'angine de poitrine se lie à des états morbides très différens et qui peuvent être spécialement rapportés à deux principaux: celui où il y a quelques lésions organiques qu'on peut regarder comme le point de départ de la maladie et celui où la maladie tout entière paraît consister seulement dans les désordres fonctionnels. Or il pense que le soufre doit être employé avec avantage dans les deux cas et spécialement dans le second.

Ce traitement a pourtant deux inconvéniens que l'auteur signale avec bonne foi; le premier, c'est l'odeur désagréable qu'a la transpiration pendant toute la durée du traitement, odeur qui ne peut être prévenue ni diminuée par aucun moyen pharmaceutique; cependant il est possible d'y obvier un peu, en évitant toutes les circonstances qui tendent à accroître la transpiration. Le malade doit peu se couvrir, se tenir de préférence au grand air, et éviter lorsqu'il prend de l'exercice de le faire jusqu'à se mettre en sueur ou à se fatiguer. Le second inconvénient du traitement par le soufre, ce sont les coliques qu'il détermine quelquefois et qui paraissent être le résultat de la présence de l'arsenic que l'on y a supposé, ou de l'acide qu'il contient constamment quand il a été préparé avec peu de soins. Cette dernière cause paraît à l'auteur la plus probable, car on prévient ordinairement ces coliques en administrant avec le soufre un sel alcalin; dans quelques cas cependant l'addition d'une petite dose de cubèbe est le moyen le plus sûr pour prévenir ces accidens.

TREMBLEMENT MERCURIEL; MORT; INDURATION DU CERVEAU; par le docteur CHOWN.

Les observations de tremblement mercuriel sont assez fréquentes pour que nous eussions laissé le fait suivant de côté, si la manière dont la maladie s'est terminée et l'autopsie n'eussent ajouté à l'intérêt.

OBS. — Boeri, italien, fabricant de miroirs, âgé de 55 ans, demeurant en Angleterre depuis vingt-huit ans, et où il a constamment travaillé à la fabrication des miroirs, est reçu à l'hôpital Charing-Cross. Il rapporte que, pendant les cinq premières années qu'il passa dans la manufacture, il jouit constamment d'une bonne santé; mais qu'au bout de ce temps, ayant commencé à trembler, il quitta ses travaux pendant deux mois, après lesquels, se trouvant aussi fort que jamais, il les reprit et les continua pendant six années encore; alors, nouvelle attaque de tremblement, dans laquelle les mains, et surtout la main droite, qui travaillait le plus, étaient fortement agitées. Dans ces deux attaques, il marchait facilement, bien qu'il y eût un léger tremblement dans les genoux. Quand une fois il avait saisi quelque chose avec ses mains, et qu'elles étaient posées, il pouvait ne plus trembler; mais c'est surtout lorsqu'il voulait prendre quelque chose que l'agitation des mains était le plus prononcée. Il était excessivement impressionnable; il suffisait de le regarder pour augmenter beaucoup son tremblement; il avait quelque difficulté à parler, et sa tête éprouvait aussi quelques mouvemens.

Le sens du toucher avait toujours été intact, mais la vision lui paraissait un peu obscure et confuse. Il lui semblait quelquefois qu'il était ivre et ses idées étaient habituellement fort vagues. Il quitta son travail une seconde fois et le reprit au bout de deux mois, se sentant parfaitement rétabli; il le continua sans accident pendant quinze ans, et fut pris de sa troisième et dernière attaque, et qui ne différa que très peu des précédentes; les jambes furent plus affectées, mais moins encore que les mains, et, en le voyant marcher, on le prendrait souvent pour un homme ivre. La vue était moins obscure, et la langue plus agitée que dans les attaques précédentes; le sommeil est bon et la mémoire a été plus dérangée qu'elle ne l'est en ce moment.

Pendant cette dernière, il lui arrive souvent qu'il éprouve le besoin d'aller à la garderobe; mais avant qu'il soit arrivé au lieu d'aisance, il perd tout à coup ses forces, tombe sur le parquet, et lâche involontairement sous lui. Ces attaques le prennent quelquefois sans qu'il ait éprouvé le besoin d'aller à la garderobe, et quelquefois, mais rarement, il se relève sans avoir eu de selle involontaire. S'il n'était pas aidé, il resterait ainsi étendu une ou deux heures même avant d'avoir recouvré sa connaissance pour se relever. Avant son entrée à l'hôpital, il tombait ainsi deux ou trois fois par semaine, et chaque chute était accompagnée de selles involontaires.

Le malade attribue la plus grande gravité de cette attaque à ce qu'il n'a pas quitté son travail aussitôt que les autres fois, et à des chagrins qu'il a éprouvés. Il n'a jamais éprouvé de salivation, mais ses dents ont été fortement ébranlées; il en a même trois qui sont en mauvais état, quoique ses parens n'aient jamais souffert de ce côté.

A l'époque de son admission à l'hôpital, toutes les grandes fonctions s'exécutent assez bien; l'intelligence est nette, mais il s'embrouille très facilement par la précipitation, l'anxiété, l'effroi même qui l'agitent. L'appétit est normal, la vue claire, la peau sans chaleur; le pouls donne 84 et est régulier. Le sommeil est calme et rafraîchissant; la tête, les mains et les jambes tremblent, et surtout les mains. Les genoux sont extrêmement faibles, la langue tremblante, la parole lente et timide, même dans l'absence d'émotion. Le tremblement est augmenté beaucoup dans toutes ces parties par la précipitation et l'anxiété.

Pendant les premiers jours, il est soumis à un traitement tonique et aux ferrugineux; mais la constipation étant survenue, on est obligé de le cesser et de le remplacer par un traitement stimulant. (Potion aromatique avec rhubarbe; frictions sur les membres et la colonne, avec un liniment aromatique; régime nourrissant.)

Pendant trois semaines, le malade se trouve bien et son état s'améliore. Alors on veut revenir aux toniques, et sans le moindre avantage, et même, sans aucune cause appréciable, la faiblesse du malade augmente, ainsi que son agitation, et son état prend évidemment une tournure défavorable; sa faiblesse s'accroît rapidement, malgré l'emploi des cordiaux et du vin. Ce changement ne paraît dépendre d'aucune lésion appreciable, mais être simplement l'effet d'un affaiblissement des forces vitales. Son intelligence, quoique faible, reste nette jusqu'au moment où il tombe dans le côma, qui est bientôt suivi de la mort.

---

teindre et priver de leur rayonnement les destinées de l'avenir. L'Occident allait déjà s'éclairer à ce foyer. Alexandrie était toujours la ville savante, lorsque Rome étendait sa domination sur le monde connu. A cette époque, la médecine avait envoyé quelques colonies loin du lieu qu'avec raison on peut lui donner pour berceau. Mais Rome n'avait pas entièrement perdu cette sauvagerie de mœurs, qui avait fait d'abord toute sa force et toute sa vertu; elle craignait encore l'invasion des sciences et des arts des peuples qu'elle avait conquis, et avait mis, pour ainsi dire, à son ban la civilisation orientale. Cela ne pouvait empêcher les destinées du savoir humain de s'accomplir. Les écoles philosophiques avaient déjà fait de fervens disciples parmi les Romains, et des savans de l'Égypte et de la Grèce accoururent bientôt dans la nouvelle métropole. Ce fut alors que les médecins arrivèrent à Rome avec les autres dépositaires des richesses de la civilisation. Leur influence ne tarda pas même à prendre un grand développement. Il n'y a qu'à jeter les yeux sur la manière dont fut organisée la profession sous l'empire, pour reconnaître que les médecins durent jouir d'une haute importance au milieu de cette société. Ainsi, il existait parmi eux un classement par hiérarchie, qui leur donnait une brillante existence professionnelle. Libres de tout impôt, ils étaient soumis dans chaque cité au contrôle suprême de quelques dignitaires, pris parmi les plus savans, et qui portaient le titre d'*archiâtre*. Ces archiâtres eux-mêmes avaient pour chefs des hommes plus élevés en science comme en dignité; et cette hiérarchie avait enfin pour clef de voûte, l'archiâtre de l'empereur, celui dont la mission consistait à veiller au salut de tous par ses subordonnés, et au salut du chef de l'état par ses propres lumières.....

Une organisation aussi indépendante et tant d'avantages réunis résultaient nécessairement du lustre scientifique dont les médecins avaient su s'entourer. Tous, en effet, appartenaient à une secte philosophique. Les uns étaient pneumatistes, les autres méthodistes; ceux-ci pratiquaient le stoïcisme, ceux-là restaient fidèles à la philosophie d'Aristote, et quelques-uns même enseignaient, au milieu de Rome, des doctrines dont ils étaient les auteurs (1). Or, on sait que, pendant la décadence de l'empire romain, la philosophie seule soutenait les débris de ce monde qui tombait. C'était dans les écoles ou au fond des sanctuaires qui s'ouvraient encore à l'initiation qu'il fallait aller chercher le courage et la vertu, et là seulement s'élaborèrent les croyances qui devaient remplacer les erreurs vieillies du polythéisme. Eh bien! les médecins, par leur position, par leur science, durent comprendre bien vite la révolution qui se préparait; que dis-je? ils durent même la seconder de leurs efforts par l'exemple et surtout par la parole. Sans doute, on dira que l'histoire de ce grand événement ne nous a pas transmis assez de faits pour légitimer suffisamment cette opinion. Mais il est aisé de répondre que si la foi entrait spontanément dans les cœurs simples, elle ne prenait possession de certains esprits qu'après avoir passé à l'épreuve de la raison. Et ces épreuves où se faisaient-elles, si ce n'est dans les écoles et au milieu de ces conversations philosophiques où la parole développait, en les démontrant, les préceptes de la loi nouvelle, et où les médecins avaient certainement leur place marquée?

Franchissons maintenant un grand espace; allons du monde ancien au mon-

(1) Athénée, Thémison, etc.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Les viscères thoraciques et abdominaux n'offrent rien d'anormal.

Les membranes du cerveau n'offrent rien de pathologique. Le cerveau et le cervelet paraissent n'avoir éprouvé aucune altération. Seulement, ils sont à l'extérieur et à l'intérieur plus durs, et paraissent plus denses qu'à l'ordinaire. Ils sont aussi moins blancs et offrent une légère teinte d'un jaune foncé. La moelle épinière n'offre aucun changement appréciable. Les ventricules sont à l'état normal et contiennent la quantité ordinaire de liquide. Le système vasculaire cérébral paraît également sain.

EMPLOI DE LA TEINTURE D'IODE A L'EXTÉRIEUR, DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES; par le docteur Lanyon.

Le nombre des médications employées jusqu'ici pour combattre l'érysipèle, et surtout celui de la face, est déjà considérable. Cependant, il n'en est aucune qui réussisse, non seulement dans tous les cas, mais même dans une proportion assez importante des cas, pour qu'on doive l'employer avec quelque assurance. De là, la nécessité de faire de nouveaux essais, de tenter de nouvelles méthodes, et l'obligation pour nous de faire connaître celle qui est signalée dans l'article que nous analysons. D'après l'auteur, elle aurait une efficacité supérieure à toutes celles employées jusqu'ici, et les neuf cas qu'il rapporte, et où il serait difficile de ne pas reconnaître des effets avantageux, ne forment qu'une très petite partie des cas nombreux où il a employé avec succès cette médication, qu'il appelle puissante. Les deux cas suivans suffiront pour faire connaître la manière dont elle est employée, et pour provoquer, nous pensons, de nouveaux essais.

Obs. I.—Une laveuse est exposée, en travaillant de son état, à un froid vif, et il lui survient une inflammation de la face. Toute la joue gauche est extrêmement rouge et gonflée, et le siége d'une vive douleur. (On appliquera immédiatement avec un pinceau la teinture d'iode sur toute la surface enflammée, de manière à la couvrir uniformément.)

Le lendemain, 7 avril, le gonflement et la rougeur sont presque les mêmes que la veille. La peau paraît cependant disposée à former quelques plis; le gonflement est moins dur et la douleur a beaucoup diminué. (Le même traitement qu'hier.)

Le 8 avril, hier au soir, le gonflement avait beaucoup augmenté, mais, ce matin, il y a eu une grande diminution dans tous les symptômes. (On étendra de l'alcool rectifié sur toute la surface malade.)

A partir de ce jour, tout traitement est devenu inutile: l'épiderme s'est soulevé et s'est détaché, et les tissus sont revenus à leur état normal.

Obs. II.—Jones, ouvrier, présente une inflammation érysipélateuse assez étendue du côté droit de la face, et qui a déjà presque complètement recouvert l'œil droit. Elle occupe déjà une grande partie du front où elle présente cette ligne en zig-zag qui la caractérise, et annonce que la maladie gagne rapidement vers le cuir chevelu, en même temps qu'elle gagne vers les parties inférieures de la face. (La teinture d'iode est appliquée sur toutes les parties enflammées, et un peu au-delà.)

Le lendemain, 21 mars, la teinture a été appliquée hier au soir, et, au bout de quatre heures, la douleur était considérablement diminuée, ce qui a procuré une bonne nuit au malade. L'inflammation n'a pas fait de nouveaux progrès, et paraît même avoir perdu de son intensité. (On réitère l'application, et, le lendemain, le malade était si bien, qu'on dut remplacer la teinture d'iode par l'alcool rectifié. Convalescence.)

DE L'EMPLOI DU CHANVRE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS ET DES AUTRES MALADIES CONVULSIVES; par le docteur O'Shangnessy, de Calcutta.

Les effets narcotiques et vénéneux du chanvre sont généralement connus dans diverses parties de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique, où on l'emploie dans un grand nombre d'affections différentes. Si, dans le nord de l'Europe, cette plante n'est pas employée comme stimulant, c'est sans doute parce que le chanvre d'Europe ne contient pas la matière résineuse qui renferme probablement toutes les propriétés thérapeutiques du chanvre des pays chauds. Dans les climats chauds, en effet, et pendant certaines saisons, il découle des feuilles, des tiges et des fleurs du chanvre, un suc résineux qui ne tarde pas à se concréter. Cette résine a une odeur narcotique pénétrante, un goût âcre et amer, et lorsqu'elle est pure, elle est d'un gris noirâtre; elle est très soluble dans l'alcool et les huiles fixes, et insoluble dans les acides.

Le docteur O'Shangneny, qui est connu par d'utiles travaux, et surtout par des recherches chimiques sur le sang dans différentes maladies, après avoir reconnu par des expériences sur les animaux carnivores qu'on peut employer cette résine chez l'homme, sans crainte, l'a expérimentée dans plusieurs maladies convulsives. L'extrait résineux qu'il a employé se prépare en faisant bouillir dans l'alcool le sommet de la tige du chanvre, jusqu'à ce que la résine soit dissoute, et ensuite l'évaporant jusqu'à siccité; il prépare la teinture de chanvre en dissolvant 15 centigrammes de cet extrait dans 3 grammes d'alcool. Les doses varient suivant les maladies où le médicament est employé. Dans le choléra, l'auteur administre 10 gouttes de teinture toutes les demi-heures, jusqu'à ce que les vomissemens et le dévoiement aient été calmés. Dans le tétanos, la dose est de 3 à 4 grammes toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le paroxisme ait cédé, ou que le sujet soit tombé en catalepsie. Dans l'hydrophobie, le malade doit prendre 10 ou 12 grammes d'extrait, aussi souvent que l'exigent les circonstances.

Les maladies dans lesquelles le chanvre a été employé par l'auteur sont le rhumatisme, le choléra, l'hydrophobie et le tétanos. Les essais faits pour les deux premières sont trop peu nombreux jusqu'ici pour qu'on en tire quelques conclusions. Dans un cas d'hydrophobie confirmée rapporté avec tous les développemens nécessaires, l'emploi de ce moyen avait amené une amélioration considérable. Sous son influence, le malade avait résisté pendant quatre jours à de violens paroxismes, avait goûté un sommeil paisible et bu une fois de l'eau sans souffrir; mais le cinquième jour il tomba dans la stupeur, la respiration devint stertoreuse, et la mort ne tarda pas à arriver.

C'est dans le tétanos traumatique que ce moyen a été employé avec succès et avec des succès réellement surprenans. Dans le premier des cas rapportés par M. O'Shangnessy, le tétanos s'était développé à la suite de l'emploi du moxa pour la guérison de la dysenterie. Au bout de deux jours, le malade étant pour ainsi dire hors d'espoir on lui administra l'extrait de chanvre, à la dose de 10 à 15 centigrammes toutes les trois et ensuite toutes les deux heures; les spasmes perdirent promptement de leur intensité, et au bout de onze jours ils avaient entièrement cessé; dix-sept jours après, la dysenterie amena cependant la mort. Le second cas est celui d'un chunoo, chez lequel le tétanos se développa le 11 décembre

de nouveau. Les écoles philosophiques ont à peine laissé quelques traces. La philosophie habite désormais les couvens; dans les cloîtres sont les bosquets académiques du nouveau Platon, puisque c'est là que les disciples du Christ travaillent à s'assimiler la connaissance du passé, et les secrets à demi oubliés de la science. Hors du cloître, tout est au contraire désordre et confusion; mais les idées, les croyances nouvelles ne tardent pas à jeter quelque harmonie au milieu de ce chaos. Les couvens deviennent des centres autour desquels se groupent ceux qui veulent participer à la douce tranquillité de ces lieux de calme et de travail. C'est alors que les moines ouvrent leurs portes pour distribuer à tous les trésors de la parole, pour consoler et pour instruire en même temps; et peu à peu des écoles nombreuses se forment au fond de ces retraites monacales, où les lettres, la grammaire et la médecine sont enseignées. Oui, les médecins des premiers siècles de notre histoire sortirent des convens, et il serait facile de citer ceux qui s'illustrèrent dans les abbayes de Saint-Denis, de Chartres, etc., en enseignant et pratiquant la médecine. Mais Charlemagne, cet organisateur puissant, vivait alors dans toute sa splendeur, et par lui l'enseignement atteignit un lustre qui ne devait être effacé que par le lumineux éclat de l'Université de Paris. Ce grand souverain, en effet, fit venir auprès de sa personne, les savans dont la renommée était parvenue jusqu'à lui; avec ces hommes, il jeta les bases de la future Université; et comme un autre Ptolémée, il créa même dans son palais une école où il allait donner l'exemple du travail, et où des médecins occupaient le premier rang parmi les maîtres.

Ainsi, dès le commencement de cette civilisation naissante, on trouve les médecins partout où le besoin de connaître agit sur les esprits. Et, à l'exemple de l'antiquité, l'art de guérir compta ses premiers adeptes parmi les prêtres, parce que c'est des sanctuaires que part toute civilisation; toutefois l'art médical ne déserta pas de sitôt les cloîtres. L'Université de Paris au sein de laquelle la médecine était enseignée prospérait sous l'incessante activité de l'influence ecclésiastique. Parmi les chanoines de Notre-Dame, cette vieille basilique autour de laquelle se groupaient les écoles, il y eut longtemps des maîtres de haut renom pour les arts ou pour les sciences. L'exemple qu'offrait cette si belle institution excita puissamment le zèle de ceux qui enseignaient loin de ce centre du savoir contemporain; et les écoles monacales se multiplièrent, et bientôt les routes furent couvertes de caravanes de jeunes voyageurs qui allaient d'école en école jusqu'à l'Université de Paris, demander l'aumône de la science. La période d'incubation de la médecine touchait alors à sa fin, et des centres d'enseignement spécial se créèrent d'eux-mêmes dans quelques parties de l'Europe. Ainsi, sans parler des écoles médicales ouvertes dans deux ou trois couvens des alentours de Paris, qui ne sait quelle grande renommée s'attacha aux écoles de Salerne et de Monte-Cassino? Vers la même époque, la médecine pour acquérir plus de liberté, ou comme pour montrer à la société nouvelle la route que désormais elle devait suivre, la médecine, dis-je, se fit séculière. Les prêtres ne monopolisèrent plus l'enseignement; des écoles presque libres se formèrent; celle de Montpellier, qui devait sa fondation à la civilisation arabe, avait atteint au douzième siècle un éclat dont le lustre est à peine altéré. Enfin l'école de Paris elle-même se détacha du sein maternel de l'Université, pour vivre de sa vie propre sur le sol de la cité qu'on nommait avec raison la reine des arts et des sciences. Or, je n'indique ici que les principaux événemens; je passe sur ces établissemens d'enseignement médical qui se multiplièrent en

à la suite de la morsure d'un cheval. Après qu'on eut essayé en vain l'essence de térébenthine et l'huile de ricin à hautes doses, on commença le 26 novembre à donner l'extrait de chanvre dont 7 grammes 236 milligr. furent consommés par ce malade. Le 28 décembre il sortit de l'hôpital guéri.

Sur sept cas de tétanos en tout où M. O'Shangnessy a employé ce traitement, quatre se sont terminés d'une manière favorable. Dans quelques-uns qui ne laissaient aucun espoir, il a porté la dose jusqu'à 540 milligr. dissous dans de l'alcool. L'effet presque immédiat de cette dose était, dit-il, le relâchement des muscles et l'interruption de la tendance aux convulsions.

Le docteur Bain a employé le même médicament à l'hôpital de la police de Calcutta dans trois cas de tétanos traumatique. Deux se sont terminés par la guérison et un par la mort. Il faut joindre encore à ces cas un autre observé en ville et où le même moyen a eu le même succès entre les mains d'un parent de l'auteur.

Ces faits ne permettent pas de douter que l'extrait de chanvre administré avec hardiesse et à haute dose ne puisse arrêter la marche de cette maladie formidable et même procurer une guérison complète dans un nombre assez considérable de cas. Nous espérons que ce médicament ne tardera pas à arriver entre les mains de quelques-uns de nos médecins d'hôpitaux qui seront à même de constater s'il conserve dans notre climat la propriété anti-convulsive si prononcée qu'il paraît réellement posséder dans l'Inde.

DE L'EMPLOI DU TARTRATE DE FER AMMONIACAL; par le docteur VARDLEWORTH.

Au milieu du déluge de préparations ferrugineuses que chacun vante tour à tour, celle indiquée ci-dessus semble devoir être l'une des plus importantes, au moins si nous nous en rapportons au dire de l'auteur et si nous en jugeons d'après les propriétés connues des substances qui entrent dans la composition de ce médicament lequel, suivant M. Vardleworth, aurait été employé d'abord contre les convulsions qui viennent à la suite des hémorragies, de l'épuisement, l'anémie, etc. Ce n'est pas dans ces cas que l'auteur a employé cette préparation ferrugineuse, mais dans la chorée, la chlorose, les scrofules. Dans la chorée, si, après avoir employé les purgatifs, les symptômes persistent encore, le tartrate de fer ammoniacal ne tarde pas à les faire disparaître, ainsi que l'état de pâleur, de mollesse, et les autres phénomènes de la maladie. Une jeune dame, âgée de 18 ans, qui offrait tous les symptômes de la chorée sous sa forme la plus grave avec quelques accidens hystériques et une diminution de flux menstruel qui en même temps était devenu très pâle, et chez laquelle on avait employé en vain les purgatifs et différentes autres médications, le tartrate de fer ammoniacal produisit les résultats les plus avantageux. Donné d'abord à la dose de 15 centigr. trois fois par jour, il avait assez relevé les forces de la malade au bout d'une semaine pour lui permettre de parcourir une distance d'un mille à pied, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plus de trois ans. Un mois après elle était complètement rétablie.

Dans la chlorose ses effets sont magiques, car à peine quelques jours se sont écoulés depuis que les malades commencent à en faire usage que déjà l'appétit est recouvré, la dyspnée a disparu, et la marche, la course même sont facilitées. Voici la formule sous laquelle l'auteur prescrit le plus souvent ce médicament qui est à la fois un tonique et un stimulant diffusible.

Prendre....	Tartrate de fer ammoniacal.......	4 grammes.
	Eau..........................	250 grammes.

A prendre trois fois par jour à la dose de 15 grammes chaque fois.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

CYSTICERQUE TROUVÉ DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CONJONCTIVAL; par M. ESTLIN.

OBS.—William Symond, âgé de seize mois, fut amené au dispensaire de Bristol, pour une maladie de l'œil. Il portait entre les insertions du droit interne et du droit supérieur, immédiatement au-dessus de la caroncule lacrymale, une petite tumeur demi-transparente et du volume d'un grain de groseille. La tumeur paraissait bien quand l'enfant portait son œil en dehors et en bas. La conjonctive, était très vasculaire et épaissie.

Le docteur Estlin trouva tant de ressemblance avec une autre tumeur qu'il avait enlevée, en 1838, à un enfant, et dans laquelle était un cysticerque, qu'il s'attendit à trouver dans celle-ci le même parasite. Une ouverture faite au petit kyste donna issue à un liquide visqueux, ou plutôt purulent, au milieu duquel était l'hydatide, ressemblant à une portion de membrane blanche et solide d'un dixième de pouce d'étendue. Le kyste placé dans l'eau montra épanouie une belle membrane dont la transparence contrastait avec le petit corps blanc, auquel elle était solidement unie.

A la loupe et au microscope, on s'assura de l'organisation de cette hydatide, ressemblant en tout à celle dont la description, suivie d'un dessin, se trouve dans les leçons du docteur Curling sur les entozoaires imprimées dans le MEDICAL GAZETTE (13 février 1838).

Le petit malade fut promptement guéri de cette petite opération.

Le numéro du 8 octobre 1839 de ce journal contient une autre observation de cysticerque de tissu cellulaire sous conjonctival, tirée d'un journal allemand et recueillie par le docteur Hœring. D'autres observations pareilles se trouvent encore dans notre journal, sans que nous puissions les préciser ici. Une, entre autres, a été recueillie sur une jeune négresse des Antilles françaises; dans tous ces cas, l'extirpation du petit kyste a suffi pour amener une guérison complète, comme dans l'observation précédente.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB DANS LA BRONCHITE; par le docteur HENDERSON.

L'auteur assure avoir éprouvé, un grand nombre de fois, et par lui-même et par plusieurs praticiens, ses amis, qui le firent d'après sa demande, et depuis plusieurs années, l'efficacité de l'acétate de plomb dans les cas de bronchite compliquée d'une sécrétion très abondante. « L'action de ce moyen, qu'il regarde comme celui sur lequel on peut le plus compter, n'est pas bornée, dit-il, à la bronchite de la rougeole et de la coqueluche; on l'observe également dans la bronchite simple et dans celle qui complique si souvent les fièvres continues. Dans quelqu'espèce que je l'aie employé, ce n'était jamais que pendant la période de la bronchite, durant laquelle il y avait une abondante sécrétion pulmonaire, et je me

Italie, en Allemagne et en France, et établirent sur cette grande surface une foule de foyers lumineux dont les rayons divergens passèrent sur tous les pays et y dissipèrent tant de ténèbres.

On me reprochera de faire ici l'histoire d'une science, et non pas celle de son influence sur la civilisation. Mais une chose se prouve par une autre, et l'on peut suivre pas à pas l'émancipation scientifique de la France, en suivant les progrès de l'art médical. Les médecins, en effet, sont mêlés par la spécialité de leur savoir aux grands événemens sociaux. C'est la médecine qui réhabilite Aristote et fait ainsi abandonner la philosophie scholastique qui enfermait la science et la société dans un infranchissable cercle vicieux. C'est elle qui fait cesser cette monomanie grammaticale qui s'était emparée des écoles, et rapetissait toutes les discussions à la taille d'une vaine querelle de mots. C'est la médecine qui, en étudiant les secrets de l'alchimie, et en fixant ses adeptes sur les espérances dorées du grand œuvre, crée la chimie, et, finalement, les merveilles dont notre civilisation s'honore le plus, les résultats magnifiques de l'industrie; c'est cette science qui, en ouvrant une large carrière à l'analyse par l'anatomie, remplace la confiance aveugle par le doute philosophique, et aplanit tous les obstacles qui s'opposaient aux directes investigations de la raison. Ainsi, lorsque commença cette période critique de la foi catholique, qui résultait évidemment de l'influence des sciences élaborées par les médecins, on trouve sur la brèche et à la tête de tous les autres les hommes de notre profession. Je citerai à l'appui Savonarole, de Florence, et Michel Servet, de Lyon, tous deux brûlés sur un bûcher, parce qu'ils savaient se servir du glaive de la parole, et qu'ils marchaient en avant de la civilisation. Lorsque la révolution se consomma dans les sciences, dans les arts, dans la littérature, les médecins donnent encore l'exemple en posant les bases de la nouvelle philosophie. Sans doute, ils n'ont pas écrit des traités comme les philosophes du dix-septième siècle; mais tous leurs livres de médecine et de science générale contiennent les rudimens des idées que ceux-là ont su synthetiser. Je touche à notre époque, et certes, ce que j'ai dit pour le passé, je puis l'affirmer pour le présent. N'est-ce pas la médecine qui fait maintenant réaction; n'est-ce pas dans la médecine qu'on trouve les hommes qui travaillent le plus logiquement à faire servir la connaissance de notre nature à la confirmation des principes de la philosophie religieuse? Et si, après tant de traverses, tant d'obstacles, le spiritualisme est enfin fixé sur des bases à jamais durables, n'est-ce pas aux médecins qu'appartiendra tout l'honneur d'en avoir poursuivi courageusement la construction?

Oui: tout cela se démontre avec la plus grande clarté, et ces opinions entreront bientôt peut-être dans le domaine vulgaire. Il y a quelques années à peine qu'un romancier, M. de Balzac, a voulu peindre le développement d'une civilisation en miniature, qui poursuit silencieusement ses phases dans un coin de terre, sous l'influence d'un seul homme, et il a écrit le MÉDECIN DE CAMPAGNE. En Allemagne, où la vie contemplative a au moins pour résultat de faire mûrement réfléchir sur les choses et sur les hommes, les médecins forment pour ainsi dire un ordre sacerdotal; ce sont les anciens, les pères de la cité. En Turquie, pour descendre jusqu'aux degrés les plus inférieurs de la civilisation européenne, le médecin est considéré comme une supériorité incontestable en toutes choses; on lui accorde toutes les aptitudes; on le fait diplomate, on le croit magistrat, et la médecine est la dernière spécialité pour laquelle on le consulte. Ainsi, l'instinct

basais sur cette seule indication, non pas seulement pour l'administration du médicament, mais encore pour les doses et les époques plus ou moins rapprochées où je les donnais. On doit pen s'occuper de l'époque ou de la durée de la maladie, quand il s'agit de donner l'acétate de plomb; dans ces cas, il exerce l'influence la plus salutaire dans les catarrhes muqueux chroniques; et également dans les catarrhes aigus, caractérisés par ces sécrétions abondantes muco-purulentes ou autres qui gênent la respiration ou menacent d'amener l'asphyxie. »

L'emploi de l'acétate de plomb dans la bronchite aiguë détermine des effets différens. Dans quelques cas, les râles disparaissent complètement et rapidement, sans que le pouls ait éprouvé la moindre altération dans sa force ou dans sa fréquence et sans que la respiration ait subi aucun changement. Dans ces cas, l'auteur cesse l'administration de l'acétate de plomb, et a recours à l'antimoine, à l'ipécacuanha, au calomel, ou à quelque autre des moyens employés dans les cas analogues. Dans un second ordre de cas, les râles n'ont éprouvé qu'une diminution considérable, tandis que tous les autres symptômes continuent à peu près mêmes qu'auparavant. Dans ces cas, l'auteur dit s'être très bien trouvé d'alterner l'emploi de l'acétate de plomb avec celui de l'antimoine, du calomel ou de l'ipécacuanha. Dans une troisième classe de cas, l'administration de l'acétate de plomb, pendant plusieurs jours, n'est suivie d'aucun changement; ces cas sont ordinairement des cas de coqueluche avec une bronchite générale fort intense, et exigent des doses plus considérables d'acétate de plomb et continuées plus longtemps. En effet, bien que la quantité des râles et des crachats ne paraisse avoir éprouvé qu'une légère diminution sous l'influence de l'emploi du sel de plomb, cependant, si on cesse de l'administrer, on ne tarde pas à voir la maladie s'aggraver. Dans ces cas, on alterne les doses d'acétate de plomb avec quelqu'un des moyens indiqués ci dessus, et on peut même se dispenser, sans inconvénient, de ce dernier soin tant qu'il n'y a pas de motif de soupçonner l'existence d'une inflammation du parenchyme du poumon. Dans une quatrième classe, composée surtout des cas dans lesquels la sécrétion bronchique paraissait être, par son abondance, la cause principale des symptômes alarmans, tels que l'accélération de la respiration, la dyspnée, l'anxiété, etc., la diminution considérable des râles, qui suivait très promptement l'administration de l'acétate de plomb, était ordinairement accompagnée d'une diminution à peu près égale de tous les autres symptômes graves. Ces effets étaient surtout si prompts et si tranchés chez de chétifs enfans qu'on ne pouvait les voir sans surprise passer d'un état extrêmement grave à un bien-être évident et en quelques instans.

Les doses auxquelles on administre ce médicament doivent varier suivant la gravité des cas et l'âge du malade, quoique cette dernière circonstance soit moins importante qu'on ne le penserait, car la gravité et la fréquence de ces sortes de bronchites chez les enfans ont obligé jusqu'ici à leur administrer des doses plus élevées qu'aux adultes. La quantité prise en 24 heures par un adulte n'a pas dépassé douze grains, à la dose de 1 à 3 grains. Les cas de bronchite aiguë, dans lesquels on l'a employé jusqu'ici chez les adultes, étaient presque tous des complications de fièvre continue. Au sel de plomb, on ajoute ordinairement quelques grains de poudre d'ipécacuanha composée et de scille. La dose des enfans a été, suivant la gravité des cas, d'un quart de grain, d'un demi-grain, et même d'un grain entier, huit ou dix fois par jour. Dans un cas très grave, et qui, au commencement même, ne laissait presqu'aucun espoir, on administra jusqu'à plus de 5 grammes (4 scrupules) dans l'espace de huit jours. Le sujet était âgé de 6 ans et était atteint d'une bronchite générale fort intense, survenue à la suite d'une coqueluche. Il n'éprouva aucun des accidens que l'on redoute tant de l'emploi de l'acétate de plomb, bien que ses gencives aient présenté dans le point où elles correspondent aux incisives inférieures cette teinte bleue signalée par plusieurs observateurs, quinze jours après qu'il eut commencé à faire usage de l'acétate de plomb; il est même probable que cette teinte bleue existait déjà auparavant, mais n'avait pas été observée. L'auteur assure même n'avoir observé dans aucun cas les effets funestes du plomb, pas même la constipation.

Il n'y a pas un seul autre médicament qu'on puisse employer avec autant d'avantage que l'acétate de plomb pour diminuer l'expectoration si considérable qui existe dans la bronchite chronique muqueuse et mucoso-purulente. Le docteur Henderson, dans ces cas, administre le sel de plomb à la dose de 1 ou 2 grains en pilules, combiné avec une petite quantité d'extrait de jusquiame et un grain de scille.

De l'emploi du principe actif de l'élatérium en médecine; par le docteur Golding Bird.

C'est à M. Morreix qu'est due la découverte d'une matière cristallisable dans l'élatérium, et pour la préparation de laquelle M. Soubeiran a fait connaître une formule. Voici quelle est, d'après le docteur Bird, la méthode la plus avantageuse pour obtenir l'élatérine. On fait d'abord bouillir la substance dans l'alcool et on fait évaporer jusqu'à siccité la belle teinture verte obtenue; il reste alors un mélange d'une résine verte avec un peu d'une matière soluble dans l'eau et d'élatérine, qu'on traite par une solution de potasse, laquelle dissout les deux premières substances, et laisse la dernière sous la forme d'une poudre cristalline blanche. Elle a un goût amer, est à peine soluble dans l'eau, mais l'est dans l'alcool, et, si elle y est en excès, précipite par le refroidissement (huit grammes d'alcool rectifié peuvent à peine en tenir en solution et à froid cinq centigrammes); elle est peu soluble dans l'éther à froid. L'eau précipite les dissolutions alcooliques et éthérées; à moins qu'elle ne soit en petite quantité. Elle paraît insoluble dans les acides étendus et dans la solution de potasse.

De nombreuses expériences ont été faites sur la méthode la plus convenable d'administrer l'élatérine comme moyen thérapeutique et à petite dose. Voici les deux formules qui ont semblé devoir être préférées:

Solution d'élatérine.

Prenez : Élatérinne.......... 2 décigrammes.
Alcool rectifié.......... 120 grammes.

Faites dissoudre à l'aide d'une douce chaleur. Chaque dose de 2 grammes contient plus de trois milligrammes d'élatérine (1/16 de grain).

Poudre d'élatérinne composée.

Prenez : Élatérinne.......... 2 décigrammes.
Bitartrate de potasse.......... 40 grammes.

Mêlez exactement et partagez en 64 doses, dont chacune contiendra environ 3 milligrammes d'élatérinne (1/16e de grain).

---

remplace ici l'intelligence, et certes, rien de plus vrai que ces manifestations lumineuses de l'instinct. Que les nations qui se disent éclairées, que la nôtre, en un mot, réfléchissent donc sur ce cri spontané de la vérité, et qu'elles apprennent enfin à voir plus clair et à juger plus juste. Alors, sans doute, les médecins qui s'aident de cette science pour travailler à la grande tâche du progrès humain ne seront plus brutalement éloignés de ces hauteurs politiques d'où le pouvoir dirige la marche des sociétés.

Il me reste encore à écrire une dernière lettre; je prie mes lecteurs de me conserver leur bienveillance jusqu'au bout.

Ed. Carrière.

— M. Benjamin Desportes, administrateur des hôpitaux civils de Paris, vient de succomber.

— La deuxième série d'épreuves du concours pour la chaire de médecine opératoire est commencée. On sait que MM. les compétiteurs doivent, dans cette deuxième série d'épreuves, faire une leçon orale d'une heure sur un sujet tiré au sort, et après vingt-quatre heures de préparation.

MM. Michon et Chassaignac ont été entendus dans la séance du 27, et MM. Robert et Blandin, dans celle du 30 novembre. Le premier a traité *des opérations que nécessitent les polypes*; le deuxième, *de la résection des os dans la continuité*; le troisième, *de la ténotomie*; le quatrième, *des débridemens*,

— L'œuvre Sainte-Geneviève consacrée au traitement des femmes malades, fondée, comme on le sait, par des souscripteurs et dont la direction est confiée à M. Tanchou, vient de recevoir une subvention du conseil municipal, qui en a apprécié le but et l'utilité, sur le rapport de M. Beau. Par suite les consultations de cette institution sont transportées rue Neuve-Saint-Denis, n. 5. (Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.) Un médecin-secrétaire avec des appointemens et un médecin par arrondissement y seront attachés. Ces derniers devront visiter à domicile les malades qui ne pourront pas se rendre à la consultation.

Nous reparlerons de cette œuvre.

— Traité pratique des maladies des yeux; contenant : 1° l'histoire de l'ophtalmologie; 2° l'exposition et le traitement raisonné de toutes les maladies de l'œil et de ses annexes; 3° l'indication des moyens hygiéniques pour préserver l'œil de l'action nuisible des agens physiques et chimiques mis en usage dans les diverses professions; 4° les nouveaux procédés et les instrumens pour la guérison du strabisme; 5° des instructions pour l'emploi des lunettes et l'application de l'œil artificiel, suivies de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux qui affectent particulièrement les hommes d'état, les gens de lettres et tous ceux qui s'occupent de travaux de cabinet et de bureau, par le docteur S. Furnari.

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur (anciennes maisons Gabon et Deville-Cavellin), rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

D'après de nombreux essais, il paraît qu'on peut commencer par la dose de 3 milligrammes; donnée à cette dose toutes les deux, trois, ou au plus toutes les quatre heures, elle produit toujours une action vive, amène d'abondantes selles aqueuses, sans coliques ni autres inconvéniens, excepté dans quelques cas de vomissement, où il y avait auparavant une irritation gastrique très prononcée. On observe ordinairement, pendant l'action du médicament, une légère augmentation dans la fréquence du pouls, circonstance qui, au reste, a lieu ordinairement sous l'influence de l'administration de l'élatérine. Le docteur Bird ajoute que l'élatérine agit d'une manière bien plus certaine et beaucoup plus constante que l'élatérium, et ne détermine ni coliques ni vomissemens.

ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ APPLIQUÉ A L'EXTÉRIEUR; par le docteur WRIGHT.

Le seigle ergoté appliqué sur la peau saine paraît ne produire aucun effet appréciable; l'auteur l'a mis à l'état humide sur la cuisse d'un chien (après avoir rasé auparavant et lavé la partie avec de l'eau et du savon), et a répété cette application pendant quinze jours, soir et matin, sans déterminer d'autre action appréciable qu'une très légère rougeur. Il assure aussi l'avoir porté pendant plus de huit jours dans le même état et sur son bras nu, sans en avoir éprouvé le moindre inconvénient.

Mais, appliquée sur une surface dénudée, cette substance donne lieu à la gangrène. Il l'a appliquée sur des plaies presque cicatrisées, et, en moins de vingt-quatre heures, elles fournissaient une suppuration abondante, d'une odeur fétide et d'un mauvais caractère, et ensuite elles ne se cicatrisaient complètement, même à l'aide des moyens les plus rationnels, qu'avec beaucoup de difficulté et de longueur.

Sous la forme de poudre, le seigle ergoté paraît très énergique pour arrêter les hémorragies. Il est probable que son action mécanique a quelque part dans ces effets; mais on ne peut supposer que ce soit seulement comme absorbant qu'il agisse dans ces cas, car la farine et les autres poudres semblables sont loin d'avoir la même efficacité. L'auteur dit avoir fait un grand nombre d'expériences comparatives, et avoir réussi avec la poudre de seigle ergoté, quand les autres poudres n'avaient pas réussi.

Même sous la forme d'infusion le seigle ergoté jouit de propriétés anti-hémorragiques très remarquables. Lorsqu'il faisait ses expériences sur les chiens, il a fréquemment observé que le sang cessait de couler des vaisseaux d'une plaie quand une certaine quantité de solution de seigle ergoté, dans les tentatives qu'il faisait pour les faire pénétrer dans une veine, avait coulé ou jailli sur la surface de la plaie. Cependant, il ne s'occupa sérieusement de recherches sur ce sujet que quand il eut connaissance des curieuses expériences du docteur Muller sur le même sujet.

Après avoir divisé l'artère poplitée sur un mouton, il arrêta complètement l'écoulement du sang avec un tampon de charpie trempée dans une infusion de seigle ergoté. L'artère caudale d'un cheval ayant été coupée, il arrêta l'hémorragie par le même moyen; ayant divisé l'artère crurale antérieure, il arrêta l'hémorragie avec la même facilité. « Je puis ajouter à ces expériences, dit-il, que j'ai plusieurs fois divisé les veines jugulaires externe et la grande veine saphène, et que, dans tous les cas, sans exception, j'ai pu arrêter l'hémorragie avec l'infusion de seigle ergoté, bien que je n'aie pas toujours été aussi heureux avec les artères. Dans la plupart de mes expériences, je me servais d'une solution étendue de seigle ergoté, au lieu d'eau tiède, pour éponger les parties incisées, et j'ai toujours réussi à prévenir cet écoulement de sang abondant qui souvent empêche de continuer une opération avec toute la sûreté et la facilité désirables. »

M. Wright n'ayant pas remarqué que les plaies qui avaient été traitées par l'infusion de seigle ergoté eussent plus de peine à se réunir ou à se cicatriser que les autres, ne balance pas à en conseiller l'emploi comme d'un moyen d'une grande valeur pour empêcher, pendant les opérations chirurgicales, les hémorragies des petits vaisseaux qui gênent si souvent l'opérateur, et pense aussi qu'une injection de la même solution, faite dans l'utérus dans les cas d'hémorragie, à la suite des couches, aura plus d'efficacité qu'aucun des moyens employés dans ces occasions.

TRAITEMENT PAR L'ACONIT DE LA CÉPHALALGIE NERVEUSE A LAQUELLE SONT SUJETTES LES PERSONNES DÉLICATES ET AFFAIBLIES.

L'auteur établit d'abord que parmi les différentes variétés de céphalalgie il en est deux qui lui semblent mériter d'être rapprochées, celle qui vient chez les personnes affectées d'une anémie générale et celle qui survient à la suite d'un grand affaiblissement nerveux. La première est fréquente surtout chez les individus qui mènent une vie sédentaire, qui sont mal nourris ou qui vivent dans une atmosphère renfermée et malsaine. On l'observe aussi chez des personnes des classes élevées de la société, sur les femmes surtout à cause de l'absence d'exercice pendant leur jeunesse, et cette prédisposition, si elle n'est pas arrêtée à temps, les rend susceptibles d'être prises de céphalalgie très pénible pour la moindre cause. L'extérieur de ces personnes est tout à fait caractéristique; les sourcils sont baissés, les yeux enfoncés, les joues pâles, les lèvres exsangues; toute la physionomie porte l'aspect de l'accablement et dénote l'incapacité d'une action soutenue. Ces personnes aiment à se tenir la tête entre les mains, comme si la pression devait les soulager. L'avant déjeûner et l'après midi sont les époques de la journée où elles souffrent le plus.

D'un autre côté toutes les passions qui tendent à diminuer l'énergie vitale, telles que l'anxiété, l'affliction, la dissipation, le chagrin, le découragement, la fatigue d'esprit, le désespoir, etc., amènent ce que l'on appelle un état d'épuisement nerveux. Les individus doués d'une sensibilité exquise du système nerveux et qui sont plus avancés en âge sont ceux chez lesquels cette céphalalgie est le plus intense et le plus fréquente. Ils décrivent la douleur qu'ils ressentent comme déchirante, accablante; elle leur occasionne des tics, ou des spasmes, présente des excitations horriblement pénibles et qui sont occasionnées par le moindre mouvement, un simple bruit, une lumière un peu vive, etc. Ces malades éprouvent en outre des étourdissemens, des vertiges, leur vue se trouble et devient confuse et des taches noires leur passent devant les yeux; ils sont incapables du moindre effort intellectuel, du moindre exercice; ils sont tristes, irritables à l'extrême et cherchent dans le repos et la solitude un soulagement à leurs souffrances. Leur expression porte l'indice des souffrances les plus vives et tout leur extérieur porte l'empreinte des souffrances et des émotions qu'ils ressentent à l'intérieur. L'accablement et l'ennui de l'existence et la pensée du suicide dominent dans toutes leurs idées.

Le docteur Burger dit avoir retiré les plus heureux effets de l'emploi dans ces cas de l'extrait d'aconit, quand surtout il avait fait précéder l'emploi de ce médicament de celui de quelques doses d'aloès et de myrrhe en pilules et en petite quantité, dans le but seulement de provoquer quelques garderobes et l'action péristaltique des intestins. Il doit être bien entendu qu'il n'oublie pas dans le traitement de cette affection de recommander l'exercice, et même l'emploi de la gymnastique surtout chez les jeunes femmes, ainsi que l'emploi d'un régime convenable.

L'auteur commence, dit-il, par des doses de 2 à 3 centigrammes d'extrait frais, toutes les deux ou trois heures et fait remarquer que cette préparation, lorsqu'elle a été conservée quelque temps, perd beaucoup de son activité et noircit. De là, la couleur et le peu d'efficacité de l'extrait qu'on trouve dans la plupart des pharmacies. Après avoir décrit les effets différens que produit cette médication sur l'économie et avoir discuté les avantages relatifs des extraits alcooliques et aqueux, il termine par le récit de trois cas de céphalalgie nerveuse traitée avec succès par l'aconit.

TRANSPOSITION DES VISCÈRES THORACIQUES ET ABDOMINAUX.

Les deux observations suivantes offrent deux exemples remarquables de ces vices de conformation qui n'avaient point été soupçonnés pendant la vie, et qui dans l'un s'étendaient à tous les organes du thorax et de l'abdomen, et dans l'autre étaient bornés à ceux de la cavité abdominale.

TRANSPOSITION DES VISCÈRES THORACIQUES ET ABDOMINAUX, ACCOMPAGNÉE D'UNE ANOMALIE DANS LE SYSTÈME VEINEUX; par le docteur WHINNIE.

OBS. — Le sujet était une femme âgée de 35 ans, sur les antécédens de laquelle on n'a pu obtenir aucun renseignement. Sa mort paraît avoir été causée par une inflammation aiguë des poumons. Le corps, qui était couvert de graisse, ne présentait à l'intérieur rien de remarquable.

L'absence complète du gros intestin du côté gauche fait remarquer le déplacement de ce viscère, qui est à droite; en examinant la fosse iliaque de ce côté, on voit le colon s'élever d'un large cœcum qui était un peu plus élevé que d'habitude, et dont l'appendice était aussi dans une position inverse de celle qui lui est ordinaire. Le colon suivait, en montant dans l'hypochondre droit, un trajet tortueux; puis, au lieu de traverser la région épigastrique, se repliait sur lui-même et redescendait le long du bord interne de sa portion ascendante, pour former un S iliaque très étendu. Ainsi renfermé dans le côté droit de l'abdomen, le gros intestin n'avait que sa longueur accoutumée et cheminait ensuite sur la ligne médiane du sacrum.

L'estomac était situé très obliquement; sa grosse extrémité occupait l'hypocondre droit, et il était si courbé que ses deux orifices étaient très rapprochés l'un de l'autre.

Le duodénum descendait d'abord un peu obliquement vers la droite de la colonne vertébrale, montant ensuite, suivant une ligne parallèle à l'autre portion, et ensuite passant à gauche, en sorte que le jéjunum commençait presque dans

le même endroit que d'ordinaire. Les petits intestins étaient surtout portés dans la fosse iliaque gauche. La veine mésentérique supérieure était placée en avant des deux premières parties du duodénum, qui la séparaient de l'artère correspondante placée derrière. Le foie, de volume ordinaire, avait son gros lobe, auquel tenait la vésicule, placé dans l'hypocondre gauche. La rate, formée de trois parties distinctes, était dans l'hypocondre droit. Chacun de ces deux organes recevait une ou plusieurs branches de l'artère splénique qui se partageait près de son origine.

Les autres viscères abdominaux n'offraient rien de remarquable.

THORAX. Le cœur se trouvait plus près de la ligne moyenne qu'à l'ordinaire, le sommet tourné vers le côté droit, et la position des gros vaisseaux était complétement renversée. L'œsophage descendait à gauche de l'aorte, et le canal thoracique montant du même côté de ce vaisseau décrivait une courbe pour se terminer à la réunion des veines sous-clavière droite et jugulaire interne.

Le poumon gauche avait trois lobes.

L'une des dispositions les plus remarquables était celle de la veine-cave inférieure qui, après s'être formée par la réunion des iliaques communes, à la hauteur de la première vertèbre lombaire, et avoir reçu les veines lombaire, spermatique, rénale et phrénique pénétrant dans la poitrine, à travers le diaphragme, à gauche de l'aorte, et, arrivant au niveau de la crosse de l'aorte se courbait en avant, au-dessus des vaisseaux pulmonaires gauches, pour s'unir à la veine-cave supérieure.

La portion thoracique de la veine-cave ressemblait donc à la veine azigos; elle recevait les branches intercostales, bronchiques et œsophagiennes, et suivait le même trajet que ce vaisseau lorsqu'il existe.

Les veines-caves hépatiques s'unissaient pour former un tronc qui pénétrait dans la poitrine à travers le centre tendineux du diaphragme et se terminait séparément dans l'oreillette gauche renversée.

Dans cette observation, l'état de la rate est digne de remarque, car, dans les autres cas de transposition de ce viscère, elle était incomplétement développée, et était même le seul organe dont le développement eût été arrêté.

TRANSPOSITION LATÉRALE DES VISCÈRES ABDOMINAUX SEULS; par le docteur CURLING.

OBS. — Un homme, âgé de 40 ans, est reçu à l'hôpital de Londres, le 5 octobre 1839, offrant les symptômes d'une maladie du cœur et une hydropisie générale. Il meurt le douze, et à l'autopsie on trouve, outre les altérations propres à la maladie dont il était atteint, une transposition de tous les viscères abdominaux. L'estomac grand est dans le côté gauche de l'abdomen; l'orifice cardiaque et le grand cul-de-sac étant à droite, et l'orifice pilorique à gauche; le foie est à gauche et la vésicule est unie au grand lobe; la rate est petite et à droite, et autour on trouve quatre rates supplémentaires. Le canal pancréatique et le canal cholédoque, après s'être réunis, s'ouvrent dans le duodénum et à gauche; le cœcum, avec son appendice, et placé à gauche, n'est pas enfermé dans la fosse iliaque, mais est entièrement enveloppé par le péritoine et libre et mobile; le colon monte en devant des intestins grêles, vers la région lombaire droite, d'où, après avoir contourné la colonne vertébrale, il passe à gauche, entre les dixième et onzième vertèbres dorsales, derrière les intestins grêles et en dehors de la cavité péritonéale, en sorte que, sur ce point de son trajet, le colon n'était plus enveloppé par la séreuse; il revenait ensuite vers la fosse iliaque gauche, où il présentait l'S iliaque et se joignait au rectum; les reins étaient gros, flasques et granuleux; le droit était situé plus haut dans l'abdomen que le gauche. Les principaux vaisseaux de l'abdomen sont également transposés. La disposition des artères, et des veines iliaques et rénales correspondait à la position de l'aorte abdominale à droite et de la veine-cave à gauche. Les ouvertures du diaphragme pour la veine-cave sont à leur place ordinaire, quoiqu'un peu plus près du centre.

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

GUÉRISON SPONTANÉE D'ANÉVRISME; par MM. Mahood et Laycock.

Les annales scientifiques possèdent déjà un certain nombre de faits qui prouvent l'oblitération spontanée des sacs anévrismaux. Les deux cas suivans nous ont paru assez intéressans pour être rapportés en entier. Le procédé que la nature emploie pour cette guérison est variable et peut se rapporter aux chefs suivans : 1° Oblitération des sacs convertis en abcès; 2° oblitération, suite de la gangrène du sac; 3° la compression de l'artère par le sac lui-même; 4° la coagulation complète du sang de la tumeur, soit par le fait d'une inflammation, modérée, soit sans aucune trace apparente d'inflammation; c'est à ce dernier ordre de faits qu'il faut rapporter les deux observations de MM. Mahood et Laycock, car ni une saignée, ni quelques purgatifs, ni le repos ne peuvent oblitérer une tumeur anévrismale.

OBS. I. — James Smith, homme robuste, âgé de 50 ans, portait dans l'aisselle gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule à peu près, qui offrait tous les caractères de l'anévrisme, pulsations isochrones aux battemens du cœur et souffle distinct; à l'artère radiale, le pouls était normal de ce côté. La tumeur n'était la cause d'aucune espèce d'incommodité. M. Mahood conseilla d'attendre, de ne toucher en aucune façon à la tumeur, de prendre très modérément de l'exercice et surtout de ne point faire d'efforts.

A quelques semaines de là, James Smith fut pris de douleurs vives dans la cuisse et la jambe gauches; l'aîne de ce côté était le siége d'une tumeur qui remontait sous le ligament de Poupart jusque dans le bassin. La portion de tumeur située au-dessous du ligament était lisse; son grand diamètre était dirigé en travers; son volume était aussi celui d'un œuf de poule. Elle offrait des pulsations et du souffle. Quant à la portion qui se prolongeait dans le bassin il était difficile de la limiter; mais on y entendait le frémissement particulier des anévrismes. Cette fois le chirurgien éloigna toute idée d'opération, et ordonna une saignée et le repos au lit.

La douleur de la cuisse et de la jambe devenant intolérable, le malade acheta chez un pharmacien un liniment de térébenthine pour en faire des frictions sur le membre douloureux. Ces frictions produisirent des ulcérations de mauvaise apparence qui nécessitèrent pendant quelques temps le repos au lit. Ce ne fut point sans surprise que M. Mahood revit quelque temps après le malade, n'ayant dans l'aisselle qu'une tumeur moitié moindre, très dure, sans pulsations. L'artère radiale de ce côté ne donna point de pouls, quoiqu'à la première visite du malade elle fût parfaitement perméable. La brachiale était également oblitérée, et cependant la circulation du membre était entièrement rétablie et les mouvemens du cœur n'avaient éprouvé aucun trouble.

Quant à l'anévrisme de l'aîne, il était moitié moins volumineux; les pulsations étaient de beaucoup moins perceptibles, et le malade était délivré de ses douleurs à la cuisse et à la jambe. Depuis ce temps M. Mahood a perdu le malade de vue.

OBS. II. — John Stanch, âgé de 26 ans, homme de couleur, entra à l'hôpital d'York, le 18 mai 1837. Ses occupations journalières l'exposaient à lever des poids considérables; c'était dans une de ces occasions qu'il disait avoir éprouvé une espèce d'entorse du genou. On trouvait dans le jarret une tumeur grosse comme une orange, remplissant le creux poplité, agitée de pulsations isochrones au pouls, et donnant un souffle très distinct. Ce jeune homme n'y ressentait aucune douleur, aucune sensation, si ce n'est un peu plus de chaleur. La ligature de l'artère fémorale fut jugée indispensable, et cependant différée pour des raisons étrangères au malade.

Le 1er juin, un chirurgien de Manchester vient visiter l'hôpital et examine fort longtemps John Stanch. La tumeur et l'artère fémorale furent à différentes reprises et sans trop d'égards, touchées, comprimées, soit avec la main, soit avec le stétoscope. Le soir même de ce jour des douleurs s'éveillèrent dans la tumeur, et le malade fut pris de contractions spasmodiques très douloureuses des muscles de la jambe. On prescrit de l'opium à l'intérieur et des frictions sur la jambe avec un liniment contenant parties égales de savon et de laudanum. Le lendemain il y avait un grand soulagement.

Le 7 juin, la tumeur n'offrait plus de pulsations et le bruit de souffle avait disparu. Elle était devenue molle, un peu plus large et élastique. Les douleurs ne tardèrent pas non plus à disparaître.

Le 10 juillet, les pulsations n'avaient point reparu, et le malade quitta l'hôpital ayant recouvré l'intégrité des mouvemens du genou.

Le 7 août suivant, il revint à l'hôpital; la tumeur était alors à peine apparente et l'articulation remplissait parfaitement ses fonctions.

Chacune de ces observations offre des circonstances remarquables connues déjà il est vrai, mais qui, nous le croyons au moins, n'ont jamais été rapprochées les unes des autres; l'oblitération isolée du sac et de l'artère se voient après les ligatures suivant qu'elles ont été appliquées près ou loin des tumeurs anévrismales. Dans la première observation, la tumeur de l'aisselle s'est non seulement oblitérée, mais l'artère brachiale, l'artère radiale se sont aussi oblitérées. Qui a pu causer la coagulation du sang dans une étendue aussi grande de l'arbre circulatoire ? Ce n'est certes point la tumeur elle-même, car à l'époque où elle était le plus considérable, le pouls était parfaitement senti au poignet. Il est probable que la même cause qui a coagulé le sang dans la radiale et l'huméral aura produit le même résultat dans le sac. Il est remarquable qu'un pareil travail se soit fait sans aucun vestige d'inflammation qui en est la cause la plus fréquente, et que la circulation se soit parfaitement rétablie après l'oblitération des deux principaux vaisseaux du membre dans toute leur longueur. L'auteur n'a point parlé de l'état de l'artère cubitale. C'est peut-être la première fois qu'on voit la guérison spontanée se faire à la fois dans deux tumeurs anévrismales chez le même individu. Toutefois la diminution du sac anévrismal de l'aîne ne peut être regardée comme entièrement spontanée. Des frictions assez excitantes pour ulcérer la peau avaient été faites dans le but de calmer les douleurs résultant de la compression faite par l'anévrisme sur le nerf crural. On peut penser qu'elles auront provoqué dans la tumeur qui avait participé à l'irritation des parties voisines, la déposition de caillots. Dans ce cas l'état de l'artère fémorale au-dessous de la tumeur n'a point été noté.

L'oblitération de l'artère humérale et radiale est, disions-nous, une chose remarquable. On sait en effet que dans quelques cas d'anévrismes axillaires très amincis et très volumineux, le pouls disparaît au poignet. Cela ne prouve point toujours que le sang ne circule plus dans les artères de cette région. S'il en est ainsi dans quelques cas, dans d'autres l'absence du pouls n'indique qu'une chose. C'est que l'impulsion du cœur trouve dans l'anévrisme un obstacle qui l'empêche de se transmettre aux extrémités

où le sang même dans les artères volumineuses chemine d'un mouvement continu, comme dans les capillaires.

L'oblitération des artères, au niveau des sacs anévrismaux, serait un moyen sûr de guérir ces dernières, si l'on pouvait toujours l'obtenir; mais, le plus souvent, le sac seul s'oblitère, l'artère reste perméable, et ce n'est qu'au ralentissement de la circulation qu'est due l'oblitération du sac. Dans quelques cas, il semble que le cours du sang n'a besoin que d'une suspension momentanée pour permettre au sang de se coaguler dans le sac; ainsi, après une ligature de l'artère brachiale pour un anévrisme faux consécutif au pli du coude, nous avons vu la tumeur anévrismale diminuer, durcir, et se réduire à un petit noyau de fibrine, quoique les battemens de l'artère, au niveau de la tumeur, fussent revenus trente-six ou quarante heures après l'opération. Quand l'artère reste perméable au niveau de la tumeur anévrismale, elle peut ainsi diminuer, durcir et presque disparaître, même si elle donne naissance à des branches artérielles assez volumineuses, et qui livrent encore passage au sang. Seulement alors, la guérison n'est point radicale, et l'on est exposé à voir la tumeur reparaître plusieurs années après une guérison qui n'a été qu'apparente.

Dans l'observation de Jones Stanch, la tumeur anévrismale, manifestement enflammée par les explorations auxquelles on l'avait soumise, a présenté ceci de particulier que les pulsations et le souffle ont disparu, pendant qu'elle-même devenait molle et plus volumineuse. C'est habituellement le contraire qui arrive. Le chirurgien n'a d'ailleurs point tenu compte de l'état de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrisme.

DU DIAGNOSTIC DE L'HYDROPHTHALMIE ET DE L'EXOPHTHALMIE; par M. O'BEIRNE.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile, dans quelques circonstances, de distinguer une hydrophthalmie d'une exophthalmie. M. O'Beirne ayant publié plusieurs cas d'hydrophthalmie, un, entre autres, que nous avons rapporté précédemment dans la GAZETTE, a été mis en demeure par plusieurs chirurgiens anglais de faire connaître les signes à l'aide desquels il avait pu sûrement distinguer cette maladie de l'exophthalmie.

Le chirurgien irlandais établit ainsi sa doctrine à cet égard. Selon lui, il n'y a aucun moyen direct de comparer le globe oculaire saillant ou élargi au globe oculaire sain, car celui-ci, placé profondément, échappe à toute mesure; mais les caractères suivans, empruntés à la paupière supérieure, lui paraissent suffisans pour établir ce diagnostic dans les cas obscurs.

Dans toutes les exophthalmies qu'il a observées, et elles sont en grand nombre, sans distinctions de causes, dans un cas représenté par M. Travers dans son TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX, pag. 223; dans un cas opéré par le professeur Todd; dans deux autres que l'auteur tient de M. Adams, et dans tous ceux qu'il a trouvés dans les auteurs, sauf M. Travers, qui a négligé, dans une observation, de noter ce caractère, toujours l'auteur a trouvé la paupière abattue sur l'œil, qu'elle recouvre en grande partie. A cette espèce de chute de la paupière se joignent plus ou moins de paralysie, un œdème notable, une coloration rouge livide, et un grand nombre de veines variqueuses parcourant en tous sens les paupières.

Nous devons ajouter que, dans les cas cités par M. O'Beirne, il se trouve quatre cas d'exophthalmie dépendant de cancer de la glande lacrymale et un de cancer du cerveau, qui avait envahi l'orbite.

Dans l'hydrophthalmie elle-même, les choses sont différentes, qu'elle soit générale, qu'elle soit partielle et bornée à la chambre antérieure, l'œil reste plus à découvert que dans l'état normal, la paupière supérieure est refoulée en haut et en arrière; mais ni sa coloration, ni sa circulation, ni son épaisseur n'ont changé.

M. O'Beirne affirme que ces différences dans la paupière permettent de distinguer sûrement les deux maladies. Dans les cas d'exophthalmies dues aux maladies cancéreuses situées dans l'orbite, nous avons, il est vrai, observé les symptômes donnés par le chirurgien irlandais; mais nous avons vu un cas d'exophthalmie peu prononcée, compliquée de paralysie de *tous* les nerfs de l'œil, dans lequel la paupière retombait et était un peu œdématiée, mais elle offrait sa coloration habituelle.

KYSTE VOLUMINEUX DE L'AINE; par M. MARTEN.

L'observation suivante nous paraît curieuse par le grand volume et par le siége du kyste. Malheureusement elle est incomplète, et quoique l'auteur ait été faite, on a négligé de rechercher le siége exact de la tumeur. Nous n'admettons pas non plus le diagnostic de l'auteur avant l'ouverture de la tumeur; car les caractères qui manquaient à cette dernière, manquent aussi à certains abcès qui offrent avec les kystes la plus grande similitude, sauf cependant le volume et la rapidité de la formation. Les raisons que donne l'auteur pour diagnostiquer un kyste auraient eu besoin de l'épreuve des ponctions exploratrices.

OBS. — Un forgeron, âgé de 50 ou 60 ans, d'un tempérament nerveux et délicat, mais d'ailleurs toujours bien portant, vit se développer un an avant sa première visite à M. Martin, une petite tumeur qui occupait une des aînes. La tumeur indolente fit pendant neuf mois si peu de progrès qu'elle n'attirait guère l'attention du malade: mais à cette époque les progrès de la tumeur devinrent si rapides que chaque semaine les culottes du malade pour la contenir devaient être élargies. Au douzième mois de son apparition, elle s'étendait depuis le milieu de la région iliaque jusqu'au tiers de la cuisse; elle dépassait le niveau de la peau de 6 ou 7 centimètres; elle était lisse, tendue, élastique, sans fluctuation distincte et sans transparence. Ni battement, ni souffle, ni borborygmes, ni douleurs; elle n'avait aucun caractère des abcès par congestions, des hernies, des anévrismes; cela lui permit de diagnostiquer un kyste séreux. Toujours est-il que M. Martin conseilla un séton, et avant le seton, l'ouverture valvulaire du kyste (c'est la méthode de Boyer pour les abcès par congestions), cette dernière fut refusée.

Six semaines après ce refus, les accidens (on ne dit pas lesquels) devinrent assez alarmans pour que le malade réclamât les soins d'un autre chirurgien. Celui-ci ouvrit largement la tumeur, qui donna issue à cinq pintes de liquide. La suppuration suivit et enleva le malade en dix jours.

RENVERSEMENT D'UTÉRUS CONFONDU AVEC LA GRAVELLE; par M. FIELD.

Nous rapportons l'observation suivante quoique incomplète de renversement d'utérus autant à cause de l'erreur du diagnostic, peu surprenant, puisqu'on s'était fié aux dires de la malade, que pour les circonstances remarquables qu'elle offre.

OBS. — Une femme, âgée de 60 ans, fit appeler, au milieu de la nuit, M. Field, pour une attaque de gravelle, dont elle était affectée depuis douze ans à peu près. Elle était souvent prise de pareilles attaques, mais jamais à un aussi haut degré. La malade se plaignait de douleurs de bas-ventre, d'envies d'uriner, qu'elle ne pouvait satisfaire; elle disait aussi avoir une tumeur dans les parties. Le docteur Fied n'obtint qu'à grande peine de pouvoir la toucher: elle prétendait que les autres médecins n'avaient point été aussi exigeans et avaient ordonné des médicamens qui l'avaient soulagée de la gravelle. Le toucher permit de constater une tumeur douloureuse, tombant entre les cuisses et du volume d'une tête de nouveau-né; elle était lisse et sans aucune ouverture, et recevait les impulsions de la toux et des efforts. Le cathétérisme et la réduction furent en vain essayés. Des fomentations émollientes, des onctions d'huile de castor, mélangé avec du laudanum, amenèrent la réduction; alors le cathétérisme évacua une grande quantité d'urine. La malade fut soulagée. Depuis ce temps, un pessaire a suffi pour maintenir réduite, sans accidens, la matrice renversée et pendante hors la vulve.

Telle est l'observation rapportée par le docteur Field. Nous remarquerons que les signes de renversement sont incomplets et les accidens différens de ce qu'ils sont d'habitude. Il est rare que le renversement utérin se produise autrement que pendant l'accouchement, ou par un polype volumineux, qui entraîne au dehors le fond de l'organe. Dans ce cas, aucune de ces circonstances n'avait produit le mal. De plus, les renversemens d'utérus sont ordinairement accompagnés d'hémorragies abondantes fréquentes, qui compromettent la vie des malades et réclament des opérations non moins dangereuses que la maladie qui les réclame. Peut-être que l'âge est une circonstance qui met à l'abri de telles circonstances.

FRACTURE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS; FAUSSE ARTICULATION; GUÉRISON PAR LE SÉTON.

OBS.—Le 1er février 1840, Marie Driscall vint à l'infirmerie de Skibbereen réclamer des soins pour une prétendue fracture du poignet, qu'elle portait depuis trois mois. Elle rapportait ce mal à un excès de travail, ce qui explique assez mal le désordre qu'on constata. A son apparition, elle avait consulté un rebouteur qui avait placé l'avant-bras dans des attelles et l'y avait laissé trois semaines. A cette époque, le membre était semblable à ce qu'il était aujourd'hui, et incapable de servir. Le radius et le cubitus avaient chacun une fausse articulation, de sorte que les deux fragmens inférieurs jouissaient sur les supérieurs d'une grande mobilité en avant et en arrière. Dans la prônation, la main tombait dans la flexion, comme il arrive à la suite de la paralysie des extenseurs, et, dans la supination, elle tombait dans l'extension: Elle était devenue un organe inutile.

On passa au niveau de la fracture un séton qui traversa d'un côté à l'autre l'avant-bras, sans traverser les fausses articulations. (L'auteur ne dit point si le séton était devant ou derrière les os.) Le membre fut maintenu par des attelles. L'inflammation suivit la présence du corps étranger; la suppuration s'établit.

Le 28 février, la fausse articulation était déjà consolidée.

Le 30, la malade sort de l'infirmerie avec un avant-bras fort solide.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

La lecture de la enrrespondance terminée, M. le président fait part à l'Académie d'une lettre de M. Villenenve qui propose une souscription collective en faveur des inondés de Lyon. Comme en pareille circonstance, chaque membre fait abandon de son jeton.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACÉTATE DE PLOMB LIQUIDE; PLOMB RETROUVÉ DANS L'URINE.

M. Orfila: Je desire donner en quelques mots à l'Académie l'analyse que j'ai faite de l'nrine d'nne femme empoisonnée par l'acétate de plomb. Ce liquide m'a été remis par M. Villeneuve qui a visité la malade. L'nrine avait été rendne 25 beures après l'ingestion dn poison, pris à la quantité de 30 à 40 grammes dissous dans l'eau. Carbonisée, traitée par l'acide nitrique, et sonmise aux réactifs des sels de plomb, cette urine a donné nne qnantité sensible de plomb. Ce fait vient s'ajouter à ceux dans tesquels l'arsenic, l'antimoine, le enivre a été retrouvé dans les nrines des bommes et des animanx qui nnt fait usage des préparations de ces métanx, et sembte ériger en loi générale l'absorption des préparations métalliqnes, leur mélange avec le sang d'où ils passent dans les sécrétions.

M. Villeneuve: La jeune fille en question, de bonne constitution, ponssée au suicide par le désespoir, avala à six henres du soir 30 on 40 grammes d'acétate de plomb en solution. Elle fnt presque immédiatement prise de défaillance, de syncope, elle tomba et eut même quelques ennvulsions et quelques vomissemens. On lui fit d'abord avaler de l'eau sucrée; un pharmacien des environs lui fit prendre après du sulfate de magnésie, puis dn sulfate de sonde. Quand j'arrivai, nne benre après l'accident, on avait déconvert l'espèce de poison. J'appris que la malade venait d'avoir de freqnentes évacuations alvines. Elle se plaignait alors d'un grand sentiment d'anxiété à la région épigastrique, et cela depuis que les vomissemens avaient cessé. Le ponls était petit et serré. Le lendemain, la jeune malade était déjà assez bien; 25 heures après son empoisonnement, elle rendit nne assez grande quantité d'urine que je remis à M. Orfila. La malade n'a éprouvé ni engonrdissemens, ni symptômes cérébraux, ni faiblesses des membres, enfin ancun des symptômes que produisent les préparations saturnines sur le système nerveux.

M. Dupuy: Je ferai observer que dans toutes les analyses des sécrétions faites depuis quelque temps, vous n'extrayez de ces sécrétions que le métal qui, lui-même, n'est pas nn poison. Ce sont les préparations métalliques qui sont nn poison, elles entrent dans le sang qu'elles décomposent en se décomposant elles-mêmes, et c'est cette décomposition de sang qui est la cause de mort.

DISCUSSION SUR LA NOTE LUE DANS LA DERNIÈRE SÉANCE PAR M. ROUX ET RELATIVE AUX ANÉVRISMES.

M. Velpeau: J'ai écouté avec un grand intérêt la lecture dn travail de M. Ronx; et n'étant point d'accord avec ce chirurgien snr quelques points de l'histoire des anévrismes, je lui demanderai la permissinn de combattre quelques unes de ses assertions. M. Ronx nous a dit qu'il avait opéré par la méthode de Hnnter. Je revendique formellement pour Anel cette méthode nouvelle de traiter les anévrismes. La méthode ancienne, comme chacun sait, consistait à onvrir le sac et à lier l'artère an-dessus et au-dessous: la méthode nouvelle veut qu'on lie l'artère au-dessus de la tumeur, du côté du cœur. Anel, incontestablement a fait le premier cette opération. Il est bien vrai que Hunter l'a faite aussi, qu'il a même proposé de porter la ligature plus haut, mais il n'a point créé une méthode nouvelle en l'éloignant de la tnmeur. D'ailleurs, pour les cas particuliers des anévrismes poplités, cinq mois avant Hunter, Desault, en juin 1785, avait lié l'artère an-dessus de la tumeur; seulement la ligature étreignit la portion la plus élevée de la poplité, tandis que Hnnter liait la femorale en bas.

Hunter eut le bonheur de sauver son malade, et le bruit de son succès fut grand. Desault au contraire eut le malheur de perdre son malade, et son opération fut presque oubliée. Dans l'observation racontée par M. Roux, il n'a pas même mis en usage le procédé de Hunter, mais bien celui de Scarpa.

M. Roux a dit que les cas de persistance des tumeurs anévrismales, après la méthode d'Anel, sont fort rares, au point qu'il n'en connaîtrait que deux exemples. Quant à moi, ontre les deux qu'il a cités, j'ai connaissance au moins de deux faits publiés l'un par M. Monterch l'autre par M. Cnmening. Il est très probable que ces faits seraient plus fréqnens, si les chirurgiens avaient tonjours connaissance de la suite de teurs opérations. Il est d'ailleurs une circonstance qui semble prouver que la persistance de ces tumeurs après l'opération est assez fréquente, c'est le grand nombre d'hémorragies venant des portions d'artères sitnées au-dessous des ligatures. Ainsi, la circulation se rétablit promptement et sonvent dans te bont inférieur, et quand nne fois elle est rétablie dans ce bout, il est naturel de penser que la tumeur anévrismale peut persister. Je crois qu'en donnant pour précepte de placer les ligatures aussi loin que possible des tumeurs anévrismales, la nouvelle méthode a pris nn parti extrême, et qu'il n'est pas indifférent dans un anévrisme poplité, de lier le bas de la fémorale ou le haut de la poplité. Je présente à l'Académie un cas qui vient à l'appui de ces considérations générales. Un jeune homme est entré le mois dernier dans mon service, portant au pli dn bras et au bras une tumeur qui avait paru après nne saignée faite aux environs de Paris. Cette tnmeur avait 5 ou 6 centimètres en largeur et 10 on 12 en hauteur, elle était fluctuante, sans battemens, sans bruit annrmal; la peau qui la reconvrait était nn peu livide. Le caractère de la maladie, d'abord assez obscur, se dessina clairement deux jours après l'entrée dn malade, des battemens et le bruissement de l'anévrisme s'étant manifestés. La tumeur était si considérable, que je craignis d'onvrir te sac, et je pratiquai la tigature de l'artère brachiale au-dessous de l'humérale profonde. Tout battement cessa, la tumeur diminua, la ligature tomba le douzième jonr, et la plaie faite pour l'opération allait très bien, quand snr le bras, loin dn siège de cette dernière, il se montra un érysipèle qui parconrut successivement tont le tronc, et se compliquant d'une diarrhée abondante enleva le malade le dix-neuvième jour de l'opération.

L'artère sous-clavière du côté malade a été inspectée à la colle. La matière à injection a rempli les deux bonts de l'artère, au-dessns et au-dessons de la tigature, de belles anostomoses entre ces deux portions ont rétabli par trois ou quatre anses, la circulation dans te bont inférienr. En pareil cas, n'y avait-il pas à craindre si le malade eût vécu, la persistance de la tnmeur; il est à noter dans ce cas que l'opération ne datait que de 20 jours. Je conclus qu'il serait probablement mieux de lier les artères aussi près que possible des tomenrs anévrismales, et que pour l'artère poplitée entre antres, la ligature de la fémorale, au moment où elle finit, est préférable à la ligature faite sur la cuisse. C'est une opinion que beaucoup de chirurgiens anglais professent; d'ailleurs cette question, à mon sens, n'est pas définitivement jugée, mais je crois qu'elle mérite une sérieuse discussion.

M. Roux: Je ne partage pas l'opinion de M. Velpeau sur le malade dont il vient de parler. Je crois que la tumeur eût fort bien pu disparaître, malgré le rétablissement de la circulation dans le bont inférieur à la ligatore. En désignant sous le nom de méthode Hunter, la nouvelle méthode de traiter les anévrismes, je me suis conformé à l'usage, et je crois que l'usage n'est point coupable d'injustice. Sans doute Anel avait lié l'artère humerale ponr nn anévrisme du pli du bras, sans donte Desault avait lié te poplite ponr nn anévrisme de cette artère; mais Hunter a plus formellement insisté sur te précepte de lier les artères au-dessus des anévrismes; il a même choisi ponr l'anévrisme poplité un lieu beaucoup plus favorable que celui choisi par Desault. Etant encore élève, j'ai vu M. Pelletan faire une tigatnre de la poplité pour un anévrisme du creux du jarret, et je me souviens que cette opération fut des plus laborieuses. Pour une tumeur dont le développement serait considérable, cette opération serait impossible, et Hunter avait eu raison de choisir la cuisse ponr placer la ligature. Quant à lier l'artère nn peu plus haut, on nn peu plus bas, pourvu qu'on se tienne au-dessous de la fémorale profonde, la chose est à peu près indifférente, car dans ce trajet la fémorale fournit à peine quelques petites branches sans importance. Il est des raisons anatomiques qui rendent l'opération beaucoup plus facile au-dessus de l'anneau du troisième adducteur qu'à son niveau.

Le cas cité par M. Velpeau me rappelle nn fait dans lequel le rétablissement de la circulation fut instantané après nne ligature. Un homme portait nn anévrisme au pli du bras; comme il était en même temps affecté d'une maladie du cœur, je ne voulus point l'opérer, et me bornai à entretenir sur la tumeur une compression méthodique et modérée. La gangrène se déclara néanmoins dans les parois du sac et il s'en suivit une hémorragie abondante, qu'il fallait arrêter immédiatement. Au lieu d'agrandir le sac, je fis la ligature de la brachiale au haut du bras; mais aussitôt après une hémorragie abondante se déclara par le sac, et je me trouvai dans la nécessité d'inciser celui-ci et de lier l'artère au-dessus et au-dessous. Cette observation eut une autre particularité assez intéressante; les ligatures que j'avais d'abord placées sur l'artère brachiale devenant inutiles, je les enlevai. La circulation se rétablit d'abord au niveau des ligatures, puis elle s'arrêta bientôt, et à la mort du malade qui eut lieu seulement six mois après, et par une cause indépendante de l'opération qui avait parfaitement réussi, on trouva l'artère brachiale oblitérée dans l'étendue d'un pouce.

M. Renaud: J'ai observé sur les chevaux deux faits qui tendent à faire admettre la diathèse anévrismale. Ces deux faits sont relatifs à des cas d'anévrismes multiples trouvés sur l'aorte des chevaux. Ainsi dans un cas j'ai trouvé deux anévrismes sur l'aorte et une autre fois trois.

M. Begin: Il est pour choisir le siège des ligatures d'artères employées dans le cas d'anévrismes, des règles qui doivent se plier et aux complications qu'offre la maladie et à la naissance des artères collatérales, et aussi aux maladies des artères elles-mêmes. Je crois qu'on a tort d'attribuer à Hunter et à Scarpa la méthode qui consiste à placer les ligatures entre la tumeur et le cœur. Les étrangers ne sont habituellement guère disposés à reconnaître nos conquêtes scientifiques, et ce n'est point à nous à aller les enrichir des découvertes qui nous appartiennent. La vérité est que cette nouvelle méthode de traitement des tumeurs anévrismales appartient à Anel.

M. Breschet: Dans la dernière séance, on a parlé d'un homme malade couché dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Cet homme offre un assez grand intérêt chirurgical pour que j'en entretienne l'Académie. Il m'a été adressé de New-York où il a déjà subi la ligature de deux artères fémorales pour des anévrismes poplités. La première opération faite à droite, par le procédé de Scarpa, pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, située dans le jarret droit a parfaitement réussi. Aujourd'hui il ne reste à droite dans le creux poplité aucune trace de tumeur, on ne sent même point l'artère. Celle-ci date de trois ans. La seconde a été faite il y a six mois, un peu au-dessous du lieu que choisissait Scarpa. La tumeur occupait aussi le creux poplité, et avait le volume d'un gros œuf de poule. Après la ligature, les battemens de la tumeur disparurent, et son volume diminua un peu. Cette amélioration ne fut que passagère, rien n'a pu être précisé à cet égard. Toujours est-il qu'après un temps assez court, l'anévrisme commença à augmenter, et aujourd'hui il a le volume de la tête d'un enfant, il n'offre plus de battemens. Cependant en bas et en avant, dans un point assez li-

mité de sa surface, on sent une légère impulsion isochrone au pouls. Dans ce point et dans quelques autres, les parois des artères sont minces, et ces circonstances doivent faire craindre une rupture prochaine ; outre la gravité toute locale de la tumeur, il existe d'autres circonstances générales tout à fait défavorables, et qui m'ont fait différer l'opération, de concert avec plusieurs confrères que j'ai appelés en consultation en cette conjoncture difficile. Les artères iliaques des deux côtés, surtout à gauche présentent un peu plus d'ampleur, et battent plus fort que d'habitude. Près du centre même de la circulation, il existe sans aucun doute, une altération qui n'a point été encore suffisamment caractérisée, mais qui n'en est pas moins réelle. Les impulsions du cœur sont très violentes et très étendues. On entend dans la région précordiale un bruit particulier qui, ajouté aux deux observations précédentes, a fait dianogtiser par quelques médecins une insuffisance des valvules et par d'autres une dilatation de l'orte. Craignant d'opérer au milieu de chances si mauvaises, j'ai en attendant, placé un compresseur à l'aine et couvert la tumeur de glace. Toutes les fois que le compresseur a été enlevé les battemens ont reparu, de sorte qu'il n'y a encore aucune amélioration. Si d'ici à quelques jours cette amélioration ne survient pas, je me verrai forcé de tenter la ligature soit de la fémorale, soit de l'iliaque. Cette opération est, je crois, préférable à l'amputation du membre qui a été proposée en Amérique à ce jeune homme.

Je ne crois pas que la diathèse anévrismale puisse consister dans l'existence de deux anévrismes poplités chez le même sujet. J'entends plutôt par là cette maladie générale du système artériel, qui souvent attaque même le centre de la circulation. C'est ce qu'on observe dans le malade dont j'ai parlé plus haut.

J'ajouterai que deux fois j'ai vu des anévrismes, ou des varices anévrismales du pli du bras, persister après la ligature faite au-dessus de la tumeur et être guéris par deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur.

M. Gerdy : En médecine opératoire, on donne le nom de méthode à des opérations dont le principe est différent d'autres opérations pratiquées dans le même but. A ce titre, je crois qu'on doit dire la méthode de Hunter. Anel et Desault avaient lié les artères au-dessus des tumeurs anévrismales; mais Hunter, le premier, avait posé le principe qu'il fallait s'éloigner de ces tumeurs, parce que, à leur voisinage, les artères étaient souvent malades. Aussi la méthode de Hunter l'emporte beaucoup sur celle d'Anel; elle est l'idée la plus capitale, la plus importante de l'histoire des anévrismes.

M. Velpeau : Quoique j'aime ma nationalité, je ne connais point d'étranger en fait de chirurgie ; d'où que viennent les découvertes, je ne les admire pas moins. Aussi c'est pour rétablir la vérité de l'histoire que je soutiens qu'Anel est l'inventeur de la nouvelle méthode de traiter les anévrismes, et que je reconnais une méthode d'Anel, un procédé de Scarpa et un procédé de Hunter, tous deux pour l'anévrisme poplité. Hunter a, sans doute, eu une excellente idée en préconisant de s'éloigner des tumeurs. Mais remarquons, d'ailleurs, que ce principe n'est applicable qu'aux anévrismes spontanés. Il n'en peut être ainsi pour les anévrismes traumatiques; et je dis que dans toute espèce d'anévrisme, toutes choses étant égales d'ailleurs, il faut, autant que possible, rapprocher la ligature de la tumeur.

ÉPISPADIAS COMPLET CHEZ UN ENFANT DE DEUX ANS.

M. Larrey fils présente un enfant, âgé de 2 ans, et atteint d'un vice de conformation fort rare. L'urètre et la verge sont ouverts à leur face dorsale, depuis le gland jusqu'au col vésical exclusivement. Les deux pubis sont réunis comme d'habitude, et il n'y a, en aucune façon, extrophie de vessie. L'émission de l'urine est presque continue et se fait par petits jets, qui se succèdent avec rapidité. M. Larrey se demande si, plus tard, la chirurgie ne pourrait point pratiquer l'urétroplastie et tenter la guérison d'une pareille infirmité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE LUXATION DU MÉTATARSE SUR LE TARSE; communiquée par M. Prosper Mesnier, médecin à Ornan (Doubs).

Obs. — Le 12 novembre 1840, je suis appelé dans une maison voisine de la mienne pour le tonnelier P. sur le pied de qui une cuve énorme vient de tomber. Il y a deux minutes à peine écoulées depuis l'accident; aussi n'existe-t-il point encore de gonflement. Je trouve P. assis dans la cour même où l'événement vient d'avoir lieu. C'est le pied droit qui est atteint; voici ce qu'il offre à mon examen :

1° Au premier aspect, il a la forme de ce qu'on appelle *pied plat;* la concavité plantaire est effacée; 2° il est un peu plus court que son congénère; 3° les orteils sont étendus, allongés : leur axe se confond avec celui des métatarsiens; 4° l'œil n'aperçoit nulle part de saillie anormale; mais au toucher, on sent, en déprimant les parties molles du coude-pied, une ligne transversale, oblique, sinueuse, évidemment formée par les bases des cinq métatarsiens. Elevés de toute leur épaisseur au-dessus de la rangée antérieure des os du tarse, ceux du métatarse forment un cran qui arrête l'extrémité des doigts de la main exploratrice, quand ceux-ci, recourbés en crochet, veulent revenir de l'articulation tibio-astragalienne vers les orteils; 5° la contresaillie, en sens inverse, qui doit exister sous le pied, est moins facile à sentir, vu l'épaisseur plus grande des chairs et de la peau plantaire. Néanmoins, avec de l'attention, on trouve très bien cette difformité que fait déjà soupçonner d'ailleurs la disparition de la cavité inférieure de cette portion du membre. Du reste, rien dans la position respective du pied et de la jambe, rien dans leurs mouvemens réciproques, ne peut faire prévoir le désordre existant. La douleur même, modérée quand on n'appuie pas sur le lieu malade, ne devient violente que quand on touche celui-ci.

Comme P. est jeune encore, fort, bien musclé, quoique de taille peu élevée, comme il est peu patient, je m'attends à quelques difficultés dans la réduction.

Pour opérer celle-ci, je fais asseoir le blessé sur le bord d'une table solide. Un aide embrasse et maintient immobile la partie inférieure de la jambe demi-fléchie sur la cuisse. C'est en tirant sur l'extrémité du pied qu'un second aide pratique l'extension, sans plus employer de lacs que ne le fait le premier. Dans cet état, je presse avec mes pouces la saillie formée par la ligne des métatarsiens, en les repoussant d'arrière en avant et de haut en bas, tandis que, en dessous, avec les autres doigts de mes deux mains, je cherche à ramener la ligne des os tarsiens en arrière et en haut. Après quelques instans d'efforts assez prononcés, un craquement caractéristique annonce la réduction que rend palpable d'ailleurs le retour du pied à des formes pareilles à celles du côté opposé.

Des compresses longuettes et une bande imbibée d'eau blanche composent tout l'appareil qui paraît devoir suffire à maintenir la luxation réduite.

Aujourd'hui, dixième jour depuis l'accident, il n'y a aucune apparence d'inflammation. Le gonflement a presque entièrement disparu; il en est de même de l'ecchymose et de la douleur. P. commence à marcher.

Jusqu'ici, je ne me suis attaché qu'à décrire les symptômes de la luxation, et les circonstances de la réduction d'une manière telle, que rien ne pût rendre équivoque l'existence de ce curieux déplacement. A présent, je vais raconter comment celui-ci a été produit.

Il s'agissait de mettre debout une cuve vide, en chêne (elle contient plus de trente muids), couchée sur le gravier qui forme le sol de la cour. Trois hommes soulevaient l'énorme masse qui était prête à tomber sur son fond, quand P., placé du côté opposé, qu'il soutenait pour ménager la secousse, en reçut dans l'estomac un choc tel, qu'il dut tomber en arrière et sur le côté gauche. Ce fut dans le même instant que son pied droit se trouva engagé sous le bord de la cuve, qui le lui aurait broyé, sans plusieurs circonstances que je vais exposer. Le sol était friable, de telle sorte que les portions du bord du tonneau qui y portèrent les premières durent y creuser un sillon circulaire plus profond de leur côté que de celui où était P., parce qu'elles appuyèrent plus longtemps dans le premier point que dans le dernier. De cette manière, une partie du poids du meuble fut supportée par le sol.

Maintenant, comment le pied de P. fut-il touché? D'après le rapport de cet homme qui, on se le rappelle, venait d'être renversé sur le côté gauche, c'est sur le bord externe du pied droit, au niveau du cuboïde, que la masse vulnérante toucha d'abord; puis, elle appuya sur toute la rangée des cunéiformes, en aplatissant et fixant le pied sur le gravier. Si l'on se souvient qu'un vaisseau de la forme de celui dont il s'agit a un rebord plus ou moins épais qui s'élève au-dessus du fond d'une quantité quelconque, on verra que le pied n'a dû être touché que suivant une trace de la largeur de ce même rebord; c'est ce qui est arrivé ici. Le hasard a voulu que ce bord suivît une ligne parallèle à celle que formaient un peu plus bas les articulations tarso-métatarsiennes. Alors la rangée antérieure des os tarsiens a cédé; cette clef de la voûte plantaire a été enfoncée; l'élasticité des tissus, ou même la cause vulnérable, a fait le reste, c'est-à-dire le chevauchement des deux plans osseux qui n'étaient plus en contact par leurs bords. Cette fois, contrairement à ce qui s'était vu jusqu'alors, c'est le tarse qui s'est luxé par rapport au métatarse.

Si j'ai insisté longuement sur tous les détails de cette observation, c'est que ses pareilles sont rares dans la science. Jusqu'à Dupuytren, personne, que je sache, n'avait rien remarqué d'analogue. Delpech n'en dit rien; je m'en suis assuré. Je n'ai pas Boyer sous la main; mais, s'il en eût parlé, Samuel Cooper, qui a tant puisé dans notre vieux maître de la Charité, n'eût pas, lui, manqué d'en traiter. Son homonyme, sir Astley, n'en avait jamais vu quand MM. Chassaignac et Richelot traduisirent ses ouvrages. Voici ce que dit A. Cooper : « Je n'ai jamais vu la luxation des os du métatarse. Elle est prévenue par leur union entre eux et par leur connexion sinueuse avec le tarse; elle doit être extrêmement rare, *si même elle arrive jamais.* » (Œuv. chir. d'A. Cooper, p. 70.) Il est permis de s'étonner que les laborieux traducteurs qui ont ajouté tant et de si intéressantes notes au livre du premier chirurgien de l'Angleterre n'aient pas rappelé les deux faits observés par Dupuytren et cités par M. Sanson aîné. (Dictionnaire de méd. et de chirur. prat., art. *Luxations.*

Ces deux faits sont-ils les mêmes que ceux rapportés par l'exact professeur Velpeau dans son Anatomie chirurgicale? Tout porte à le penser, car le non moins scrupuleux docteur Malgaigne ne fait non plus allusion qu'à deux observations de ce genre. (Anat. chirurg., t. II.) Enfin, dans le plus moderne de nos traités de chirurgie, puisqu'il est encore en cours d'exécution, M. Vidal (de Cassis), n'ajoute aux deux exemples qu'il cite

d'après Sanson, qu'un troisième fait emprunté aux bulletins de la société anatomique. (Vidal, Traité de pathologie externe, t. II.)

Mon observation est donc la quatrième seulement dans les fastes de la chirurgie. Une fois l'attention éveillée sur ce point, il est à croire que les faits se multiplieront; car, ainsi qu'on a pu le remarquer si l'on a lu attentivement les détails que j'ai rapportés, au premier aspect on aurait pu ne pas soupçonner la luxation. Un pied plat! il y en a tant, soit dit sans jeu de mots! Point de saillie sensible à l'œil; à peine un peu de raccourcissement! et encore il aurait pu m'échapper si je n'avais pensé à comparer les deux pieds. Tous les mouvemens de celui qui était blessé étaient libres. Point de déviation dans les orteils. Au surplus, pourquoi aurait-elle existé cette déviation, *cette obliquité*, comme disent MM. Sanson et Vidal? Si les fléchisseurs étaient, eux, soulevés par la rangée tarsienne, ainsi que les cordes d'un violon par un chevalet, les extenseurs ne l'étaient-ils pas également par le front des cinq bases métatarsiennes? Entre ces deux influences équipollentes, les orteils sont restés étendus: il n'en pouvait être autrement.

Une chose à noter encore ici, c'est que la luxation a été produite par percussion directe, et non pas indirectement comme dans les cas déjà connus. De ceux-ci, le troisième, celui présenté à la société anatomique par M. Mazet, paraît, de prime-abord, fort semblable au mien; mais voyez de plus près.... Dans celui-là, une roue de charrette passe sur le pied, puis le blessé tombe. C'est dans la chûte que le long bras de levier formé par la jambe et tout le corps agit sur la portion non fixée du pied et la luxe. Dans le cas qui m'appartient, c'est le contraire. P. tombe d'abord, poussé par la cuve; ensuite, c'est quand il est à terre, où il précède l'immense tonneau, que celui-ci vient appuyer son bord sur le coude-pied qu'il enfonce immédiatement. Ainsi outre le mérite d'augmenter le petit nombre de cas avérés de luxation tarso-métatarsienne, le fait que je viens de rapporter a encore l'avantage de faire connaître un nouveau mécanisme selon lequel peut s'effectuer ce genre de déplacement.

En terminant, je fais une dernière remarque: jusqu'à présent, on n'a jamais vu le métatarse luxé *en dessous*. Avis aux observateurs: voilà un nouveau champ ouvert à leurs investigations.

Agréez, etc.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouveaux élémens de zoologie, ou étude du règne animal; par H. Hollard, D. M., professeur d'histoire naturelle et d'anatomie comparée. — Un fort volume in-8°, accompagné de 22 planches gravées. Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'École-de-Médecine, 4.

Nous devons à M. Hollard un volume sur l'Anatomie comparée, auquel nous avons consacré un article, et que nous signalâmes alors comme un ouvrage des plus remarquables, sous le double rapport de la conception et de l'exécution; il a eu tout le succès que nous crûmes pouvoir lui prédire. Aujourd'hui l'auteur complète son œuvre par un volume de Zoologie, dans lequel il s'est montré non moins exact et non moins doué de l'esprit philosophique que dans son Anatomie comparée. La zoologie, liée aujourd'hui d'une manière si intime à la géologie, et déjà si importante par ses applications directes, offre une des études les plus propres à développer l'esprit d'observation si nécessaire aux médecins. Elle embrasse à la fois les caractères extérieurs et les mœurs des animaux, double fait, qui, par son harmonie avec l'organisation tout entière dans les vrais rapports des êtres animés entre eux, permet de les coordonner d'après ces rapports et de grouper les espèces sous un certain nombre de dénominations, qui rappellent chacune à un animal ou un caractère typique, selon que le groupe est un genre, un ordre, une classe, etc. On a malheureusement trop peu compris le véritable esprit des classifications; on a cru faire merveille en s'occupant exclusivement à grouper, à faire des genres et des sous-genres; on a négligé pour cela l'objet essentiel de la coordination, qui donne, en fin de compte, le véritable plan, la conception scientifique du règne entier. Le moment est venu, comme l'a prouvé M. de Blainville, en donnant à la fois la règle et l'exemple, de faire de la zoologie un vrai tableau des espèces animales, un tableau où les groupes ne soient pas multipliés au delà du besoin et soient bien plutôt coordonnés d'après leurs véritables rapports. Or, cette coordination démontre dans le règne animal non plus un pêle-mêle, une carte géographique, où l'on n'aperçoit qu'un amas de petits genres, minutieusement et arbitrairement multipliés, et que la mémoire la plus heureuse ne peut retenir, mais une série, sinon toujours uniformément progressive, au moins continue, une série d'espèces, mais d'espèces largement et naturellement groupées en types plus ou moins distincts, que l'esprit embrasse aisément et qui se gravent dans la mémoire, parce qu'ils y reproduisent des idées et non des détails seulement. Dans une introduction, écrite comme nous aimerions qu'elles le fussent toutes, M. Hollard a traité avec clarté, exactitude, et de la manière la plus intéressante, les grandes questions qui dominent la zoologie, et entre autres celle de l'espèce naturelle, question controversée aujourd'hui entre l'école panthéiste, illustrée par Lamarck, par M. Geoffroy-St-Hilaire, Ocken, et l'école qui a conservé les traditions de Linnée, et qu'honorent les noms de Cuvier et de M. de Blainville. M. Hollard s'est montré fidèle à ces traditions, qui sont moins hardies, mais beaucoup plus sûres que les inspirations du transcendantalisme. Nous ne pouvons analyser ici un ouvrage comme celui-ci; mais nous pouvons recommander sa lecture et ses méditations à tous nos lecteurs; nous le signalons partout à l'attention des jeunes gens qui font leur philosophie et de ceux qui se préparent à subir les épreuves du baccalauréat ès-sciences.

De la goutte, de ses causes et du traitement le plus rationnel à lui opposer; par A. Teste. Paris, 1840. — 80 pages in-8°. Chez Pillet aîné, imprimeur-libraire, rue des Grands-Augustins, 7.

Cette brochure est destinée à servir d'avant-coureur, nous pourrions dire de préface, peut-être même d'annonce, à un ouvrage que l'auteur doit publier prochainement, sous le titre de Traité des affections rhumatismales. Aussi nous bornerons-nous à dire quelques mots sur le plan qu'a adopté l'auteur et sur sa manière de faire. Comme tous ses devanciers, il promet de s'occuper principalement du côté pratique de son sujet, et nous devons reconnaître que, se montrant ennemi de ce rationalisme absolu qui prétend soumettre à des lois sans appui et sans consistance l'allure si peu connue de la nature, il ne craint pas d'appeler souvent l'empirisme à son secours. Il nous annonce même hardiment et sans crainte qu'il a trouvé un spécifique contre la goutte aiguë dans l'élixir qui est désigné dans le Traité de matière médicale de Lemery sous le nom d'*élixir panchimagogue*.

Ce n'est cependant point à l'annonce de cette découverte, à laquelle, du reste, il paraît attacher une grande importance, que se borne l'auteur de cette brochure, qui est écrite avec esprit et indépendance. Une critique fine et souvent juste des auteurs qui ont écrit depuis quelques années sur le même sujet, quelques recherches très sommaires sur la goutte, et où l'on trouve de l'instruction et une bonne direction, nous font désirer sincèrement qu'il donne suite à son projet, si toutefois il ne doit pas se réduire à célébrer les hauts faits de l'élixir panchimagogue, dont il regarde la découverte comme une bonne fortune, sans cependant en faire une panacée universelle.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai lu avec surprise, dans votre journal du 31 octobre dernier, n° 44, l'analyse du procédé que, dans un mémoire que j'ai présenté à la société de médecine de Gand, j'ai recommandé pour obtenir la cure radicale de la hernie inguinale. Mon travail m'a paru n'avoir pas été compris par celui qui s'est chargé d'en faire le résumé; ce qui dépend peut-être de la manière dont j'ai distribué ma matière. En effet, il contient d'abord l'historique des essais que j'ai faits pour obtenir la cure de la hernie dont j'ai présenté les perfectionnemens successifs dans des observations cliniques peut-être un peu trop détaillées et qui ont pu faire perdre de vue le fil des expériences que j'ai faites et auxquelles je m'étais arrêté pour le moment.

La modification signalée dans l'article qui m'a déterminé à vous faire une réclamation est effectivement une de celles que j'ai imaginées au début de mes essais; mais il est facile de se convaincre que je n'en ai point été satisfait, car je ne tarde pas, après l'avoir signalée, à préconiser des moyens plus efficaces.

Je regrette, Monsieur, que mon mémoire n'ait pas été mieux compulsé; votre collaborateur aurait acquis la conviction que mes recherches sur la cure radicale

des hernies inguinales ne se sont point bornées à cette simple modification et que j'ai imaginé un procédé essentiellement différent de ceux auxquels il se rattache.

Le procédé de Wutzer m'ayant parfois réussi et parfois manqué, j'ai cherché à découvrir la cause de l'infidélité de ses résultats. J'ai cru d'abord observer que, dans les cas de forte dilatation du canal inguinal, le bouchon cutané formé par l'invagination de la peau du scrotum n'était pas assez épais pour oblitérer complètement cette ouverture. Je me suis donc figuré qu'en introduisant un double pli de peau dans l'anneau j'atteindrais mieux mon but, et cette manière de faire m'a réussi. Quoi qu'il en soit, il m'a paru, en y réfléchissant ensuite, que l'on pouvait toujours reprocher à la méthode des invaginations de laisser la partie postérieure du canal libre et partant de se prêter à la reproduction de la hernie. Ayant cru, d'ailleurs, remarquer que le bouchon cutané était presque complètement résorbé au bout d'un certain temps, et que les légers débris cellulaux qui lui survivaient étaient infiniment moins suffisans encore que lui pour oblitérer le canal inguinal, je me suis appliqué à rechercher un procédé qui permît de mettre les parois de ce conduit en contact avec elles-mêmes et de les faire adhérer ensemble, en y faisant naître de l'inflammation. Les moyens que j'ai employés pour atteindre ce but m'ont fourni des résultats bien plus heureux que ceux auxquels je m'attendais. Ils m'ont conduit à agir directement sur le col du sac herniaire et à en produire l'oblitération. Ce procédé et les réflexions qu'il m'a suggérées sont consignés dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND (pag. 108, deuxième volume de l'année 1840), quelques pages plus loin que celles où se trouve la chétive modification présentée dans votre journal comme le résumé de mes recherches sur la cure radicale de la hernie inguinale.

Il résulte donc de ce que je viens d'avancer que le bouchon tégumentaire que l'on fait adhérer dans le canal inguinal pour s'opposer au retour de la hernie est une illusion, puisqu'au bout d'un certain temps on en observe la résorption complète, et que les moyens que j'emploie pour obtenir la cure radicale de cette infirmité sont basés sur l'oblitération du col du sac herniaire, voire même sur l'adhérence des parois du canal dans lequel il est engagé.

Ces assertions devront naturellement conduire à demander comment il se fait que dans les procédés de Wutzer et de M. Gerdy on ait obtenu des succès, quoique ces deux chirurgiens n'aient employé qu'un bouchon cutané pour empêcher le retour des hernies. Je ferai observer, à cet égard, que les cures obtenues par ce procédé sont dues à des circonstances que le chirurgien n'a pas prévues et qui sont indépendantes de sa volonté. Lorsque, par les manœuvres de l'invagination, le hasard a voulu que le sac herniaire fût compris dans l'anse de fil de M. Gerdy, ou pincé dans l'instrument de Wutzer, la guérison a eu lieu par son oblitération; au contraire, lorsque, dans l'un et l'autre procédé, un léger repli du sac seulement a été saisi, l'oblitération a été incomplète et la maladie a récidivé.

L'auteur du compte-rendu de mon travail ne paraît pas avoir une confiance bien grande dans la solidité des cures que j'ai annoncées: ses doutes reposent sur le peu de temps qui s'est écoulé entre la date où j'ai fait connaître mes observations et celle où je les ai recueillies. Il est vrai qu'au moment où j'ai publié mon mémoire je n'avais guère observé les hommes que j'avais guéris que pendant le temps qu'ils avaient été retenus à l'hôpital pour y être traités. Mais, depuis mes premiers essais, neuf mois se sont déjà écoulés et aucune de mes guérisons ne s'est démentie, bien que la plupart des sujets opérés soient des soldats soumis aujourd'hui à toutes les rigueurs du service militaire.

Enfin, en terminant l'article de votre journal auquel je réponds, l'auteur déclare mon procédé impropre à atteindre le but qu'on se propose, et le range dans la catégorie des opérations dangereuses. Il fait prévoir qu'il doit occasionner des suppurations diffuses, des abcès, l'érysipèle, accident, dit-il, qui est arrivé dans la dixième de mes observations. Les escarres de gangrène, qui sont la suite naturelle des moyens que je préconise, paraissent également avoir fixé son attention d'une manière particulière, et il les regarde comme toujours dangereuses. J'ai, jusqu'aujourd'hui, opéré environ une quarantaine d'individus, et je puis assurer que je n'ai observé aucun des accidens signalés, pas même l'érysipèle, qui, au rapport de votre journal, est arrivé au sujet de ma dixième observation. Je relis en vain mon mémoire, et n'y trouve rien de semblable. Quant à ces escarres, que l'article en question dit n'être jamais sans danger, je ne pense pas que les chirurgiens qui se sont occupés de cette partie de l'art les envisagent sous un aspect aussi effrayant. L'application de la potasse caustique, du cautère actuel sur la peau, le décubitus longtemps continué sur quelque point de son étendue, n'occasionnent-ils pas aussi des escarres de gangrène? et circonscrites dans des limites aussi restreintes que celles qui surviennent dans mon opération, jamais on ne les a vues occasionner le moindre danger. Que peut-on redouter, en effet, d'une escarre de gangrène d'une surface d'un demi-pouce environ, comme il en survient à la suite de l'application de mon appareil, alors que des gangrènes offrant plus d'un pied de surface, produites par des causes analogues, n'entraînent à aucun danger?

Mon procédé exigeant que j'invagine la peau du scrotum, comme dans la méthode dite des invaginations, on a pu croire que je basais tout espoir de réussite sur son adhérence dans le canal inguinal. Je conviens que, dans mes premiers essais, j'étais sous l'influence de cette pensée; mais je m'en suis bientôt affranchi, et aujourd'hui je regarde le bouchon tégumenteux comme un moyen tout à fait illusoire, puisqu'il ne tarde point à être résorbé au point de laisser à peine des traces de son existence. L'invagination n'est donc plus pour moi qu'un moyen accessoire, pour parvenir sûrement dans l'anneau, sur lequel je fais porter spécialement l'action des moyens curatifs que j'emploie. J'espère pouvoir publier sous peu un nouveau procédé qui démontrera toute la justesse de cette dernière assertion, et qui distinguera clairement ma méthode de celles des invaginations. Quoi qu'il en soit, Monsieur le rédacteur, les craintes de votre collaborateur sont loin d'être partagées ici. Le gouvernement belge, après s'être suffisamment éclairé sur les avantages de la cure radicale des hernies inguinales par mon procédé, a décidé que tous les militaires de l'armée, atteints de cette infirmité, seraient réunis dans un local commun, pour en être traités. La régence de Gand vient d'arrêter une mesure semblable pour la classe nécessiteuse de cette ville.

Vous m'obligerez, dans l'intérêt de la vérité, d'insérer la présente dans votre estimable GAZETTE; votre journal est trop répandu pour que je voie avec indifférence le jugement porté sur mon procédé, et je vous reconnais comme trop juste et trop impartial pour que vous hésitiez un instant à rectifier une erreur que je ne puis considérer que comme involontaire.

Agréez, etc.

A. SOTTEAU.

Gand, ce 22 novembre 1840.

— Le général Becker, grand'croix de la Légion-d'Honneur, comte et pair de France, vient de mourir dans sa terre de Mons, en Auvergne, le 18 novembre 1840, à l'âge de 71 ans.

Pendant les guerres de l'empire, ce célèbre militaire avait été gravement blessé par un biscaïen qui avait profondément labouré la région lombaire et avait intéressé le gros intestin. Depuis cette époque, le comte Becker était resté sujet à une constipation opiniâtre qui tenait sans doute au rétrécissement du canal lésé et aux adhérences qui l'unissaient à la cicatrice.

Atteint d'un anévrisme actif du cœur, il avait depuis plus de deux ans de fréquentes attaques de suffocation qui l'avaient obligé à renoncer aux fonctions honorables qu'il avait remplies pendant de longues années avec dévouement et patriotisme.

Il y a quelques semaines, il éprouva un violent accès de fièvre à la suite duquel des taches bleuâtres se manifestèrent sur le pied droit.

Le général Becker était à peine convalescent de cette violente crise, qu'un nouvel accès plus grave se manifesta et fut suivi de l'apparition de phlyctènes et d'ecchimoses précurseurs de la gangrène.

La veille de sa mort il offrait tous les symptômes de la gangrène spontanée sénile; il se plaignait de douleurs vives le long du trajet des gros vaisseaux du membre pelvien droit; le pied, la jambe et la cuisse du même côté offraient de nombreuses escarres sèches et noires; le gros orteil gauche était couvert d'une phlyctène remplie d'une sérosité brunâtre, et les mains présentaient quelques taches violacées.

Aux symptômes précédens se joignaient des rêvasseries, des soubresaults des tendons, de la carphologie et un affaissement extrême qui ont duré jusqu'à la mort.

L'autopsie n'a pas été faite.

Clermont-Ferrand, 26 novembre 1840.

V. NIVET. D. M. P.

— DE LA STÉRILITÉ DE L'HOMME ET DE LA FEMME, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER; par le chevalier V. Mondat, docteur en médecine, ancien professeur d'anatomie, et de médecine des femmes et des enfans, membre de plusieurs académies. Cinquième édition, augmentée, 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 5 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et comp., successeurs de Crochard et comp., place de l'École-de-Médecine, 1, et chez tous les libraires en médecine.

A Montpellier, chez Louis Castel, éditeur, Grande-Rue, 32.

— OBSERVATIONS ET RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE PLATINE, CONSIDÉRÉ COMME AGENT PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ou de l'efficacité des préparations de platine dans le traitement des maladies syphilitiques, dartreuses et rhumatismales, par FERD. HOEFER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. In-8°. Prix: 1 fr. 25 c.

Paris, chez l'auteur, rue Neuve Saint-Eustache, et chez Fortin, Masson et Ce, libraires, Place de l'École de Médecine, 1.

— CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA MONOMANIE HOMICIDE, par A. BONNET, docteur-médecin, professeur de l'École-de-Médecine de Bordeaux, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de plusieurs sociétés médicales, etc. Deuxième édition, revue et augmentée. In-8°, prix: 2 fr.

Paris, chez Just Rouvier, rue de l'École de Médecine, 8.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Sur un commencement de discussion à l'Académie de médecine relative au traitement chirurgical du strabisme. — Recherches critiques et cliniques sur le siége précis de l'étranglement herniaire. — II. Revue des journaux de médecine allemands. Observations. — Développement extraordinaire des reins chez un nouveau né. — Compte-rendu de la clinique d'accouchement à Fulda pendant les années 1834, 35 et 36. — Accouchement naturel malgré une grosse tumeur fibro-cartilagineuse située dans le petit bassin. — Compte-rendu de la clinique d'accouchement de Wurtemberg pendant l'année 1839. — Aliénation mentale entretenue par une affection de bas-ventre. — Rentrée d'une hernie scrotale étranglée après l'emploi de l'acupuncture. — Hémorragie à la suite de l'opération de la taille, arrêtée avec la créosote. — Sur le traitement du cancer par la créosote. — Des huiles animales et végétales sous le rapport de leurs vertus thérapeutiques. — Compte-rendu des maladies qui ont régné pendant le premier semestre 1840 dans le district de Schwenningen. — De l'hydropisie. — Observation d'une névrose remarquable provoquée par une hypertrophie des os de la tête à la suite de couches. — Hydrophobie spontanée. — De la coïncidence de l'urine albumineuse avec l'hydropisie qui se développe à la suite de la scarlatine. — Sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Sur les vers intestinaux. — Autopsie d'une jeune fille morte des suites de la cyanose. — Trois observations de névromes. — Sur les tumeurs sanguines à la tête des nouveau-nés. — III. Travaux académiques. Académie de médecine : séance du 8 décembre. — IV. Variétés. Lettre sur le projet de loi concernant l'exercice de la pharmacie. — V. Feuilleton. De l'importance politique et sociale des médecins.

STRABISME.

SUR UN COMMENCEMENT DE DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE RELATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU STRABISME.

Une discussion a commencé à la dernière séance de l'Académie relative au traitement chirurgical du strabisme. M. le docteur Baudens a présenté deux sujets opérés quelques jours auparavant, dans le but de faire constater par l'honorable assemblée le résultat immédiat de l'opération, se proposant de représenter les mêmes sujets à une époque plus éloignée, afin de faire constater le résultat définitif du traitement. Cette démarche sage et entièrement conforme aux règles d'une rigoureuse expérience, n'a pas obtenu l'assentiment de quelques chirurgiens de l'Académie. Après avoir blâmé indirectement la conduite de M. Baudens, M. Roux a saisi cette occasion pour s'élever contre la prétention de ceux qui assurent guérir définitivement le strabisme par la section des muscles de l'œil. L'honorable membre ne s'est pas borné à opposer à la méthode nouvelle les raisonnemens plus ou moins spécieux qui l'empêchent d'admettre ses résultats ; il s'est livré à des insinuations extra-académiques, qui ne prouvent rien contre la bonté de la méthode, si ce n'est que ceux qui l'emploient avec succès ont le grave tort à ses yeux de le laisser savoir. Il n'y aurait rien à objecter si les guérisons qu'on dit obtenir n'étaient pas réelles et définitives; et cette croyance de la part de M. Roux excuse jusqu'à un certain point ses vertueuses sorties contre ceux qui prétendent guérir en une minute une difformité qu'il a mis trente ans à combattre sur lui-même. Cette remarque n'aura rien de blessant

---

Feuilleton.

DE L'IMPORTANCE POLITIQUE ET SOCIALE DES MÉDECINS.

(Cinquième et dernière lettre.)

La tâche que j'ai essayé de remplir fût restée incomplète si, après avoir considéré le médecin dans la plupart de ses rapports, j'avais passé sous silence celui par lequel il a le plus de points de contact avec la société. Omettre de parler de lui comme homme de sa profession, m'eût valu sans doute plus d'un reproche. On m'aurait accusé d'avoir reculé timide et impuissant devant un obstacle que j'aurais dû prévoir; car beaucoup pensent que rien n'est plus incompatible avec les idées élevées que les soins minutieux et absorbans d'une pratique quotidienne. On aurait fait bien plus encore, on aurait dit peut-être que c'est vouloir écarter le médecin de la ligne de ses devoirs en essayant de substituer à l'amour de sa profession les rêves ambitieux d'une position trop au-dessus de la sphère bornée de ses travaux et de ses habitudes. Ainsi, je me fusse trouvé sous le coup d'une accusation terrible, celle qui m'aurait confondu avec ces hommes dont l'humanitaire philosophie consiste à pervertir tous les rangs, en attribuant à chacun l'intelligence de toutes choses et la capacité de tout faire. Mais, une telle accusation ne saurait m'atteindre, je n'ai nul besoin de fuir aucune objection, de tourner aucun obstacle; car dans la question qui m'occupe il n'y a ni objections à fuir, ni obstacle à tourner. La cause de l'importance sociale et politique des médecins trouve partout où il est besoin d'en trouver, de nombreux et puissans argumens en sa faveur. Que l'homme de notre profession vive de la vie spéculative ou de la vie pratique, qu'il travaille dans le silence du cabinet ou qu'il consacre ses journées aux absorbantes occupations de la clientelle, il ne cesse de s'assimiler les élémens d'idées générales, d'opinions élevées; il rassemble chaque jour dans son intelligence les données de problèmes sociaux dont il n'est permis qu'à lui d'oser espérer la solution.

Mais, si on consent à accorder que les esprits qui se sont livrés longtemps à l'étude de l'organisation humaine ont droit à tenir un rôle politique, qu'on est loin de le faire pour ceux qui appliquent ces connaissances spéciales à la pratique de guérir! Lorsque la théorie se complète par l'application, on voit les choses d'une autre manière. Un médecin qui, tout entier à la théorie, se renferme dans la méditative contemplation des merveilles de la science, celui-là est adopté ou peut l'être par l'opinion ; mais, un médecin qui se jette dans cette route si difficile à tenir, qui s'appelle la pratique, est loin d'être jugé sous ce favorable point de vue. On suppose qu'en exerçant son art, il s'écarte de plus en plus de ces idées hautes par lesquelles il deviendrait peut-être une capacité politique. On ne voit désormais en lui qu'un homme qui s'enfonce de plus en plus dans les détails du métier. On ne juge plus cette intelligence qu'à travers les résultats d'un traitement, et on croit avoir tout fait en attachant à ce médecin une certaine renommée pratique. Il y a certainement une grande injustice dans cette manière de nous juger; mais il faut avouer que parmi nous, il y en a bon nombre qui la justifient. Ne voyons-nous pas des médecins qui ne comprennent ni l'impor-

pour M. Roux : ce sont ses expressions textoelles. Toot cela n'anrait rien de bien grave en soi si un aotre chirurgien, dont le zèle et l'empressement éclairé à accueillir et expérimenter tout ce qui est nooveau sont bien connus, n'était venn appnyer les proscriptions de M. Roux de l'antorité de ses revers. M. Velpean a pratiqué sept fois l'opération dn strabisme, et nne seule fois la guérison s'est maintenue. M. Velpean en a induit deux choses : qo'il ne fallait pas conclure dn succès immédiat de l'opération à son succès définitif, ce qui est très rationnel ; mais il a aussi conclo de la proportion de ses insuccès à l'inefficacité de la méthode, on an moins à la rareté de ses soccès. Qooique la première proposition de M. Velpeau soit vraie en thèse générale, il serait facile de la pronver très mal fondée dans l'espèce; mais nous lui concéderons ce premier point pour le moment, et ne nous occuperons que dn second.

M. Velpéan n'a pas réussi dans six cas sur sept : cela voudrait dire, an point de vue de la méthode numérique, que l'opération n'est que très rarement praticable et, par conséquent, que ceux qui annoncent guérir presque à tout coup ne disent pas la vérité. Eh bien ! l'expérience nous a mis à même d'être convaincu du contraire. Nous atmettons et nous espérons pouvoir établir qu'il est des cas très rares de strabisme réfractaire à l'opératien, et nons croyons être en mesure d'indiqoer leur natore et leurs caractères. Mais noos avançons hardiment, en opposition avec les assertious de MM. Boux et Velpeau, que le nombre des strabismes opérables est infiniment supérieur à cenx qui ne le sont pas, ce que nous espérons pouvoir établir d'nne manière également incontestable. Ceci n'est point de la théorie : nous sommes arrivé à cette conviction par l'observation et l'expérience, ainsi que nous le montrerons bientôt. Mais à qnoi peovent tenir les insuccès de M. Velpean? Il faut bien le reconnaître, malgré l'habileté incontestable de ce chirurgien, ses insuccès ne sont pas le résultat de l'inefficacité de la méthode, mais du procédé employé. En d'aotres termes, M. Velpeau n'a pu, par son procédé, atteindre et diviser complètement les muscles rétractés. Cette déclaration pent paraître hasardée, mais voici un moyen de lever tous les dontes à cet égard, et jusqoe-là on nous permettra de nous appuyer sur nos expériences en opposition avec celles de M. Velpean. Voici ce que nous proposons à ce chirurgien : c'est de faire connaître les six sojets opérés par lui sans snccès, et de nous mettre à même de renoovеler les tentatives d'opération, s'il y a lieu. Dans le cas où (chose très possible) un ou plusieurs ne soient pas de nature à guérir par l'opération, nous espérons pouvoir en donner les raisons, ce qui sera également ntile à la science, et dans le cas contraire, c'est-à-dire dans le cas où nous parvenions à guérir un oo plusieurs des sujets regardés comme réfractaires à la méthode, nons arriverons à rétablir en sa faveur la confiance que l'antorité de M. Velpean a nécessairement ébranlée. L'amour bien connu de ce chirurgien pour la science et la vérité nous sont un sûr garant qu'il acceptera notre proposition.

Quant à M. Roux, qui a opéré deux fois sans succès, mais qui base ses répognances bien plus sur sa théorie que sur sa pratique, nous lui avons offert de lui présenter nne série de guérisons bien aothentiqoes, datant de plusieurs mois, et de le faire assister à une snite de traitemens nonveaox. Nous ne comptons pas moius sur l'empressement de M. Roux que sur celui de M. Velpeao ; nous feruns connaître à nos lecteors les résultats de cette double invitation.

J. G.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

RECHERCHES CRITIQUES ET CLINIQUES SUR LE SIÈGE PRÉCIS DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ; par M. DIDAY.

Si le paradoxe semble de jour en jour prendre plus de favenr dans la littérature médicale, cela vient sans doute de ce que, par irréflexion, on s'abuse sur ses conséquences, on en méconnalt le danger. Beancoup d'anteurs n'y voient qu'un moyen licite de vaincre l'indifférence publique ; et, dans le commerce des idées, ainsi qoe dans les transactions usuelles, on croit pouvoir surfaire par prudence, comme on rabat par habitude. Il est, je l'avooe, mainte question où la vérité gagne à s'offrir assaisonnée de manière à piquer jusqu'an vif l'attention blasée des lecteurs : l'exagération est palpable, on se récrie ; mais le trait a porté, et *il en reste toujours quelque chose*. En médecine, une semblable tactique n'est plus permise : imperfection des dogmes, lacune dans les procédés thérapeutiques, tont doit s'avooer onvertement ; car là où un malentendn pent donner la mort, il y anrait plus que de l'imprudence à affecter hors de propos le ton assuré et les formes tranchantes de la certitude. Je le répète, l'hyperbole nous est interdite : tant pis pour le lecteur qui, à tont problème pratique, veut une répouse par oui ou par non ; tant pis pour les écrivains dont l'ambition s'accommode mal de la réserve qu'impose l'amour du vrai.

Ces réflexions m'ont été inspirées par le dernier mémoire de M. Malgaigne sur le siége de l'étranglement herniaire. Je ne les adresse pourtant ni à cette œnvre, ni à son auteur. Si je les ai placées ici, c'est parce qu'en combattant nne doctrine exclusive, on est malgré soi porté à l'exagération, et j'ai vouln que, tonjours sons mes yeux, elles pussent me retenir, si, dans le cours de ce travail, j'étais tenté d'avancer quelqne conclusion plus générale que ne le comporteraient mes prémisses.

Les chirurgiens les plus ao courant de la science admettaient tons qoe les hernies penvent s'étrangler, soit par le collet de leur sac, soit par les oovertures aponévrotiques qu'elles traversent, lorsque M. Malgaigne est venu agiter de nouveau cette qoestion (1). Soumettant à nn examen sévère les faits sur lesquels reposent les opinions contemporaines, il a cru poovoir déduire de cette analyse que l'étranglement par le collet du sac est le seul dont la réalité ait été jusqu'ici démontrée par l'observation, et que rien n'autorise à penser qoe les anneaux de la paroi abdominale puissent jamais le produire. Telle est la conséquence inattendoe qui ressort de ses investigations. Malgré tout le talent de l'auteur, malgré son habileté à jeter le doute sur les faits réputés les plus probans, son insistance à en appeler sans cesse, par devant l'expérience, de l'antorité des plus grands noms, ses conclusions ne m'ont point paru suffisamment appuyées. Leur adoption d'ailleurs n'étant pas sans péril, puisqo'elle n'abontirait à rien moins qu'à faire rejeter absolument la herniotomie sans incision du sac, j'ai jugé nécessaire de discuter les idées qui leur servent de base. Poor certains esprits, je le sais, ces idées ne sont pas même dignes d'une critique sérieuse, et cette réfutation leur paraîtra sans doute

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1840. Nos 37, 39 et 41.

fance de leur science, ni les graves fonctions qui en résultent ; des médecins qui, au lieu de se prêter à ce mouvement d'ascension par lequel il nous est facile de nous placer si haut, semblent au contraire prendre à tâche de se fixer dans les régions inférieures. Oui, c'est sans donte pour cela que l'ostracisme de l'opinion frappe la profession tout entière : il y a toujours un peu de vérité au fond d'une erreur, comme une lueur de justice au fond de la plus grande injustice.

Il faut donc examiner s'il est vrai qoe l'exercice de l'art ne conduise qu'à traiter et à guérir les maux de l'espèce. Sans être médecin, cette question, si c'en est une, peut être facilement éclairée. Il n'y a qu'à juger la question sous l'impulsion des idées du siècle. On croit en général que les théories ne sont que d'inutiles élucubrations, tant qu'elles ne sont pas soumises à l'épreuve de la pratique. La pratique est la condition sans laquelle une quasi-certitnde ne saurait être admise tout d'abord ; c'est en réalisant que l'esprit obtient ses lettres de créance. Mais on va plus loin, la théorie n'est pas fort honorée, même à la condition d'une application prompte, d'une vérification presque spontanée. Il est établi qu'afin d'arriver à une conception générale, il faut procéder par des faits, par des petits faits, c'est-à-dire, voir et palper en raccourci, avant d'oser considérer en grand. Même pour les choses abstraites, c'est le seul chemin que la plupart des hommes de l'époqoe permettent à l'esprit d'investigation, et la métaphysique serait tolérée si on pouvait en aborder les questions avec les moyens analytiques de la physique. Ainsi faire l'épreuve d'une opinion, d'une idée et la faire par l'analyse, voilà la loi imposée par cette masse d'esprits qui forment la foule intelligente, d'après le langage reçu. Cela posé, quel est le sujet, quel est le but, quelles sont les exigences de la médecine pratique ? Quelles choses le praticien doit-il savoir, et quelles choses est-il assuré d'apprendre dans l'exercice de sa profession ?

Le sujet de la médecine est l'homme ; ce but est de le mettre, lorsqu'il est sain, à l'abri des maladies auxqoelles il se trouve exposé, et de lui restituer lorsqu'il est malade cet équilibre organique qui s'appelle la santé. Ses exigences sont immenses ; car elles comprennent la longue série de qualités qui doivent distinguer la personne du médecin : le tact, la pénétration, la faculté si difficile et si rare d'observer occupent les premières places dans cette liste. Les sciences que le médecin doit connaître sont si nombrenses, que son esprit doit avoir en qoelque sorte visité tous les termes d'une encyclopédie. Enfin les résultats qu'il doit tirer de l'exercice bien compris et dignement rempli de sa profession, ces résultats, dis-je, sont immenses ; car sans compter cette victoire de l'intelligence médicale sur la maladie, il y a des faits qui restent dans la mémoire de l'homme de l'art et contribuent à lui donner la clef des mystères de la nature humaine. La pratique est donc un travail d'analyse qoe le médecin poursuit chaque jour snr l'individu, un travail dont tous les accidens sont snivis, étudiés, comparés, expliqués par lui avec le plus grand soin. On est obligé de l'admettre, ce qui n'empêche pas que malgré cette affirmation on se refuse à se montrer conséquent. Il est établi que pour arriver à des considérations d'un certain ordre, il fant passer par tous les degrés qui séparent le détail des généralités, ou, en d'autres termes, que pour connaître les hommes, il faut passer par la connaissance de l'homme ; et pourtant on croit généralement que la pratique médicale ne conduit à rien antre qu'à voir des malades et à soigner des maladies. Pourquoi cela ? Ici l'inconséquence du jugement est la suite nécessaire de la légèreté avec laquelle on juge ; on compren-

inutile; mais l'excellent mémoire de M. Malgaigne est là pour me justifier de l'avoir entreprise; et c'est à ceux qui ont été témoins des rudes coups qu'il a portés à la doctrine ancienne, que je laisse le soin de décider si elle pouvait se passer de défenseur.

A part des causes tout-à-fait exceptionuelles (telles que nne plicature de l'intestin, la rupture du sac, nne bride fibreuse on épiploïque), une bernie ne subit d'étranglement que par le collet du sac ou par l'anneau. Ainsi dans les cas où l'une de ces deux causes n'aura pu agir, ce sera à l'autre que devra naturellement être rapporté le phénomène. Une double voie est donc ouverte à la démonstration; et les faits négatifs comme les positifs ayant ici leur utilité, notre argumentation devra avoir pour but de fixer successivement ce qu'il y a de vrai dans les deux propositions suivantes: 1° L'étranglement est-il toujours produit par le collet du sac? 2° L'étranglement n'est-il jamais produit par l'anneau aponévrotique?

§ I. L'ÉTRANGLEMENT EST-IL TOUJOURS PRODUIT PAR LE COLLET DU SAC?

Et d'abord, quand et comment le collet du sac est-il susceptible de causer l'étranglement? C'est là, la première question à résondre; car avant de rechercher si un phénomène a eu lieu, il semble naturel de commencer par examiner s'il est possible, et pour cela de déterminer les conditions auxquelles il se produit. Or, le sac herniaire ne peut être une cause d'étranglement, que lorsque les parois de son orifice ont subi un changement de structure qui augmente leur épaisseur; en d'autres termes, pour que le collet devienne un agent de constriction, il faut que son diamètre intérieur soit moindre que celui de l'anneau qui l'embrasse. Je ne vois pas de dissentiment possible à cet égard; car si le péritoine est aussi mince au niveau de l'orifice du sac que partout ailleurs, ne serait-il pas absurde d'imputer à ce collet l'étranglement qui surviendrait alors? J'aimerais en vérité presqu'autant soutenir qu'en serrant un objet avec la main gantée, le gant concourt à accroître la force de pression.

Mais cet épaississement, cette transformation fibreuse du collet a-t-elle lieu dans toutes les bernies? La plupart des auteurs pensent que non. L'opinion de M. Malgaigne, à cet égard (je le sais très positivement), est même que: « toute bernie inguinale volumineuse qui n'a pas été contenue, excepté les bernies congéniales, ne présente pas de collet de cette nature; » et je suis tout-à-fait de son avis, car ce changement de structure, résultant d'un travail qui ne s'accomplit que lentement et sous l'influence de conditions spéciales, doit manquer, dans certaines hernies, pendant leur durée tout entière; et dans toutes, pendant leur première période. Aussi a-t-on assez souvent occasion de rencontrer sur le cadavre des sacs dont l'orifice présente la même texture, le même aspect que le reste de leur corps. L'excellent traité de Jules Cloquet (1) contient de nombreux exemples d'une pareille dispositiou, et l'ou trouvera dans les observations n°s 5, 9, 12, 13, 16, 33, 41, 49, 66, etc., des détails circoustanciés pour légitimer la conclusiou suivante du même auteur: « Dans les sacs qui sont couiques peu volumineux, le péritoine u'offre le plus souvent au niveau de l'orifice aucune différeuce appréciable dans son épaisseur et son organisation; il semble simplement se réfléchir et se mouler sur l'anneau aponévrotique..... » (1). Voilà donc des hernies où le sac ne peut en rien contribuer à l'étranglement, et partant, où l'étranglement serait impossible, si M. Malgaigne a raison. Privilége bien contestable sans doute; car, je le demande à lui-même, si parmi les sujets affectés de hernies on pouvait reconnaître ceux qui sont dans ce cas, M. Malgaigne se sentirait-il assez le courage de son opinion pour oser leur dire qu'ils peuvent, sans crainte d'accidens graves, se dispenser de porter un bandage?

On le voit, il serait irrationel, il serait dangereux d'affirmer que ces bernies ne sont pas exposées à s'étrangler. Cependant, à la rigueur, on pourrait le soutenir. Mais il en est d'autres auxquelles cette fin de non recevoir ne saurait être appliquée. Je veux parler des hernies étranglées aussitôt que produites. Evidemment ici, le sac à peine formé, et partageant l'organisation du péritoine abdominal dont il vient de s'isoler, ne peut être regardé comme l'agent de la constriction. M. Malgaigne a prévu l'objection et l'a sans doute jugée insoluble, puisqu'il a pris le parti de nier le fait qui lui sert de fondement. « Je ne connais pas jusqu'à présent, dit-il, un seul cas bien authentique de hernies étranglées dès leur apparition, à l'exception des bernies dans la tunique vaginale. » Je conviens que cette variété de bernies est beaucoup plus rare qu'on ne le pense; et dans les livres classiques qui en traitent comme d'une circonstance fort ordinaire, on en trouve à peine quelques exemples. Il en existe cependant et de tout-à-fait authentiques. Je pourrais citer un fait qui m'est personnel et sur lequel j'aurai occasion de revenir (voyez obs. 6); mais sans invoquer d'autres documens que ceux sanctionnés par la publicité, et négligeant les observations dont l'exposé laisse quelques dontes, je rappellerai seulement les suivantes.

OBS. I. — Moulins, âgé de 28 ans, voulant soulever une moitié de bœuf, sentit une violente douleur dans l'aine droite, et il y apparut sur le champ une tumeur oblongue de la grosseur du poing.... *Le malade ne s'était jamais aperçu qu'il eût une disposition à la hernie, et il était évident qu'elle avait été l'effet subit de l'effort dont nous avons parlé.* Les vomissemens suivirent presqu'immédiatement. Opération dix heures après. Mort au bout de onze heures. On vit à l'autopsie que l'anse intestinale herniée était noire, affaissée (2).

OBS. II. — Giraud, âgé de 18 ans, faisant un effort pour soulever un fardeau *détermina la sortie volumineuse d'une hernie dont il n'avait jamais eu d'apparence précédemment.* Symptômes presqu'immédiats d'étranglement. Opération à la fin du deuxième jour. Mort quelques heures après. A l'antopsie, l'intestin fut trouvé perforé par la gangrène (3).

J'omets une troisième observation du même genre rapportée par Pelletan (4). Ce sont là, du reste, des hernies inguinales, et quoique rien ne puisse faire soupçonner qu'elles se soient formées à travers l'orifice resté béant de la tunique vaginale, j'aime mieux éluder que combattre cette objection, et je vais citer des faits qui y échappent.

OBS. III. — La femme Berdet, âgée de 76 ans, ressentit eu soulevant son matelas une douleur vive et subite dans l'aine, accompagnée de craquement. Ce-

(1) RECHERCHES PATHOLOGIQUES SUR LES CAUSES ET L'ANATOMIE DES HERNIES ABDOMINALES, 1819.

(1) Ouvrage cité, page 32.
(2) Pelletan. CLINIQUE CHIRURGICALE, tome III, p. 364.
(3) Ouvrage cité, p. 375.
(4) Ouvrage cité, p. 385.

drait, pour peu qu'on le voulût, mais on semble tenir à ignorer ce qu'il serait si facile d'apprendre. Ainsi, on ne s'explique pas, car on ne songe guère à réfléchir l'étendue de la fonction que le médecin remplit auprès du malade; on est loin de se faire même une idée approximative du nombre des phénomènes sur lesquels s'arrête ou doit s'arrêter l'investigation medicale; on ne comprend pas que l'observation de l'homme de l'art met tout à contribution, caractère, mœurs, habitudes, situation morale; rapports domestiques, et que pour bien faire il importe au médecin de beaucoup savoir.

Avec un peu de bonne volonté, on comprendrait sans doute la nécessité de ces conditions fondamentales; mais se donne-t-on la peine de réfléchir? Ces parens, ces amis du malade qui entourent l'homme de l'art et fixent les yeux sur lui pour y deviner la destinée de celui auquel ils s'intéressent, ne sont frappés que par un seul point du travail intime qui se fait dans l'intelligence du docteur. Ils supposent que c'est à l'aide de quelques signes physiques aisés à reconnaître, de quelques manifestations extérieures assez transparentes par elles-mêmes, qu'il découvre la nature de la maladie et peut en juger le caractère. On dirait en quelque sorte que la maladie est un être à part, une chose qui n'a pour ainsi dire rien de commun avec la personnalité de l'individu. Cela est si vrai qu'on ne suppose pas un instant que le médecin puisse s'arrêter sur les faits de l'esprit ou du caractère. Le moral, dit on, n'est pas de son domaine, et voilà pourquoi le docteur praticien doit s'enfermer, au dire de ces juges aussi téméraires qu'ignorans, dans la sphère spéciale de la pathologie. C'est sur ce terrain seulement qu'il lui est donné de produire sa capacité et de faire briller son habileté; mais que de choses à opposer à une telle opinion, que d'armes bien trempées pour la combattre!

Il y a d'abord un principe bien important à poser et qui sert en quelque sorte de base à tout ceci: c'est que pour apprecier avec une certaine justesse l'homme malade, il faut avoir appris à le connaître à l'état sain. Pour comparer il faut avoir par devers soi un terme absolu; sans cette condition, la comparaison est impossible. Ainsi l'étude de l'homme malade a pour prémisses nécessaires la physiologie de l'homme à l'état de santé; et le lecteur n'a pas oublié sans doute comment doit être définie la physiologie, dans quel cercle elle s'étend, quelles considérations elle embrasse; il sait parfaitement que cette science ne comprend pas seulement les phénomènes de l'ordre physique, mais encore ceux de l'ordre moral, enfin qu'elle a pour objet l'étude de tous les faits qui constituent ou résument l'activité individuelle. Donc le médecin, lorsqu'il est en presence du malade, procède à une comparaison entre ce qu'il sait et ce qu'il voit. Les différences qu'il observe entre ce qui devrait être et ce qui n'est pas le mettent sur la voie d'une foule d'inductions qui le conduisent à la fois à apprécier la maladie et à caractériser l'homme. En effet, ce type de la normalité qui lui sert de mesure pour juger l'état des organismes qui s'en écartent, ce type n'existe que comme abstraction. La perfection de la normalité n'est pas plus réelle dans la nature, que cette perfection de formes qui s'appelle le beau idéal. Ainsi chaque individu a un certain état d'équilibre organique qui lui est propre: tout homme, en d'autres termes, se caractérise par une personnalité qui n'appartient qu'à lui. Eh bien! le médecin fouille au travers des obscurités de ce problème, à l'aide de la mesure que lui a donnée la science et des phénomènes qui se passent sous ses yeux. Lorsqu'il a déterminé le tempérament, noté les influences du passé sur le présent, appris comment les sympathies naissent, se développent et se caractérisent sur le ma-

pendant ce ne fut qu'au bout de deux heures qu'elle y porta la main, et *reconnut pour la première fois une tumeur du volume d'un marron, car jusqu'alors elle n'avait eu dans cette région ni hernie, ni tumeur de tout autre nature.* Des vomissemens surviennent, la hernie reste irréductible, et vingt-cinq heures après, M. A. Bérard fait l'opération et trouve une anse intestinale d'un noir luisant, uniforme (1).

Obs. IV. — La dame Girand, âgée de 80 ans, fut attaquée d'une hernie crurale : *cette hernie n'existait que depuis trois jours; elle avait paru tout à coup à la suite d'un effort violent. Les accidens de l'étranglement subsistaient depuis l'instant de la sortie de la hernie.* Dilatation de l'anneau : guérison (2).

Leblanc établit ensuite que l'opération ne peut être différée aussi longtemps dans les hernies récentes où l'intestin est sorti subitement par un effort violent, que lorsque la tumeur est d'origine ancienne, et il donne en preuve le fait suivant :

Obs. V. — Une demoiselle, âgée de 40 ans, fut tout-à-coup attaquée d'une petite hernie inguinale, avec tous les symptômes d'étranglement. On retarda l'opération de vingt-quatre heures. La gangrène survint, et il s'établit une fistule stercorale (3).

De plus longs détails seraient fastidieux; aussi je ne ferai que mentionner encore un fait contenu dans la thèse de M. H. Bell, ancien interne des hôpitaux (4), et un autre rapporté dans le journal L'Expérience par M. le docteur Brennerth : tous les deux sont relatifs à des hernies crurales (5).

Ce sont là des faits concluans ; il serait facile d'en rassembler un plus grand nombre, mais je n'ai pas cru avoir besoin de puiser à d'autres sources. D'ailleurs un seul exemple bien avéré suffirait pour détruire l'assertion de M. Malgaigne; car ce n'est pas la fréquence du phénomène, c'est sa possibilité même qu'il met en doute.

Peut-être des esprits sceptiques outre mesure repousseront-ils encore ces argumens dont le témoignage des malades fait toute la valeur, et soutiendront-ils que ceux-ci ont bien pu méconnaître une hernie indolente et peu volumineuse. Je comprends jusqu'à un certain point une telle rigueur ; mais ce ne serait point assez de l'appliquer à toutes les observations ci-dessus : il faudrait l'étendre encore plus loin pour échapper à ce genre de preuves, car les hernies étranglées, dès leur première apparition ne sont pas les seules où le sac soit incapable de causer la constriction. Parcourez les recueils d'observations ; vous voyez très souvent l'effort qui amène l'étranglement produire en même temps une augmentation notable dans le volume de la hernie. Si donc il existait un collet fibreux à la hauteur de l'anneau, il a été chassé par cet effort, et la partie du sac qui est venue occuper sa place n'a pas plus d'épaisseur que le reste du péritoine. Et cependant c'est au niveau de l'anneau qu'a lieu en général l'étranglement (comme le prouvent le resserrement de la tumeur herniaire en cet endroit, la résistance qu'on y éprouve durant le taxis, et surtout pendant l'opération). Rapprochez ces circonstances, et concluez. Voilà des hernies où l'étranglement est à la hauteur de l'anneau; le péritoine d'ailleurs a dans ce point sa finesse, sa minceur naturelle. Est-il besoin d'énoncer la conséquence ?

Cette ténuité de la portion du sac correspondant à l'anneau a-t-elle quelquefois été prouvée par l'inspection anatomique ? Je n'ai trouvé nulle part de renseignemens satisfaisans sur cet objet ; car trop souvent, dans les histoires de hernies étranglées, les détails nécroscopiques se bornent à l'indication des lésions qui ont amené la mort. Mais je possède deux observations qui établissent le fait d'une manière positive. La première a été recueillie par moi, dans le service clinique de Dupuytren ; elle offre donc toute l'authenticité désirable; et, comme nouvelle garantie, je crois devoir noter que la dissection des parties fut faite par M. Tessier, alors interne aux autopsies dans le même service. En voici les circonstances les plus importantes :

Obs. VI. — La nommée Lallemand, 70 ans, faisant effort pour aller à la selle, détermina l'apparition d'une tumeur à l'aîne gauche; *elle n'avait pas eu de hernie jusque-là.* Aussitôt coliques, nausées, quelques vomissemens. Entrée le 5 novembre à l'Hôtel-Dieu, on reconnut une hernie crurale. Le taxis restant inutile, M. Sanson l'opéra après quatre jours d'étranglement. L'anse intestinale, d'un brun noirâtre, attirée après le débridement, offrit sur le bout supérieur deux empreintes circulaires blanchâtres et profondes. Mort au bout de trente-six heures.

J'extrais de l'autopsie rédigée par M. Tessier les détails suivans : « Au niveau de la région crurale existe une plaie verticale qui a divisé successivement la peau, la couche sous-cutanée, le fascia superficialis, l'expansion crurale de l'aponévrose du grand oblique, le feuillet superficiel du fascia-lata, et un sac péritonéal fort mince. Ce sac est de peu d'étendue, très rétracté vers l'abdomen, *en ne présentant pas, comme dans les anciennes hernies, de cordon fibreux blanchâtre, apparent sous la surface séreuse.* Signes d'une péritonite intense et générale. »

J'ai constaté de nouveau la même disposition dans le cas suivant, qui confirme en outre l'opinion de M. A. Bérard sur le mécanisme de la formation des hernies inguinales intra-pariétales.

Obs. VII. — Une femme, âgée de 52 ans, affectée de hernie ancienne, vint, au mois de septembre 1840, à l'Hôtel-Dieu, de Lyon, avec tous les symptômes de l'étranglement. La tumeur laissait quelques doutes sur la nature, car elle était aplatie et n'offrait pas le relief ordinaire d'une hernie ; elle paraissait aussi être située plus en dehors que ne le sont les hernies inguinales, plus haut que ne le sont les crurales. La réduction ne pouvant s'obtenir, on fit l'opération. M. Bonnet mit à découvert l'aponévrose du grand oblique; mais la voyant à peine soulevée, et ne trouvant de tumeur ni au niveau de l'anneau inguinal, ni à celui de l'anneau crural, il n'incisa pas plus profondément. Cependant, l'idée d'une hernie intra-pariétale se présenta à lui, et, au bout de deux jours, les accidens continuant et les vomissemens devenant stercoraux, il incisa l'aponévrose du grand oblique; sans avoir reconnu de sac bien distinct, il découvrit une petite portion d'intestin d'un rouge violacé, et serrée par l'ouverture herniaire, au point qu'on ne put glisser de sonde cannelée, et qu'il fallut débrider en incisant d'avant en arrière. Mort peu de jours après.

Autopsie. On vit que la hernie s'était formée à travers un écartement des fibres du fascia transversalis, situé à 3 ou 4 lignes en haut et en dedans de l'anneau inguinal profond, et qu'elle s'était ensuite logée entre les muscles petit oblique et transverse, derrière l'aponévrose du grand oblique. On examine alors

(1) Bulletin de la société anatom., n° 16, troisième série, p. 301. Observ. par Godin.
(2) Leblanc. Nouvelle méthode d'opérer les hernies, 1782, p. 57.
(3) Ouvrage cité, p. 67.
(4) Thèses de Paris, 1834, n° 224, p. 33.
(5) Expérience, 1838, n° 40.

---

lade; lorsqu'il a jeté un coup d'œil sur le milieu moral dans lequel vit son client, et que ses réponses l'ont mis sur la voie d'une foule de traits ou de tempérament ou de caractère qu'il lui importait de savoir alors; une partie des obscurités du problème est dissipée. L'homme et le malade sont à peu près connus.

Sans doute, ce n'est pas chose aisée d'arriver avec quelque précision a ce résultat, de ne pas quitter le droit chemin dans cette complexe investigation. Je vais même plus loin. Il y a bon nombre de médecins qui ne soupçonnent pas combien est grand le travail d'observation auquel ils doivent se consacrer pour posséder leur malade. Mais quelque difficile que soit ce travail, et quelque peu préparés que paraissent certains de nos confrères à remplir ses conditions avec logique et avec fruit, il n'en est pas moins vrai qu'il a toujours lieu. L'esprit du médecin cherche à pénétrer et à induire, même lorsqu'il semble s'arrêter à peine sur les symptômes d'une affection. On sait d'ailleurs que la plupart des opérations de l'intellect se passent à l'insu de la conscience. L'esprit agit parfois avec la spontanéité de l'inspiration, ou sans que la réflexion paraisse avoir fourni les élémens de la pensée; et pourtant la réflexion a discuté, a préparé d'avance cette inspiration prétendue de l'esprit. Si ce travail intime ne se manifeste pas, la cause en est dans l'habitude de l'observation, cette habitude si précieuse à laquelle nous avons donné le nom de *tact médical*. Ainsi, c'est précisément par notre supériorité d'observation, par cette facilité qui tient à la fois des études et des habitudes, qu'on ne nous comprend pas, ou qu'on nous comprend peu !

Mais sans m'arrêter à cette pensée trop douloureuse pour notre amour-propre professionnel, je dois me hâter de dire que la conduite pratique du médecin démontre directement l'étendue du travail d'investigation dont le malade est l'objet. Pour le comprendre, il n'y aurait qu'à l'observer sans préjugés, lorsqu'il traite une de ces maladies où le moral de l'individu complique dangereusement une lésion physique, et la vérité ne tarderait pas à luire aux esprits les plus prévenus. Dans ces conjonctures, l'homme de l'art doit en effet se frayer un chemin jusqu'au caractère, jusqu'à ce sanctuaire intime qui s'appelle le cœur, pour y modifier ce qui s'oppose à ses vues, pour y réveiller et faire agir ce qui peut les seconder. Alors, il parvient souvent à tenir dans ses mains les fils conducteurs qui font mouvoir les ressorts de la machine humaine ; et désormais cause puissante, il peut à son gré déterminer des effets et produire des phénomènes surprenans. Qui n'a pas été témoin, et qui n'a pas été frappé une fois dans sa vie d'un de ces faits qui font la réputation d'un homme, lorsque la Providence veut que l'opinion lui rende justice ? Tout le monde en a vu; mais il y a tant de gens qui attribuent ces grandes choses à la nature pour se soustraire à l'admiration et à la reconnaissance qu'ils doivent au médecin ! Or, en présence de cette évidente mauvaise foi, il est toujours essentiel de citer des exemples.

Je citerai donc ces malades pubères, ne connaissant que le beau côté la vie, se passionnant sans mesure pour un but qu'ils ne sauraient atteindre. Cette pensée constante qui fait bouillonner leur sang, les agite, les use; et les modifications qu'a subies le corps, sans que les parens s'en soient peut-être aperçus, déterminent bientôt une terrible maladie. Le médecin a deux devoirs à remplir : guérir la maladie secondaire et attaquer l'affection primitive dans sa racine. Sans cela, la cause reste, et le corps se brisera tôt ou tard sous son effort continu. Eh bien ! l'attention du docteur ne s'arrête pas exclusivement sur le mal physique; elle cherche à pénétrer plus loin. Il y a quelque chose que le médecin entrevoit dans

l'état du sac, et comme le mémoire de M. Malgaigne avait fixé l'attention sur ce point, quelques personnes soutinrent que l'étranglement avait été ici dû au collet. Mais je pus facilement les détromper *en leur montrant, par la dissection, que le péritoine, dans le point où il répondait à l'ouverture de la paroi abdominale, n'avait que son épaisseur naturelle.*

Il a été question jusqu'ici de cas où la structure du sac met obstacle à ce qu'on puisse le considérer comme l'agent de constriction. Voici maintenant une circonstance plus probante encore où le sac est incapable d'étrangler, non plus parce qu'il est trop mince, mais parce qu'il n'existe pas. Tout le monde connaît ces déplacemens du cœcum et du colon à travers les anneaux de l'aîne, où l'intestin reste situé à l'extérieur du prolongement péritonéal. Au point de vue de mon sujet, je suis bien en droit de les appeler hernies sans sac, puisque celui qui existe ne contient réellement pas les viscères. Il est donc bien entendu que si ces parties subissent l'étranglement, on ne pourra l'attribuer à l'action du collet. Rien ne me semble plus à l'abri de contestation, et cette opinion est du reste explicitement professée par Scarpa (1).

Par cela même que leur formation est ordinairement lente, ces hernies sont moins sujettes à l'étranglement; car l'anneau qu'elles dilatent peu à peu, dont elles sollicitent l'élasticité d'une manière incessante, ne saurait leur opposer qu'un ressort affaibli. Aussi leurs accidens les plus fréquens sont-ils ceux de l'engouement (si l'expression doit être conservée) dont Pelletan rapporte un exemple remarquable (2). Néanmoins, l'étranglement proprement dit y a été quelquefois bien constaté. La belle observation de hernie du cœcum étranglée et opérée par J.-L. Petit en est une preuve (3), et l'interruption du cours des matières était bien due dans ce cas à la constriction exercée par l'ouverture herniaire, puisqu'une fois celle-ci débridée, les évacuations alvines recommencèrent le soir même de l'opération, bien qu'on eût été forcé de laisser au-dehors le cœcum et la portion d'iléon, seuls viscères que contînt la hernie. M. Moraud a rencontré un cas à peu près semblable, dont les détails ont été reproduits dans la GAZETTE MÉDICALE (4).

L'étranglement peut donc exister avec tous ses caractères dans les hernies du cœcum. Il y a plus : les viscères ont parfois subi un tel degré de stricture que la gangrène en a été la suite. Scarpa cite deux faits de ce genre (5) ; dans l'un, la mortification du cœcum était locale ; dans l'autre, l'intestin tout entier fut éliminé. Niera-t-on ici l'étranglement? Et sa réalité n'est-elle pas aussi palpable que l'indépendance où il était du collet du sac?

Ainsi, le sac ne peut agir de manière à étrangler que lorsque son collet a subi l'organisation fibreuse, organisation qui, pour s'accomplir, exige un certain temps. Et cependant l'observation, le raisonnement le plus sévère et l'anatomie pathologique, nous apprennent que l'étranglement survient dans des cas où elle ne peut même être commencée (hernies étranglées dès leur formation), dans des cas où il est impossible que jamais elle se fasse (hernies sans sac). Voilà ce qui résulte des faits que je viens d'établir. J'arrête ici cette première série de considérations. Elles démontrent, ce me semble, que, contrairement à l'assertion de M. Malgaigne, l'étranglement dans les hernies inguinales et crurales n'est pas toujours dû au sac péritonéal. En l'absence de cette cause, à laquelle faudra-t-il donc rapporter les accidens? Le lecteur l'a déjà nommée; mais ce n'est point assez d'avoir prouvé par exclusion, et l'importance du sujet nous oblige d'établir, autrement qu'à l'aide de faits négatifs, la part que prennent les anneaux aux phénomènes de l'étranglement herniaire.

(1) TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, p. 188.
(2) Pelletan, ouvr. cit., p. 350.
(3) J.-L. Petit, TRAITÉ DES MAL. CHIRURG., etc., t. II, p. 352.
(5) Année 1837, p. 621.
(6) Ouvr. cit., p. 190, et supplément au TRAITÉ PRAT. DES HERNIES, p. 21.

§ II. — L'ÉTRANGLEMENT N'EST-IL JAMAIS PRODUIT PAR L'ANNEAU APONÉVROTIQUE?

Parmi les problèmes dont le seul énoncé est de nature à réveiller l'esprit le plus indifférent, celui-ci mérite sans doute d'être distingué par son étrangeté. Les anneaux aponévrotiques de la paroi abdominale peuvent-ils étrangler les parties qui franchissent leur orifice? Une proposition conçue en ces termes est bien sûre « d'exciter non seulement l'attention, mais aussi l'étonnement des chirurgiens, » comme l'a désiré son auteur. Peut-être même jugera-t-on qu'il a dépassé son but. Peut-être y aura-t-il là plus qu'un sujet d'étonnement pour ceux qui ont vu l'intestin s'étrangler à travers une plaie du bas-ventre ou une ouverture de l'épiploon, pour ceux qui savent que la gangrène même peut le frapper quand il est renversé hors d'un anus contre nature, ou compris dans une invagination. N'y a-t-il donc pas, entre ces différens étranglemens et celui par les anneaux, identité quant aux parties comprimées, et similitude presque complète quant aux conditions qu'offrent les parties comprimantes? Aussi m'étais-je d'abord accusé d'avoir mal saisi les idées de M. Malgaigne. La force de constriction des anneaux, propriété inhérente à leur structure, ne me semblant pas pouvoir être contestée, on ne la leur dénie point d'une manière absolue, me disais-je, on veut seulement faire entendre qu'en réalité elle n'est jamais appelée à produire ses effets, parce qu'au-dedans du cercle que forme l'anneau, il en existe un autre concentrique (le collet du sac), disposé de manière à agir toujours avant lui, et avec plus d'énergie, sur les viscères qui le traversent. Il y aurait là du moins quelque chose de spécieux; mais ce n'est pas ainsi que M. Malgaigne entend la question, et sa profession de foi bien formelle est que les anneaux, isolément considérés, et abstraction faite du collet, ne peuvent, en aucun cas, devenir cause d'étranglement. Après la doctrine, voyons les preuves.

Dans les hernies inguinales et crurales étranglées, dit-il, on n'a jamais observé que le cours du sang fût suspendu dans le testicule, non plus que dans le membre inférieur; et cependant, suivant la doctrine actuelle, c'est ce qui devrait arriver dans tous les cas d'étranglement herniaire par l'un de ces anneaux; car la constriction est souvent portée au point d'amener la mortification de l'intestin. Il y aurait donc du moins dans la doctrine actuelle une lacune; il faudrait expliquer ces étranges immunités des vaisseaux cruraux et du cordon testiculaire....

Oui, sans doute, il y a là une lacune, et j'avouerai même qu'elle me paraît difficile à combler. Essayons cependant. M. Laugier (1) a judicieusement signalé toute la différence qui existe entre les effets d'une

(1) BULLET. CHIRURG., août 1840, p. 6.

---

les nuages de l'indéterminé, et qui se dépouille peu à peu de ce vague par lequel elle serait restée presque invisible. La plupart du temps, ce n'est pas aux parens, aux amis, qu'il doit cette révélation, c'est à lui-même. Par des questions insidieuses, il a fait répondre des phrases où on croyait ne pas dire ce qu'elles laissaient échapper; souvent même, ce ne sont pas des phrases qui révèlent, mais un geste, un regard, un éclair de la physionomie.—Je continue, car j'ai commencé par le plus facile.—Dans un âge avancé, on ne possède plus la transparence et la mobilité de la physionomie de la jeunesse. Les événemens, les idées, le caractère en ont composé une, et les élémens de cette création sont trop nombreux pour savoir complètement les analyser. Cependant, devant un tel malade, et surtout s'il a une de ces maladies latentes qui semblent n'avoir un siége nulle part, le médecin ne se décourage pas. Que dis-je, il arrive souvent à trouver la trace d'un de ces mystères que l'amour-propre cache avec tant de soin. La blessure découverte, il ne doit pas la toucher, et pourtant il faut qu'il la guérisse. C'est alors que les connaissances que notre art possède sur l'humaine nature viennent à son secours. Elles lui enseignent comment il faut opposer une pensée à une autre, une passion antagoniste à une passion continue, des idées riantes à des pensées pénibles; comment, en un mot, on peut régénérer un corps qui ne s'est livré peut-être au médecin qu'avec la conviction de le tromper comme les autres. Et certes, la médecine a guéri beaucoup et guérit tous les jours de ces maladies morales. Je ne parle pas de ces folies reconnues, où certainement elle triomphe d'une manière bien éclatante, mais de ces perversions de l'intelligence ou du cœur qui se rencontrent si souvent dans les familles, se mêlent aux maladies de l'ordre physique, et résultent à la fois des opinions, des habitudes, des déceptions et des malheurs.

Aussi savons-nous que nous ne devons pas porter le même esprit, les mêmes formes chez tous nos cliens sans distinction, que nous ne devons pas procéder partout de la même manière. Notre nature doit se mettre en quelque sorte en équilibre, avec le milieu dans lequel nous entrons. Dans le monde aristocratique des villes, nous devons agir autrement qu'auprès du malade de la chaumière. Chez celui-ci le mal physique absorbera le mal moral; chez l'autre le mal moral dominera le mal physique. Mais ces deux divisions admettent encore des nuances. L'homme du village est à peu près le même dans des conditions très différentes; celui des grandes cités, au contraire, semble être l'expression d'une foule de types dont il serait peut-être difficile de faire une complète galerie. La littérature actuelle y travaille, il est probable qu'elle ne parviendra pas à ce but voilà pourtant quelles sont les bases sur lesquelles nous devons formuler nos conseils, ériger nos espérances. Nous devons avoir de la finesse et de la sûreté dans le tact pour montrer de la justesse dans le jugement. Parlez peu, conseillait Hippocrate aux médecins. Mais lorsqu'il s'agit de ces maladies des gens des villes ou du monde, il faut parler si on veut guérir. Un médicament ne calme pas on n'éveille pas une passion, c'est le langage, c'est la parole qui est le médicament rationnel. Ainsi le médecin doit aussi bien savoir dire que savoir penser; il faut même qu'il dise et qu'il paraisse penser suivant les maladies et suivant les malades; il est nécessaire qu'il y ait de la nature du protée dans la nature du médecin. Mais, je parais peut-être à certains lecteurs, disserter plutôt sur les facultés idéales du médecin que sur ses qualités réelles. Je réponds à ceux-là : voyez, pesez, jugez, ne perdez pas de vue surtout les intimes connexités qui règnent entre le moral et le physique, et vous reconnaîtrez que l'homme de notre profession

pression circulaire et ceux beancoup moins forts d'nne pression latérale, la seule que l'intestin et le cordon spermatique aient à supporter de la part des anneaux inguinaux. Je remarque d'ailleurs que les conditions de structure et de vascularité sont loin d'être identiques entre le testicule, par exemple, et l'intestin. Ainsi, il est bien présumable qu'un même degré de stase veinense occasionerait dans ce dernier une altération beaucoup plus profonde; et, d'antre part, les anastomoses si multipliées qui snppléent à l'obstruction des vaisseaux du cordon sont absolument nulles pour les viscères herniés. Si, à ces considérations, on ajonte la dissémination des vaisseaux du cordou, leur glissement possible dans les parties les moins serrées de l'ouverture berniaire, l'existence de la lame cellulofibrense qui sépare l'annean crural de la veine fémorale, ou sera, ce me semble, sur la voie, sinon en possession d'une interprétatiou rationelle.

Mais alors même que cette objection demeurerait actuellement insoluble, serait-il logiquement impossible de passer outre? Je ne le pense pas. Depuis quand donc la démonstration d'nn fait matériel doit-elle nécessairement comprendre son explication? Jnsqu'à ce que la nature ait consenti à régler les bornes de son pouvoir sur celles de notre intelligence, on ne sera point libre de nier ce que l'on ne conçoit pas. Car, je le demande, presque toutes les découvertes n'ont-elles pas passé par cette période? Et cependant qui a jamais proposé de répudier les conquêtes de l'empirisme, ou d'attendre, pour en jouir, qn'elles aient reçn leur sanction d'une théorie?

Distinguons cependant: si l'action des anneaux dans l'étranglement n'était qu'une bypothèse sans preuve, l'exemption des vaisseaux cruraux et spermatiques dont il s'agit pourrait avec raison être alléguée contre elle. Mais cette actiou devant recevoir plus loin une démonstration péremptoire (je le dis par anticipation), l'immunité qu'on invoque u'offre tout au plus que l'intérêt d'une singularité dont la canse est difficile à saisir. Le fait une fois prouvé, ce u'est pas M. Malgaigne qui voudrait le uier « par cette raison miraculeuse qu'il ne le comprend pas. » Un exemple rendra toute ma pensée. L'intervention des mnscles constricteurs de l'anus dans l'acte de rétention des matières fécales est une vérité physiologique indubitable. Et néanmoins ou remarqnait depuis longtemps que les opérés de cancer du rectnm conservaient assez sonvent la faculté de régler leurs évacnations, malgré l'ablation complète des sphincters externe et interne. Ce phénomène alors inexpliqué, mais bien réel, que devait-on en faire? Fallait-il s'en servir pour renverser les idées admises et aller à la recherche d'une autre théorie qui considérât ces deux muscles comme inutiles à la fonction? C'était la seule conduite à tenir pour être conséquent avec les principes que développe aujourd'hui M. Malgaigne. L'histoire de l'anatomie, en montrant comment cette difficulté s'est éclaircie, nous enseigne qn'alors, comme dans la circonstance actuelle, ce n'aurait été le parti ni le plus logique, ni le plus utile aux progrès de la science.

J'ai dit qu'il existe une prenve péremptoire de l'action des anneaux dans l'étranglement. Je veux parler de la herniotomie sans incisiou du sac, prenve pratique, prenve qui se répète chaque jour, tant en France qu'en Angleterre. C'est même là en grande partie le motif de la présente publication. Au moment où ce mode opératoire semble reprendre faveur, il importait de juger contradictoirement s'il peut, oui on non, satisfaire à tontes les indications. Or, de même que la doctrine de M. Malgaigne n'irait à rien moins qu'à le faire condamner pour insuffisance, celle que je sontiens suffira, je l'espère, à le disculper d'un tel reproche. La question, ainsi envisagée, sort du vague des bypothèses; ou du moins la théorie a ici son application immédiate à un point fort intéressant de pratique.

M. Malgaigne connaît bien les faits de ce genre; nn peut même dire qu'il ne s'est pas dissimulé leur importance, tant il s'attache à en restreindre le nombre, à en atténner la valeur. Après avoir examiné la manière dont il les interprète, je compléterai leur expositiou qui n'est qu'ébauchée dans son mémoire, en rappelant les cas qui ont été publiés jusqu'ici. M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui, depuis plus de deux ans, a souvent pratiqué l'opération de la hernie sans ouvrir le sac, a bien voulu me permettre d'en consigner ici les observations qn'il a recueillies lui-même. En attendant qu'il fasse connaître ses idées sur les indications et les règles opératoires propres à cette méthode, on verra avec plaisir les résultats brillans qu'elle a eu entre ses mains, et le poids de son expérience prêtera à mes conclusions un nouvel et précieux appui.

Je laisserai de côté qnelques histoires de hernies données par Arnand et Ledran comme exemple de l'étranglement par les anneaux. M. Malgaigne avait bean jeu pour les taxer d'insuffisance: il n'y a pas manqué, et ce n'est pas moi qui prendrai leur défense. Il faut donc consulter d'autres observations; mais la première vraiment probante que je vondrais citer, je la tronve précisément revendiquée par M. Malgaigne, à titre de cas d'étranglement dû au collet dn sac. Ici la lutte devient inévitable; car c'est le même fait que se disputent les deux doctrines contradictoires, et il peut paraître piquant de savoir à qui il appartiendra en définitive.

Il s'agit de l'observation 59 de Ledran (1). L'opérateur divisa l'anneau sans ouvrir le sac, *et l'intestin rentra aussitôt*. Mais tout ne paraissant pas réduit, il onvrit le sac, et y trouva une petite portion d'épiploon adhérente et qui fut laissée en place. Cependant les évacnations par l'anus se rétablirent au bout d'une beure, et le hoquet cessa environ seize heures après l'opération. Le malade guérit.

A l'appui de ses prétentions sur ce fait, M. Malgaigne invoque deux ordres de considérations. D'abord l'individn avait alternativement porté et quitté un bandage, de manière, dit-il, que « le rétrécissement du collet du sac était en quelque sorte forcé et inévitable..., qu'on pouvait hardiment présumer qu'il y avait rétrécissement au collet. » Cette argumentation tient d'un pen trop près à l'école de Descartes pour qu'ou puisse soupçonner M. Malgaigne de lui accorder beaucoup de confiance. S'il insistait cependant, je le renverrais à la partie de ce mémoire où je ferai voir que, sur quatorze cas où l'étranglement venait de l'auneau, les malades ont offert sept fois les antécédens qui, suivant lui, suffisent pour le faire attribuer au collet dn sac.

Mais, demandera-t-on, sans doute, à M. Malgaigne: si, d'après vous, l'étranglement était ici au collet, comment donc se fait-il qn'on ait obtenu la rédnction, sans avoir eu besoiu de l'inciser? A cela il répond: c'est que la rédnction est plus facile à travers le sac qu'à travers l'épaisseur de la pean, et que d'ailleurs « le rétrécissement du collet était léger, puisqu'il n'avait amené de symptômes graves que le troisième jour. »

La première de ces deux assertions trouvera plus loin sa réponse;

(1) Obs. de chirur., t. ii, p. 22.

qui a quelque science et un peu de conscience, est nécessairement obligé d'être tout cela.

Ainsi donc, en observant tant de types diversifiés qui se multiplient encore par les différences des caractères individuels, en exerçant chaque jour cette observation sur des malades de toutes les classes, le médecin devient en quelque sorte l'bomme qui connaît mieux les ressorts de l'bumaine nature et les moyens de les faire fonctionner. Il est impossible que cette analyse constante dont il doit classer les résultats au moyen de ses doctrines, ne lui donne pas la clef de phénomènes inconnus même aux plus savans. Il connaît l'homme puisqu'il l'a pratiqué malade et qu'il l'a observé sain; il sait le gouverner, car il a souvent agi sur ses facultés, agi sur ses passions, et qu'il les a dirigées, modifiées, corrigées les unes par les autres. Cette science si complexe gagne chaque jour plus de certitude à ses yeux; à mesure de l'expérience, les faits particuliers se confirment entre eux et finissent par former des groupes qui préparent bientôt des règles générales; alors le médecin ose juger vite; car il a confiance dans la spontanéité de son jugement. Arrivé à ce point, il sait apprécier les choses que font les bommes, parce qu'il est familier avec les ressorts qui produisent ces résultats. En voyant un individu, il peut même comprendre à la fois ce qu'il peut faire et ce qu'il saurait faire. De cette connaissance si profonde du détail, il s'élève bientôt à celle de l'ensemble. Il y est même forcé par la philosophique et ambitieuse nécessité de l'induction. Enfin ce but auquel il tonche est cette capacité sociale et politique qu'il est logiquement impossible de lui refuser.

La pratique médicale est donc l'analyse de nos théories; c'est par elle que nous confirmons leurs principes, et que nous assimilons à notre instruction ce que les formules générales n'ont pu nous apprendre. Ainsi, le médecin, en étudiant l'homme dans les livres et dans la nature, dans les principes et dans les faits, devient tout ce qu'il doit être. Il serait incomplet, s'il n'avait cherché à consolider ses doctrines avec le ciment de l'observation de la réalité. Parvenu à se compléter, il embrasse la science des choses et des hommes dans une intelligence telle qu'aucune autre ne saurait lui être comparée.

Tout cela est vrai, incontestablement vrai; et voilà pourquoi le découragement ne doit pas nous faire baisser le front. Nous sommes, je l'ai déjà dit, au milieu d'une foule qui ne nous comprend pas, on nous comprend peu. Mais, du train dont vont les choses, les écailles tomberont bientôt des yeux de ces aveugles-nés. Puis les préjugés, même les plus robustes, ne peuvent retarder d'une demi-heure la nécessité d'un événement. Quand notre jour sera venu, et il commence à luire, aucune injustice, aucune mauvaise passion ne pourront, quelque énergiques qu'elles soient, nous barrer le chemin. Lorsque la science du clerc dut primer sur la brutale valeur seigneuriale, la plume lutta contre l'épée, et l'épée fut ébréchée dans ce duel. Maintenant que la science a acquis la plupart de ses développemens, et que chacune de ses parties doit trouver la place et la mesure d'influence qui lui sont dues, le jour de notre émancipation doit venir et il viendra. Nous y touchons même, puisqu'il dépend de nous de l'avancer. Organisons-nous donc en travailleurs, puisque l'union fait la force; et associons-nous de sentimens et de doctrines, puisque la science est le fruit de l'unité.

Ed. Carrière.

mais je dois immédiatement relever la seconde. Le rétrécissement était léger, dites-vous : la suite de l'observation montrera ce qu'il en faut penser. D'après les propres paroles de Ledran, l'individu était *presque mourant quand il se fit transporter à la Charité* (p. 24). On ne commença l'opération qu'après avoir fait *un prognostic d'autant plus douteux qu'il était dans un état pitoyable* (idem). Enfin, le onzième jour de l'opération, le bouillon que prenait le malade sortit par la plaie (p. 28); et depuis lors, jusqu'au trente-septième jour, *il n'alla pas à la selle, parce que la plus grande partie des matières s'écoulait par là* (p. 30). Il importait, comme on le voit, de compléter l'observation. Ainsi il y avait en gangrène, et gangrène fort étendue de l'intestin. Que le lecteur prononce maintenant et dise si ce sont là les effets d'un étranglement léger et capable de céder sans que le débridement fût nécessaire.

Les cas d'opération où le débridement de l'anneau a suffi sont nombreux. Celui de Ledran, quatre cités par A. Cooper (1), un dû à Bransley Cooper (2), six que rapporte Aston Key (3), un appartenant à M. Bérard et dont j'ai donné l'histoire dans la Gazette Médicale (4); enfin neuf qui viennent de la pratique de M. Bonnet : voilà en tout vingt-deux observations qui sont parvenues à ma connaissance. Sur ce nombre, neuf sont inédites et méritent d'être exposées avec quelques détails. Quant à celles qui ont déjà été publiées, je n'insisterai que sur les circonstances qui les rendent dignes d'intérêt dans la discussion actuelle.

Il suffirait d'un seul de ces faits pour ruiner la doctrine de M. Malgaigne. Aussi s'est-il mis en mesure pour décliner la preuve qui en résultait. « Qu'est-ce que cela prouve? dit-il; Franco ne se contentait-il pas quelquefois de mettre le sac à nu sans débrider d'aucune manière? Et enfin n'obtient-on pas tous les jours la réduction, même sans avoir découvert le sac? Pour que la preuve fût valable, il faudrait qu'après avoir mis à nu le sac et l'anneau, on essayât la réduction sans succès, et qu'elle devînt tout d'un coup facile après l'incision de l'anneau. Encore ne serait-ce pas là une démonstration directe, comme celle qui résulterait de l'autopsie... »

Ainsi, d'après M. Malgaigne, si l'on a pu réduire une hernie étranglée après le débridement de l'anneau, ce n'est pas à lui qu'en revient l'honneur, mais à l'incision des tégumens qui a assuré le succès du taxis en permettant de l'exercer directement sur le sac. Et pour éviter le danger de conclure *à post hoc ergo propter hoc*, pour ne pas rapporter au débridement un résultat auquel il est totalement étranger, il n'y a qu'un moyen, c'est de tenter la réduction avant de débrider.

Mais en vérité, alors même qu'on ne connaîtrait pas des exemples bien authentiques d'opérations où l'on s'y est pris de manière à éviter la cause d'erreur signalée, il serait aisé de faire voir que toute cette argumentation repose sur une hypothèse. La réduction devient plus facile quand on l'essaie sur un sac à nu ? Et qu'en sait M. Malgaigne ? Certes, je n'oserais pas l'accuser (lui moins que tout autre) d'avoir émis cette opinion sur de simples présomptions théoriques; mais ce qu'il y a de positif, c'est que je ne connais pas un seul cas où les essais de réduction *faits à travers le sac* aient réussi; ce qu'il y a de positif, c'est que M. Malgaigne n'en connait pas plus que moi, puisqu'il reproche à tous les chirurgiens d'avoir négligé ce temps de l'opération (6).

Qu'on réfléchisse d'ailleurs aux conséquences d'une pareille assertion. En la supposant fondée, il faudra modifier toutes les règles de la pratique. L'ensemble des symptômes et l'impuissance du taxis à travers la peau ne suffisant plus pour justifier l'opération, voilà donc nos devanciers accusés d'en avoir fait une multitude d'inutiles; et en nous bornant aux faits de notre domaine, voilà ving-deux exemples de herniotomie pratiquée sans indication et où le débridement était superflu. Reproche bien grave assurément, quand on songe à qui il s'adresse, quand on voit que les hommes inculpés d'erreur, et d'erreur continuelle dans le pronostic de l'étranglement herniaire, sont Ledran, sir A. Cooper, Aston Key, etc.

(1) OEuv. chirur., traduct. de MM. Chassaignac et Richelot. Obs. 209, 241, 278, 307.

(2) Gaz. Méd. de Paris, 1837, p. 505.

(3) Voy. Archiv. de Médec., 1834, 2e série, t. iv. Mémoire analysé par M. Chassaignac.

(4) An 1839, p. 691.

(5) Je ne saurais, quant à moi, m'associer à ce blâme; car si l'essai de réduction que recommande M. Malgaigne est un bon moyen pour préciser le siége de l'étranglement, ses avantages pratiques me semblent fort contestables. Je comprends une tentative de réduction faite avant le débridement, lorsque le sac étant incisé, l'anse intestinale est sous les yeux, parce qu'on peut alors presser séparément sur chacune de ses parties, repartir d'une manière plus égale les matières qu'elle contient, remédier à une plicature, etc. Mais ces avantages disparaissent, s'il n'est plus possible d'agir sur les viscères que par l'intermédiaire du sac. Aussi ne doit-on presque rien espérer des tentatives qu'on ferait à cette époque, et leur insuccès ne donnerait pas sur la force de l'étranglement des renseignemens beaucoup plus certains que l'inutilité du taxis à travers la peau.

Mais n'écoutons que les faits; comme M. Malgaigne, « j'ai lu et médité attentivement, une à une, toutes les observations de sir A. Cooper; » mais j'ai été plus heureux, ou peut-être moins exigeant que mon savant antagoniste, car j'en ai trouvé quatre qui me semblent tout à fait démonstratives en faveur de l'étranglement par les anneaux. Deux d'entre elles ont rapport au sujet présentement en débat. Dans la deux cent-neuvième, le sac incisé, un étranglement siégeant à l'anneau inguinal fut largement débridé (on ne dit pas si le collet fut compris dans cette première incision); *on essaya alors de réduire l'intestin. Les essais furent répétés, et même avec des efforts considérables, mais inutilement.* Un second étranglement ayant été trouvé à 2 pouces au-dessus du premier, on passa un bistouri boutonné au-dessous du bord du muscle transverse *entre lui et le sac,* et on en fit la section; il suffit alors d'une pression légère pour faire rentrer l'intestin. L'observation 278 a trait à une hernie crurale étranglée depuis plus de soixante-douze heures, et dont le taxis deux fois répété et précédé du bain, de la saignée et des lavemens de tabac n'avait pu triompher. Les fibres du ligament de Poupart ayant été divisées, *on exerça une pression douce dans l'intention de faire rentrer les intestins, mais ces tentatives furent rendues inutiles par les fibres du fascia transversalis qui formaient une arcade au-dessous du ligament de Poupart.* On les divisa, et les intestins rentrèrent avec gargouillement. *Le sac ne fut pas ouvert.*

Peut-être dira-t-on que ces bandes fibreuses, situées à la superficie du sac, et qui constituaient l'étranglement, ne faisaient véritablement pas partie de la circonférence du canal crural. Peu importe, sans doute, si de fait ces parties étranglaient. Et, d'ailleurs, cette objection ne saurait être opposée aux cas où, avant de débrider l'anneau, on avait commencé par inciser le corps du sac dans toute sa longueur, car alors l'intestin, au moment où l'on a essayé de le réduire, était bien certainement libre de toute autre constriction que celle produite par l'anneau proprement dit. Nous en avons vu un exemple dans l'observation 209 d'A. Cooper, déjà citée. La suivante nous en fournira un autre; je l'extrais d'un mémoire que je publiai en 1839. (Gaz. Méd., n° 44.) En voici le sommaire :

Obs. VIII. — Hernie crurale entéro-épiploïque étranglée, opérée le 13 juillet 1835, à la Salpêtrière, par M. A Bérard. Lorsque ce chirurgien voulut débrider, il ne put engager même un stylet entre le sac et l'intestin; alors il mit à découvert l'arcade crurale, puis, glissant le bistouri entre la face externe du sac et ce ligament, il incisa ce dernier à plusieurs reprises. La dilatation de l'anneau permit alors d'attirer l'intestin au-dehors, *et la facilité de cette traction, que l'on avait inutilement essayée auparavant, montra que l'étranglement était complètement indépendant du collet du sac.* La réduction fut facile et la guérison assez prompte.

La phrase dont j'ai conservé la rédaction originale montre qu'on avait déjà reconnu, en 1839, l'importance de ces essais de réduction ou de traction de l'intestin comme moyen de constater le véritable siége et la réalité de l'étranglement. Le cas suivant n'est pas moins significatif sous ce dernier rapport.

Obs. IX. — M. Philippe (André), âgé de 21 ans, portait, depuis sa neuvième année, une hernie inguinale réductible, mais que ne contenait aucun bandage. A la suite d'un effort, la tumeur acquit le volume d'un œuf de poule, devint plus tendre et douloureuse. Fièvre, agitation. Le lendemain, vomissemens bilieux, accès de coliques, accompagnées de tremblemens nerveux. Entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 30 heures après le début des accidens; déjà le pouls était devenu petit et les extrémités froides. Le taxis est essayé inutilement, et inutilement répété après un bain et l'emploi de la glace. Les symptômes s'aggravant, l'opération est décidée. M. Bonnet commence son incision au niveau de l'anneau inguinal profond, c'est-à-dire à un pouce et demi au-dessus de la partie supérieure et externe de la tumeur, et la prolonge jusqu'au bas de celle-ci; il divise le tissu cellulaire et la couche fibreuse qui part de l'anneau du grand oblique. La réduction demeurant impossible, il coupe de l'extérieur à l'intérieur l'aponévrose de ce muscle dans toute l'étendue correspondante au canal inguinal. Cette section faite, la portion de hernie qui était resserrée par l'anneau et le canal inguinal acquit un volume presqu'aussi considérable que celle qui était située au-dessous. Les fibres du cremaster qui recouvraient le sac furent incisées, ainsi que le bord externe de l'anneau inguinal profond. Le sac prit une expansion de plus en plus grande, à mesure qu'il se trouvait dégagé par ces débridemens successifs, et M. Bonnet, ne sentant plus avec le doigt rien qui pût gêner la rentrée des parties, se décida à l'essayer sans ouvrir le sac. On n'éprouva aucune peine à l'opérer, mais l'intestin ressortait avec beaucoup de facilité, et il ne put être fixé qu'à la troisième tentative.

Les symptômes allèrent en diminuant; néanmoins il y eut encore un vomissement, et les selles ne reparurent que 22 heures après l'opération. Deux applications de 20 sangsues et quelques potions huileuses furent nécessaires pour amener la guérison.

Voilà donc quatre cas où la réduction, vainement tentée sur le sac mis à nu, n'a été possible qu'après le débridement de l'anneau. Nous en rapporterons bientôt un cinquième (voy. obs. 16). Arrêtons-nous un in-

stant sur les débris de l'observatinn précédente. D'abord on a vu le collet dn sac s'épannuir, pour ainsi dire, à mesure que les fibres tendineuses étaieut coupées. M. Bnnnet insiste dans ses leçons cliniqnes snr cette circonstance que lni out sonvent offerte ses opérations. Au point de vue dogmatique, elle est incompatible avec l'opinion qui voudrait placer dans le sac le siége constant de l'étranglement; car nn collet qui se développe à mesnre qn'on divise les bandes fibreuses qui recouvrent sa surface n'est pas un collet qni ait subi la transformation fibrense. Évidemment il n'a été que plissé par l'effort qn'exerçait snr lui le cercle aponévrotiqne; et, lnin d'être un agent de constriction, c'est lui en réalité qni l'a subie.

C'est principalement à ceux qui voudraient essayer la herniotomie sans ouvrir 'e sac, qu'il est utile de signaler l'existence de ces brides aponévrotiqnes. On sait à combien de mécomptes exposent les descriptions anatomiques, qni, sous prétexte d'exactitnde, prétendent rigonreusement fixer la natnre et le nombre des enveloppes à diviser avant d'atteindre le sac herniaire. Eh hien! il ne serait pas moins préjndiciable, sous le rapport pratiqne, de considérer les anneaux qui penvent prodnire l'étranglement comme des ouvertures à contour hien limité, à hords réguliers et nettement distincts des parties voisines. L'anatomie vraiment chirurgicale a déjà fait jnstice de cette erreur. Mais, ponr bien s'en convaincre, il fant avoir assisté à une opération de hernie faite à l'extérienr du sac, et surtout nne hernie inguinale, où les parties superficielles sont tout-à-fait sous les yenx. Les cordes fibreuses, qui, à la hantenr du collet, existent an nombre quelquefois de six à huit, le plns souvent transversales, isolées on confondnes, masqnées par le sac qui se renfle dans leur intervalle, opposant jusqu'à la dernière un obstacle invincible à la rédnction, montrent assez que la détermination dn siége précis de l'étranglement appartient plntôt au bistonri dn chirurgien qu'an scalpel de l'anatomiste. Il y a là des difficultés ponr l'opérateur, mais il y a là aussi d'utiles docomens ponr la discussion actuelle. Ces obstacles, qn'il faut vaincre à chaqne instant, forcent le chirnrgien de fractionner son opération, d'essayer, avant chaque nouveau débridement, si le précédent n'anrait point snffi pour la rédnction, de mieux étndier, de mieux tâter, en un mot, le terrain snr leqnel il marche. Aussi pent-on s'appuyer sur de semblables opérations, qui, j'ose le dire, offrent absolnment la même valeur que des expériences instituées directement pour la solution du prohlème en litige, tandis que l'ancienne méthode, qui du même conp divise à l'aveugle le sac et l'annean, ne pourrait, malgré ses innombrables applications, fournir nn seul argument sérieux à l'un non plus qu'à l'autre parti.

Cette particularité anatomique, sur laquelle on me saura gré d'avoir fait connaître les idées de M. Bonnet, est tout aussi facile à constater qnand on conpe l'anncan de dedans en dehors, on en commençant par les parties profondes, comme on le verra ci-après.

Obs. X. — Dans le mois de mars 1840, M. Bonnet fut appelé par M. Montain auprès d'une dame affectée de hernie crurale étranglée depuis quinze heures. Elle s'était formée il y a quinze à seize ans, et avait toujours été bien contenue. On employa trois heures à essayer de la réduire; mais ces essais, bien qu'aidés par l'emploi de la glace et une application de sangsues, restant infructueux. l'opération fut jugée indispensable. On divisa la peau et les couches sous-cutanées; puis, une petite incision étant faite à ta lame aponévrotique qui prolonge en bas le ligament de Fallope, M. Bonuet introduisit sous celui-ci une sonde cannelée, qui servit à le couper. Le collet du sae parut alors à découvert, très resserré, mais il se dilata peu à peu, à mesure que les bandes fibreuses qui le recouvraient furent divisées. La réductiou s'obtint aisément, et les accidens disparurent avec rapidité; seulement la plaie resta longtemps avant de se cicatriser.

Un autre phénomène qui frappe l'esprit dans le narré de presque tous ces faits, c'est le pen d'efforts qu'a nécessité la réduction. La pratique d'Aston Key est surtout concluante à cet égard. Ainsi, dans un cas de bernie crurale, qui avant l'étranglement avait été inexactement contenue par un bandage, il dit que : *aussitôt après le débridement de l'anneau, la hernie rentra à la première pression qu'on exerça sur elle*; ailleurs : *sous la seule influence d'une légère pression exercée sur la tumeur, l'intestin rentra immédiatement dans la cavité abdominale.* Dans une troisième opération, où il avait prévn de graves difficultés à la rédnction, *à ma grande surprise*, dit-il, *une pression légère fut suffisante pour faire rentrer immédiatement l'intestin.* L'observation 307 d'A. Cooper exprime le même fait dans les mêmes termes. Dans la 241e, on voit que la partie non adhérente de la hernie *fut réduite avec gargouillement aussitôt qu'il eut appliqué la main sur la tumeur.* En présence de semblables résultats, comment assimiler une réductinn, en qnelque sorte instantanée, à celles qu'on obtient à travers la peau, quand on sait au prix de combien d'efforts. par quelles manœuvres, anssi longues que réitérées, il faut le plus snuvent acheter ces dernières? N'y eût-il pas d'autre prenve de l'étranglement par les anneaux, ce rapprnchement seul équivaudrait, ce me semble, à une démonstration. Quoi! une hernie s'étrangle, le taxis, renonvelé à denx reprises et aidé de tous les moyens en usage, reste infructueux. Cependant les accidens pressent, l'opération se fait, le sac est mis à nn, l'anneau débridé; à peine a-t-on touché à la tnmeur que déjà tnut est rédnit presqn'à l'insu du chirurgien. Et vous soutiendrez que le débridement était iuutile, que le taxis aurait snffi! Ce n'est pas, dn reste, nn tableau de fantaisie : je l'ai tracé d'après nature snr l'observation suivante, la première où M. Bonnet ait employé cette méthode.

Obs. XI. — La femme Raffin, âgée de 45 ans, fortement constituée, avait depuis deux ans une hernie crurale irréductible, mais non contenue. Le 22 juin 1838, à trois heures de relevée, au milieu d'un accès hystérique, la hernie augmente de volume; des coliques violentes se declarent et sont suivies de vomissemens qui se prolongent toute la nuit. Un médecin n'ayant pu faire rentrer les viscères, envoie la malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon. La tumeur est tendue, rouge, sensible; l'abdomen tuméfié; les vomissemens bilieux persistent; peau froide; ponls petit; agitation extrême. Bain; 30 sangsnes; on essaie ensnite la rédnctiou en plaçant la malade dans une situation déclive; mais tout ayant échoué, M. Bounet opère au bout de vingt heures d'étranglement. Après avoir coupé la peau, le tissu cellulaire et la couche fibreuse, on tombe sur une masse arrondie, d'un violet-noirâtre, dont la forme et la couleur rappellent celles d'un intestin gorgé de sang veineux. Quoiqu'il n'eût pas encore incisé le sac, M. Bonnet éprouvant quelque incertitude sur la nature de cette partie, se décida à débrider l'annean : il glissa, non sans peine, une soude cannelée sous le ligament de Fallope, et au moment où il l'incisa, l'aide chargé d'abaisser la tnmeur, sentit un mouvement qui lui fit présumer qu'elle était réduite. M. Bonnet constata en effet, que la partie restée au-dehors était devenue flasque, et comme il ne put ni la repousser dans le ventre, ui l'attirer à lui. il ne douta pas que ce ne fût le sac resté intact et doublé de quelques lames celluleuses. Dès le soir, il y eut des selles, et le pouls se releva. Des coliques assez intenses nécessitèrent pourtant deux applications de sangsues. La guérison eut lieu sans aucun autre accident qu'un abcès formé un peu au-dessns de la plaie.

Comme on l'a vu, la rédnction ne pouvait être plus facile, puisqu'elle s'est faite d'elle-même en quelque sorte et au moment où on pensait le moins à la provoqner.

La manière de mieux reconnaître si l'étranglement siége à l'anneau, c'est de n'inciser celni-ci qu'après avoir vainement tenté la réductiou à travers le sac. L'opération ainsi détaillée constitue alors un argument péremptoire. M. Malgaigne était dans son droit en exigeant cette garantie; aussi j'ai déjà cité quatre observations où toutes les précautions qu'il réclame ont été prises. Mais je ne puis cepeudant admettre que les cas où on les a négligées dnivent être regardés comme non avenus. Si les signes physiques et fonctionnels de l'étranglemen subsistent, si la hernie demeurant rebelle au taxis, la dilatation de l'annean amène sa rentrée, on peut, je crois, se contenter de ces élémens de certitude, et faire entrer en ligne de compte les faits qni, comme les suivans, offrent toutes ces circonstances.

Obs. XII. — Madame David (Marie), âgée de 38 ens, avait depuis denx ans une bernie crurale qu'elle maintenait fort imparfaitement avec un bandage. Le 24 juin, de violentes coliques lui apprennent qu'elle est sortie; son volume devient plus considérable que d'ordinaire, des nausées se déclarent, puis des vomissemens, qui continuent jusqu'à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu de Lyon, quatorze henres après les premiers accidens. Le ventre était tuméfié, la tumeur médiocrement grosse, mais dure, rouge, et d'une sensibilité extrême. Quelques manœuvres de taxis avaient déjà eu lieu; un second essai fait par M. Bonnet ayant aussi échoué, il voulut préparer le succès d'une troisième tentative par la saignée, l'application de 30 sangsues, un bain et la situation déclive; mais il ne put néanmoins faire rentrer les parties. En conséquence, l'opération fut pratiquée au bout de dix-sept heures d'étranglement. On incisa le ligament de Fallope suivant le procédé indiqué (Voy. Obs. X), et en allant des couches profondes aux superficielles, la réduction se fit sans peine. Selles le même jour; deux applications de sangsues nécessitées par la persistance des douleurs abdominales. Guérison très rapide.

Obs. XIII. — Albin (Joseph), âgé de 54 ans, a depuis huit ans une hernie inguinale qu'un mauvais handage laisse souvent sortir. Le 7 mars 1840 au soir, elle sort tout à coup, et ne pent être réduite; coliques, vomissemens à deux reprises. Apporté le même jour à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sa face a un caractère de stupeur; tremblement général; extrémités froides; pouls faible; hoquet continuel. Tentatives réitérées et inutiles de réduction par l'emploi combiné du taxis et de l'élévation du bassin. M. Bonnet opère en mettant à découvert l'aponévrose du grand oblique, et y faisant ensuite une petite incision un peu au-dessus et en dehors de l'annean inguinal externe; cette incision sert à introduire une sonde cannelée sous l'aponévrose dont la section est ainsi faite de dedans en dehors. Le debridement exécuté, l'intestin rentre facilement. Les selles ne se rétablirent que le troisième jour; cependant l'état général s'améliora rapidement; et la guérison fut achevée en moins d'un mois.

Obs. XIV. — Muller, âgé de 65 ans, affecté de hernie inguinale depuis plusieurs années, la contenait irrégulièrement avec un bandage. Le 6 mai 1839, elle s'étrangle. Il n'entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon que le second jour, avec l'abdomen distendu, des hoquets frequens et des vomissemens stercoraux. Le taxis essayé sans resultat et le danger s'aggravant, M. Bonnet l'opéra après cinquante heures

d'étranglement, suivant le procédé indiqué ci-dessus (V. obs. XIII). Lorsque tous les tissus fibreux eurent été coupés, il put faire rentrer l'intestin sans effort. Les suites furent très simples, et malgré son âge avancé, la guérison se fit promptement; mais lorsqu'il quitta l'hôpital, on put constater que la hernie s'était reproduite et sortait déjà avec autant de facilité qu'avant d'avoir été étranglée.

On peut voir, dans l'observation 241 d'A. Cooper, des circonstances semblables, soit pour les symptômes, soit pour les détails de l'opération.

On contestera sans doute que les chirurgiens aient eu assez de dextérité dans ces cas pour ménager le sac herniaire au moment du débridement, et je m'attends à me voir opposer l'exemple récent d'une opération de hernie étranglée où un professeur de clinique chirurgicale à Paris, après avoir soutenu que le collet du sac était demeuré intact, fut forcé de se rétracter lorsqu'on en vint à la dissection des parties. Certes, je ne crois pas plus que M. Malgaigne à l'infaillibilité absolue des praticiens, mais encore faut-il cependant fournir la preuve des méprises qu'on leur reproche. Car on ne peut les condamner sur un soupçon, et puisque les voilà mis en jugement, je leur conseillerais de se retrancher derrière ce principe de jurisprudence, qu'en l'absence de preuve le doute doit être favorable à l'accusé. Au pis-aller, le bénéfice de cette position leur resterait toujours acquis, puisqu'ils pourraient répondre à M. Malgaigne, d'après M. Malgaigne : « *Quod gratis affirmatur gratis negatur.* » Qu'on y songe d'ailleurs : pour renverser notre doctrine, il serait besoin d'appliquer à toutes nos observations, sans exception, cette fin de non-recevoir. Et où trouverait-on un partisan assez acharné du scepticisme pour soutenir que, sur 22 cas, il ne s'est pas rencontré une seule fois d'opérateur assez habile pour ménager le collet du sac qu'il avait sous les yeux? Remarquons en outre que, dans les observations de M. Bonnet, sur lesquelles je me suis principalement appuyé, il y a des raisons particulières pour croire que l'incision a respecté l'enveloppe péritonéale. En effet, son procédé (dont j'espère qu'il donnera bientôt lui-même une description plus complète) consiste essentiellement à mettre à découvert la totalité des parties sur lesquelles doit porter le débridement. Il a de plus modifié la sonde cannelée ordinaire, en augmentant la profondeur de sa rainure, et en donnant à son extrémité la forme mousse et arrondie de celle d'une sonde de femmes. Avec ces sages précautions, une méprise est en quelque sorte impossible.

« Mais ce ne sont plus des théories et des explications, ce sont des faits qu'il faut à cette heure, » dit M. Malgaigne; j'adopte pleinement cette manière de voir, et je suis ainsi ramené à la seconde partie de son argumentation, où il déclare ne pouvoir admettre l'étranglement par l'anneau que sur « une démonstration directe, comme celle qui résulterait de l'autopsie. » Entendons-nous, toutefois. On peut, dans la discussion actuelle, utiliser les autopsies de deux manières bien différentes, soit en se convainquant par la dissection que, dans une hernie étranglée, le sac était trop mince pour devenir une cause de constriction, soit en vérifiant sur le cadavre qu'après une opération où le débridement de l'anneau a suffi pour lever l'étranglement, le collet du sac n'a pas été incisé par inadvertance. Si c'est le premier genre de preuves que M. Malgaigne demande aux autopsies, je le renvoie aux observations 6 et 7; s'il veut au contraire parler de cette contre-épreuve anatomique qui résulte de l'intégrité du sac reconnue après la mort, je vais lui rappeler un fait où il aurait pu la trouver mentionnée avec les détails les plus explicites.

Obs. XV. — Anne Dove, âgée de 48 ans, avait depuis cinq ans une hernie crurale qui s'étrangla. Entrée à l'hôpital trois jours après, la tumeur est dure, douloureuse, irréductible; ventre tendu et fort sensible; vomissemens; pouls petit; anxiété, etc. M. Bransley Cooper juge l'opération indispensable. Le sac étant isolé, *il glisse son petit doigt entre lui et l'anneau qu'il trouve extrêmement serré, il y fait passer un bistouri herniaire, et débride avec facilité.* Réduction aisée. *Le sac est resté vide et entier sur place.* Mort trois jours après avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. L'abdomen contenait un fluide sale et noir comme du chocolat; l'intestin était, dans quelques points, sphacélé; dans d'autres, ulcéré. L'auteur ne croit pourtant pas qu'il y eût eu épanchement de matières stercorales; puis il ajoute textuellement : *le sac était entier; nous avons pu le remplir d'eau* (1).

Dira-t-on enfin que, dans le cas précédent, le taxis n'ayant pas été essayé avant le débridement de l'anneau, rien ne prouve que celui-ci fût nécessaire, rien ne prouve qu'il y eût étranglement? C'est encore par des faits qu'il faut détruire cette dernière objection, et je crois pouvoir affirmer qu'elle trouvera dans l'observation suivante une solution sans réplique.

Obs. XVI. — La nommée Auberthier (Claudine), âgée de 37 ans, affectée depuis huit ans d'une hernie crurale, ne la contenait pas avec soin. Le 30 juillet 1838, vers le soir, la hernie sortit et ne put se réduire. Des coliques bientôt suivies de vomissemens la déterminèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon dès le lendemain. On essaie le taxis qu'on répète après une saignée, l'application de la glace, et les sangsues. Tout restant inutile et la tumeur augmentant de tension et de sensibilité, M. Bonnet opère après vingt heures d'étranglement. Il découvrit en premier lieu le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique qui forme l'arcade crurale: le saisissant à l'aide de pinces à pointes aiguës, il l'attira à lui et le coupa avec des ciseaux. Ce ne fut qu'avec peine qu'il parvint à opérer cette section. Cependant il ne put faire rentrer l'intestin, et son doigt porté au fond de la plaie sentit encore un cordon résistant qui étranglait le col de la tumeur. Il le divisa avec les ciseaux, et l'intestin rentra après quelques pressions peu prolongées. Une hémorragie assez considérable obligea de tamponner. Les selles ne recommencèrent que le second jour; mais, dès le premier, les coliques et les vomissemens avaient cessé. Une douleur avec tension prononcée se manifesta à l'entour de la plaie; bientôt elle s'étendit au loin, la fièvre devint vive, et malgré trois applications de sangsues, les émolliens, etc., la malade succomba le neuvième jour de l'opération.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Aucune trace de péritonite, on ne put même distinguer exactement la portion d'intestin qui avait été étranglée. Infiltration purulente s'étendant entre le petit et le grand oblique depuis le pli de l'aine jusqu'à l'aisselle: dans quelques points le tissu cellulaire était frappé de gangrène.

Le sac resté au dehors était couvert d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre. Après l'avoir exactement séparé des parties voisines, on reconnut qu'il n'avait été divisé en aucun point. Il offrait deux strictures circulaires (correspondant aux deux orifices du canal crural), l'une à sa jonction avec le péritoine abdominal, l'autre sept lignes plus bas. Peu développé entre ces deux sillons, il prenait au-dessous de l'inférieur le volume de l'extrémité du pouce. Sa cavité contenait quelques fausses membranes. Ses parois étaient constituées par le péritoine doublé d'un peu de tissu cellulaire graisseux et recouvert d'une couche fibreuse mince; les points correspondant aux deux rétrécissemens n'offraient pas d'hypertrophie sensible.

Voilà, ce me semble, tous les détails qu'on peut exiger : garanties pour le diagnostic de l'étranglement, dans les précautions prises pendant l'opération, garanties pour l'intégrité du sac, dans les résultats de l'inspection cadavérique. Toutes les conditions se trouvent ici réunies et donnent à cette observation une telle valeur que, même seule, elle établirait assez solidement l'intervention de l'anneau dans les phénomènes de l'étranglement herniaire.

Abandonnons un instant la polémique, et voyons si de cet ensemble d'observations il ne serait pas possible de tirer quelques déductions profitables à l'histoire pratique des hernies. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'étranglement par le collet du sac arrive surtout aux hernies anciennes et qui ont été irrégulièrement contenues par un bandage. Je ne m'inscris pas en faux contre cette proposition, si on consent à ne lui accorder que la valeur d'une donnée approximative. Mais, à la considérer comme principe absolu, son adoption me paraît aussi irrationelle en théorie qu'elle serait dangereuse en pratique, si on la prenait pour guide dans le choix du procédé opératoire. En effet, si les antécédens dont il s'agit étaient capables de donner toujours au collet l'organisation particulière qui le rend apte à produire l'étranglement, c'est au collet que devrait siéger l'étranglement dans les cas où ces antécédens se trouvent réunis, et on ne devrait pas les rencontrer lorsque l'anneau est le seul agent de constriction. Et cependant consultez nos vingt deux observations; vous n'y trouverez que des hernies anciennes, et sur quatorze cas où l'état antérieur a été noté, sept fois les malades avaient porté des bandages qui n'empêchaient qu'imparfaitement la sortie des viscères. Comme les observations 12, 13, 14, 16, etc., celle qui suit en offre un exemple.

Obs. XVII. — Boudoz (Pierre), âgé de 28 ans, entra, le 27 février 1840, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A l'âge de 8 ans, un coup de pied reçu dans l'aine droite avait déterminé presque immédiatement la formation d'une hernie inguinale. On la maintint d'abord réduite par un bandage, mais il le quitta au bout de deux ans, et, depuis lors, la hernie sortait souvent, mais rentrait avec facilité. Le matin même du jour de son entrée, elle reparut sans pouvoir être réduite; deux heures après, vomissemens, coliques légères, il va deux fois à la selle. Bien que les symptômes ne fussent pas très prononcés, M. Bonnet, après avoir essayé le taxis, se décida à l'opération, qui fut faite dans la soirée, suivant les règles ci-dessus précitées (Voy. obs. XIII). Le cours des matières se rétablit deux jours après, et il sortit de l'hôpital au bout d'un mois.

Le fait le plus important qui ressort de ces recherches, celui sur lequel je voudrais fixer toute l'attention des chirurgiens, c'est l'appréciation, le jugement clinique, si je puis le dire, de la herniotomie sans incision du sac. Pour ne parler que des faits nouveaux apportés par M. Bonnet, on a déjà vu que, sur les huit malades dont j'ai rapporté l'histoire, un seul avait succombé. Le neuvième cas a aussi été terminé par la mort. C'était une femme de 62 ans affectée de hernie crurale étranglée depuis trois jours. Au moment de l'opération, le pouls était petit, la peau froide,

(1) Gaz. Méd., an 1837, p. 505.

la figure décomposée, l'affaissement tel, en un mot, que les artères divisées par l'instrument ne donnèrent point de jet de sang. La prostration alla en augmentant, et la malade s'éteignit en moins de deux jours. On ne put faire l'autopsie.

Ainsi, sur neuf opérés, deux morts (et, dans ce dernier cas, on voit si le revers doit être imputé à l'opération), voilà certes une proportion bien capable d'encourager les praticiens à confirmer par de nouveaux essais la naturalisation en France d'une méthode si riche d'avenir (1).

Quelque satisfaisant que soit le résultat brut de cette statistique, je n'hésite pas à dire que l'interprétation des faits dont elle se compose a une signification plus puissante encore en faveur de ce mode opératoire. Son principal avantage (sur lequel je trouve que les auteurs anglais glissent beaucoup trop légèrement), est de placer les parties à peu près dans les mêmes conditions qu'après la réduction par le taxis; car laisser le péritoine intact, c'est supprimer l'agent le plus actif de l'irritation qui le menace. Fondé sur ces raisons, et certain d'après les relevés d'observations nombreuses, que la principale cause de mort, chez les sujets opérés suivant le procédé ordinaire, est la péritonite, j'avançai en 1839 (Voy. Gaz. Méd., n°s 43 et 44) que le débridement à l'extérieur du sac est un moyen presque assuré d'éviter l'inflammation péritonéale consécutive à la herniotomie, et d'abaisser ainsi le chiffre effrayant de la mortalité qui l'accompagne. M. Bonnet, partant des mêmes principes, était arrivé avant moi aux mêmes conclusions, si l'on en juge par la date de sa première opération (28 juin 1838), et les promesses que je faisais au nom de la théorie, sa pratique les avait déjà réalisées, puisque les deux seuls malades qu'il a perdus sur un total de neuf opérés n'ont pas succombé à l'inflammation de la sérense abdominale.

Résumons cette longue discussion. Son objet était d'établir la possibilité de l'étranglement par les anneaux fibreux. Sommés de fournir les preuves d'une doctrine admise depuis plus d'un siècle, nous ne les avons point cherchées dans le témoignage des auteurs classiques. Leur stérile accord n'est-il pas aussi souvent la sauvegarde de l'erreur que l'appui de la vérité? Il fallait citer des faits. Mais on nous avait rendu cette tâche difficile en fixant d'avance les conditions qu'ils devaient offrir pour être jugés probans. Ces conditions, malgré leur rigueur, étant telles que doit les faire et les accepter un ami sincère des progrès de l'art, nous ne pouvions les rejeter. Ainsi, nous disait-on, pour que les opérations où l'anneau seul a été débridé soient reçues comme preuve valable, il faut que, dans ces cas : 1° la réalité de l'étranglement ait été démontrée par l'inutilité du taxis exercé sur le sac avant l'incision de l'anneau; 2° que l'autopsie ait fait voir que le collet du sac n'a pas été intéressé lors du débridement.

Bien qu'une telle exigence nous parût un peu sévère, bien qu'il nous semblât difficile de supposer que des chirurgiens expérimentés se fussent trompés vingt-deux fois, sans une seule exception, sur les indications et dans le manuel opératoire de la herniotomie, nous avons suivi la marche qu'on nous traçait. A ces conditions bien suffisantes pour établir la certitude morale, nous avons ajouté les élémens de la certitude physique, en puisant dans les archives de la science de quoi satisfaire aux conditions imposées. Ces faits, à la vérité, appartenaient au domaine public et n'offraient rien de nouveau. Mais notre adversaire se plaignait de les avoir cherchés en vain; il fallait bien lui en indiquer la source. Enfin, plusieurs observations inédites, mais offrant toute garantie d'authenticité, sont venues doubler et la force de nos argumens et l'intérêt de ces recherches. Notre but principal était de prouver que la herniotomie sans incision du sac convient dans beaucoup de cas; et si l'on juge que cette vérité a reçu une démonstration suffisante, nous devrons remercier M. Malgaigne de nous avoir fourni l'occasion d'en discuter de nouveau les principes.

(1) Pour mettre le lecteur à même de juger ce mode opératoire d'après ses effets, nous devons dire, qu'outre ces neuf observations, M. Bonnet l'a essayé dans sept autres cas où il a été obligé de terminer l'opération en ouvrant le sac. Les causes qui empêchèrent la réduction après le débridement des anneaux furent : deux fois l'étranglement dû au collet du sac (devenu épais et fibreux dans des hernies anciennes); deux fois des adhérences entre le sac et l'intestin; une fois ces deux motifs réunis, et deux fois (hernies crurales chez des femmes chargées d'embonpoint), la difficulté d'inciser à l'extérieur du sac la totalité des brides qui l'étranglaient. Sur ces sept observations, 4 morts, 3 guérisons.

Il était nécessaire de placer ici ce parallèle, de montrer en regard des indications les contre-indications. Du reste, l'exposé des cas où ce procédé a été insuffisant n'altère en rien nos conclusions sur sa valeur; car si nous réclamons pour lui une large part dans la pratique, nous sommes loin de vouloir l'ériger en méthode générale. Comme la lithotritie vis-à-vis de la taille, sa sphère d'application a des limites, et l'on ne compromettrait pas moins son avenir en voulant les étendre qu'en les resserrant outre-mesure.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, publié par BUSCH, de RITGEN, d'OUTREPONT et de SIEBOLD.

Le troisième cahier du huitième volume et le premier du neuvième contiennent : 1° *Quatre observations de grossesse extra-utérine, suivies de quelques réflexions sur leur diagnostic*; par le docteur Vieweg, de Iéna. (Article intéressant, mais n'offrant rien d'inconnu.) 2° *Observations*; par le docteur Wolff. 3° *Recherches sur la menstruation*; par John Roberton, communiquées par le docteur Nevermann. 4° *Développement extraordinaire des reins chez un nouveau-né*; par le docteur Oesterlen. 5° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement à Fulda*; par le docteur Adelmann. 6° *Accouchement naturel malgré une grosse tumeur fibro-cartilagineuse, située dans le petit bassin*; par le professeur d'Ontrepont. 7° *De la polymastie dans la race humaine*; par le docteur Flechsig. (C'est la traduction d'une excellente dissertation latine qui a été publiée l'année dernière sous la présidence de M. le professeur d'Ontrepont. Cet intéressant travail, qui nous paraît complet, sera consulté avec fruit.) 8° *Tumeur fibreuse de l'utérus occasionnant la mort trois mois après l'accouchement*; par le docteur Inglehy. (Gaz. Méd., 1839.) 9° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement de Wurtzbourg pendant l'année 1839*; par le professeur d'Ontrepont.

OBSERVATIONS ; par le docteur WOLFF, de Celle.

1° Opération césarienne pratiquée avec succès dans des conditions extrêmement fâcheuses.

La femme, âgée de 24 ans, primipare, était épuisée par un long travail; à plusieurs reprises, on avait appliqué le forceps, puis pratiqué la perforation du crâne, et enfin seulement on avait eu recours à la gastro-hystérotomie dans la ligne blanche. Malgré le dénuement extrême dans lequel l'opérée se trouvait, et quoique la gangrène soit survenue dans la région sacrée, et qu'une fistule urinaire ait subsisté pendant quelque temps, la femme a complètement guéri, sans autre accident que l'absence de la menstruation à laquelle il faut remédier par des saignées pour prévenir des vertiges.

2° Opération césarienne suivie de mort chez une femme de 39 ans, primipare.

L'application du forceps et la version avaient été inutilement tentées. Il n'est pas question d'autopsie.

3° Rupture de l'utérus au moment du travail. Mort de la mère et de l'enfant.

L'auteur attribue la déchirure à un carcinome, ce qui n'est pas très sûr, à en juger d'après la lecture de l'observation.

4° Cas d'écoulement des lochies pendant les quinze jours qui précédèrent l'accouchement.

DÉVELOPPEMENT EXTRAORDINAIRE DES REINS CHEZ UN NOUVEAU-NÉ; par le docteur Fr. Oesterlen, à Murrhardt (Vurtemberg).

Ces organes avaient une dimension telle qu'ils ont formé un obstacle à la parturition; après la sortie de la tête et de la poitrine, l'enfant s'est trouvé arrêté à son passage par le volume considérable du ventre; ce n'est qu'avec beaucoup d'efforts de la mère et de la sage-femme que l'accouchement s'est terminé.

A l'autopsie de l'enfant, on trouva toute la cavité du bas-ventre occupée par les deux reins qui avaient refoulé le foie et les autres viscères vers le thorax. Les granulations des reins étaient considérablement augmentées, et présentaient un aspect vésiculeux, que l'auteur regarde comme de véritables hydatides, dans lesquelles le parenchyme du rein s'est transformé.

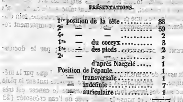
M. Oesterlen ne connaît encore qu'environ six cas d'hypertrophie du rein, qui ont été décrits par Heusinger, Meckel, Chaussier et Sandifort.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT A FULDA PENDANT LES ANNÉES 1834, 35 et 36; par le docteur ADELMANN.

Nous extrairons de ce rapport, extrêmement long, ce qui nous a paru de plus intéressant. Pendant les trois années, on a reçu 163 enceintes et une accouchée.

Sur les 164 enfans, dont 95 garçons et 71 filles, il y avait deux jumeaux; 138 sont nés vivans, 14 avec les symptômes de mort apparente, et 12 morts. Parmi ces derniers, il y en avait un qui, venu quatre semaines avant terme, n'avait point les membres supérieurs complètement développés, les mains étaient immédiatement situées sur les épaules, sans bras ni avant-bras.

PRÉSENTATIONS.



1re position de la tête	....	88
2e — —	....	59
4e — —	....	2
1re — du coccyx	....	3
1re — des pieds	....	2
2e — —	....	»
d'après Naegelé	.....	1
Position de l'épaule	....	1
— transversale	....	1
— indéfinie	....	7
— auriculaire	....	1
		164

D'après des recherches sur la menstruation, faites sur 507 personnes, il résulte qu'en terme moyen les filles à cheveux noirs sont réglées à 16 ans, les brunes à 17, et les blondes entre 16 et 17. Les brunes sont les plus nombreuses dans le pays, puis viennent les blondes, et enfin les filles à cheveux noirs. Quant à la durée, elle est de quatre à cinq, et même six jours chez les noires, de trois à quatre et même cinq jours chez les brunes et les blondes.

Sur 102 personnes, il n'y en avait qu'une qui fût réglée toutes les trois semaines; toutes les autres l'ont été par quatre semaines.

Parmi les accouchemens prématurés qui ont pu être appréciés, on note cinq fois des causes mécaniques, telles que chute, voyage pénible, etc.; trois fois la syphilis et le traitement mercuriel, et une fois des affections pénibles de l'âme.

Comme indication d'une application de forceps, on cite un cas de développement extraordinaire de la lèvre antérieure du museau de tanche, qui fut encore trouvée très volumineuse neuf jours après l'accouchement.

Parmi les maladies des femmes enceintes, on rapporte une hydropisie de l'utérus ayant précédé la conception et continué pendant la grossesse, pendant cette dernière, la malade avait perdu, par le vagin, des quantités énormes de liquide.

L'enfant est venu vivant au monde; une masse immense d'eau s'est écoulée pendant l'accouchement. Les autres maladies rapportées n'offrent rien de particulier, pas plus que celles des enfans.

L'insertion du placenta, constatée à l'aide du stéthoscope, fut le plus souvent reconnue à gauche et en haut; cette remarque s'accorde parfaitement avec celle de M. le professeur de Siebold.

ACCOUCHEMENT NATUREL MALGRÉ UNE GROSSE TUMEUR FIBRO-CARTILAGINEUSE SITUÉE DANS LE PETIT BASSIN; par le professeur D'OOTREPONT.

OBS. — Anna N., âgée de 28 ans, avait accouché une première fois à 26 ans sans accident; enceinte une seconde fois et à la fin du septième mois de sa grossesse, elle entra à l'hôpital le 7 août 1839, se plaignant d'une douleur dans le bassin lorsqu'elle marchait et qu'elle s'asseyait. Le savant professeur d'accouchement reconnut que le fond de l'utérus, arrivé dans la région épigastrique, contenait une partie mobile du fœtus, volumineuse, dépassant le niveau de l'ombilic; pourtant on ne pouvait pas s'assurer si c'était la tête ou le bassin; l'écartement des deux épines iliaques antérieures et celui des deux trochanters était normal, ainsi que le diamètre antéro-postérieur du bassin. En poussant plus loin son examen, il trouva une tumeur située à la face interne de la branche montante de l'ischion gauche et descendante du pubis gauche; elle était volumineuse, arrondie, piriforme, s'étendant, d'un côté, presque jusqu'à la branche descendante du pubis droit, et dépassant, de l'autre, une grande portion du trou ovale gauche; cette tumeur était douloureuse et très dure; il ne restait plus au diamètre transverse du détroit inférieur que 4 centimètres, et à peine 15 millimètres à l'arcade du pubis. La femme n'a jamais souffert d'aucune dyscrasie; on sait seulement qu'une de ses sœurs avait été amputée pour une carie de la jambe. Aucun accident n'est arrivé pendant la grossesse qui a été régulière; depuis six semaines seulement, la malade avait commencé à ressentir des élancemens dans la tumeur, et jusqu'alors le coït n'avait pas été douloureux; en un mot, on ne savait à quoi attribuer le développement de cette grosseur. En explorant le vagin, on ne pouvait arriver ni au col, ni à l'enfant. Le diagnostic était très douteux; la tumeur consistait-elle dans une production fibro-cartilagineuse, ou dans un gonflement de l'os, ou dans un spina ventosa, etc. ?

La tumeur remplissait une si grande étendue du petit bassin, et était si dure, qu'on ne pouvait pas espérer un accouchement naturel d'un enfant arrivé à terme; M. d'Outrepont ne crut pas non plus à l'indication d'un accouchement prématuré artificiel. Il convoqua une consultation pour savoir si, avant d'attendre la fin de la grossesse, on devait entreprendre l'extirpation de la tumeur dans le cas que ce fût un corps fibreux, ou la résection de l'os, dans le cas que celui-ci fût malade, ou s'il fallait attendre le commencement du travail pour entreprendre l'une ou l'autre de ces deux opérations, et ainsi éviter la gastro-hystérotomie. Un grand nombre de célébrités du pays et de l'étranger virent la malade, et tous déclarèrent que, sans extirpation de la tumeur, ou résection de l'os, l'accouchement ne leur paraissait pas possible. Comme on n'était pas d'accord sur la tumeur, quelques consultans ont proposé de pratiquer encore pendant la grossesse une incision exploratrice entre la tubérosité sciatique et la grande lèvre gauche, et d'extirper le corps étranger dans le cas qu'il fût fibro-cartilagineux; mais la malade ne voulut pas se soumettre à cette opération, préférant attendre le moment du travail, où elle consentirait alors plutôt à l'opération césarienne; cependant, on appliqua quelques sangsues à la tumeur, on fit prendre des bains, et on ordonna quelques pommades émollientes.

Plusieurs fois encore on examina la tumeur, elle fut toujours trouvée peu compressible; l'ischion et le pubis n'étaient ni mobiles, ni douloureux. Le terme de la grossesse devait arriver le 12 septembre. Le 8 déjà, ainsi quatre jours avant la fin de la quarantième semaine, le travail commença à dix heures et demie du matin; une heure auparavant la femme avait été touchée sans qu'on eût rien noté d'extraordinaire; examinée de nouveau, on ne put arriver ni au col de la matrice, ni à l'enfant; il s'écoula beaucoup de mucus et d'eau par le vagin; la tumeur était devenue beaucoup plus molle. A une heure de l'après midi il partit du méconium qui fit soupçonner une position pelvienne, d'autant plus que le premier enfant s'était déjà présenté dans cette position. Après trois heures de l'après midi, on trouva la tumeur encore plus molle et en touchant plus avant dans le vagin, on reconnut la présentation de l'ischion ainsi que le pied droit de l'enfant; le cordon était prolabé et avait cessé de battre. Le ramollissement de la tumeur était alors tel qu'on pouvait espérer de terminer l'accouchement sans extirpation ou résection; en effet on put engager la main et arriver jusqu'au fœtus, extraire le tronc sans grande difficulté, dégager de même les bras, mais on se trouva arrêté par la tête; il fallait appliquer le forceps; la branche droite fut introduite facilement, mais la gauche ne pénétra pas aussi aisément entre la tête et la tumeur; pendant ce moment de l'opération la malade se plaignit de douleurs extraordinaires. Trois tractions suffirent pour terminer l'accouchement. L'enfant du sexe féminin et à terme respira et cria bientôt, on fut d'autant plus étonné de le voir en vie, qu'avant l'accouchement le cordon avait cessé de battre et quelques heures auparavant on n'avait plus entendu que le bruit de souffle, mais nullement les battemens du cœur. Immédiatement après la sortie de l'enfant, la tumeur reprit son volume primitif et empêcha d'arriver facilement au placenta déjà descendu dans le vagin; il fallut faire quelques efforts pour l'extraire. L'utérus se contracta. L'état de puerpéralité se passa bien, sauf une dysurie qui réclama le cathétérisme pendant les six premiers jours. L'enfant trouva beaucoup de lait, et le 27 septembre, seize jours après l'accouchement, la femme put sortir de l'hôpital. Le 23 décembre elle y entra de nouveau pour se faire extraire la tumeur. L'opération fut pratiquée par le professeur Textor et se passa sans accident. La masse enlevée était fibro-cartilagineuse, n'adhérait aucunement au périoste; elle pesait 368 grammes et était si dure qu'il n'y eut que les personnes qui assistèrent à l'accouchement qui purent croire qu'elle avait pu être amollie. L'opérée guérit très bien.

Ce cas extrêment remarquable de ramollissement d'un corps fibreux au moment de l'accouchement rappelle la remarque de Reil (7e vol. de ses ARCHIVES), lorsqu'il dit que souvent le col et le vagin s'amollissent au moment de la parturition avec la rapidité de l'éclair et qu'il faut admirer en cela l'action bienfaisante de la nature.

M. le professeur D'Ontrepont n'a trouvé, dans les annales de la science, que deux exemples qui puissent être comparés au cas que nous venons de rapporter; ils sont de Drew (EDIMB. MED. AND SURGIC. JOURNAL, janvier 1805) et de Burns (MANUEL D'ACCOUCHEMENT); tous les deux chirurgiens ont été obligés de faire l'extirpation de la tumeur pendant le travail. N'oublions pas de dire que, parmi les accoucheurs consultés, M. Naegelé, l'ami du professeur de Wurtzbourg, avait déclaré avec la perspicacité de diagnostic qu'on lui reconnaît, que la tumeur était fibreuse, que les os n'étaient pas malades et que pour l'extirper il fallait se comporter comme les deux médecins anglais et ne pas entreprendre l'opération pendant la grossesse.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE WURTZBOURG, PENDANT L'ANNÉE 1839; par le même.

Nous trouvons dans ce rapport, entre autres faits plus ou moins intéressans, celui d'une opération césarienne pratiquée pour cause de rupture de l'utérus chez une femme qui avait déjà plusieurs fois accouché péniblement; l'enfant avait passé dans la cavité abdominale; il avait un enfoncement du pariétal droit, causé par la pression contre l'angle sacro-vertébral, le diamètre antéro-postérieur du bassin de la femme n'ayant que 7 ou 8 centimètres. Quarante-huit heures après l'opération, l'accouchée succomba avec des symptômes de paralysie. La déchirure de l'utérus avait 19 centimètres de long et s'étendait à travers le col de l'utérus jusqu'à près de 3 centimètres dans le vagin. Dans toutes les ruptures de l'utérus que M. D'Ontrepont a eu occasion d'observer jusque aujourd'hui, la déchirure existait toujours au segment inférieur de la paroi antérieure et à gauche; cette fois ci elle se trouvait encore à gauche mais en arrière,

probablement parce qu'elle avait commencé à l'endroit où la tête avait pressé contre le promontoire.

Ce cas est suivi d'un cas d'accouchement prématuré artificiel dans la trente-quatrième semaine. La grossesse était double; des deux jumeaux le premier naquit vivant, l'autre était mort, quoique l'accouchement fut rapide. Pendant le travail, on n'avait pu entendre les battemens du cœur ni de l'un ni de l'autre enfant.

II. JOURNAL FUR CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, publié par de GRAEFE et de WALTER.

Le premier cahier du trentième volume contient les articles originaux suivans: 1° *Sur la formation des tumeurs enkystés et en particulier des hydatides*; par le docteur Schindler (article n'offrant rien d'inconnu; l'auteur regarde toutes les espèces de kystes comme produits par la perversion de la force formatrice de la nature, et l'attribue pas une vie individuelle aux vésicules qui nagent librement dans nos organes). 2° *Aliénation mentale entretenue par une affection du bas-ventre*; par le docteur Stanke. 3° *Observation d'une galactorrhée chez une femme qui n'avait pas pu nourrir ses enfans et qui fut prise de la maladie trois ans après sa première couche*; par le même. 4° *Trois observations de fracture longitudinale du tibia*; par le docteur Sigonowitz. 5° *Quelques remarques sur les abus des eaux de Salzbrunn*; par le docteur Freund. 6° *Sur le traitement des gonorrhées rebelles*; par le docteur Brunlow (lorsque la maladie est devenue chronique, l'auteur emploie: pierre à cautère 5, 10, 20 centigrammes, eau distillée 32 grammes, teinture d'opium 2, 4 grammes pour faire des injections trois à quatre fois par jour). 7° *Rentrée d'une hernie scratale étranglée après l'emploi de l'acupuncture*; par le docteur Daser. 8° *Hémorragie à la suite de l'opération de la taille, arrêtée avec la créosote*; par le même. 9° *Sur une classification naturelle des remèdes chirurgicaux*; par le docteur Ulmer. 10° *Que savons-nous jusqu'aujourd'hui de la syphilis*; par le docteur Hoppe (article non achevé). 11° *Du traitement du cancer par la créosote*; par le docteur Schrœter. 12° *Fracture du fémur suivie de mort*; par le docteur Hahn (l'individu qui fait le sujet de cette observation était cachectique et paraît avoir été affecté de syphilis; dans une chûte qu'il fit, il se fractura le fémur gauche eo plusieurs endroits, la suppuration survint et l'individu mourut de fièvre hectique). 13° *Manque de développement de la peau chez un enfant nouveau né*; par le même (sur l'un et l'autre flanc de l'enfant les muscles étaient dénudés et il y avait une perte de substance de la peau dans une large étendue. La solution de continuité était plus grande à droite qu'à gauche, et ces deux parties dénudées communiquaient l'une avec l'autre par un petit détroit passant au devant de l'ombilic de droite à gauche).

ALIÉNATION MENTALE ENTRETENUE PAR UNE AFFECTION DU BAS-VENTRE; par le docteur HANCKE, de Posen.

Une femme, âgée de 43 ans, souffrant depuis quelques années de douleurs violentes dans le bas-ventre, surtout à droite, de constipation opiniâtre, fut prise peu à peu d'aliénation mentale et succomba. A l'autopsie on trouva le foie, le duodenum et une portion de l'estomac convertis en une masse squireuse. La vésicule du fiel réduite en un très petit volume ne contenait que très peu de matières semblables à du goudron. Les intestins grêles et les gros intestins étaient étranglés en une certaine étendue sur différens points de leur longueur; à peine pouvait-on y passer un tuyau de plume.

RENTRÉE D'UNE HERNIE SCROTALE ÉTRANGLÉE APRÈS L'EMPLOI DE L'ACUPUNCTURE; par le docteur DASER.

Chez un homme de 50 ans affecté de hernie étranglée avec vomissemens de matière stercorale, M. Daser a employé tous les moyens qui sont indiqués avant de recourir à l'opération, et voulant encore essayer l'acupuncture pour évacuer les gaz contenus dans l'anse intestinale herniée, il enfonça à deux reprises à travers le scrotum une aiguille fine; il ne s'échappa pas de gaz d'une manière apparente, mais le malade éprouva une vive douleur, on entendit des gargouillemens et des bruits très forts dans le bas-ventre, à la suite desquels la hernie fut réduite spontanément. M. Daser pense que par la piqûre de l'aiguille il a réveillé la contractilité des intestins qui ont fait rentrer le gaz dans le ventre et ainsi facilité leur rentrée.

HÉMORRAGIE A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA TAILLE, ARRÊTÉE AVEC LA CRÉOSOTE; par le même.

Après l'opération, qui se passa bien, une hémorragie très inquiétante se déclara, il fut impossible de trouver des vaisseaux qui fournissaient le sang et celui-ci paraissait suinter d'une foule d'ouvertures à la fois. Les tamponnemens avec des éponges trempées dans l'eau froide avait échoué à plusieurs reprises. Le malade avait perdu connaissance et était menacé d'une mort imminente, lorsqu'on a eu recours à la créosote. Une éponge trempée dans ce liquide par fut introduite entre les lèvres de la plaie et cautérisa à l'instant même toutes les surfaces saignantes avec lesquelles elle s'est trouvée en contact. Les escares étaient minces et le caustique n'a pas semblé avoir pénétré à une grande profondeur. L'organisme, loin d'avoir été péniblement impressionné, s'est au contraire promptement relevé.

SUR LE TRAITEMENT DU CANCER PAR LA CRÉOSOTE; par le docteur SCHRŒTER.

L'auteur fait usage de ce médicament à l'intérieur, ainsi que par la méthode endermique, en appliquant la solution de créosote tant sur la plaie cancéreuse que sur des larges fontanelles. Lorsque le cancer est très étendu il en fait l'ablation, et panse la plaie avec de l'eau créosotée (32 gouttes sur 120 grammes); à l'intérieur il prescrit des pilules composées de carbonate de fer, de souci et de créosote. cette dernière substance donnée à la dose de 3, 8 gouttes trois ou quatre fois par jour. Dans le cancer de l'utérus, il fait faire des injections d'eau froide créosotée. L'auteur continue ce traitement pendant des années; il dit avoir guéri des malades affectés de cancer qui, depuis cinq ans, n'ont pas eu de récidives.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

DES HUILES ANIMALES ET VÉGÉTALES SOUS LE RAPPORT DE LEURS VERTUS THÉRAPEUTIQUES; par le docteur BAUER, à Tübingue.

L'auteur, ayant employé avec beaucoup de succès les huiles animales et végétales dans les mêmes maladies où l'huile de foie de morue a été trouvée très efficace, pense que les bons effets qu'on a retirés de cette dernière substance doivent être moins attribués à l'iode qu'au principe gras. Jusqu'aujourd'hui il n'a fait usage que de frictions; il resterait encore à faire des expériences sur les bains et l'atmosphère chargée d'huile. Suivent quelques cas de scrofules, de fièvres hectiques ou cette méthode a été suivie d'une amélioration extrêmement remarquable.

OBS. I. — Une fille, âgée de 4 ans, atteinte d'une éruption scrofuleuse à la tête qui fut subitement supprimée, fut prise d'une fièvre avec exacerbations à midi et à minuit; chaleur brûlante et sèche avec peau pâle et flasque; maigreur extrême, insomnie, gonflement des glandes du cou, respiration courte avec toux sèche, bas-ventre très sensible, tuméfié et dur, inappétence, tantôt constipation, tantôt diarrhée. Pendant six mois on employa sans le moindre succès une foule de moyens tels que des onguens irritans pour rappeler l'éruption à la peau, l'huile de ricin, le calomel, l'esprit de mindérère, l'acétate de potasse, l'extrait de ciguë, la potion de Rivière, l'écorce de quinquina, la digitale et les bains. L'enfant marchait sensiblement vers la tombe. On supprima tous les médicamens et on la frictionna matin et soir avec l'huile de pavots un peu chauffée, puis on l'enveloppa dans une couverture de laine. Les frictions furent suivies d'une forte transpiration et d'une éruption de taches rouges; l'enfant se trouva mieux, la fièvre était plus rare, la peau plus fraîche et plus molle, les glandes plus petites, la toux moins fréquente et plus facile, la figure plus éveillée, le bas-ventre plus indolent; moins gros et moins tendu; l'appétit et le sommeil revenait. Guérison complète le dixième jour.

OBS. II. — Un enfant illégitime, maigre, ressemblant à un squelette, avait beaucoup de chaleur, la peau sèche, flasque, le bas-ventre gros, tendu, des vomissemens, la figure ridée. Après avoir employé les médicamens les plus vantés, on frictionna deux fois par jour l'enfant avec l'huile de pavots; une transpiration et l'éruption indiquée ci-dessus survinrent après chaque friction. L'amélioration subite fut très remarquable, le sommeil qui était complètement nul revint, les digestions devinrent régulières, la fièvre se perdit. Guérison le sixième jour du traitement.

OBS. III. — Chez un autre enfant, âgé de 9 ans, souffrant de vomissemens et de diarrhée avec ventre très gros et maigreur générale, les médicamens ordinaires restèrent sans effet. Après quelques frictions huileuses, les fonctions se rétablirent. Le sommeil revint et bientôt l'enfant se rétablit.

OBS. IV. — Un tonnelier, âgé de 40 ans, était affecté depuis cinq ans d'une forte toux avec gêne dans la respiration, points de côté et expectorations muqueuses. Les symptômes s'exaspérèrent le printemps dernier, et résistèrent aux médicamens antérieurement employés avec succès. La percussion et l'auscultation ne laissèrent pas de doute sur la présence de tubercules. On eut recours aux frictions huileuses qui donnèrent lieu à une transpiration extrêmement copieuse qui continua quelquefois sans interruption pendant 48 heures. L'amélioration fut marquée; le quinzième jour du traitement le malade put reprendre ses occupations malgré un temps très rude.

OBS. V. — Une femme, âgée de 36 ans, affectée depuis plusieurs semaines de fièvre hectique avec tubercules, a été traitée sans succès par un médecin homéopathe; figure pâle, aspect souffrant, maigreur extrême, insomnie, toux fatigante

avec expectoration muqueuse et purulente, respiration laborieuse; après quelques frictions d'huile de baleine les symptômes s'améliorèrent, la malade se tèva, mais malheureusement elle ne continua pas assez longtemps le traitement à cause de la mauvaise odeur de l'huile.

Obs VI. — Une fille de 6 ans avait sur toute la surface de la tête des tumeurs scrofuleuses; les glandes du cou étaient tuméfiées, l'une d'elles; très enflammée, avait la grosseur d'un œuf de ponle. L'enfant avait un aspect cachectique, sa peau était pâle, flasque, le bas-ventre gros et dur, elle n'avait pas d'appétit et ne dormait pas. Frictions matin et soir avec l'huile de navette. Déjà le second jour du traitement la grande tumeur diminua de moitié, elle disparut le huitième. Les abcès de la tête s'ouvrirent et disparurent. L'appétit et le sommeil revinrent et bientôt l'enfant se rétablit.

Obs. VII. — Un garçon de 15 ans, affecté depuis six ans de scrofules qui se déclarèrent d'abord aux os de la jambe gauche, s'étendaient à tout le corps qui était couvert de cicatrices et de tumeurs. Frictions avec l'huile de navette matin et soir. Guérison au bout de quatre semaines.

Obs. VIII. — Un tailleur, âgé de 45 ans, avait tout le corps couvert d'une éruption dartreuse. Sous les croûtes qui avaient près d'un centimètre d'épaisseur, la peau était fortement enflammée et suintait une quantité suffisante de sérosité pour tremper trois à quatre chemises par jour. Les cheveux de la tête et des autres parties étaient tombés; les ongles des mains et des pieds tuméfiés ou en partie détachés. La saponaire, la douce amère, la décoction de Fithmann, la salsepareille, le précipité rouge, les purgatifs, les bains simples, salins et de sublimé corrosif furent successivement employés sans succès. Pendant quinze jours on frictionna tout le corps matin et soir avec l'huile de navette. Plusieurs parties du corps commencèrent à se guérir; mais comme on voyait que l'huile de navette se desséchait trop vite sur le corps et que la peau, déjà enflammée, était trop irritée par les nombreuses frictions, on fit enduire tout le corps du malade avec de l'huile de baleine. L'amélioration fut remarquable, car après trois semaines la peau était pure, sans qu'on ait observé le moindre dérangement des fonctions internes.

L'auteur, pour se rendre compte de l'efficacité des huiles dans certaines maladies, rappelle la théorie émise par M. Ascherson sur la production des globules élémentaires des tissus animaux et végétaux par le contact des fluides gras avec l'albumine. (Gazette médicale, pages 733, 1838).

Compte-rendu des maladies qui ont régné pendant le premier semestre 1840 dans le district de Schwenningen. — Recherches sur l'état des urines dans les inflammations rhumatismales; par le docteur Roesch.

De cet article nous ne rapporterons que les recherches de l'auteur sur l'état des urines dans les inflammations rhumatismales des organes respiratoires. Sur trente adultes dont il a examiné l'urine à plusieurs reprises dans le courant de la maladie et même chez beaucoup d'entre eux plusieurs fois par jour, il a constaté à l'aide de l'inspection et des réactifs: 1° que pendant la fièvre l'urine est plus concentrée et contient une plus grande quantité de matière colorante et acide, qu'elle devient souvent trouble pour déposer ensuite, sans que cependant le liquide surnageant le dépôt reste tout à fait transparent, en même temps que le liquide contient plus d'acide urique et de matière colorante. Il renferme aussi plus d'urée, d'écailles grasses et de mucus, et l'eau est d'autant plus saturée que la fièvre est plus intense; sans doute que le caractère rhumatismal contribue beaucoup au développement des acides; cependant l'auteur a constaté que l'urine est aussi beaucoup plus acide que dans l'état de santé chez les malades affectés d'autres fièvres, telles que le typhus abdominal.

2° Il est rare de voir des fièvres où l'urine ne réagit pas d'une manière acide ou même où elle ait des propriétés alcalines; ce dernier cas s'observe principalement chez des vieillards où l'urine est ordinairement alcaline ou au moins neutre et chez tous ceux dont la vessie sécrète plus de mucosités que de coutume.

3° Avec le déclin de la fièvre, l'urine en même temps qu'elle devient plus colorée dépose davantage un sédiment lourd, rose, ou briqueté et le fluide qui surnage devient plus transparent. Cet état ne dure qu'un ou deux jours, et lorsqu'on l'observe on peut être sûr que la fièvre est tombée, et le dépôt peut être appelé avec raison critique. Lorsque cette crise ne s'observe pas dans les fièvres graves, le pronostic reste douteux, le plus souvent plutôt fâcheux que bon, et la maladie finit par un état chronique ou la mort.

4° Après qu'on a observé le dépôt critique de l'urine, qui d'ailleurs ne se montre pas à des jours déterminés, le liquide devient très abondant, plus aqueux, plus transparent, peu coloré; à peine on nullement acide.

IV. Hufeland's Journal der practischen Heilkunde, continué par Osann.

Les cahiers de mai, juin et de juillet contiennent: 1° *De l'hydropisie*, par le docteur Henle. 2° *Névralgie du nerf vague*; par le docteur Schupman. (Cas peu rare.) 3° *Sur la fièvre typhoïde qui a régné à Dorsten (Westphalie), pendant les années 1837, 1838*; par le docteur Bierbaum. (Rien d'inconnu.) 4° *Remarques sur l'efficacité de quelques remèdes récemment introduits dans la thérapeutique*; par le docteur Dürr. 5° *Quelques notions sur le pellagre*; par le docteur Hammer. 6° *Sur l'origine de l'acrimonie du sang*; par le docteur Dann. (Article riche en citations, tendant à prouver que le sang et en général la masse des humeurs peuvent être perverties par absorption de principes nuisibles.) 7° *Cas de cancer du pylore et du pancréas*; par le docteur Schupman. (Rien de saillant.) 8° *Observation d'une névrose remarquable provoquée par une hypertrophie des os de la tête à la suite de couches*; par le docteur Constatt. 9° *Chloro et topographie de l'Odenwald dans le grand duché de Hesse*; par le docteur Ebel. 10° *Sur la malaria*; par le docteur Zink. (L'auteur la regarde comme produite par les effluves des marais, surtout lorsque ces derniers sont sur le point de se dessécher, et il propose de la combattre par le sulfate de kinine.) 11° *Quelques remarques sur les maladies du pylore et du pancréas*; par le docteur Zandsberg. (L'auteur fait d'abord un parallèle entre ces deux maladies, dont il ne résulte pas un diagnostic bien évident: puis suivent dix observations dont cinq sont des maladies de l'estomac qui n'offrent rien de nouveau, les cinq autres sont présentées par l'auteur comme des affections de pancréas: le vague des symptômes, joint à l'absence des autopsies (les malades ayant guéri), nous laisse dans le doute sur le diagnostic qui reste encore toujours douteux. Dans ces derniers cinq cas, M. Landsberg a employé avec beaucoup de succès les pédiluves nitro-muriatiques (Gazette médicale 1835 et 1836.) 12° *Remarques sur l'iode*; par le docteur Schneider. (Rien de nouveau.) 13° *Deux observations d'endurcissement du tissu cellulaire des enfans*; par le docteur Rœsch. 14° *Variétés*.

De l'hydropisie; par le docteur Henle.

Nos lecteurs connaissent déjà les découvertes microscopiques de M. Henle sur le tissu épidermoïde (Gazette médicale, 1838, page 649); dans ce nouvel article il nous communique ses observations sur les membranes des cavités séreuses et les alvéoles du tissu cellulaire; les unes et les autres sont tapissées intérieurement par une couche de cellules épidermiques comme toutes les autres membranes du corps; et dans la réalité les membranes séreuses ne sont autre chose que des amas de cellules épidermiques, condensées et appliquées sur un réseau vasculaire étalé et dont on peut surtout très bien apercevoir les ramifications, lorsqu'on les examine dans les articulations de jeunes animaux; là on voit distinctement ces petits vaisseaux capillaires se ramifier par-dessus les surfaces des cartilages. Ce n'est pas un produit de sécrétion qu'on trouve dans les cavités séreuses, mais simplement de la sérosité du sang (*Blutwasser*) qui a transudé à travers les parois inorganiques des vaisseaux et dans laquelle nagent des débris de cellules épidermiques. La graisse contenue dans les alvéoles du tissu cellulaire n'est pas non plus un produit de sécrétion, mais c'est un amas de petits corps organisés semblables aux cellules épidermiques; ainsi le contenu des alvéoles du tissu cellulaire graisseux comme celui du tissu cellulaire séreux, présente une grande analogie. La surface interne des vaisseaux, de même que celle des cavités séreuses, est tapissée par une couche de cellules épidermiques.

Entre la couche interne des vaisseaux et celle qui tapisse les cavités séreuses ou les alvéoles du tissu cellulaire, se trouvent encore d'autres élémens, tels que des filets nerveux, etc., le tout formant un réseau plus ou moins dense à travers lequel le sérum du sang peut transvider de l'intérieur des vaisseaux dans les cavités voisines ou de ces dernières dans les vaisseaux, selon que les mailles des parois sont plus lâches ou plus serrées. Une hydropisie n'est donc autre chose, d'après l'auteur, qu'une transudation trop abondante de sérum du sang à travers les parois des vaisseaux et un épanchement de ce même sérum dans les cavités séreuses du tissu cellulaire. Elle dépend toujours d'un défaut de rapport entre la consistance du sang et la densité des mailles des parois des vaisseaux; donc on doit admettre deux causes d'hydropisie, 1° par laxité des tissus, 2° par ténuité du sang.

La laxité du tissu est provoquée par un état d'atonie probablement, par paralysie directe des nerfs ou par leur section, ou par déplacement indirect de l'influx nerveux à la suite d'une irritation éloignée, par la stagnation du sang et sa pression trop forte sur les parois des vaisseaux dont les pores se trouvent alors forcés; par exemple, lorsque la colonne du sang est trop haute dans la station prolongée et qu'il se fait une infiltration au tour des malléoles, qu'il y a un obstacle à la circulation par compression, par phlébite adhésive, etc., ou toute autre inflammation.

La ténuité du sang a lieu lorsqu'il y a augmentation de principes

aqueux dans le sang ou diminution de la fibrine, comme dans les expériences de Magendie, dans les maladies par dyscrasie, telles que la chlorose, la cyanose, etc., lorsque les organes de la sécrétion sont malades, comme les reins et la peau.

Nous avons donc rapporté en peu de mots la théorie de M. Henle sur les hydropisies; mais il suffit de se rappeler le strictum et le laxum des méthodistes pour voir ce que ce système a de commun avec les doctrines des anciens, tels que Démocrite, Asclépiade, Thémison, fondateurs de la secte des méthodistes.

OBSERVATION D'UNE NÉVROSE REMARQUABLE PROVOQUÉE PAR UNE HYPERTROPHIE DES OS DE LA TÊTE A LA SUITE DE COUCHES; par le docteur CONSTATT.

La femme qui fut le sujet de cette observation avait accouché neuf fois toujours heureusement; quelques semaines après la dernière couche elle fut prise, sans cause connue, de céphalalgie à laquelle se joignirent plus tard de la diplopie, du strabisme, la perversion de l'odorat et du goût, de la dysphagie, des nausées, des vomissemens, des convulsions, etc.; une sécrétion copieuse et fatigante dans le pharynx, des urines abondantes, des sueurs colliquatives, etc.

A l'autopsie on trouva tous les os de la tête hypertrophiés principalement à droite; les nerfs cérébraux atrophiés et aplatis, surtout à gauche.

M. le professeur Rokitarsky est le premier qui ait porté une attention particulière à la perversion de la nutrition des os chez les femmes en couche. (OCSTER. MED. JAHRBUHER 1838). Helm a confirmé ces remarques dans sa MONOGRAPHIE SUR LES MALADIES PUERPÉRALES. (ZURCI, 1839, p. 33.)

V. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par le docteur CASPER.

HYDROPHOBIE SPONTANÉE; par le docteur DE TREYDEN, de Kœnigsberg.

Sous ce titre, l'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de 22 ans, qui, après avoir présenté tous les symptômes de la rage, est mort au bout de cinq jours. Le malade, qui avait gardé l'usage de ses facultés intellectuelles jusqu'aux derniers momens, a pu rendre compte de tous les tourmens qu'il éprouvait, tels qu'une grande soif avec horreur des liquides, secousses électriques à la vue d'objets brillans, à la sensation d'un air froid ou d'un corps humide. Le malheureux crachait beaucoup, tout en accusant une grande sécheresse à la gorge; il ne s'est pas souvenu d'avoir jamais été mordu par un animal enragé, ou d'avoir caressé quelques chiens suspects; seulement, à l'âge de 4 ans, il avait été renversé et peut-être mordu par un troupeau de cochons, et en conservait, depuis ce temps, des cicatrices visibles sur le corps. On avait administré la belladone à l'intérieur, fait des frictions mercurielles et appliqué le cautère actuel le long de la colonne cervicale et dorsale.

A l'autopsie, on n'examina que les nerfs vagues et phréniques; ils furent trouvés à l'état normal.

DE LA COÏNCIDENCE DE L'URINE ALBUMINEUSE AVEC L'HYDROPISIE QUI SE DÉVELOPPE A LA SUITE DE LA SCARLATINE; par le docteur PHILIPP, de Berlin.

Le résultat des recherches de M. Philipp sur cette intéressante matière n'est pas le même qu'ont obtenu les médecins anglais Snow et Bright (GAZ. MÉD., p. 201 et 411, 1840).

Dans une épidémie de scarlatine qui a régné cet été à Berlin, tous les individus affectés de cette maladie, qui ne sont pas morts dans les premiers douze jours d'une affection cérébrale, ou, ce qui était plus fréquent, du croup, ont été pris, après un temps plus ou moins long, ou seulement quatre à cinq semaines après la desquamation, d'accidens hydropiques qui ne pouvaient être rattachés à aucune autre maladie qu'à l'épidémie régnante.

M. Philipp a examiné, dans 60 cas au moins, l'urine, le plus souvent à plusieurs reprises, dans le courant de la maladie, et le plus de fois par les deux méthodes, en la chauffant et en y ajoutant de l'acide nitrique, et dans aucun cas il n'a pu découvrir un vestige d'albumine, ce qui doit paraître moins surprenant, quand on pense que, sur une quantité innombrable de malades qui ont été examinés depuis deux ans, on n'a rencontré à Berlin que deux fois la maladie de Bright, si commune à Londres. Est-ce à cette circonstance qu'on doit attribuer la grande mortalité de cette fâcheuse complication de la scarlatine, notée par les auteurs anglais, tandis que M. Philipp n'a pas perdu un seul malade sur le grand nombre d'hydropisies, suite de scarlatine?

SUR L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur ECCLENBURG, de Berlin.

Cet article contient une observation très intéressante d'une jeune personne de 17 ans, qui, ayant donné des soins à un nourrisson affecté d'ophthalmie purulente, fut atteinte elle-même de cette maladie; malgré un traitement très rigoureux et bien entendu, la malheureuse a perdu un œil en moins de quatre jours par rupture de la cornée; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à sauver l'autre œil, devenu malade quelques jours plus tard. La mère de l'enfant qui a infecté la jeune fille était atteinte depuis plusieurs années d'écoulement blanc; à ce sujet, M. Ecclenburg dit n'avoir jamais vu, dans sa pratique très étendue, une ophthalmie purulente chez un nouveau-né, sans qu'on ait noté chez la mère un écoulement blanc par le vagin. Quant au pronostic, il est infiniment plus grave lorsque c'est la conjonctive oculaire qui en est le siége, que lorsque c'est la palpébrale. Dans le traitement, il faut se garder de perdre du temps avec le froid, les astringens, etc., et recourir de suite aux antiphlogistiques les plus énergiques. Une ophthalmie purulente chez un nouveau-né, en apparence béoigne, mais transportée sur un adulte, peut devenir effrayante en très peu de temps, ainsi que le prouve l'observation de M. Ecclenburg.

SUR LES VERS INTESTINAUX; par le docteur POPKEN, de Jever (grand duché d'Oldenbourg).

Chez deux individus tourmentés par des vers dans le rectum, contre lesquels une foule de moyens ont été employés sans succès, l'auteur a eu recours à une décoction de quinquina. Les deux malades furent radicalement guéris au bout de trois semaines.

AUTOPSIE D'UNE JEUNE FILLE MORTE DES SUITES DE LA CYANOSE; par M. le docteur GROETZNER, de Breslau.

Ce n'est qu'à l'âge de 14 ans que les premiers symptômes de la cyanose se sont montrés; cette maladie fit des progrès rapides; à l'autopsie, on trouva la cloison interventriculaire largement ouverte, le trou de Botal conservé, ainsi que le canal artériel.

TROIS OBSERVATIONS DE NÉVROMES; par le docteur RUHBAUM, à Rathenow.

OBS. I. — Un paysan, âgé de 50 ans, de constitution forte, souffrait, depuis quinze mois, d'une petite tumeur très sensible, qui avait son siége sur l'omoplate droite; lorsque le malade vint consulter M. Ruhbaum, la tumeur était devenue si sensible qu'il ne pouvait plus supporter un habit de drap, le moindre attouchement occasionnait des douleurs brûlantes, poignantes, extrêmement vives. A un examen plus attentif, on trouva sur l'acromion droit une petite élévation bleuâtre, de la grandeur et de la forme d'une lentille, ayant son siége dans la peau. La tumeur s'étendait un peu plus dans la profondeur; pourtant elle n'était pas plus grande qu'un haricot et avait la consistance d'une glande lymphatique; le malade l'attribuait à la pression causée par de lourds fardeaux. La tumeur fut extirpée; elle avait une consistance ferme, lardacée, granuleuse; en l'examinant à la loupe, on y vit des vaisseaux assez développés; on ne put y découvrir de nerfs. La petite plaie guérit bientôt par suppuration, et huit années plus tard l'opéré se trouvait encore très bien portant.

OBS. II. — Une paysanne, âgée de 30 ans, toujours bien portante, vit survenir, sans cause connue, sur les derniers mois de sa grossesse, qui au reste était fort régulière, une tumeur cutanée, très douloureuse, et devenant toujours plus grande; elle avait son siége à la partie moyenne et interne de la cuisse; quatre mois après, lorsque M. Ruhbaum vit pour la première fois la tumeur, elle avait l'étendue d'une petite épingle, dépassait la surface cutanée, était dure au toucher, incolore et mobile. Au moindre attouchement, la malade ressentit une douleur poignante qui parcourait tout le corps, tandis qu'une pression plus forte sur la tumeur était bien moins douloureuse. Durant le repos, les douleurs périodiques étaient obscures, mais elles s'exaspéraient par le mouvement, et surtout lorsque les vêtemens venaient la froisser. En extirpant la tumeur, on vit qu'elle était formée par l'endurcissement du nevrilème d'un filet du nerf cutané postérieur dont le tronc paraissait sain.

L'opérée fut guérie et se portait encore bien cinq ans après.

OBS. III. — Un homme de 58 ans se plaignait depuis onze ans d'une petite tumeur très douloureuse dans la peau, à la région lombaire droite; le malade, après avoir employé sans succès une foule de moyens, se décida enfin à l'opération. La tumeur extirpée fit voir dans son intérieur une masse médullaire, molle et rougeâtre, parcourue par deux branches nerveuses. A l'angle supérieur de la plaie, les moignons de ces deux petits nerfs étaient très distincts et surtout très douloureux au moindre attouchement; on se décida à les cautériser, et, chose remarquable, le malade ne souffrait nullement par cette opération. GUÉRISON.

Quoique tous les symptômes indiqués par les auteurs comme propres aux névrômes n'aient pas été mentionnés, nous ne doutons nullement que ces trois observations n'appartiennent réellement à ce genre de maladie, qui, comme on sait, ne cède qu'à l'extirpation. Le traité le plus complet que nous possédions sur cette matière est la dissertation de M. le docteur Aronssohn; il serait à désirer que l'habile praticien de Strasbourg en fit paraître une nouvelle édition.

VI. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELÉ.

Le troisième cahier du sixième volume contient 1° *Sur les tumeurs sanguines à la tête des nouveau-nés*; par le professeur Chelius. 2° *Revue des travaux les plus récens dans le domaine de la matière médicale*; par le docteur Dierbach. 3° *Sur les eaux minérales de Hambourg* (près de Francfort-sur-Mein); par le docteur Osius. 4° *Sur le foie de morue*; par le docteur Falker. (L'auteur attribue l'efficacité de ce médicament à la résine combinée à la gélatine qui entre dans sa composition. L'article est suivi de deux observations de paralysie guérie par l'emploi de l'huile de foie de morne. Les deux malades ont été traités par M. le professeur Puchelt.) *Remarques sur la gastromalacie*; par le docteur Hanff. (Article intéressant, mais n'offrant rien d'inconnu.) 6° *Citations de quelques cas de grossesse extra-utérine*; par le docteur Grenser. 7° *Observation d'une plaie pénétrante du bas-ventre très étendue*; par le docteur Wurth. 8° *Sur le trichinia spiralis*; par le docteur Bischoff. (Article de polémique.)

SUR LES TUMEURS SANGUINES A LA TÊTE DES NOUVEAU-NÉS; par le professeur CHELIUS.

En 1828, le savant chirurgien de Heidelberg avait déjà publié un mémoire remarquable sur ce sujet; de ce nouveau travail, où il passe principalement en revue ce qui a été fait depuis, nous ne donnerons qu'un court résumé, en nous bornant à rapporter les opinions personnelles de l'auteur.

1° Les tumeurs sanguines peuvent avoir leur siége sur toutes les parties du crâne; elles sont infiniment plus fréquentes sur les pariétaux que partout ailleurs; mais il est faux que ce soit là leur siége exclusif.

2° Lorsque les tumeurs sont abandonnées à elles-mêmes, le sang extravasé se résorbe, et le péricrâne se réapplique sur l'os, ou bien toute la tumeur subit une métamorphose particulière, elle devient crépitante, élastique et comme parcheminée; elle acquiert plus de dureté, et ressemble à une exostose qui, se confondant par ses bords avec les autres os, finit par s'effacer dans un espace de quatre mois à un an, sans laisser de traces de son existence.

3° Parmi les trois causes, telles que maladie primitive des os, état morbide des vaisseaux, ou violence extérieure, admises par les auteurs, M. Chelius ne reconnaît que la dernière, et regarde comme consécutives les différentes altérations des os et des vaisseaux trouvées à l'autopsie; ce qui justifie encore cette manière de voir, c'est la bénignité de ces tumeurs, qui guérissent promptement et facilement.

4° A l'autopsie, l'état de la tumeur varie selon son ancienneté; au commencement, on trouve du sang plus ou moins fluide ou moins coagulé entre le péricrâne et l'os. La surface extérieure de celui-ci est rugueuse; plus tard, on voit s'élever des points osseux qui s'avancent à travers la tumeur jusqu'au péricrâne et se confondent avec la masse coagulée; le péricrâne lui-même peut être détaché de la tumeur avec beaucoup de facilité. A une époque plus avancée encore, et lorsque la tumeur est déjà plus effacée, on ne trouve pas d'autre différence qu'un épaississement plus grand de l'os, surtout de sa table externe et un développement plus considérable de son diploé.

Le diagnostic est généralement facile, on ne peut confondre cette maladie qu'avec une hernie du cerveau, ni avec l'œdème du cuir chevelu de la tête, etc.; ce n'est que dans un état avancé de la maladie, et lorsqu'on ne l'a pas suivie dès son origine, qu'on pourrait la confondre avec un exostose.

6° Le pronostic est presque constamment favorable, si la tumeur est abandonnée à elle-même, et si la nature n'est pas contrariée par un traitement mal entendu. En général, on doit se contenter de l'expectation ou de l'application de quelques moyens résolutifs combinés avec une douce compression. Si la tumeur restait très longtemps fluctuante, il faudrait évacuer le sang noir à l'aide de la lancette; on se gardera bien de faire de larges incisions ou d'introduire de la charpiee, ou tout autre corps étranger sous le tégument; il est aussi bien entendu que la ponction n'est pas indiquée lorsque la tumeur commence à prendre de la consistance.

VI. ALLGEMEINE MEDICINISCHE-CHIRURGISCHE MONATSCHRIFT.

Nous avons devant nous les six premiers cahiers de ce nouveau journal, qui ne contient que peu d'articles originaux; encore ne nous offrent-ils pas assez d'intérêt pour être rapportés. Nous prenons la liberté de faire remarquer ce défaut à l'honorable rédacteur, qui est mieux placé que personne pour savoir qu'il existe déjà assez de recueils périodiques en Allemagne, uniquement compilateurs, et ne laissant rien à désirer sous ce rapport.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

CORRESPONDANCE.

Lecture faite du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel donne communication de la correspondance. M. Ollivier d'Angers fait hommage d'un mémoire sur la suspension. MM. Martin et Arnal présentent un mémoire sur l'amputation sus-malléolaire. M. Lassaigne adresse une lettre dans laquelle il annonce qu'il a entrepris à l'école d'Alfort, de concert avec le chef des travaux chimiques de cet établissement, une série d'expériences tendant à confirmer chez les animaux la découverte faite par M. Orfila sur l'homme. Du sucre de saturne en grande quantité (1 kilog. au moins) a été administré à plusieurs chevaux, et toujours, dans l'urine de ces animaux, il a pu retrouver de très notables proportions du métal.

M. CHEVALLIER annonce qu'il a entrepris avec M. Bricheteau des recherches sur l'urine des ouvriers attaqués de coliques ou d'autres maladies saturnines. Il tiendra l'Académie au courant de ces travaux.

L'Académie devant se former en comité secret pour entendre les rapports sur le prix Montyou et Cevrieux, M. HUSSON a la parole pour une communication.

ANTIMOINE TROUVÉ DANS LES URINES D'UN HOMME AFFECTÉ DE PNEUMONIE, ET QUI N'AVAIT PRIS QUE 1,10 D'ÉMÉTIQUE DANS UNE POTION.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une soucoupe sur laquelle sont déposées des taches d'un gris bleuâtre, brillantes, et qui sont tout-à-fait semblables aux taches d'antimoine dont votre commission a pu constater l'existence lors des expériences faites par M. Orfila en sa présence. Ces taches sont à peu près le tiers de celles qu'on a obtenues de l'urine d'un homme qui, la semaine dernière, est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pour une pneumonie grave. Je lui ai fait prendre 1,10 g. d'émétique dans une potion. Il n'a eu ni selles ni vomissemens; il a parfaitement toléré le médicament. J'ai fait recueillir ses urines, et je les ai envoyées à M. Orfila, qui en a extrait les taches d'antimoine, que chacun peut voir sur la soucoupe de porcelaine.

HERNIE INGUINALE D'UNE NOUVELLE ESPÈCE.

M. VELPEAU : J'ai opéré mardi dernier, à l'hôpital de la Charité, une vieille garde-malade, offrant une hernie inguinale étranglée depuis le dimanche précédent. Cette malade a succombé; et l'examen de la région inguinale m'a permis de constater une variété de la hernie inguinale, inconnue jusqu'à présent. Les hernies inguinales externes et internes sont généralement connues. On sait que ces dernières se font en dedans de l'anneau inguinal interne, entre les vaisseaux épigastriques et le cordon oblitéré de l'artère ombilicale. Des trois fossettes péritonéales qu'offre à ce niveau la face profonde des parois abdominales, l'externe et la moyenne indiquent le point par où les intestins, dans ces deux espèces de hernies pénètrent à travers ces parois. Dans la nouvelle espèce que je montre aujourd'hui, l'intestin a penétré la paroi abdominale, entre le tendon du grand droit et l'artère ombilicale, pour pénétrer de là dans le canal inguinal, où elle était restée, laissant intact l'anneau externe, et soulevant l'aponévrose du grand oblique, qu'il a fallu inciser au-dessus de son anneau. Cette hernie, qui jusqu'ici n'a point été directe, offre ceci de particulier, que le débridement nécessaire pour lever son étranglement peut à peu près se faire indifféremment en dedans ou en dehors. En dedans, aucun organe important à blesser; en dehors, les vaisseaux épigastriques se trouvent à deux centimètres. Le col de la hernie est côtoyé dans ce dernier sens par l'artère ombilicale; mais l'oblitération de ce vaisseau met à l'abri de toute hémorragie, dans le cas où il serait atteint par le bistouri. Je ferai remarquer que, dans le cas présent, ce vaisseau, bien qu'il fût immédiatement en contact avec le col de la hernie, et que j'aie débridé dans l'étendue d'un centimètre, n'a cependant pas été touché, refoulé qu'il a été par l'instrument.

M. ROUX dit qu'il ne partage pas l'opinion de M. Velpeau relativement au caractère de la hernie, suivant lui, il s'agit ici d'une hernie ventrale.

La nécessité où se trouve l'Académie d'entendre les rapports en comité secret fait remettre la discussion à une séance prochaine.

OPÉRATION DE STRABISME.

M. BAUDENS présente deux individus sur lesquels il a pratiqué, dimanche der-

nier, 6 décembre, l'opération du strabisme sur un œil seulement. Ils offraient tous deux le strabisme convergent. Aussitôt après l'opération, l'œil opéré a pu se porter en dehors. Il présente aujourd'hui ces opérés, pour que l'Académie puisse plus tard constater le résultat éloigné de l'opération, après en avoir constaté le résultat immédiat.

M. Roux déclare qu'il croit l'opération du strabisme radicalement mauvaise et ne devant jamais offrir de bons résultats; d'une part, parce que le muscle après sa cicatrisation reprend toute son action et surtout parce que l'inégalité de force visuelle, constante dans le strabisme, oblige les malades à ne se servir que d'un seul œil.

M. Velpeau : J'ai opéré sept strabismes, et une seule fois j'ai pu constater le succès longtemps après l'opération. Dans quatre autres cas, les suites immédiates de l'opération ont été aussi satisfaisantes que possible; mais à l'époque où les malades m'ont quitté, la difformité n'était point complétement corrigée, et depuis je ne sais ce qui est arrivé. Deux autres fois, l'opération a complétement échoué quant à ses résultats éloignés, lorsqu'immédiatement après la section du muscle droit interne les yeux avaient recouvré le mouvement en dehors, perdu depuis l'enfance. Si je m'étais contenté d'annoncer mes résultats aussitôt après l'opération, je n'aurais annoncé que des succès non équivoques, car tous les opérés pouvaient, aussitôt après la section du muscle, porter l'œil en sens opposé. J'ai attendu et j'ai vu depuis qu'à l'exception du cas que je viens de mentionner mes opérations, dans les deux derniers cas que j'ai pu suivre, n'ont pas réussi. Je pense donc que ce n'est pas quelques jours après l'opération du strabisme qu'il faut dire qu'elle a réussi, mais qu'il faut attendre pour en juger les résultats.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS.

LETTRE SUR LE PROJET DE LOI CONCERNANT L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

Mihi Galba, Otho, Vitellius, nec injuria, nec beneficio cogniti.

Et c'est parce que je suis sans passion et sans intérêt dans l'importante question qui divise en ce moment les pharmaciens de Paris que je vais m'en occuper et vous dire ma pensée tout entière.

Je rappellerai succinctement les motifs de cette division; une commission greffée sur une commission plus ancienne a outrepassé ses pouvoirs ou les a mal interprétés, en présentant au ministre de la justice un mémoire qui n'avait été ni soumis, ni même communiqué antérieurement aux pharmaciens.

De là, réclamations contre cet acte au moins inconvenant et hautement blâmé par plusieurs membres de cette commission, et particulièrement son honorable président, puis convocation générale, interpellations à la commission, refus de sa part de s'expliquer, et nomination immédiate d'une commission nouvelle. Tous ces faits sont de notoriété publique; c'est maintenant de l'histoire ancienne, je n'ai donc pas à entrer dans de plus grands détails. Je me bornerai à examiner l'art. 1 du projet de loi proposé dans le mémoire, article qui a excité de si justes susceptibilités, et à faire ressortir tout ce qu'il renferme d'illégal et de funeste pour l'exercice de la pharmacie, qu'il réduirait à un ilotisme complet sous le bon vouloir de certains Spartiates retraités, qui, toutefois, ont trouvé, même dans ce qu'ils appellent maintenant le charlatanisme, plus que le brouet noir de Lacédémone.

« Art. 1. Les peines portées par la loi du 29 pluviose an XIII contre l'annonce des remèdes secrets seront applicables en cas de dépôt, distribution, vente ou débit de ces remèdes. »

D'abord, qu'est-ce que le remède secret? car il est de droit étroit, de rigoureuse justice de définir le délit que l'on veut punir. Tous les cas prévus par les lois ordinaires, même ceux qui ressortent du tribunal de police municipale, sont scrupuleusement définis; autrement il y aurait eu piége de la part du législateur, s'il n'avait pas dit formellement à tous les citoyens : voilà les faits dont l'accomplissement vous rendra justiciables de tel ou tel tribunal, et vous fera encourir les peines portées par tel article du Code pénal. Puisque la commission générale prétend qu'il y a dans la loi de germinal omission et confusion, qu'elle ne se rende pas coupable d'omission à son tour, en ne définissant pas le remède secret, et de confusion, en confondant tous les médicamens particuliers dans cette banale et insidieuse dénomination. Ne voyons pas toujours une paille dans l'œil de notre prochain.

On répond, je le sais, que des arrêts de différentes cours royales ont suffisamment défini le remède secret et font autorité maintenant. Mais les pharmaciens ont-ils mûrement réfléchi sur cette réponse, en ont-il bien compris toute la portée? La jurisprudence constante des tribunaux considère comme remède secret tout médicament dont la formule n'est pas insérée dans le Codex, mais dans le Codex seulement, ou approuvée par l'Académie royale de médecine. Et remarquez bien qu'ils ne reconnaissent ainsi aucun formulaire comme légal, et qu'ils ont créé cependant un monopole au bénéfice de l'Académie de médecine, bénéfice illusoire d'ailleurs, puisque l'Académie répond à toutes les demandes par une fin de non-recevoir, et qu'elle ne voudra jamais en user sans doute.

Maintenant que vous voilà bien avertis sur la définition légale du remède secret, voyons, la main sur la conscience; en est-il beaucoup parmi vos confrères qui bornent leurs préparations aux seules préparations du Codex et qui ne soient jamais exposés à être traduits en police correctionnelle, traînés sur le banc où s'asseoient les filous de bas étage, pour dépôt, distribution, vente ou débit d'un médicament d'une pharmacopée étrangère, par exemple, ou du formulaire Magendie, ou de celui de Bouchardat, etc.; car ils deviendront pour vous presque livres défendus, puisque vous ne pourrez pas en préparer à l'avance les formules, et qu'il vous faudra pour pouvoir le faire guetter les médecins qui passeront dans votre rue, en tirer un par le pan de son habit lui disant humblement : docteur, faites-moi, je vous prie, l'ordonnance dont j'ai besoin; comme les libraires disaient dans un temps aux auteurs qu'ils prenaient au passage : Monsieur, de grace, faites-moi des Lettres persanes, il n'y a plus que cela qui se vend. Tous les pharmaciens, sans exception aucune, en seront réduits à cette dure nécessité, à cette soumission à l'ordonnance, car les préparations les plus usitées à présent, dans le trop petit nombre de prescriptions médicales, sont les préparations indiquées dans les journaux scientifiques et recueillies dans les formulaires. Le Codex est tellement tombé en désuétude qu'on l'a fait en français comme livre d'herboriste. Et cependant toutes les fois qu'on sortira de l'ornière tracée par ce soi-disant Évangile pharmaceutique, on s'exposera à une saisie pratiquée par un des membres de la chambre de discipline, uniquement par obéissance et par respect pour la lettre de la loi; car l'investiture de ces fonctions inquisitoriales les mettront tellement au-dessus des petites passions humaines, qu'il n'y aura jamais en eux ni jalousie ou rivalité de métier, ni rancune, ni désir de servir un ami et confrère, voisin de celui qui aura osé préparer des pilules bleues, du cold créam, de la pommade contre les engelures ou toute autre chose dont le Codex ne dit mot.

Et notez bien, Monsieur, que ce pauvre Codex, qui désormais deviendra tables de la loi, avoue en toute humilité qu'il ne contient que les formules « des médicamens dont l'usage a été sanctionné et justifié par des succès bien constatés. » Comment sera-t-il possible avec la législation demandée de constater l'efficacité d'un médicament lorsqu'on en punira la vente? Aurez-vous un établissement particulier et reconnu pour faire toutes les préparations nouvelles et les essayer *in animâ vili?* En admettant même cette inadmissible combinaison, il faudra attendre qu'un appendice au Codex ait rendu la préparation légale avant qu'il vous soit permis de le faire exécuter dans votre officine, et si votre découverte date de janvier et que l'appendice soit publié en décembre..... Véritablement la commission générale, en annexant à son travail l'art. 1, a eu dans les pharmaciens une insultante confiance; c'était leur dire *crede quia absurdum.*

Tuez l'annonce qui se carre plus effrontément que jamais à la fin des journaux et s'étale avec impudeur sur tous vos murs, et chacun ira à son enterrement avec un bouquet au côté, mais ne vous suicidez pas pour y parvenir. Si vous demandez des verges, qu'elles ne servent pas au moins à vous fouetter, et l'art. 1 vous expose à être frappé à chaque instant, soit par la susceptibilité honorable, mais exagérée, d'un de vos confrères, soit par la vengeance de ceux dont vous aurez détruit la blamable industrie; il ne faut qu'un demi-décigramme de bon sens pour comprendre cela. Le puritanisme de bonne foi, je le veux bien, de la commission générale est un puritanisme mal entendu; cela tient à sa composition. Plusieurs de ses membres n'ont jamais été pharmaciens exerçans, d'autres ne le sont plus, d'autres vont cesser de l'être..... L'ancienne commission plus sincère, vous disait dans son premier rapport, page première, colonne première :

« Mais nulle part la partie commerciale et pratique de la pharmacie, qui a bien aussi sa moralité et son importance, n'a cependant pas d'organe constitué; aussi quelque honneur qu'aient pu lui faire les signatures *d'anciens pharmaciens* et de professeurs, on n'a désiré avoir que celles des *pharmaciens exerçants.* »

Et malgré cette franche déclaration vous avez ainsi composé la commission générale!... Véritablement une telle absence de logique, une semblable aberration de raisonnement sont chose déplorable et ne peuvent se qualifier.

Un dernier mot. Considérez un peu la situation actuelle; voyez combien elle est grave, et ne croyez plus que dans des circonstances où tout le pays est plein d'anxiété et dans une douloureuse attente, on prêtera une oreille favorable à des demandes mesquines et de tracasseries controversales et controversées. On vous dira avec juste raison de vous mettre d'accord plutôt que de fatiguer le pouvoir du bruit de vos petites querelles. C'est le conseil que je donne à tous vos confrères et qu'ils feront bien de suivre s'ils ne veulent pas éveiller intempestivement l'attention publique qui ne répondra que par le ridicule dont on n'a que trop souvent frappé votre honorable profession. Le temps est arrivé pour elle de prendre en tête de la société la place qui lui appartient; mais pour y parvenir il faut se comporter avec esprit, justice et dignité.

H. F.

— La deuxième série d'épreuves du concours ouvert à la Faculté a été terminée le 11 décembre. Les séances du 2, du 4 et du 7 ont été consacrées aux leçons de MM. Bérard jeune, Thierry, Ph. Boyer, Huguier, Lenoir et Sédillot. M. Bérard avait à parler sur l'opération de la hernie étranglée; M. Thierry, sur les opérations que nécessitent les coarctations; M. Ph. Boyer, sur les sutures; M. Huguier, sur les opérations que nécessitent les tumeurs érectiles; M. Lenoir, sur les amputations dans la contiguité des membres; M. Sédillot, sur le trépan en général.

— Notre ancien collaborateur et ami, M. le docteur Bouchacourt, vient d'être nommé chirurgien en chef désigné de l'hôpital de la Charité de Lyon, à la suite d'un brillant concours.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 51. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruptinn dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

I. Travaux originaux. Cours de pathologie et de thérapeutique générales fait à la Faculté de médecine par M. Andral. — II. Revue des journaux de médecine anglais trimestriels. Du traitement de la phthisie commençante. — Transposition de l'aorte de la trachée et de l'œsophage. — Calculs urinaires déposés autour d'une paille. — Opération et cure radicale pour une hernie inguinale réductible. — Observation d'un cas d'affection cérébrale dépendant d'une maladie du péricarde. — Recherches sur le diabète, avec des observations qui démontrent l'efficacité de l'ammoniaque dans le traitement de cette maladie. — Observations sur les tumeurs et le gonflement de l'abdomen, éclairées par des observations de maladies du foie. — Observation de plusieurs dragunaux observés sur un enfant. — Carbonate de fer donné comme antidote de l'arsenic. — Essai sur les maladies d'oreille. — Récidive des hydrocèles traitées par l'injection de teinture d'iode, à l'hôpital de Calcutta. — Recherches statistiques sur les maladies, la mortalité des troupes anglaises dans l'Afrique occidentale, à l'île Sainte-Hélène et à l'île Maurice, faites sur le rapport des médecins militaires au bureau de la guerre. — Salivation déterminée par l'emploi de l'hydriodate de potasse. — Observation d'un cas d'épilepsie de longue durée sans aucune lésion appréciable du cerveau ni de la moelle épinière. — Observation de grossesse compliquée de tumeur remplissant la cavité du bassin et suivi d'accouchement naturel. — III. Bibliographie. Traité de physiogie, considérée comme science d'observation. — Physiologie du système nerveux, ou recherches et expériences sur les diverses classes d'appareils nerveux, les mouvemens, la voix, la parole, les sens et les facultés intellectuelles. — IV. Feuilleton. Un concours. (Etude de mœurs.)

PATHOLOGIE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE PAR M. ANDRAL. — COMPTE-RENDU; par M. Monneret, agrégé à cette Faculté, médecin du bureau central.

La pathologie et la thérapeutique générales ne sont pas comprises de la même manière par tous les auteurs; les uns les font consister dans l'étude des maladies envisagées d'une manière abstraite et dans ce qu'elles ont de commun; d'autres leur assignent un but plus philosophique et les considèrent comme destinées à la recherche des faits généraux. Ces dissentimens au sujet d'une science qui doit résumer toute la médecine ne peuvent surprendre, surtout quand on sait que la pathologie générale n'existe pas pour ces médecins qui assurent sérieusement que l'observation ne date que d'hier et que notre art en est encore à ses premiers commencemens. Sans réfuter des assertions aussi singulières, on doit reconnaître qu'elles ont pu paraître valables aux yeux de certaines personnes, tant que la pathologie générale n'a pas été placée sur son véritable terrain. Broussais, qui fut chargé le premier d'enseigner cette science, traita exclusivement dans son cours de la pathologie interne. Aussi les médecins qui s'étaient élevés contre la création d'une chaire de pathologie générale, eurent-ils un instant gain de cause. Ils soutinrent que les principes fondamentaux de cette science n'existaient pas encore puisqu'un généralisateur aussi hardi que Broussais, n'avait pu les décou-

Feuilleton.

UN CONCOURS.

(ÉTUDE DE MOEURS.)

Est-il vrai que tous les hommes *trouvent leur mesure* dans un concours? Il s'en faut beaucoup que cette question soit résolue, peut-être même ne le sera-t-elle jamais, par la raison que les argumens pour ou contre peuvent être largement discutés. C'est précisément ce qu'ont fait les partisans et les adversaires de cette institution. Prêtez l'oreille aux premiers; selon eux, le concours est tout et prouve tout, c'est la pierre de touche du mérite, c'est surtout la preuve d'une éminente aptitude à enseigner. En effet, de quoi s'agit-il? Non-seulement d'un savant, mais d'un homme qui sache communiquer son savoir, qui ait l'art d'instruire avec méthode et avec clarté. Qui ne sait professer a par cela même un talent sans puissance et sans étendue, car sa propagation n'est ni forte, ni directe, ni rapidement communicative. D'où il résulte qu'un bon professeur est et doit être immédiatement issu d'un concours; par là on a pu juger ce qu'il est, ce qu'il peut et ce qu'il vaut. La facilité d'élocution, l'art de rendre ses idées, d'exposer les principes, de les inculquer à la jeunesse, sont des qualités d'abord innées, puis qui se perfectionnent par l'habitude de parler en public; or, sans ces qualités, il n'est pas de professeur possible; on n'a qu'un discoureur fatigant, un pédagogue ennuyeux, dissertant gravement devant un rarissime auditoire, si même il y a d'autre auditoire que les bancs et les bustes de marbre qui ornent la salle D'ailleurs, les travaux antérieurs entrent maintenant en ligne et pour beaucoup dans le jugement final; il y a de plus, l'épreuve écrite comme l'épreuve orale, aucune précaution n'a donc été négligée. Ajoutez qu'ici l'intrigue n'est pas possible, ou du moins sa sourde activité est très limitée; tout se passe *coram populo*, et le jugement du peuple est celui de Dieu.....

Ecoutons maintenant les adversaires. On ne peut nier, disent-ils, que bien souvent la faculté de parler ne soit développée en raison inverse de la faculté de penser. La timidité est parfois le tort du mérite, et la hardiesse, l'apanage de la suffisance. Le concours semble être tout au profit des machines qui savent parler, discourir, débiter leur science avec aplomb et volubilité. Il n'y a vraiment que les ouvrages de longue haleine qui prouvent la force et l'étendue de l'intelligence, ce sont aussi les seuls profitables à la science. En général, les médiocrités loquaces l'emportent de beaucoup dans les assemblées. Sully, Richelieu, Colbert, parlant mal, seraient aujourd'hui obligés de céder la place à quelques légistes bavards. Bichat s'exprimait avec difficulté, et il eût échoué dans un concours, peut-être n'aurait-il pas été jusqu'à trois points. En définitive, tout tient à une active faculté de mnémonique et de loquèle; pourvu que les mots arrivent à la file l'un de l'autre, sans se faire trop attendre, on n'en demande guère davantage. De la facilité, de l'entrain, de la controverse ergoteuse, du par-

vrir dans une science dont il devait cependant si bien connaître toutes les profondeurs, lui qui avait remué toute la médecine et changé entièrement sa face. Broussais, il faut le dire, ne possédait pas les qualités nécessaires pour enseigner la science dont il était chargé de poser les bases. Il avait beaucoup d'autres qualités, spécialement celles qui sont l'attribut d'une organisation puissante et créatrice; mais elles ne lui permettaient pas de scruter de sang froid les faits observés par les autres, surtout quand ils étaient en opposition avec ceux qui servaient de base à une doctrine à laquelle il avait tout sacrifié. On comprend donc que la pathologie générale ne pouvait prospérer entre ses mains et qu'il n'aurait jamais voulu reconnaître et surtout inscrire dans la science des faits contraires à sa théorie de prédilection; ce serait lui supposer une abnégation que l'on n'est pas en droit d'attendre d'un fondateur de doctrines. Pour lui d'ailleurs la pathologie spéciale et générale devait être contenue tout entière dans la théorie de l'irritation. Il fallait donc après Broussais recommencer l'enseignement de la pathologie, et dissiper les répugnances que manifestaient certaines personnes qui craignaient de ne trouver dans cette science que ces généralités brillantes, mais vagues et sans application que l'on décore du nom de philosophiques. L'intérêt qu'excite aujourd'hui l'étude de la pathologie générale prouve assez que l'on a reconnu qu'elle est pour la médecine le résumé nécessaire de toutes ses découvertes passées et présentes.

Suivant M. Andral, l'objet de la pathologie et de la thérapeutique générales est de rechercher et d'établir les principes généraux qui doivent nous guider dans la détermination des causes, des symptômes, de la marche, de la durée, du siége, de la nature et du traitement des maladies. En effet, le but de toute science qui se perfectionne est de marcher des faits particuliers aux faits généraux; elle ne devient véritablement une science que dès l'instant où elle renferme un certain nombre de principes généraux. La pathologie générale a-t-elle atteint ce but? Possède-t-elle un nombre suffisant de ces principes pour se dire une science? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Il n'y a qu'une seule science qui soit parvenue à ramener tous les faits particuliers dont elle s'occupe à un seul principe, à une seule et unique loi. Cette science, c'est l'astronomie; cette loi, c'est l'attraction. Dans la physique, cette science si avancée et déjà si parfaite, le nombre de lois n'est pas cependant aussi restreint; elle renferme beaucoup de lois générales qui servent de formule à un nombre plus considérable encore de faits particuliers. Dans la médecine, science bien moins avancée que la physique, il y a beaucoup de faits particuliers et peu de lois générales, et même aucune de ces lois qui, à elles seules, résument tous les faits et servent de couronnement à une science. Aussi toutes les doctrines médicales, même les plus célèbres, n'ont-elles eu qu'une durée éphémère, bien qu'elles aient été assises par leurs fondateurs sur une généralisation hardie et sur quelques faits qu'ils ont voulu ériger en loi. La chute des systèmes de Stahl, de Brown, de Broussais et de tant d'autres théories qui jouissent d'une célébrité aussi grande qu'elle a été pompeuse à s'évanouir, doit être attribuée à ce que le fait général, érigé en lois qui devait coordonner et commander tous les faits particuliers, n'était pas le plus haut degré possible de généralisation, ou plutôt à ce que la généralisation n'était pas encore praticable et qu'elle a été faite avec des observations insuffisantes, incomplètes et même fausses dans quelques cas.

Mais de ce qu'il n'y a pas en médecine de principe tellement général qu'il puisse dominer tous les faits, ce n'est pas à dire pour cela qu'elle ne possède pas un certain nombre de faits généraux qu'il importe de connaître et d'enregistrer dès aujourd'hui. Ils doivent servir à la construction de l'édifice médical, et qu'ils fourniront sans doute aujourd'hui celui qui doit en couronner le faîte. Il ne s'agit pas de savoir s'il y a une science synthétique de la médecine; mais s'il en existe une qui doit tendre à marcher vers une généralisation de plus en plus grande: or il nous semble qu'il ne peut y avoir doute à cet égard, à moins que l'on ne veuille faire descendre la médecine du rang élevé qu'elle occupe parmi les autres connaissances humaines.

Un des plus grands obstacles qui s'opposeront toujours à l'établissement d'une loi unique, c'est l'organisation complexe du corps de l'homme. En lui se trouvent deux sortes de propriétés, les unes qu'il possède comme tous les autres corps de la nature et qui s'expliquent par les lois physiques et chimiques; les autres qui dérivent de l'organisation et n'appartiennent qu'à la matière organisée, vivante. On conçoit très bien que les phénomènes physiques et vitaux qui procèdent de cette double source ne sont pas également faciles à analyser, tandis que les premiers peuvent être connus, étudiés dans toutes leurs particularités et sous toutes leurs faces et avec toute la certitude désirable, parce qu'ils se reproduisent constamment les mêmes; les seconds au contraire, sont complexe, mobiles et soumis à toutes les variations que l'on retrouve dans les phénomènes dynamiques. Ainsi donc, lorsque l'on est parvenu à saisir, sous ses mille rapports, un fait de l'ordre physique, il y a encore à vaincre d'autres difficultés plus grandes que les premières; il reste en effet à observer et à découvrir les phénomènes qui procèdent des propriétés vitales des corps.

La première idée qui se présente naturellement à l'esprit du médecin chargé d'enseigner la pathologie générale, c'est d'étudier les élémens dont se compose la maladie. Ils proviennent des deux sources que nous venons d'indiquer. Il faut d'abord connaître les altérations de l'état matériel, abstraction faite des phénomènes dynamiques qui les accompagnent; c'est à l'histoire de ce premier ordre de lésions que M. Andral a consacré le cours de l'année dernière; il continue cette année à poursuivre l'étude des élémens des maladies et les recherches dans les altérations des liquides.

Il y a trois sortes de liquides: 1° ceux qui forment le sang (chyme, chyle, lymphe); 2° le sang lui-même; 3° les liquides émané du sang. Cette étude ne doit pas suffire: il faut, en outre, examiner les principes immédiats du corps, qui sont tantôt des gaz, tantôt des liquides, comme l'eau, ou bien des matières solides, telles que le fer, le phosphore, le soufre, les différens sels. Il n'est pas sans utilité pour la pathologie de rechercher les modifications anormales qui subissent ces principes, soit dans leur quantité, soit dans leur qualité, soit enfin dans leur situation. La chimie, par ses analyses délicates, nous a déjà révélé plusieurs particularités intéressantes.

C'est encore à la pathologie générale qu'il est réservé de nous apprendre les altérations des différens principes immédiats de l'économie. Ces altérations doivent être envisagées sous le triple rapport de la quantité, de la qualité, de la situation. Il peut aussi arriver que des principes nouveaux se forment dans l'organisme; tel est le sucre chez les diabétiques. Quelques exemples montreront l'utilité de cette étude. On sait que l'albumine entre dans la composition du cerveau. M. Denis a cru

---

lage à vide, du commérage scientifique prolixe et soutenu, un peu de verve pour enlever l'auditoire, et l'affaire est faite, la couronne est acquise. Il ne manque pas d'exemples à l'appui de ces assertions, depuis dix ans que l'institution est en pleine vigueur. Que seraient le génie, le savoir, le talent, la raison, le bon sens, avec un *filet de voix* dans un concours? Il parle beaucoup, il parle bien, donc c'est un professeur; voilà une conclusion instinctivement formulée par la foule; or, l'opinion de la foule a sa valeur et son poids dans la balance; on ne la brave pas toujours impunément. Quant au jugement, il est possible que l'impartialité en soit la base; cela s'est vu. Mais on a beau faire, l'intrigue a aussi sa part, et souvent très large; c'est là une vérité si nette, si translucide, si naïvement perceptible à cet organe de l'esprit appelé *sens commun*, qu'on ne saurait la nier.

Telle est une faible partie des raisons apportées pour ou contre le concours, décidera qui voudra ou qui pourra; mais ce n'est pas sous ce rapport que nous voulons parler de cette institution. Il s'agit de l'examiner ici comme une curieuse étude de mœurs; on peut en effet y recueillir des observations prises très avant dans le cœur humain. Voilà une nouvelle façon de considérer la question l'on avouera que ce n'est pas la moins instructive. Jusqu'à un certain point, il est possible de juger notre espèce par l'histoire, par l'expérience de l'âge et la pratique du monde, par les livres, par les jeux de la scène; cependant, pour les connaître, il n'est peut-être pas de moyen plus court, plus sûr et surtout plus vrai qu'un concours. Voulez-vous voir les hommes pris sur le fait dans leur ambition, leur égoïsme, leur dissimulation, leur force et leur faiblesse, dans ce qu'ils veulent et dans ce qu'ils peuvent; eh bien! étudiez-les dans un concours! Désirez-vous connaître le désir, l'amour-propre, l'intérêt, l'espoir dans ce qu'ils ont de plus intime et de plus décevant, la passion et l'intérêt excités, éprouvés, sanctifiés par le travail et par la douleur, suivez un concours important avec soin et attention. Il y a là d'excellentes leçons de philosophie pratique, des profondeurs où s'entrevoit à fond et à plein le cœur humain; il se met à découvert par tant de côtés! Il n'est besoin que de voir et d'écouter.

Qu'est-ce qu'un concours considéré sous ce point de vue? C'est un *drame* qui a son entier développement, autrement dit, sa protase, son nœud et sa péripétie. Toutefois, il y a entre ce drame et ceux qu'on représente sur nos théâtres, deux différences fondamentales. La première, c'est qu'il n'y a rien de fictif, tout y est vrai, tout y est naturel; les intérêts et les passions y jouent un jeu réel, complet, sans combinaisons d'auteur. La seconde, c'est que les véritables ressorts ne sont pas à l'extérieur; on n'y voit que la surface, la pompe, le cérémonial officiel; mais le dénoûment a lieu dans les coulisses, où tout se pèse, s'examine et se résout. C'est là que les grandes et petites intrigues, les coteries, déploient leur activité, par les sollicitations, les insinuations, les promesses, les engagemens pris ou abandonnés, les concessions mutuelles, les demi-aveux; les fausses confidences, les semblans de franchise, etc. Telle est ce qu'on peut appeler la *stratégie* du concours. Or, dites-moi, n'est-ce pas là une grande école du monde et des hommes?

Cependant, pour en tirer des conclusions philosophiques de quelque valeur, deux conditions sont indispensables: la première est une rigoureuse impartialité. Il faut qu'appuyé sur ses deux coudes, à la barre du concours, comme Pythagore sur la borne des jeux olympiques, l'observateur étudie et suive les combattans,

remarquer que les quantités de ce principe variaient aux différens âges: voilà une altération de quantité. Il y a peu d'exemples connus de lésion de qualité; la fibrine de nouvelle formation, celle qui se produit sur le caillot des dernières saignées, est plus molle et moins résistante que la fibrine plus ancienne. Quant aux altérations de situation, elles sont très nombreuses. C'est ainsi qu'on voit la cholestérine se montrer dans plusieurs liquides de l'économie, l'albumine dans les urines et dans la substance plastique qui couvre les plèvres, l'acide urique combiné à la soude rentrer des jointures des goutteux.

L'histoire des altérations humorales, qui doit faire le sujet des leçons de cette année, comprend trois parties distinctes: l'étude des opinions et des faits qui appartiennent aux hommes qui nous ont précédés; l'étude des connaissances actuelles qui résultent des découvertes modernes et des progrès récens de la chimie; enfin l'indication de lacunes qui restent à remplir et qui appellent de nouvelles recherches. Quand on a suivi les progrès de la médecine et que l'on a assisté et pris part aux travaux importans qui ont été faits sur la pathologie humorale, il est impossible de ne pas être frappé des différences énormes qui existent entre l'humorisme ancien et l'humorisme moderne. Depuis les philosophes grecs jusqu'au dixième siècle, ce qui constitue la première époque de l'humorisme, on ne fit usage que de l'hypothèse pour construire toutes les théories humorales qui furent successivement en vogue. Les quatre humeurs, les quatre qualités des corps, dont on a tant parlé dans les temps anciens et durant tout le moyen âge, étaient des créations tout à fait hypothétiques, imaginées pour expliquer les maladies et auxquelles on faisait jouer le principal rôle dans leur production. Le raisonnement qui les conduisit à admettre ces altérations humorales n'était point exact, il était seulement commandé par le besoin d'expliquer le développement de certaines maladies, qui évidemment ont leur origine dans une lésion des principales humeurs de l'économie. Les anciens humoristes ont eu le grand tort de ne procéder que par raisonnement à la recherche de ces altérations, qu'il aurait fallu d'abord constater par voie d'expérience. Dans la deuxième époque de l'humorisme, c'est-à-dire à partir du seizième siècle jusqu'à nous, les chimistes, en substituant aux anciennes idées humorales celles qu'avaient fait naître les expériences qu'ils avaient instituées dans leur laboratoire, firent réellement avancer la science; mais leurs théories, bien que plus exactes que celles qui les avaient précédées, étaient cependant inacceptables, parce que leurs auteurs n'avaient fait qu'appliquer au corps de l'homme les expériences faites dans leur creuset et qu'ils n'avaient fait aucune recherche sur les liquides du corps. Aussi les applications qu'ils en firent furent elles pour la plupart fausses et erronées.

L'humorisme moderne n'aurait pas suivi l'impulsion qui lui est communiquée par les sciences physiques et chimiques s'il avait procédé par voie d'hypothèse. Il est né de l'observation des faits en face d'un solidisme qui, ne pouvant tout expliquer par les altérations de la matière solide, a dû les chercher dans les liquides. Quand on étudie avec attention les phases diverses par lesquelles a passé l'anatomie pathologique depuis quarante ans, on reste convaincu qu'une de ses conséquences les plus immédiates est l'étude des altérations humorales. En effet, lorsqu'on a poursuivi par tous les moyens d'investigation connus les modifications matérielles que subissent les organes dans le cours des maladies, quand celles qui sont connues ne peuvent rendre compte des désordres observés; n'est-il pas naturel d'interroger la constitution des liquides à l'aide des procédés que la chimie seule possède? Le microscope est un instrument qui nous sert aussi à pénétrer la structure intime des humeurs et la nature de leurs altérations. Cependant ce n'est pas d'abord dans cette voie tout expérimentale que se sont engagés les médecins qui fondèrent l'humorisme moderne; ils commencèrent par invoquer à l'appui des altérations humorales qu'ils supposaient exister, les données qui leur étaient fournies par la physiologie. Des raisons physiologiques furent donc les premières preuves qu'apportèrent les humoristes modernes. Le sang, dirent-ils, était le produit complexe de l'élaboration de plusieurs organes, il doit s'altérer quand les fonctions de ces organes sont lésées par la maladie. Si l'estomac, par exemple, est affecté de maladie organique ou de toute autre nature et que la digestion ne s'accomplit qu'imparfaitement, il est clair que le chyme qui en résulte ne peut posséder ses qualités normales; il en est de même lorsque des alimens de mauvaise nature, ou insuffisans, sont incessamment introduits dans l'estomac. Dans tous ces cas, l'altération du sang et de tous les liquides ne saurait être contestée, non plus que l'altération consécutive des solides. Telles furent les raisons et d'autres analogues qu'employèrent les premiers partisans de l'humorisme. Les preuves tirées de la physiologie ont, sans doute, une très grande valeur et ne doivent pas être négligées; mais comme elles ne démontrent que d'une manière indirecte les altérations dont il s'agit, qu'il faut avant tout les constater directement, elles n'ont servi que faiblement à fonder l'humorisme actuel.

Les preuves que la pathologie fournit en foule n'ont pas été sans influence sur l'établissement des doctrines humorales. Les plus convaincantes nous paraissent être celles que l'on a trouvées dans l'étude des causes morbifiques. Ainsi, comment ne pas admettre des lésions humorales primitives dans toutes ces maladies qui sont produites par la contagion et l'infection, ou par ces modificateurs qui agissent sur toute la constitution, comme l'influence prolongée de l'humidité, l'entassement d'un grand nombre d'hommes dans un même lieu, dans les hôpitaux, dans les prisons, dans les camps, une mauvaise alimentation? Dans d'autres cas, c'est d'après la considération des symptômes que l'on a supposé l'existence d'une altération des humeurs. La rougeur de la peau, la turgescence de tout le système vasculaire, le battement exagéré des artères, ont conduit à admettre l'état pléthorique, et des symptômes opposés ont fait croire qu'un état également opposé du sang existait chez les individus qui les présentaient. C'est ainsi que les symptômes et l'étude des causes ont été invoqués tour à tour comme autant de preuves capables de démontrer l'altération du sang. L'efficacité de certains agens thérapeutiques dans des cas où tout semble annoncer qu'ils portent plus spécialement leur action sur le sang est encore un argument en faveur de l'existence des altérations humorales.

Les progrès que l'humorisme a pu faire à l'aide des documens fournis par la physiologie et la pathologie ont été peu rapides, ou du moins ils n'ont pas été aussi marqués que si l'expérimentation leur avait prêté son flambeau. C'est à peine si l'on peut citer quelques expériences instituées pour constater directement les altérations des liquides. Cependant, à mesure que l'on avance vers l'époque actuelle, on trouve un plus grand nombre d'observateurs qui s'engagent dans cette voie. Ce ne sont d'abord que des essais tentés dans le but d'apprécier les variations de quantité qu'éprouve le sang; bientôt on étudie avec soin les différens phéno-

---

sans prévention et sans passion. Dès-lors, tout s'explique naturellement; il n'y a pour lui ni prisme, ni bandeau, et la vérité rayonne à son esprit. Jamais il ne se prend ni au semblant de savoir, ni à l'amorce de la phrase, ni au clinquant du babil; il apprécie aussitôt avec justesse le bilan intellectuel, moral et scientifique du concours. La seconde condition, non moins indispensable, est d'avoir passé soi-même par les différentes positions d'un concours, d'avoir été acteur avant d'être spectateur. En général, on ne peut bien connaître les hommes, si on n'a point traversé trois états de la vie absolument différens. L'état d'infériorité qui donne le besoin de plaire aux autres, le besoin de les étudier; l'état d'égal à égal qui appelle à les connaître dans toute la liberté de leurs passions; l'état de supériorité qui donne l'occasion de les observer dans leur marche circonspecte, dans leurs tâtonnemens et dans leur manége. Il en est de même pour un concours dans ses trois divisions principales. Il faut avoir été juge, concurrent, et même simple fraction du public, pour bien apprécier ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur, pour juger les acteurs, et surtout pour connaître les hommes, quand un grand intérêt les anime, lorsqu'ils se poussent et s'entrechoquent pour atteindre un but déterminé, une chaire, un trône, le sommet d'un mât de cocagne.

Quiconque, laissant de côté la partie scientifique, pour la partie philosophique d'un concours, veut l'étudier dans ses profondeurs et ses variétés, doit donc avoir pris part à ces rudes combats de l'intelligence, soit comme acteur, soit comme juge. L'action n'en devient que plus intéressante, parce qu'on va au-delà de la surface, parce que rien n'échappe; ce qu'on n'entend pas se devine et se pénètre; on assiste, par les yeux de l'esprit, à ce qui se passe dans les coulisses. Ce drame, comme on le voit, se joue avec trois acteurs, car le public y joue aussi son rôle. Toutefois, ces acteurs ne sont pas individuels, comme dans le monde ou sur la scène, tous les trois sont collectifs, sans renoncer pourtant dans leurs fractions à l'individualité. Ainsi, un concurrent fait partie d'un groupe qui a ses caractères particuliers; mais ce concurrent a lui-même sa sphère d'activité; son mérite, ses qualités, son espérance, ses protecteurs à part, singulière disposition qui ajoute beaucoup à la variété, à l'intérêt, à l'importance de l'action; car ici tout est grave, et en définitive, *de corio luditur humano*. Cependant, comme les individus changent à chaque concours, contentons-nous de l'étude des trois acteurs collectifs perpétuellement en contact, et dont l'action et la réaction combinées amènent un dénoûment plus ou moins prévu.

D'abord les concurrens. Tenez-vous à connaître le type de l'homme poli, affable, empressé, obligeant, examinez celui que travaille l'esprit d'un concours. Certes on peut dire: que l'ame de mon ennemi soit aussi tourmentée que le chapeau d'un candidat, comme on le disait autrefois de celui d'un courtisan. Le candidat croit que tout le monde peut lui nuire ou le servir, de là l'obligation de ménager les gens même les plus étrangers à sa grande entreprise. Presque toujours il se fait bien mince, bien petit, bien souple; il est humble, il est modeste, il s'abaisse, il répète qu'il espère peu, qu'il ne compte sur rien; mais ne vous y trompez pas; soulevez l'écorce et vous trouverez le démon de la nature humaine, ce *moi* gros d'orgueil et d'espoir. Le candidat est toujours préoccupé de son affaire; il ne pense, il ne rêve qu'aux obstacles à vaincre, au succès et aux moyens de l'obtenir; il reste comme en état de somnambulisme. En général, la fibre de l'amour propre est bien délicate, bien sensible, mais celle du candidat est montée à un diapason particulier d'irritabilité. Continuellement aux aguets, il lit à la

mènes de la coagulation dans le sang, la proportion relative du sérum et du caillot, l'épaisseur et les variations de la couenne, dans les maladies. Les urines, le mucus, la sérosité, deviennent le sujet de recherches spéciales. On voit paraître successivement des travaux utiles sur tous ces points de pathologie humorale. M. Lecann arrive, dans sa thèse, à des conclusions fort intéressantes; il trouve, par exemple; que dans la chlorose il y a moins de globules. MM. Prévost et Dumas avaient remarqué aussi que le nombre des globules diminue chez les animaux que l'on a saignés plusieurs fois. Nous pourrions citer d'autres découvertes qui n'ont pas été sans importance et qui ont fait la nécessité de l'étude des altérations humorales, et ont contribué à en faire connaître la nature.

L'étude microscopique du liquide a aussi une utilité incontestable; cependant les résultats auxquels elle a conduit jusqu'ici, surtout en ce qui touche les altérations du sang, sont peu importans, ce qui ne prouve en aucune manière qu'il faille la négliger.

On voit donc que l'humorisme moderne est encore peu avancé. On peut dire que, sous le rapport des altérations des humeurs, nous en sommes, à peu de choses près, au point où l'on était du temps d'Hippocrate, relativement aux altérations des solides. Le médecin grec déclare, dans un passage de l'*ancienne médecine*, qu'il ne faut pas négliger ces altérations, de même que les médecins solidistes conseillent aussi, dans tous leurs écrits, de tenir compte des changemens qui peuvent survenir dans les liquides; mais c'est à de semblables conseils que l'on s'est borné pendant longtemps de part et d'autre. Pour donner à cette partie si peu avancée de la médecine une impulsion vigoureuse; il faut procéder d'une toute autre manière qu'on ne l'a fait dans les écoles qui ont fleuri dans les siècles derniers, il faut instituer pour les liquides les mêmes études que pour les solides. L'anatomie pathologique nous révèle les désordres survenus dans la constitution des organes; l'analyse chimique remplit le même rôle pour les liquides; elle en est quelque sorte l'anatomie pathologique. N'est-ce pas en effet en séparant les divers élémens qui les composent, en cherchant si ces élémens sont altérés dans leurs qualités et dans leurs quantités, que l'analyse chimique peut nous fournir quelque lumière? N'est-ce pas ainsi que l'on a procédé pour découvrir les lésions qui frappent non seulement les tissus complexes qui forment les organes, mais les tissus élémentaires et la dernière molécule vivante, qui concourent à la structure des solides. Pour parvenir à fonder cette anatomie pathologique moléculaire pour ainsi dire, on s'est aidé du microscope, de réactifs, en un mot, de tous les moyens d'exploration dont la physique et la chimie nous permettent de disposer; c'est alors seulement que la véritable nature de certaines lésions qui nous avait échappé s'est produite nettement à nos yeux; alors aussi, l'on a pu se convaincre qu'il fallait remonter autant que possible à l'étude des altérations qu'éprouvent les molécules organisées qui forment les solides. On touchait donc de bien près à l'étude des altérations humorales, et cette marche toute naturelle, qui était le résultat nécessaire des progrès rapides de l'anatomie pathologique, devait conduire et a conduit en effet à l'humorisme actuel. On peut donc dire, sans crainte d'être démenti, qu'il est né du solidisme moderne, tel que l'ont fait l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; c'est dire qu'il renferme en lui tous les élémens nécessaires pour prospérer, et qu'il est appelé à renover la face de la médecine. Mais pour qu'il produise cet heureux résultat, il faut qu'il soit cultivé par des hommes qui ne se portent pas comme les créateurs ou les défenseurs exclusifs du solidisme ou de l'humorisme, et qui se contentent de marcher à pas lents, mais sûrs, dans la voie de l'expérimentation. C'est au professeur de pathologie générale qu'il convient de suivre courageusement cette voie difficile. En effet, la pathologie générale est la véritable arène où doivent être produites et débattues les grandes questions nouvelles et encore pendantes de la pathologie. Lorsque la science réclame de nouveaux éclaircissemens sur des points obscurs ou encore inexplorés, la pathologie générale doit signaler ces lacunes, appeler de nouvelles recherches, et indiquer le sens dans lequel elles doivent être faites. C'est dans la pathologie générale que l'on doit trouver à la fois l'inventaire de l'état actuel de la science, l'évocation de son passé, la préparation de son avenir; tel est le devoir du professeur qui connaît sa mission; elle ne consiste point, comme on l'a cru pendant trop longtemps, dans l'étude des symptômes, des signes, des causes des maladies, et dans ces généralités qui n'ont même pas l'avantage de comprendre tous les faits curieux dont se compose la pathologie interne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le n° 11 d'octobre 1840, contient les articles originaux suivans: 1° *Quelques remarques sur des cas de maladies syphilitiques*; par Aster Key. 2° *Du traitement de la phthisie commençante*; par M. Marshall Hughes. 3° *Os épisternaux trouvés chez l'homme*; par W. King. (Sur la face postérieure de la fourchette sternale étaient, de chaque côté, deux petits os du volume du pyriforme, chacun d'eux était mobile sur la portion correspondante du sternum, une petite synoviale et une petite capsule fibreuse complétaient l'articulation. Cette disposition se rapproche de celle qu'on observe chez quelques animaux à l'état normal; le sujet sur lequel elle s'est rencontrée était un homme d'une vigueur athlétique, et qui a offert une foule de muscles supplémentaires.) 4° *Nouvelles fibres musculaires décrites à l'anus*; par M. Horner. 5° *Transposition de l'aorte, de la trachée et de l'œsophage*; par Henri Ewen. 6° *De la forme des cartilages placés à l'origine des divisions bronchiques*; par J. King. 7° *Calculs urinaires déposés autour d'une paille*; par Henri Norris. 8° *Hermaphrodisme féminin*; par Astley Cooper. (Le sujet de cette observation était une vieille femme âgée de 86 ans, dont la vie a présenté les particularités suivantes: Jamais elle n'avait été réglée, elle était un type de ce que nous appelons virago, et avait toujours témoigné de l'aversion pour les hommes et pour les femmes. Cette dernière circonstance n'est pas fréquente dans l'histoire des hermaphrodites. Les parties génitales, disséquées par l'illustre Astley Cooper, ont offert un clitoris très développé et imperforé. Le méat était percé au-dessous de chaque côté du périnée, deux hourrelets graisseux simulaient les testicules. Un vagin terminé en cul-de-sac en avant s'ouvrait à la paroi inférieure de l'urètre, à un pouce du méat, et conduisait à un col utérin normal, mais petit; matrice bien développée. Un des ovaires a été coupé, l'autre est petit et atrophié; cette atrophie n'est-elle pas le double résul-

---

hâte et le cœur palpitant les journaux qui rendent compte du concours; il étudie les sourires, les clins-d'œil, les demi-mots, l'air grave, joyeux ou triste des assistans; tout a pour lui un sens, une signification réelle ou chimérique. Un mot, une phrase, un geste, il s'en empare, le medite et l'interprète dans un sens favorable ou contraire à ses intérêts; du reste, il ne perd pas un instant, pas une minute, et il n'en a point à perdre, le temps vole. Perpétuellement ballotté entre la crainte et l'espérance, toujours absorbé par l'action et les chances du concours, il est distrait, rêveur, impatient; on s'apperçoit qu'il y a en lui un inconcevable fond d'amertume et d'inquiétude. Vous lui parlez, il répond à peine, ou bien tandis que vous lui adressez la parole, il pense en quoi vous pouvez lui être utile, si vous connaissez quelques uns de ses juges, leurs amis, leurs proches, leur alentour, leurs parens, quelque arrière petit-cousin; son imagination est singulièrement inventive sur ce point. Mais quelle vie, mon Dieu que celle-là! quelle glèbe à retourner, quelle pierre de Sisyphe à pousser! quelles angoisses fébriles! quelles fatigues du corps et de l'ame! torturé, rongé fibre à fibre, un pauvre candidat couronné d'épines, pas encore crucifié, mérite certainement l'admiration et la pitié des hommes de cœur; il lui faut une santé de fer et une force de martyr pour parcourir une aussi rude carrière. Quand on voudra augmenter le supplice des travaux forcés, on condamnera le coupable à concourir sans succès. Remarquons que cette tension des forces vitales, cet éréthisme perpétuel de l'intelligence ne manquent jamais d'imprimer à l'organisme un épuisement proportionné aux efforts précédens. Voyez les candidats à la fin d'un concours; la plupart sont enervés, haletans, abattus, amaigris; leurs cheveux en ont blanchi, leur santé est altérée, quelques uns même succombent à la peine, ils ont vécu dix ans en quelques mois.

En réfléchissant à d'aussi cruels résultats, il faut avouer que l'aiguillon de l'espérance, de l'intérêt et de l'amour-propre, est bien actif, bien puissant, pour qu'on ne craigne pas de s'engager dans une telle voie. Mais chaque candidat dit en lui-même: courage, sois patient, contemple en imagination la chaire où tu seras un jour assis, comme sur un trône de gloire, et il continue à marcher dans la voie semée d'épines. D'ailleurs quelles que soient les difficultés d'atteindre le but, chacun des concurrens compte sur des moyens de réussir qui lui sont particuliers. Tantôt ce sont des travaux qu'ils ont publiés, des ouvrages, des procédés, des méthodes, des recherches, des vues, des expériences qui leur semblent d'un grand poids dans la balance; tantôt ce sont des ressources particulières qu'ils feront valoir pendant le concours. Tel espère dans son aplomb, dans sa hardiesse à dis courir, tel autre dans ses prétentions au nouveau, dans sa témérité d'assertion, ce qui ne fait pas mal pour simuler la profondeur des aperçus; l'un fait parade d'une recherche ambitieuse d'effets, il se laisse aller à un certain faste de rhétorique et même jusqu'à l'ampoule oratoire; l'autre affecte au contraire une précision *ad rem*, une grande simplicité de méthode scolastique. Il en est qui s'appuient sur leur force de polémique et leur talent d'ergogotisme; grands éplucheurs de principes et de mots, vrais bluteurs d'argumens, ces concurrens sont ordinairement redoutables. On en remarque qui savent jeter à propos cette poudre de declamation qui consiste à nier, à affirmer, à soutenir, à contredire avec un imperturbable sang-froid. Mais en général la grande facilité de s'exprimer est le moyen par excellence. Ce n'est pas qu'une faconde bien nivelée, bien plane, bien roulante, ait toujours du succès, mais elle fascine,

tat de l'âge et de l'inaction ?) 9° *Des principaux moyens de traiter les rétrécissemens de l'urètre, avec observations;* par M. Bransby Cooper, (ancun précepte nonveau). 10° *Observation d'un cas d'affection cérébrale, dépendant d'une maladie du péricarde;* par le docteur Yonger. 11° *Recherches sur le diabètès, avec des observations démontrant l'efficacité de l'ammoniaque dans le traitement de cette maladie;* par M. Barlow. 12° *Observations sur les tumeurs et le gonflement de l'abdomen, éclairées par des observations de maladies du foie;* par le docteur Bright.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE COMMENÇANTE; par le docteur M. HUGHES.

Si nous en croyons l'auteur de ce mémoire, le plus grand obstacle à la guérison de la phthisie commençante serait la difficulté de constater son existence, difficulté qui aurait été considérablement diminnée depuis quelqnes années par ses recherches et celles de quelques autres auteurs récens. Sans examiner jusqu'à quel point ces deux assertions sont exactes, nous nons hornerons à faire connaître le moyen qu'il propose contre les tubercules, et qui lui a été suggéré par la lecture du traité de sir James Clarck sur la consomption et par le résultat des recherches dn docteur Carswell sur le siége principal des tuhercules, après avoir indiqné en qnelques mots la manière dont il considère la phthisie. Cette maladie est, d'après M. Hnghes, une affection constitutionnelle héréditaire ou acquise, pendant laquelle une matière organisable est éliminée du sang à l'état fluide, en même temps que les autres sécrétions. Cette matière, devenue solide par l'absorption de ses élémens liquides, est expulsée de l'économie, ou, au contraire, s'y accumule en masse plns ou moins considérable, suivant la disposition des parties sur lesquelles elle a été déposée. Voici maintenant les principaux moyens qu'il a employés, et les différens modes sous lesquels ils ont été combinés dans les différentes formes de la maladie.

ÉMÉTIQUES. Depuis longtemps ces moyens ont été recommandés comme propres à diminuer les symptômes de la phthisie et même à la guérir complètement. Employés surtout dans ces derniers temps ponr faciliter l'écoulement hors des tubes bronchiques et des cavernes tuberculeuses de la matière purulente, ils ne l'ont été qne dans des périodes déjà avancées de la maladie, et il est probable que la plnpart des cas de guérison qu'on leur a attribués n'étaient pas des cas de phthisie, mais des hronchites chroniqnes. D'après les avantages que l'auteur en avait retirés dans quelques cas non donteux, hien que, dans d'autres, l'affaiblissement qu'ils déterminent eût paru produire un mauvais effet, il pensa qu'en les employant à une époque peu avancée de la tuberculisation, il courrait les chances d'expulser au moins une partie du dépôt tuberculeux, d'empêcher son accroissement, et, sinon d'enlever la cause première de la maladie, au moins de retarder notablement ses progrès. Il a donc prescrit les émétiques dans tous les cas où leur usage lui paraissait indiqué, et il l'a fait chez un grand nombre de malades, tant de l'hôpital que du dehors, au nombre de 120 à 130, qui offraient les signes de la phthisie à son début. Les émétiqnes auxquels il a eu recours ont été de différente espèce et dans des préparations variées; son plan était d'obtenir d'abord une fois on denx un vomissement abondant, mais de manière à éviter autant que possible tous les efforts et toutes les causes d'épuisement. Dans ce but, il commençait par administrer 5 grains de sulfate de cuivre, avec 5 grains d'ipécacuanha. Mais il renonça bientôt à cette combinaison, à cause de nausées continuelles qu'elle déterminait, et il la remplaça par 6 on 8 grains de sulfate, on 10 ou 12 d'ipécacuanha, suivant la force et la susceptibilité des snjets; il essaya ensuite le sulfate de zinc à la dose de 10 à 12 grains. Il n'a point employé les préparations d'antimoine, à cause de leur tendance à amener la débilitation, et à produire de l'irritation sur les intestins, si elles ne sont pas rejetées entièrement. Le résultat des nombreuses expériences qu'il a faites sur ce point est que le médicament qui a le mieux réussi et a produit le moins d'accidens chez une personne, ne produira pas nécessairement les mêmes effets chez une autre. Cependant, après tout, il donne la préférence an sulfate de zinc ou à l'ipécacuanha seule, et à la dose de 10 à 12 grains, ou à une combinaison de 6 grains d'ipécacuanha, avec 2 grains de sulfate de coivre. A dose moins élevée, l'effet émétique manquait souvent. Il faisait prendre le vomitif dans quelques onces d'eau tiède, une heure avant le déjeûner, ou tous les matins, on seulement tous les deux, trois on quatre jours, snivant la force dn malade, on le caractère de sa maladie; leur effet uniforme a été, à l'exception d'un seul cas, de procurer un soulagement considérable, et même, dans des cas assez nombreux, de faire disparaître entièrement la toux. Généralement les malades accusaient moins de toux les jours où ils avaient pris l'émétique dans la matinée; chez d'antres, on n'observait rien de semblable, mais la tonx allait en diminuant graduellement. Au reste, la diminution de la toux était loin d'être le seul avantage que ces malades retirassent dn traitement; le soulagement qu'il amenait dans la dyspnée, dans l'oppression et dans la pesanteur dont se plaignaient les malades à l'épigastre, était sonvent surprenant. L'appétit s'améliorait, et tont le système prenait une nonvelle force.

L'effet des émétiques sur les matières expectorées est très marqué, mais extrêmement varié. Dans quelqnes cas où elles étaient très abondantes, elles ont été diminuées de qnantité, ou même arrêtées tout à fait; quelques malades accusaient une expectoration heancoup plus facile, tandis que d'antres, dont la toux avait tonjours été sèche, étaient soulagés par l'apparition des crachats. Quelques malades cependant se plaignaient pendant le restant de la journée de la continuation dn sentiment de faiblesse et d'anéantissement produit par les émétiques, ainsi que des nausées; et pourtant l'anteur assure qne, même chez ces snjets, il n'a vn dans ancun cas cette médication déterminer des effets réellement fâcheux; il est vrai qne M. Hughes n'administra pas les émétiques dans tous les cas indifféremment, même de phthisie commençante. Voici les règles qu'il suivait daos le choix de ces cas: la plns importante et la plus générale de ces règles, c'est qne moins la maladie est avancée, plus elle a un caractère chronique, plus l'effet des émétiques est avantageux. Il affirme que dans beanconp de cas de phthisie commençante, cette médication, combinée avec les moyens qn'il indique ensuite, a certainement arrêté et paraît avoir même fait disparaître complètement la maladie, et que dans un certain nombre de vieilles maladies chroniques, accompagnées de matité évidente, au-dessous d'une ou deux clavicules, mais sans signe évident de cavernes on de tubercules ramollis, il a obtenu les résultats les plus heureox de leur emploi. Dans la phthisie aiguë ou fébrile, au contraire, les émétiqnes n'ont produit ancun bon effet permanent. Il en a été de même dans les cas où la faiblesse était très prononcée, où il y avait des sneurs abondantes, une fièvre hectique, ou les symptômes du ramollisse-

elle donne de la consistance au vide, du relief à l'ombre. Si l'on peut ajouter un timbre de voix sonore et accentué, de la verve, de l'animation, une sorte d'entrain verbifiue, on est à peu près sûr de captiver les masses, voilà ce qu'on appelle savoir *manier* son public. Aussi un vieux professeur disait-il à un candidat qui lui demandait des conseils: mon ami, voici ma formule, elle est simple et efficace, tâchez de l'employer à propos:

Recipe; six gros de savoir, *huit onces* d'esprit, *un quintal* d'audace et d'apropos.

Tous ces moyens sont de bonne guerre, surtout quand ils s'appuient sur un fonds de mérite réel; cependant il en est d'autres moins patens, moins loyaux et quelquefois beaucoup plus sûrs. Il s'agit de capter les suffrages du public et des juges par des voies indirectes et détournées. L'adresse cauteleuse d'un Grec du fanar serait en défaut auprès de celle de tel ou tel candidat, à cervelle matoise, sachant jouer son jeu avec une profondeur de calcul vraiment admirable. Mais convient-il de se faire assurer par de pareilles manœuvres? Faut-il dire, tous les moyens sont bons, à l'exception de ceux qui échouent? La réponse existe au fond d'un cœur honnête et droit.

Mais voici le second acteur collectif du drame que nous étudions, le jury. C'est le *cœtus selectus* dont l'arrêt doit refouler les ambitions, briser les espérances et laisser tomber une couronne. La gravité, l'impartialité, l'impassibilité, tel est son caractère officiel. Les membres qui le composent, la plupart gens de mérite et d'honneur, acceptent un rôle excessivement épineux et délicat. Sait-on bien ce que c'est que de tenir la balance d'une main ferme, d'établir l'exacte pondération entre des ambitions maintenant dans l'arène, de prononcer sans affection, sans haine, sans répulsion cachée, un verdict de capacité supérieure? Combien ce devoir est difficile, pénible et incertain! Un judicieux discernement que le faux n'éblouit pas, et auquel le vrai n'échappe jamais, beaucoup de savoir, une grande force d'attention, le calme d'une raison profonde, solide, austère, qui écoute avec soin, discute sans passion et juge sans entraînement, telles sont les qualités les plus rigoureusement nécessaires à chaque membre de l'aréopage scientifique. Mais plaignez le cœur de l'homme; cette impartialité, ce scrupule, cette exquise délicatesse de jugement et de conscience, ne sont pas toujours aussi faciles à l'exécution qu'en théorie. Le jury est la citadelle qu'il faut assiéger et enlever, c'est le point de mire, le but constant de tous les efforts des concurrens; dès-lors aucun ne s'y épargne, tantôt par la fulminante artillerie des épreuves publiques, tantôt par les travaux souterrains de la sollicitation. Le juge est froid, réservé, éminemment discret; il veut être et il sera impartial; il s'en fait un point d'honneur, mais enfin il est pétri de pâte humaine, c'est un point reconnu. Aussitôt il est circonvenu, flatté, pressé, obsédé, tiraillé; son opinion, ses habitudes, ses relations, sont connues et commentées; il n'y a pas de tempérament, ou d'idiosyncrasie mieux étudié, plus approfondi que le sien, dans le fond et dans la forme; l'exploration psycho-physiologique devient complète et parfaite. Voilà ce qui explique comment tel juré est à son insu, presque malgré lui, conduit où il ne voulait pas aller, comment à la fin du concours, il ne se reconnaît pas lui-même. Il est flottant, indécis, puis subjugué et entraîné. D'autres au contraire ont une opinion tellement arrêtée, leur prédilection pour un candidat est si prononcée que l'on ne peut les faire changer. Leur parti est pris, il est immuable, les chances diverses du concours n'y feront rien. Ils pourraient répéter aux au-

ment des tubercules, bien que dans quelques cas cependant il y eût eu, sous leur influence, une amélioration évidente, mais temporaire. « Après tout, dit-il, les émétiques sont les moyens les plus éminemment efficaces que j'aie employés ou vu employer dans le traitement de la phthisie commençante, et, combinés avec les autres moyens, ils me paraissent pouvoir donner l'espoir de guérir, ou au moins de suspendre entièrement la maladie. »

ÉVACUATIONS SANGUINES. — D'après la théorie que l'auteur admet pour la formation des tubercules, on conçoit qu'il doit rarement employer la saignée, qui a été tant vantée par Mouton et d'autres écrivains, et dont on a tant abusé encore dans ces dernières années. Il ne conseille la saignée, même dans la phthysie commençante, que lorsqu'il y a une complication, soit d'une pneumonie, d'une hémoptysie ou d'une bronchite. Dans ces cas, une évacuation sanguine de trois ou quatre onces, répétée, s'il en est besoin, par les ventouses ou les sangsues, procure au malade un soulagement prononcé, et diminue considérablement l'oppression et le déchirement produits par la toux. Dans les cas de phthisie simple et chronique, il proscrit la saignée, et cherche à la remplacer par d'autres moyens.

CONTRE-IRRITANS. — L'auteur a employé avec succès, dans les cas aigus et compliqués de bronchites, la saignée locale et les petits vésicatoires appliqués au dessus des clavicules, et, dans les cas plus chroniques, la pommade de tartre émétique; enfin, chez les sujets délicats, il ordonnait le liniment du docteur Stoke, préparé avec l'acide acétique et l'essence de térébenthine. Il ne peut assez se louer des effets qu'il en a retirés, et qu'il met beaucoup au dessus de ceux obtenus de tous les autres contre-irritans, et même qu'il dit avoir beaucoup de peine à expliquer par la seule contre-irritation.

ANTIMONIAUX. — Comme les deux médications précédentes, les antimoniaux n'ont été employés par l'auteur que dans les cas de complication inflammatoire. Alors 1/8 ou 1/6 de grain de tartrate d'antimoine, avec ou sans quelques grains d'extrait de ciguë, est administré avec avantage. Tant que durent les symptômes inflammatoires, il dit avoir employé avec succès l'oxysulfure d'antimoine à la dose de deux à quatre décigrammes trois fois par jour, dans une classe de cas tout-à-fait différens, et dans lesquels la toux est accompagnée, et semble même dépendre de la sécheresse et d'une irritabilité de la muqueuse bronchique. Dans un certain nombre de ces cas, on voit survenir, sous l'influence de ce moyen, un soulagement manifeste, en même temps qu'une secrétion muqueuse s'établit dans les bronches.

IODE. — L'auteur a une grande confiance dans l'iode opposé à la phthisie, d'après ses effets bien connus sur les affections scrofuleuses : il l'administre à la dose de un ou deux centigrammes, avec un ou deux décigrammes d'iodure de potassium, et de un à trois grammes de sirop de pavot dans de l'eau simple, ou plus ordinairement une infusion de columbo. L'action de ce médicament est lente, et l'auteur assure avoir eu rarement l'occasion de constater, par la disparition complète des signes physiques, l'absorption des tubercules, parce que la plupart des malades cessent de se présenter au dispensaire aussitôt qu'ils peuvent reprendre leurs occupations; mais il n'en insiste pas moins sur les heureux effets qu'il attribue à ce moyen dans le traitement de la phthisie commençante.

SÉDATIFS. — L'auteur a rarement employé cette médication. L'acide hydrocyanique, l'extrait de ciguë et de jusquiame, et le muriate de morphine sont les seules dont il ait fait usage, et encore sous l'influence de quelque indication spéciale, et non point contre la maladie elle-même.

TONIQUES. — Cette médication convient dans presque tous les cas que M. Hughes soumet à un traitement régulier. Nous avons déjà dit que la phthisie aiguë et fébrile lui paraissait tout-à-fait au dessus des ressources de l'art, dans l'état actuel de la science. Les préparations ferrugineuses, le sulfate de quinine, un régime convenable, l'exercice modéré en plein air, le séjour dans une campagne dont l'air soit sec et chaud, et l'exposition continuelle à son influence restaurante, sont les toniques sur lesquels il insiste le plus ici.

Ces différentes médications ne doivent pas être employées indifféremment dans tous les cas; aussi l'auteur distingue-t-il trois formes différentes dans la phthisie, et dans lesquelles ces moyens devront être groupés et administrés de manières différentes. Nous allons chercher à rendre ici brièvement ses idées sur un point d'une aussi grande importance et d'une si fréquente application.

FORME BRONCHIQUE. — Elle existe chez les personnes qui, soit par hérédité, soit par accident, offrent des prédispositions à la phthysie, mais qui, à l'exception d'une grande susceptibilité à contracter des catarrhes, et des signes plus ou moins nombreux qui annoncent une disposition à la cachexie tuberculeuse, n'ont cependant offert encore aucun des symptômes positifs de la phthysie pulmonaire. Dans les cas où il y a une toux opiniâtre, des crachats, des spasmes, de la dyspnée et une légère excitation fébrile, quelques sangsues ou quelques ventouses, appliquées au-dessus des clavicules, l'administration à l'intérieur d'un centigramme ou environ de tartrate d'antimoine, combiné quelquefois à 10 ou 15 centigrammes d'extrait de ciguë, et de temps en temps un purgatif salin, sont les premiers moyens que réclament les symptômes inflammatoires locaux. Si, au bout de huit jours, ces derniers n'ont pas disparu, ou au moins éprouvé un amendement notable, on recommence le même traitement, en remplaçant les saignées locales par de petits vésicatoires. Quand les symptômes de bronchite ont disparu, comme cela a lieu ordinairement au bout de quelques jours, sous l'influence de ce traitement, et qu'il ne reste plus qu'une toux dure ou sèche, avec une inspiration bruyante ou un accroissement dans la durée et l'intensité des bruits de l'expiration, avec quelque légère modification de la voix, alors on emploie avec le plus grand succès les vomitifs tous les deux jours, les préparations d'iode et le liniment d'acide acétique et de térébenthine. Après que ce traitement a été continué pendant quelques semaines, le malade ne conserve ordinairement des symptômes généraux de sa maladie que la pâleur de la face et une légère accélération du pouls, et c'est alors qu'on doit lui recommander les toniques, l'air de la campagne et un régime nourrissant, et, quand il peut remplir ces indications, il éprouve bientôt une grande amélioration dans l'état général de sa santé et reprend des chairs et des couleurs, et quelquefois il ne conserve de tous les signes physiques des dépôts tuberculeux, qu'une certaine dureté des bruits respiratoires.

FORME HÉMOPTOÏQUE. — Dans le cas où les hémoptysies sont ou fréquentes ou imminentes, M. Hughes commence par combattre les accidens hémorragiques par les astringens, et n'ordonne les vomitifs que tous les quatre ou cinq jours, ou même ne les ordonne pas tant que du-

---

tres concurrens ce que disait au parlement d'Angleterre un membre essentiellement ministériel : « M. Fox, votre éloquence m'a souvent fait changer *d'opinion* mais je n'ai jamais changé de *vote.* » Le plus difficile comme le plus noble des embarras, pour des juges ayant le cœur haut placé, c'est le pénible devoir de faire un choix entre des concurrens d'un mérite égal; cette fin magnifique d'un concours s'est vu plus d'une fois à la Faculté de Paris, on doit le dire à l'honneur de cette école.

Vient l'auditoire, le troisième personnage de ce drame instructif et intéressant. Oh! que c'est bien le *mobile vulgus*, ce peuple d'Athènes, qui, dans sa vive et folle curiosité, s'enquiert, s'irrite et se calme au moindre objet. En effet, cet auditoire d'un concours en est la parfaite image : il crie, s'agite, murmure, siffle, baille, rit, plaisante, écoute, applaudit, selon les chances du concours, selon le talent des concurrens, et ces mille accidens qui surgissent dans les épreuves et les séances multipliées qu'elles exigent. On a souvent comparé le peuple tranquille ou agité au calme et aux mouvemens de l'Océan ; mais cette comparaison acquiert un très haut degré de justesse quand l'auditoire est en grande partie formé de jeunes têtes à sensations vives, à imagination incandescente. Le *forum* de l'amphithéâtre est donc nécessairement plus agité, plus turbulent que celui du peuple, même le plus inquiet, le plus susceptible, parce qu'il est plus impressionnable. Là toutes les tendances sont manifestes, tous les sentimens à découvert, toutes les sympathies hautement exprimées ; point de masques, nul manége, aucune précaution oratoire; on y pense librement, on y parle comme on pense; la vérité y est dite sans contrainte ni déguisement. Si l'on rend hommage au mérite, il n'y a pas moyen d'y placer une statue d'argile sur un piédestal de bronze. Professeurs, académiciens, concurrens, sont tour à tour mis dans le creuset, scrutés, analysés, appréciés, souvent avec rigueur, presque toujours avec impartialité. Tous comparaissent devant le tribunal juvénile, dépouillés de leurs places et de leurs honneurs; l'habit brodé, la toge professorale, les décors et les oripeaux n'y font rien, c'est l'expression la plus franche de l'opinion publique, car elle n'est jamais sophistiquée par des intérêts particuliers. Souvent même le niveau est si radicalement placé que le mot de monsieur ou de professeur est supprimé, on dit un tel, tout simplement, sans ambages et sans détour; un éloge non mérité est une véritable fausse monnaie, qui n'a ni le poids voulu, ni le titre légal, mais il est facile de prévoir le cas qu'on en fait dans un pareil public. Une réputation mal fondée, une célébrité véreuse y sont estimées ce qu'elles valent, et beaucoup de ces jeunes gens, d'un esprit droit et éclairé, ne sont pas toujours de l'avis de la fortune.

Si quelquefois un nom s'échappe de toutes les bouches, jaillit de tous les cœurs, les nuances diverses de talent, de mérite des concurrens, n'en sont pas moins nettement appréciées. Quelques groupes, placés çà et là, à défaut de lustre, n'entraînent pas le jugement de l'assemblée. Cependant, qu'on ne s'attende pas à l'impassibilité de cet auditoire. Des marques de blâme ou d'assentiment sont rapidement manifestées : c'est un murmure sourd et prompt, c'est une fougue d'applaudissemens, c'est une susurration inquiétante et opiniâtre, c'est un brouhaha blessant pour l'amour-propre, c'est un rire franc et significatif, c'est une exclamation isolée, un cri, un baillement, une *poussée*, etc. Accueillir par des applaudissemens, ou saluer d'un *hourra* moqueur telle ou telle personne se remarque souvent, et l'on peut estimer ce signe comme pathognomonique des sym-

rent les accidens. Mais dans aucun cas il ne les a vu exciter ou reproduire l'hémorragie.

FORME CHRONIQUE SIMPLE. — L'auteur désigne sous ce titre les phthisies qui ne sont compliquées ni de bronchite ni d'hémophthisie et qui ne marchent et ne se développent qu'avec lenteur. Dans cette forme, il prescrit les vomitifs tous les matins, et les a souvent fait continuer pendant trois à quatre semaines. Leur effet sur la toux a été vraiment prodigieux, et leur influence sur les autres symptômes, bien que moins évidente, a cependant été très avantageuse. Des malades, qui toussaient depuis des semaines, ou des mois, avaient entièrement cessé de tousser au bout de huit jours; leur appétit avait considérablement augmenté, et ceux, en petit nombre, qui demandaient qu'on en suspendît l'usage, à cause des effets désagréables qu'ils déterminent pendant quelques heures reconnaissaient tous les avantages qu'ils en avaient retirés. Aux vomitifs, fréquemment répétés, l'auteur joignait en même temps, dans ces cas, l'iode et les applications de pommade tartre-émétique sur la région sous-claviculaire; puis, quand la toux avait tout à fait cessé, il conseillait des toniques plus énergiques, tels que l'iodure ou le sulfate de fer, un régime nourrissant et l'air de la campagne.

TRANSPOSITION DE L'AORTE DE LA TRACHÉE ET DE L'ŒSOPHAGE; par WILKINSON KIONG.

Les variétés de position qu'offrent les organes ont beaucoup occupé les anatomistes depuis que la science s'est mise à la recherche des lois de développement. Sous un autre point de vue, ces anomalies n'offrent pas moins d'intérêt. Il en est quelques-unes qui, par l'ambiguité et les erreurs qu'elles peuvent apporter dans le diagnostic des maladies, méritent d'être connues des pathologistes. C'est à ce titre que le cas suivant nous a paru digne d'être raconté. Sur un homme de 65 ans et mort de diathèse cancéreuse, on a trouvé la trachée et l'œsophage placés au-devant de la crosse aortique. L'œsophage était entre les deux; les grosses branches artérielles qui naissent du sommet de la courbure aortique, au nombre de quatre, étaient toutes placées devant l'œsophage. L'artère pulmonaire était séparée de l'aorte par la trachée et l'œsophage, et réunie à l'aorte par un canal artériel long de 8 centimètres et formant autour des deux organes précédens un cercle complet. Il est certain qu'une semblable disposition devait modifier la nature des bruits que donne le haut de la région précordiale; malheureusement, quoique le sujet porteur de ces anomalies, ait offert dans les dernières années de sa vie plusieurs accès de dyspnée la courte histoire qu'on en a donnée ne contient rien de relatif aux bruits du cœur.

CALCULS URINAIRES DÉPOSÉS AUTOUR D'UNE PAILLE; par M. NORRIS.

Chacun sait que les corps étrangers accidentellement placés dans la vessie deviennent le noyau de pierres qui, en général, se forment assez rapidement. Chez l'homme, l'introduction de ces corps jusque dans la vessie par l'urètre est plus difficile que chez les femmes; néanmoins les observations n'en sont point très rares. Nous avons vu une de ces bougies faite de bandes de toile trempées dans la cire fondante passer tout entière dans la vessie d'un jeune homme qui s'était endormi avec la bougie dans l'urètre. Un jeune homme du Hâvre s'est présenté en 1389 dans le service des calculeux, à l'hôpital Necker, portant dans la vessie des fragmens d'un tube de verre, qu'il prétendait s'être introduits dans l'urètre dans un simple but d'amusement. Ce tube, quoiqu'il séjournât dans la vessie depuis six semaines à peu près, n'offrait aucune trace de dépôt calcu[l]eux.

Dans le cas que nous allons rapporter, le malade s'introduisait lui-même par l'urètre une paille, dans le dessin de faciliter l'écoulement de l'urine qui était fort difficicile. Il faut avouer qu'il n'est point facile d'expliquer, comment une paille ou un tube de verre peuvent ainsi tomber dans la vessie; quoi qu'il en soit, le malade, qui déjà souffrait de la vessie, vit son état empirer, ses urines devinrent purulentes, l'hypogastre devint fort douloureux. Il fit mander le docteur Norris, et soit par oubli, soit à dessein, il ne lui parla pas de la paille. La vessie fut soigneusement examinée par le cathéter. Pendant trois examens, on ne trouva point les calculs qui ne furent découverts que dans un quatrième cathétérisme. Le malade était en trop mauvais état pour supporter aucune opération. Il mourut dix jours après. A l'examen de la vessie, qui était petite, on trouva immédiatement en arrière de la prostate, doublée de volume, cinq calculs placés les uns à côté des autres, représentant des cylindres allongés sans facettes, et tous formés autour des débris de la paille. M. Norris attribue avec juste raison la difficulté de trouver les calculs à leur position derrière la prostate faisant grand relief dans la vessie. C'est dans des cas pareils qu'une sonde à courbure petite et placée très près de l'extrémité devient fort utile.

OPÉRATION ET CURE RADICALE POUR UNE HERNIE INGUINALE RÉDUCTIBLE; par M. BRANSBY COOPER.

OBS. — John Hulman, âgé de 22 ans, d'une forte constitution, est entré le 26 mai 1840 à l'hôpital Guy pour une hernie inguinale réductible si volumineuse, qu'aucun bandage ne peut la contenir, lorsque ce jeune homme se livre au moindre exercice. La hernie s'est montrée il y a sept ans, pendant un violent effort; à sa première apparition elle était très volumineuse; un bandage fut exactement porté pendant trois mois, après lesquels Hulman se croyant guéri l'abandonna. Il existait cependant une petite tumeur qui n'augmenta pas pendant cinq ans. A cette époque, de violens efforts firent augmenter la hernie qui, depuis lors, s'accroît à diverses reprises et ne peut être contenue par aucun bandage. Le 26 mai, Hulman faisait sa part d'efforts pour soulever une lourde chaudière, quand une portion considérable d'intestins vint encore s'ajouter à celles que contenait la hernie qui ne put se réduire. Trois heures après cet accident, il entrait à l'hôpital Guy, portant à l'aine droite une volumineuse tumeur herniaire irréductible, et fort sensible à la pression. Le malade avait des nausées Les bains chauds, la saignée, les lavemens, dont l'action fut aidée de manœuvres de taxis répétées, ne purent réduire. Après l'application sur la tumeur d'une vessie d'eau froide, continuée pendant deux heures, le taxis réussit, sauf cependant une petite tumeur que le malade déclara n'avoir été jamais réduite. Cet orage calmé, restait toujours la hernie que les seuls mouvemens du malade dans le lit faisaient sortir. Il n'osait quitter son lit, craignant le renouvellement des derniers accidens. M. Cooper, prenant en considération la largeur du canal inguinal, la profession du malade, l'impossibilité où il était de la continuer avec une telle maladie, se décida à tenter l'opération de la cure radicale par la méthode du professeur Gerdy. Cette opération fut pratiquée le 10 juin 1840, suivant les règles tracées par ce chirurgien. Seulement un tampon de charpie imbibée d'ammoniaque fut laissé à demeure dans le cul-de-sac formé par l'invagination de la peau. Les suites furent assez simples; il y eut un peu de réaction générale les premiers jours, et beaucoup de douleurs locales causées par la vésication ammoniacale. Le quatrième, le cul-de-sac commença à suppurer et fut soumis à une

---

pathies ou des répugnances de l'auditoire. Il en est un autre non moins concluant, c'est le silence. Mais il faut distinguer : le concurrent qu'on préfère ou qui sait captiver l'attention est écouté avec un silence religieux. On reste même surpris de voir tant de jeunes figures devenir subitement calmes, attentives, immobiles. D'autres fois un silence morne et glacé répond aux efforts du dissertateur : rien de plus expressif qu'un pareil silence de la part de ces têtes effervescentes. C'est le cas de dire, avec un ancien, *quùm tacent, clamant*. Or, croyez-moi, pour la jactance étourdie, pour le pédantisme ennuyeux, pour la suffisance et la fatuité transcendantes, il n'y a pas de plus puissant *contraire*. En général, le candidat à voix faible, traînante, peu ergoteur, qui chemine péniblement, phrase à phrase, n'obtient que froideur et dédain de cette foule curieuse et avide de sensations. Voyez au contraire comme elle accueille avec intérêt l'athlète au ton franc, à la controverse âpre et quelque peu rude, ou celui qui lance un paradoxe à toute volée, puis le soutient avec aplomb et fermeté par une sorte de *crânerie* médicale. Le concurrent à la langue déliée obtiendra presque toujours des sympathies; il ne faut pas cependant qu'il compte trop sur ce moyen. Une faconde cruellement intarissable trouve un juge redoutable dans ce jeune auditoire. Très souvent il applique au concurrent pauvre en idées, redondant en paroles, l'ancien et judicieux proverbe : *J'entends bien le bruit de la meule, mais je ne vois pas de farine* Il y a plus d'un exemple de cette justice dans l'histoire traditionnelle des concours célèbres.

Enfin le drame touche à son dénouement; le cénacle est assemblé; les capacités sont mises dans la balance; la majorité est fixée. Bientôt les portes s'ouvrent, le jury s'avance à pas lents, un profond silence règne, on attend avec impatience, les cœurs palpitent, l'attention est au comble. Le président prend la parole, le nom du vainqueur est proclamé. Tout aussitôt un tonnerre d'applaudissemens éclate, ou bien des sifflets et des cris ironiques se font entendre, puis la tempête se calme, la foule s'écoule et l'élu reste dans sa gloire, une chaire et son char de triomphe.

On conviendra qu'il y a dans un concours, fait avec la solennité convenable, une importante étude philosophique; qu'à travers son optique un peu théâtrale, on peut distinguer dans le cœur humain des traits caractéristiques, ou des nuances encore peu connues. Dans le monde, où il faut absolument faire sonner son mérite ou ses écus, les hommes n'y sont ni aussi en relief, ni aussi faciles à saisir Que si l'on veut appliquer ici le brutal *à quoi bon?* si fréquent et si inopportun, je répondrai qu'il est toujours utile, toujours profitable de puiser des enseignemens là où ils sont justes et vrais. Quiconque désire voir l'humanité en action, quiconque veut sonder les cœurs jusqu'au vif et les caractères jusqu'au tuf, doit suivre, observer un concours dans cette direction et d'après ces données. Élargissez ensuite les proportions et le grand théâtre de la vie sociale vous est ouvert; vous êtes initié aux misères de la coulisse, comme aux pompes de la scène. Les hommes se ressemblent partout, en haut, en bas, au milieu; mêmes passions, même but, mêmes motifs d'activité, patens ou cachés, intelligens ou avisés. Mais, dans un concours, l'art de se déguiser n'est nullement facile; on est trop exposé à la vue et à l'action des intérêts opposés. D'ailleurs, il n'est pas donné à tout le monde de cacher son caractère derrière son esprit; les hommes du mérite le plus éminent n'y parviennent pas toujours. On sait que Barthez, dont la patience n'était pas la qualité dominante, concourut, en 1761, je

pression légère d'abord et qui fut peu à peu augmentée, le malade gardant le lit. Au commencement de juillet, Hulman, portant un bandage très faible, se leva, sans voir reparaître la hernie, et quitta l'hôpital pour aller reprendre ses occupations. Les mêmes causes qui avaient amené la hernie la firent bientôt récidiver, mais, à un petit degré, malgré le bandage qui malheureusement était trop faible un bandage plus fort et plus approprié fut appliqué et dès-lors Hulman a pu reprendre ses pénibles travaux sans aucun nouvel accident. Le 21 septembre 1840, M. Cooper s'est assuré que depuis l'application du nouveau bandage, la hernie récidivée n'avait point augmenté.

Résumons les points de cette observation relatifs à la cure radicale. 1° Hernie inguinale externe, ancienne, volumineuse et réductible. 2° Dilatation de l'anneau inguinal et du canal, telle que les bandages ne suffisent plus au maintien de la hernie. 3° Invagination pratiquée par la méthode de M. Gerdy, et à laquelle on a ajouté la cautérisation du cul-de-sac par l'ammoniaque. 4° Récidive de la hernie peu de temps après l'opération. 5° Obligation pour le malade de porter un bandage solide et très exactement appliqué.

Ainsi, le seul bénéfice (et c'en est un, s'il est durable) que l'opération ait procuré, est celui d'avoir changé une hernie que les bandages ne pouvaient maintenir en une hernie que ceux-ci contiennent, et encore faut-il un bandage solide, car la récidive s'est faite malgré un bandage faible. La récidive s'est faite et l'opération ne date que de trois mois.

OBSERVATION D'UN CAS D'AFFECTION CÉRÉBRALE DÉPENDANT D'UNE MALADIE DU PÉRICARDE; par le docteur YONGE, de Plymouth, communiquée par le docteur BRIGHT.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre; nous l'allons d'abord rapporter avec tous les détails de quelque valeur.

OBS. — F. Hell, âgé de 19 ans, jardinier, maigre, ou plutôt délicat, expression pleine de gaîté et d'intelligence, très excitable, dit que depuis quinze jours il a gardé le lit pour une fièvre rhumatismale qu'il a gagnée pour s'être endormi, pendant une nuit humide, dans un cimetière où il avait été chargé de garder un cadavre; il fut soumis à un traitement actif, et fut bientôt à l'état où il se trouve encore en ce moment; puis on l'envoya chez lui respirer l'air natal. Aujourd'hui, il se plaint de douleurs à la partie antérieure de la poitrine, surtout dans la région précordiale et d'une grande faiblesse. Les muscles de la bouche et du côté droit de la face présentent des contractions irrégulières qui augmentent lorsqu'il parle, et lui occasionnent quelque hésitation. Cependant, il n'en eut connaissance que quand on le lui eut fait remarquer, et il dit qu'il n'éprouvait ce symptôme singulier que depuis une semaine. Le pouls, la langue, la peau et la respiration n'offrent rien d'anormal. Le cœur n'est pas examiné avec tout le soin désirable; cependant cet organe n'offre rien de très anormal. Ce malade fut regardé comme atteint d'une inflammation rhumatique du cœur, très avancée dans sa guérison, et de chorée commençante; on lui prescrivit chaque jour un bain tiède, un vésicatoire sur la région du cœur, et trois fois par jour la pilule suivante :

Prenez :	Oxyde de zinc................	5 centigrammes.
	Sulfate de quinine	5 centigrammes.
	Extrait de coloquinte composée.	1 décigramme.
	Pour une pilule.	

Au bout de quatre jours, le 14 juin, le malade a eu beaucoup de peine à venir de chez lui, à cause de l'agitation de tous les muscles volontaires du corps, que rien ne put retenir, et a beaucoup de peine à se faire comprendre, il ne peut rester un instant dans la même position, et bien qu'il n'éprouve ni spasme, ni violente action des muscles, cependant, il n'est point maître de lui et donne beaucoup de peine à ses amis. La douleur de la région précordiale a disparu, et il n'y a eu ni fièvre ni douleur sur aucun point. Les autres symptômes sont les mêmes. La démarche du malade est incertaine et agitée; il traîne plutôt les pieds qu'il ne les lève. (Continuer les pilules.)

Le 17 juin, l'agitation musculaire augmente; le malade se penche contre les meubles, dans l'impossibilité où il est de maîtriser ou de diriger ses mouvemens. Sa figure est encore gaie, bien que très pâle; il ne peut plus se faire comprendre. S'il veut tirer la langue pour la montrer, elle se jette de côté et d'autre; il ne peut ouvrir la bouche qu'avec difficulté, et la ferme avec une espèce de bruit. L'intelligence est nette et claire; l'appetit très prononcé. Il y a de la soif; le malade maigrit; son pouls donne 90, faible et mou; la peau est moite; les battemens du cœur sont faibles, mais l'agitation du corps ne permet pas de se livrer à un examen sérieux de cet organe. (Il prendra trois fois par jour 1 grain de nitrate d'argent, avec 20 gouttes de teinture de ciguë en solution).

Le 19, son agitation est telle, qu'il se blesse à chaque instant, et qu'on est obligé de lui mettre une camisole de force pour prévenir de graves accidens. Le nitrate d'argent est porté à la dose de 1 décigramme; puis, le 21, à celle de 15 centigrammes qu'on continue à cette dernière dose jusqu'au 25, sans aucune amélioration, les symptômes continuant au contraire à augmenter, malgré l'emploi de purgatifs. On veut alors (le 28) lui administrer le carbonate de fer; mais telle est son agitation que, malgré tous ses efforts et ceux de toutes les personnes qui l'entourent, et il peut plus rien avaler. Les essais qu'il fait provoquent même des spasmes généraux, et, le 29, il meurt épuisé par le besoin de repos, et peut-être de nourriture, ainsi que par ses spasmes continuels.

AUTOPSIE. Amaigrissement considérable; coloration très foncée de la fibre musculaire. Le cerveau n'offre rien de notable, ainsi que la moelle épinière. Les poumons sont d'un bleu léger, qui pénètre sur plusieurs points dans toute leur profondeur. La cavité du péricarde ne contient qu'une très petite quantité de serosité; mais le feuillet qui recouvre le cœur est si opaque et si laiteux, qu'il ne permet de voir, presque sur aucun point, la fibre musculaire sous-jacente. Il n'est recouvert que de couches de lymphe extrêmement minces, et qui ne s'en détachent qu'avec une extrême difficulté. Elles sont plus épaisses et plus lisses autour de la base et sur le côté gauche du cœur que vers sa pointe. A l'ouverture des cavités gauches, on trouve la membrane interne de l'oreillette très altérée, d'un jaune blanc foncé, marquée de taches irrégulières, plus uniforme, autour de la valvule mitrale, qui est couverte de petites granulations, comme graveleuses, à l'insertion des cordes tendineuses. La membrane valvulaire elle-même était inégalement épaissie et presque comme noueuse sur quelques points. Le reste du cœur était à l'état normal. Les organes abdominaux n'offraient aucune altération appréciable.

Le docteur Bright ne balance pas un instant à attribuer les accidens choréiformes auxquels a succombé le sujet de cet intéressante observation, à l'altération du péricarde, et cette dernière, à l'affection rhumatismale, qui a été si mal décrite dans les notes prises sur le malade. Il rappelle même à cette occasion un passage d'un de ses mémoires, dans lequel il avait dit que « la cause la cause la plus fréquente de la chorée est, avec le rhumatisme, l'inflammation du péricarde, d'où l'irritation se communique probablement à l'épine, comme elle le fait lorsqu'elle part de quelque autre organe. » Pour nous, qui n'avons point encore vu d'autre cas de chorée coïncidant avec la péricardite, nous serions tout disposés à ne voir dans ce fait qu'une coïncidence fortuite; et même en nous rappelant avec quelle négligence a été décrit le rhumatisme dont on dit que fut atteint ce sujet, peut-être émettrions-nous quelques doutes à cet égard, et serions-nous même assez disposés à attribuer à l'action même du vésicatoire appliqué sur la région précordiale l'état pathologique du

erois, à l'université de Montpellier. Irrité, sans doute, de quelques propos inconvenans, il traça, dans une division de ses prélecons, un tableau de toutes les maladies mentales et des inclinations perverses, puis il décrivit comme des espèces de ces maladies les vices et les imperfections morales qu'il supposait à son adversaire. « Ces descriptions étaient, du reste, accompagnées d'anecdotes scandaleuses et de toutes les allusions capables de faire reconnaître le *malade* qui servait de modèle à cette singulière nosographie. » Dans notre temps, si enclin au dénigrement, cette explosion virulente d'un amour-propre blessé ne serait pas tolérée, mais elle peignait celui qui en était l'auteur.

Ainsi, dans un concours, le mérite, le talent, les qualités d'homme d'un candidat seront facilement appréciés et malgré lui. Faire la bête, cette dernière ressource des gens d'esprit pour s'enrichir, et si utile dans le monde, ne peut servir à rien dans un concours; il faut se poser devant le public tout simplement, tout naturellement, tel qu'on est, sans masque et sans échasses : l'homme extérieur est, quoi qu'il fasse, le reflet de l'homme intérieur. Reste à juger ensuite le degré du savoir *réel*, l'étendue, la solidité, la variété des connaissances du concurrent, le poids et la valeur de ce qu'il a fait pour la science. Ceci rentre dans la grande question des avantages et des inconvéniens du concours, tout à fait hors de notre cadre. Remarquons seulement deux choses en faveur de cette institution : la première, c'est qu'elle excite le zèle des jeunes médecins; elle prépare les progrès, fonde les réputations, elle met en dehors les talens ignorés, en présentant un but à leurs travaux; c'est ainsi qu'elle entretient une sève ardente et généreuse, qui fait reverdir l'arbre scientifique. La seconde, c'est que, bien que l'intrigue et le savoir-faire ne soient pas étrangers dans l'élection, à beaucoup près, le choix ne peut cependant jamais tomber sur une incapacité notoire. On a beau faire, il n'est pas possible de bâcler le triomphe en faveur de qui que ce soit, bien moins encore

« D'un laurier ridicule orner le front d'un sot. »

La clameur publique lancerait aussitôt l'anathème contre contre le jury. Il n'y aura jamais que des différences de plus ou de moins dans le mérite des candidats. Le concours n'est donc pas une *fiction* légale, et l'on peut assurer que le vainqueur est toujours digne, par quelque côté, du choix qu'on a fait; on en a pour preuve certaine les hommes qui, dans les trois facultés de France, ont conquis leur chaire par ce moyen. Avouons pourtant que cette institution écarte de l'enseignement des hommes d'un savoir profond et des praticiens consommés, tandis qu'elle encourage une foule d'ambitions outrées, de cupidités impatientes, de capacités bavardes. Finissons donc cet article comme nous l'avons commencé, par cette question, toujours instante et indécise : est-il vrai que tous les hommes *trouvent leur mesure* dans un concours?

R. P.

— Nous avons reçu une lettre de M. Velpeau, qui nous est parvenue trop tard pour être insérée dans ce numéro. Nous la publierons dans le prochain.

péricarde. Quoi qu'il en soit de la filiation des ces divers états morbides, le fait n'en est pas moins très important.

RECHERCHES SUR LE DIABÈTE, AVEC DES OBSERVATIONS QUI DÉMONTRENT L'EFFICACITÉ DE L'AMMONIAQUE DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE, par M. GEORGES BARLOW.

Après avoir présenté des considérations générales sur quelques-uns des organes secréteurs et excréteurs, sur l'action supplémentaire dont ils sont chargés, lorsque l'un d'eux vient à fonctionner avec moins d'activité que dans l'état normal; l'auteur est amené à reconnaître qu'en conséquence de l'affaiblissement des facultés assimilatrices de l'estomac, l'économie reçoit un produit organique inférieur, le sucre, en place d'un produit organique supérieur, l'albumine, et que ce produit organique inférieur ne pouvant remplacer le produit supérieur, il doit être, d'après les lois de l'économie, excrété par les reins. Les conclusions qu'il tire de cette manière de voir sont, qu'on doit 1° retrancher du régime alimentaire du diabétique, non seulement toutes les substances saccharines, mais encore les alimens amylacés, qui ont une si forte disposition à la fermentation sucrée; 2° introduire dans l'estomac une substance fortement azotée, et en même temps un stimulant diffusible, pour exalter, s'il est possible, la force assimilatrice de cet organe, propriétés qu'il trouve à la fois dans l'ammoniaque.

Deux motifs l'ont amené à proposer l'emploi de l'ammoniaque dans le traitement du diabètes: le premier est un rapport purement chimique dans la composition élémentaire du sucre, de l'ammoniaque et de l'albumine; et d'après lequel les chiffres qui représentent la composition atomique de l'ammoniaque et du sucre réunis dans de certaines proportions fournissent un résultat coïncident exactement avec les chiffres qui représentent la composition atomique de l'albumine, augmentés de certains équivalens d'acide carbonique et d'eau, substances qui sont continuellement excrétées du corps. Le second motif, c'est qu'il a remarqué qu'ordinairement, sous l'influence du carbonate d'ammoniaque, la peau ne tarde pas à reprendre ses fonctions.

L'auteur rapporte quatre observations de diabètes traité par l'ammoniaque, dans un cas avec un succès complet, et, dans les trois autres, avec une amélioration qui doit engager à tenter de nouvelles expériences dans la même direction. Nous analyserons le premier de ces faits.

OBS. — Stanley, cordonnier, se présente au dispensaire de Surrey, dans l'été de 1836, très amaigri. Il rendait chaque jour, depuis quelque temps, quinze pintes d'urine. Sa peau était sèche et rude, sa langue chargée, son appétit excessif. Son urine, douce au goût, pesait 1,041. Pendant quatre jours, il prit chaque jour un grain d'opium; il fut purgé et soumis au régime convenable. Le cinquième jour, son urine avait beaucoup diminué de quantité, mais sa gravité spécifique était montée à 1,044. On lui ordonna alors de prendre trois fois par jour 326 milligrammes de sous-carbonate d'ammoniaque dans une potion de 3 à 4 grammes d'essence de lavande et chaque soir 271 milligrammes de poudre de Dover. Au bout de huit jours de ce traitement, le malade ne rendait plus que 12 pintes d'urine en 24 heures, dont la pesanteur spécifique étoit descendue à 1,035; il y avait, en outre, une moiteur assez prononcée pendant la nuit, et l'appetit avait beaucoup diminué. La dose d'ammoniaque fut à cette époque portée à 434 milligrammes toutes les quatre heures, et sous l'influence de cette médication, l'urine continua encore de diminuer de quantité et de pesanteur spécifique, et au bout de six semaines, le malade avait recouvré assez de forces pour croire qu'il n'avait plus besoin du dispensaire. Mais après six autres semaines, il se présenta de nouveau, disant que sa maladie était revenue. Sa peau était dure et sèche, et il rendait en 24 heures deux gallons d'urine; il avait de nouveau beaucoup maigri, mais était encore moins maigre que la première fois qu'il s'était présenté. La langue était nette et humide, et la respiration avait l'odeur du foin. Il fut soumis au même traitement que la première fois, et au bout de deux mois il fut renvoyé, paraissant tout à fait rétabli, rendant en 24 heures environ 3 pintes d'urine, sans goût sucré, et de pesanteur spécifique 1,020. En 1839, cet homme jouissait encore d'une parfaite santé.

OBSERVATIONS SUR LES TUMEURS ET LE GONFLEMENT DE L'ABDOMEN, ÉCLAIRÉES PAR DES OBSERVATIONS DE MALADIES DU FOIE, par le docteur BRIGHT.

Nous avons vu, en rendant compte des numéros précédens, que le docteur Bright a déjà étudié les maladies avec tumescence de l'abdomen, qui dépendent d'affections des ovaires, des reins, de la côte, et de la présence d'hydatides. Dans celui-ci, il s'occupe des mêmes maladies causées par des affections du foie. Pour qui a étudié avec soin les nombreuses affections qui se développent dans l'abdomen, et déterminent des symptômes qui souvent semblent, au premier abord, sinon les mêmes, au moins fort analogues, il est facile d'apprécier combien ces recherches, qui reposent sur un grand nombre de faits et sur des faits le plus souvent fort rares, doivent conserver d'intérêt. Nous regrettons, comme à l'occasion du mémoire précédent, que ces recherches soient, par leur nature même, peu susceptibles de se prêter à l'analyse, et de ne les mentionner que d'une manière vague et peu satisfaisante.

L'accumulation de matières fécales dans les côtes a quelquefois fait croire à l'existence de maladies organiques du foie. Quatre cas de ce genre sont ici rapportés par M. Bright. On a vu aussi le foie poussé en bas par un épanchement dans la cavité thoracique droite, on par le développement de tumeurs ou d'abcès entre le diaphragme, et lui, passer pour engorgé, ou hypertrophié alors qu'il était sain. Plusieurs cas de ce genre sont aussi racontés ici, ainsi qu'un autre où les anses intestinales placées entre le foie et les parois abdominales ne permettaient pas de reconnaître la présence de cet organe. Quant aux cas où le foie est réellement malade, M. Bright les divise en deux classes: les tumeurs uniformes et les tumeurs irrégulières. Parmi les premières, il classe l'hypertrophie par congestion passive du sang et par inflammation aiguë ou subaiguë, par rétention de la bile, par hypertrophie chronique, par dégénérescence graisseuse, et par des produits cancéreux; celles de la seconde classe comprennent les abcès aigus et chroniques, les hydatides, l'inflammation chronique qui détermine la contraction du tissu cellulaire du foie, et des inégalités à sa surface; enfin, différentes affections de mauvaise nature, telles que des productions squirrheuses, cérébriformes et métastatiques. De nombreuses observations, accompagnées de dessins, fournissent des exemples de ces nombreuses affections devant lesquelles l'art est trop souvent impuissant, mais dont le médecin doit au moins chercher à connaître la nature.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

OBSERVATION DE PLUSIEURS DRAGAUNEAUX OBSERVÉS SUR UN ENFANT; par R. CLARK, chirurgien à Sierra-Léone (Afrique).

Dans nos climats tempérés et au milieu des habitudes de notre civilisation, l'homme porte rarement avec lui, si ce n'est dans le tube digestif, de ces vers parasites, fréquens au contraire parmi les peuplades africaines. Le cas que nous rapportons ci-après est intéressant par la multiplicité des vers, et aussi par le mauvais état de santé du jeune enfant qui les portait. De quelle façon se produisent ces parasites dans l'épaisseur des membres, comment y croissent-ils pendant longtemps sans se trahir par aucun symptôme; ce sont des questions que la science s'est posées bien souvent et qu'elle n'a point résolues.

OBS. — Ogoumini, jeune nègre de 11 ans, fut admis, le 30 janvier 1839, à l'hôpital de la colonie de Sierra Léone, et portait à la partie interne de la cuisse droite, vers le tiers inférieur, un ver dont une extrémité faisait saillie à l'extérieur. Après avoir retranché avec des ciseaux l'extrémité saillante qui était longue de trois centimètres, on parvint à retirer une portion de ver longue de plus de quatre centimètres, et comme il en restait encore, on attacha l'extrémité libre avec un fil. L'enfant souffrit beaucoup pendant cette petite opération. A son entrée à l'hôpital sa santé générale était fort bonne.

Un cataplasme de casse fut appliqué sur la cuisse.

4 février. La portion de ver restant dans les tissus est trouvée sur le cataplasme; il est long de trois pieds (anglais). L'enfant se plaint d'une assez vive douleur dans la plante du pied gauche. En examinant cette région, le chirurgien trouva une petite vésicule dont l'ouverture fournit une petite quantité de fluide blanc laiteux. Dans le fond de la vésicule, on ne put découvrir aucune trace de ver quoique le jeune malade soutînt qu'il en existait un à cet endroit. Un cataplasme de casse est appliqué sur la plante du pied.

Le 8 février. Le ver a paru dans le fond de la vésicule ouverte; on en coupa quatre centimètre qui étaient hors de la plaie, on en retira six centimètres avec des pinces, l'extrémité libre de la portion restante dans les tissus fut attachée à un fil. Celle-ci était sortie le 11 février, et était longue d'un pied et demie (anglais).

13 février. Deux nouveaux vers paraissent, l'un vers le bord externe du pied gauche, l'autre sur le devant du coude-pied droit. On retira quelques centimètres de chacun d'eux. Frictions de liniment savonneux.

14. Le ver situé au pied gauche est enlevé en entier. Celui du coude-pied droit n'est retiré qu'en partie. Le jeune malade ressent un malaise général, accompagné de frissons. La plaie du pied prend un mauvais aspect. A partir de ce jour jusqu'au 26 février, la santé du malade empira, et il fut pris d'une diarrhée opiniâtre que rien ne put arrêter. Le 24, un ver se montra sur le pied droit, entre le tarse et le métatarse.

28 février. Le jeune malade mourut par la fréquence des évacuations alvines.

AUTOPSIE. Elle ne démontre rien d'intéressant. On n'a point trouvé d'autre ver dans les membres.

CARBONATE DE FER DONNÉ COMME ANTIDOTE DE L'ARSENIC; par M. SERPH.

Tous les médecins savent aujourd'hui que l'hydrate de péroxide de fer récemment préparé a été introduit dans la thérapeutique, comme antidote de l'empoisonnement par l'arsenic, par le docteur Bunsen, de Got-

tingue. Dans les deux cas que nous allons brièvement rapporter, le fer a été employé à l'état de carbonate; il faut avouer qu'ils ne sont pas assez détaillés pour montrer exactement quelle a pu être la véritable efficacité du contre-poison. Nous traduisons fidèlement.

Obs. I. — J. Davis, âgé de 12 ans, but par mégarde une tasse de solution d'acide arsénieux, préparée pour l'usage externe; pour la faire, on avait mis dans 750 grammes à peu près d'eau, 30 grammes d'acide arsénieux. Le poison fut pris à huit heures vingt minutes du matin. Le jeune malade éprouva bientôt des nausées, des vomissemens, une grande soif. A la région épigastrique et à la poitrine il ressentait une forte sensation de brûlure. Sa respiration se faisait péniblement. Il était en proie à un tremblement général, et il lui était impossible de mettre en mouvement ses membres inférieurs.

On lui fit avaler 8 grammes de carbonate de fer dans une grande quantité d'eau chaude. Le tout fut immédiatement vomi. Nouvelle dose de 8 grammes de carbonate de fer dans 199 grammes d'eau et 90 grammes de liqueur de chaux. Point de vomissemens. Quatre fois le malade prend le même melange; à la troisième dose les symptômes de l'empoisonnement avaient disparu.

L'eau dissolvant à la température ordinaire un centième de son poids d'acide arsénieux, M. Serph pense que le jeune Davis avait pris à peu 1 gramme et demi de cet acide. Ce serait une dose énorme.

Obs. II. — M..., honnête marchand, croyant avoir la gale, qu'effectivement il n'avait pas, se frotta dans la soirée du 8 mai 1840 le corps et les membres avec une forte solution d'acide arsénieux et de sulfate de cuivre. M. Serph le vit le lendemain 9 mai à 11 heures. Il se plaignait alors de soif, de sécheresse à la gorge, d'un grand malaise à la région épigastrique et dans tout l'abdomen; de temps en temps l'épigastre devenait le siége d'une vive brûlure et d'une grande douleur. Le pouls était ferme et battait 70. Il n'y avait point de selles; insomnie pendant la dernière nuit et malaise général.

Saignée de 530 grammes. Prendre de quatre heures en quatre heures une cuillerée d'une potion contenant du sulfate de magnésie, de l'aloès et du sené. A cinq heures du soir tous les symptômes s'étaient aggravés, et il s'y était ajouté des nausées, une anxiété générale, et les autres symptômes de l'empoisonnement par l'arsénic. (Décoction de semence de lin, et 4 grammes de carbonate de fer dans un gruau épais. Répéter la dose de fer de demi-heure en demi-heure, puis d'heure en heure.) Deux heures après la première dose, la gorge et la bouche devinrent humides, les douleurs cessèrent; le malade s'endormit et son sommeil dura toute la nuit. Le lendemain, il ne voulut plus prendre de médecine, et se trouva entièrement soulagé.

ESSAI SUR LES MALADIES D'OREILLES; par J. WILLIAMS.

Parmi les nombreux faits qui se trouvent dans ce mémoire, nous reproduisons ceux qui nous ont paru les plus rares quoiqu'ils ne soient pas sans exemple. Ainsi, M. Williams a vu la membrane qui tapisse le conduit auditif externe assez épaissie pour empêcher l'arrivée des ondes sonores, et produire la surdité. Les inflammations chroniques de cette membrane peuvent amener ce résultat. M. Earle le premier a conseillé de toucher avec une forte solution de nitrate d'argent la membrane ainsi épaissie. Ce tonique commence par enlever l'épiderme qui se détache par lambeaux. Dans un cas cité par ce dernier chirurgien, il fut facile de reconnaître la portion d'épiderme qui tapisse la membrane du tympan. Dans le cas de M. Williams, après quelques injections, le conduit auditif reprit son diamètre et la surdité se trouva guérie.

M. Williams a, dans les fractures du crâne atteignant le rocher, constaté un signe qu'un chirurgien français a le premier signalé, nous le croyons au moins. Nous voulons parler de l'écoulement de liquide séreux par les oreilles. Ce dernier chirurgien a regardé ce liquide comme de la liqueur du cotunni, M. Williams se demande si c'est de la sérosité arachnoïdienne, ou du liquide de cotunni, et partage l'opinion du chirurgien français: La seule chose qui tendrait à nous faire croire que ce n'est point du liquide de cotunni, c'est la quantité de liquide fourni pendant une nuit seulement, par l'oreille. Dans un cas, M. Williams a recueilli une pinte de ce liquide (chopine française, 500 grammes), une pinte d'un liquide dont la quantité normale égale à peine un gramme.

M. Williams après avoir signalé les signes de l'inflammation de la trompe d'Eustache, et les conséquences fâcheuses de cette phlegmasie, blâme la méthode thérapeutique conseillée en pareille circonstance par M. Itard. Suivant lui, l'injection d'air amène une irritation dangereuse dans la cavité du tympan, et il prétend avoir observé souvent les suites funestes de cette opération.

RÉCIDIVE DES HYDROCÈLES TRAITÉES PAR L'INJECTION DE TEINTURE D'IODE, A L'HOPITAL DE CALCUTTA, (depuis le 9 mars 1832, jusqu'au 31 décembre 1839).

Pendant cette longue période de huit ans et neuf mois, 2,393 hydrocèles ont été traitées par l'injection iodée, et parmi elles quelques unes avaient été infructueusement traitées par l'injection vineuse. Les récidives ont été à peu près de un sur cent, et jamais les suites de l'opération n'ont été compliquées d'accidens.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES MALADIES, LA MORTALITÉ DES TROUPES ANGLAISES DANS L'AFRIQUE OCCIDENTALE, A L'ILE SAINTE-HÉLÈNE ET A L'ILE MAURICE, FAITES SUR LE RAPPORT DES MÉDECINS MILITAIRES AU BUREAU DE LA GUERRE.

Ce travail est la suite de ceux dont nous avons déjà à plusieurs reprises donné l'analyse dans la GAZETTE MÉDICALE, et prouve avec quel soin le gouvernement anglais s'occupe de ce qui concerne la santé des soldats qu'il envoie dans les climats lointains. Les documens contenus dans ce dernier rapport sont trop importans, non seulement sous le point de vue économique et humanitaire, mais aussi et surtout pour le progrès de la science, pour que nous n'en présentions pas une analyse aussi complète que le permettent les bornes d'une simple revue.

Cet article est divisé en quatre parties, suivant les quatre localités désignées dans le titre; une cinquième, nous dit l'auteur, devrait y être ajoutée, c'est celle relative aux troupes qui résident dans les colonies de l'Australie. Mais la plupart des détachemens peu nombreux, ayant souvent été confiés aux soins de médecins civils, le gouvernement n'a pu obtenir d'eux des rapports aussi exacts que ceux des médecins militaires; cependant on peut se faire une idée de la salubrité du climat de l'Australie par le fait suivant, c'est que, depuis vingt ans, de 1817 à 1836 inclusivement, la mortalité de toute la troupe n'a pas dépassé annuellement le chiffre de quatorze par mille, y compris même les morts violentes et accidentelles qui forment au moins un cinquième du chiffre total, ce qui porte le chiffre de la mortalité par maladie à un peu plus d'un pour cent annuellement, chiffre inférieur à celui de toutes les autres localités, à l'exception des provinces méridionales du cap de Bonne-Espérance dont le climat ressemble sous beaucoup de rapports à celui de l'Australie.

CÔTES OCCIDENTALES DE L'AFRIQUE. — Les établissemens existans sur cette côte sont parsemés sur une ligne de mille six cents milles, depuis Ste-Marie sur la Gambie jusqu'à Acre et offrent conséquemment une immense diversité sous le point de vue du climat, du sol, de la surface et de la structure géologique; mais tous les endroits habités de cette vaste plage se ressemblent en un seul point: leur influence mortelle pour la vie des Européens, influence qui prend quelquefois une activité si rapidement funeste, qu'elle mutile même les documens statistiques par l'impossibilité où sont les médecins militaires de prendre les notes exactes que réclame le gouvernement.

La péninsule de Sierra-Léone, située presque de niveau avec la mer, coupée par de nombreuses rivières qui la couvrent souvent de leurs eaux débordées, n'est cependant pas aussi insalubre qu'on le penserait d'après cette position. Le caractère principal du climat est l'extrême humidité. En 1828, il y est tombé plus de pluie dans les jours des 22 et 23 juillet, qu'en Angleterre pendant l'année tout entière.

Pendant la période dont s'occupe le rapport les forces anglaises du commandement de Sierra-Léone se composaient de troupes blanches et de nègres; les premières malheureusement appartenaient à une classe qui offrait les conditions les moins favorables pour lutter contre un tel climat; car elles se composaient surtout de soldats auxquels on a permis de prendre ce service comme une commutation de peine, et dont les vices et l'intempérance ont sans doute aggravé bien des fois la marche de la maladie.

Jusqu'en 1817 le nombre des soldats des deux couleurs fut presque le même; mais à cette époque on renvoya presque tous les blancs qui furent remplacés par des nègres, et l'on ne conserva que quelques sous-officiers; on fut obligé cependant, en 1821, à l'occasion de la guerre de l'Australie, de rappeler de nouveau des troupes blanches; mais après divers essais, après après même avoir cherché à remplacer les compagnies disciplinaires par des enrôlés volontaires, on reconnut l'impossibilité d'utiliser des troupes blanches dans un tel climat, et depuis 1829 les troupes y sont entièrement composées de nègres, à l'exception de quelques sergens européens.

Avant 1826, les barraques et les hôpitaux étaient dans un état horrible; mais en 1826 on éleva une bonne caserne près de Sierra-Leone, sur une hauteur de plus de 400 pieds et qui peut servir de modèle. Les rations fournies à la troupe sont aujourd'hui excellentes; mais avant 1827 il en était bien autrement.

MORTALITÉ. Il résulte d'un tableau dressé par le major Tulloch, que, pendant une période de dix-huit années, le nombre des admissions à l'hôpital a été de 2,978, et celui des morts de 483 par mille, ou, en d'autres mots, que chaque soldat est entré trois fois chaque année à l'hôpital, et que plus de la moitié des soldats périssait annuellement. En 1825 et 1826,

année où la mortalité atteignit son apogée, les trois quarts des soldats furent enlevés par la maladie; car, dans ces chiffres, on ne comprend pas les morts naturelles ou par accident. Le plus grand nombre des morts de ces deux années eut lieu à Gambie, qui fut le tombeau de tous les Européens qui y furent envoyés. Même en tenant compte de l'influence que la mortalité excessive de Gambie peut produire sur le chiffre total, celle de Sierra-Léone ne serait pas de moins de 350 par mille annuellement. Il ressort en outre des rapports des commissaires de Sierra-Léone, qu'avant 1819, la mortalité des troupes blanches y était annuellement du quart de leur nombre, et déjà, en 1792, la perte des soldats et des colons qui y étaient envoyés par la compagnie de Sierre-Léone, se trouvait dans la même proportion.

Bien qu'on soit disposé à attribuer cette aggravation de la mortalité aux vices et à l'intempérance, non seulement des troupes, mais encore des autres classes de la population blanche, cependant le tableau suivant prouve qu'une vie régulière et une morale pure ne suffisent pas pour contre-balancer ces funestes influences.

Sur 89 missionnaires qui y sont venus de mars 1804 à août 1825, tous dans la fleur de l'âge :

54 sont morts.
14 sont retournés en Angleterre avec leur santé délabrée.
7 —— —— en bonne santé.
14 sont restés sur la côte.

Il ressort d'un tableau donné par M. Tulloch que la fièvre a été la principale cause de cette effrayante mortalité, car chaque soldat en était attaqué au moins une fois tous les neuf mois, et plus des deux cinquièmes de toute la troupe y succombaient annuellement.

La côte occidentale d'Afrique offre les plus grandes variations dans la salubrité des différentes années, sans qu'aucune cause puisse expliquer ces changemens. De 1830 à 1836, par exemple, la colonie avait joui d'une série d'années si salubres, qu'on pensait que les causes qui l'avaient rendue un objet de terreur pour les Européens ne reparaîtraient probablement plus; mais les funestes épidémies de 1837 et de 1838 dissipèrent promptement cette illusion.

La fièvre rémittente est si commune sur cette côte que, jusqu'à ces dernières années, il était très rare qu'un Européen passât une année sans en éprouver une attaque. Les habitudes les plus régulières, la plus forte constitution, une longue résidence sur la côte, n'en mettaient point à l'abri. On remarqua, en 1825 et les années suivantes, que les ulcères, qui étaient très fréquens chez les soldats adonnés à l'intempérance, les mettaient à l'abri de cette affection, tant qu'ils suppuraient librement; mais qu'aussitôt qu'ils tendaient à se fermer, la fièvre ne tardait pas à attaquer le sujet, et se terminait ordinairement par la mort. Les faits suivans prouvent combien nous sommes encore dans l'ignorance sur les causes réelles qui déterminent l'activité de ces horribles fléaux.

Cette maladie a paru et a fait de grands ravages pendant la saison pluvieuse, à l'époque où la végétation avait le plus de vigueur et où les bas terrains, étant complètement couverts d'eau, semblaient le moins favorables au dégagement des miasmes. D'autres fois elle se développait sous la forme la plus malfaisante pendant les mois de février et de mars, qui sont l'époque de la sécheresse et de la saison regardée comme salubre, et alors sa violence déclinait à mesure que la saison des pluies avançait et que la terre se saturait complètement d'humidité. On a également cherché ces causes dans les variations de la température, dans les fluctuations du baromètre, dans la direction des vents, dans le retard ou dans l'avance de la saison des pluies. Mais jusqu'ici on n'a pu arriver qu'à un seul fait certain, c'est qu'aucune des hypothèses avancées pour l'explication de ces phénomènes ne peut soutenir un examen sérieux.

Les endroits élevés eux-mêmes ne sont pas à l'abri de la fièvre. La caserne de Sierra-Leone, bien qu'à la hauteur de plus de 400 pieds, a fréquemment éprouvé une mortalité plus considérable que les parties les plus basses de la ville.

Maladies des poumons. — Le climat de ce commandement paraît être plutôt favorable que nuisible aux malades de cette classe; les admissions, comparées avec celles qui ont lieu en Angleterre pour un nombre égal de soldats, étaient ce que 56 est à 148, et les morts, comme 4,9 à 7,7. On observe la même chose dans les maladies des soldats noirs qui, dans les autres colonies, sont très sujets aux affections pulmonaires.

Maladies du foie. — Elles sont quatre fois plus communes et plus fréquentes dans la troupe blanche de ce commandement que dans aucune autre colonie sur lesquelles on a obtenu des résultats statistiques de quelque valeur.

Maladies de l'estomac et des intestins. — Plus de la moitié des soldats ont été traités pour ces affections et il en est mort 41 par mille. La dyssenterie est la plus grave de ces maladies; mais elle perd beaucoup de son intensité depuis qu'on a accordé au soldat de la viande fraiche. Les morts ont été réduites à un dixième de leur chiffre antérieur. On a obtenu le même résultat de la distribution de la viande fraiche aux troupes des Indes-Orientales, circonstance qui doit appeler l'adoption de la même mesure dans toutes les autres colonies.

Maladies vénériennes. — Les troupes sont presque aussi exemptes de ces maladies, bien qu'à un moindre degré, que toutes celles qui se trouvent dans les climats analogues.

Troupes noires. — Ces nègres sont ordinairement recrutés parmi les esclaves qui sont capturés par nos croiseurs et libérés à Sierra-Leone. Et pourtant le soldat nègre, sur le continent où il est né, et pourvu de toutes les nécessités de la vie, n'échappe pas à la maladie. Leur mortalité annuelle s'est élevée pendant les dix-huit dernières années à environ 30 pour mille, sans y comprendre les morts violentes ou par accident; c'est-à-dire deux fois, et même, dans quelques cas, trois fois plus fortes que dans les autres troupes servant dans leur propre pays. En 1815, 1.222 soldats nègres furent licenciés, tous dans la force de l'âge, et avec des habitudes de sobriété, de travail; chacun d'eux reçut pour pension de 12 à 16 sous par jour, qui, avec le terrain qu'on leur assigna, et le produit de leur travail, devaient leur procurer une certaine aisance; eh bien! dès 1826, la mort les avait réduits à 949, ce qui établissait une moyenne de 31 morts par mille annuellement; mortalité égale à celle des pensionnaires anglais à l'âge de 55 ans, tandis qu'ils n'avaient pas, en moyenne, atteint celui de 40 ans.

Ile de Sainte-Hélène. — On aurait de la peine à croire que l'on puisse trouver sous les tropiques un endroit où la mortalité des blancs et des nègres soit la même, d'après une longue série d'années, que celle de leur propre pays; c'est ce qui paraît être à Sainte-Hélène. D'après un tableau des morts de la population civile de 1815 à 1837, il paraît que la mortalité moyenne a été annuellement de 1 sur 48 et demi, même en y comprenant les étrangers, dont plusieurs étaient des marins mis à terre dans la dernière période de leur maladie. En Angleterre, la moyenne de la mortalité est, pour toute la population, de 1 sur 47 et demi.

Ce fait est d'autant plus remarquable qu'une grande partie de la population appartient à la race nègre, qui souffre beaucoup lorsqu'elle est transportée loin de son pays natal. A Sainte-Hélène, au contraire, elle prospère, puisque, bien qu'il n'y eût pas eu de nouvelle importation depuis 1792, le nombre des nègres augmenta, dans l'espace de 13 ans, de 1512 à 1560, fait sans exemple dans aucune autre colonie anglaise.

Depuis la colonisation de l'île il n'y a encore eu que deux graves épidémies, en 1718 et 1807.

La mortalité annuelle des troupes y a été, de 1816 à 1822 inclusivement, de 35 par 1,000, ce que le major Tulloch attribue à la mauvaise qualité des rations distribuées aux soldats, auxquels on ne donnait que bien rarement des provisions fraiches. Ils recevaient chaque jour une livre de bœuf salé, une livre de pain et un peu de vin du Cap; à quoi ils ajoutaient sur leur paie les légumes qu'ils pouvaient se procurer, mais dont le haut prix leur permettait rarement de faire usage. Ce n'est que depuis que le nombre des malades et des morts a ouvert les yeux de l'administration sur les effets funestes de ce régime qu'on accorde à chaque soldat deux livres de viande fraiche par semaine.

Maladies de l'estomac et des intestins. — Ces affections causent les deux tiers au moins des morts de soldats. La dysenterie surtout y est peut-être plus grave qu'aux Indes-Orientales, sans aucune autre cause appréciable que le régime du soldat; car cette maladie ne frappe pas les habitans de l'île; aussi depuis qu'on leur fait distribuer des provisions fraiches deux fois par semaine, le nombre des dysenteries a-t-il diminué déjà de plus de moitié, et il est probable qu'avec une nouvelle amélioration dans le régime la mortalité des troupes reviendra au chiffre qu'elle offrait lorsque l'île était occupée par les troupes de la compagnie des Indes, c'est-à-dire à 2 pour 100 annuellement.

Cap de Bonne Espérance. — La variabilité du climat, ni la température pendant l'été, ne paraissent pas exercer, au Cap, une influence fâcheuse sur la santé, car la mortalité en 1833 y a été de 1 sur 46, ce qui s'éloigne peu de celle de l'Angleterre, où elle est d'un sur 47 1/2. Si on ajoute à cela que bon nombre de ces morts sont celles d'étrangers qui arrivent au Cap dans la dernière période de leur maladie, on reconnaîtra que ce climat est au moins aussi favorable à la constitution que celui de l'Angleterre.

Le service des troupes est, après tout, très léger; les casernes sont en assez bon état; les rations ne sont pas mauvaises, sinon qu'il n'y a pas de souper et que le soldat reste 19 heures sans prendre d'alimens, ce qui n'est pas sans de graves inconvéniens dans un pays où l'on se procure avec facilité des spiritueux.

Mortalité. — Elle est de 15 1/2 par mille, ce qui est à peu près la même chose que celui des dragons de la garde en Angleterre. Le nombre

des malades et des morts est à peu près le même tous les ans; il y a rarement des épidémies au Cap. Le choléra n'y a jamais pénétré, et la grippe y a été moins malfaisante que nulle part ailleurs.

Maladies des poumons. — Malgré tout ce qu'on a dit de la variabilité de la température au Cap, les maladies des poumons y sont plus rares encore que dans aucune des autres colonies anglaises, ainsi qu'il résulte du tabl. suivant. Sur 1,000 soldats, il en meurt annuellement de toutes les maladies des poumons, aux Antilles, 10 4/10; à la Jamaïque, 7 5/10; à Gibraltar, 5 3/10; à Malte, 6; aux îles Ioniennes, 4 8/10; à Bermuda, 8 7/10; au Canada, 6 7/10; à la Nouvelle-Ecosse, 7 1/10; au Cap, 3 9/10. Par compensation, le climat du cap est très favorable au rhumatisme, et, sous ce point de vue passe avant l'Angleterre et toutes ses colonies.

Ile Maurice. — Il ne paraît pas que le climat de cette île soit défavorable à la santé des blancs, il en est tout autrement de celle des nègres. Leur mortalité s'élève à 37 ou 40 par an sur mille, et ils prospèrent si peu dans ce pays, que sur une population de 60,000 nègres, le nombre des décès a dépassé celui des naissances de plus de 6,000 en cinq ans.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. (Juillet et octobre 1840).

Articles originaux: 1° *De l'huile de morue*; par M. Donovan. 2° *Observation d'épilepsie sans aucun désordre apparent dans les centres nerveux*; M. J. Graves. 3° *Accouchement naturel malgré la présence d'une vaste tumeur occupant le bassin*; par M. Thomas Beatty. 4° *De l'utilité du deuto-chlorure de mercure dans les ophthalmies scrofuleuses*; par M. Hamilton. 5° *De l'hydrocyanate ferruré de quinine*; par M. Donovan. 6° *Remarques sur le bégaiement*; par M. Du Soit. 7° *Cas de luxation congéniale de la tête du radius en arrière chez un homme de 27 ans*; par M. Adams. (Ce chirurgien a présenté un plâtre pris sur le bras d'un tailleur, âgé de 27 ans, et qui offre, entre plusieurs difformités congéniales, une luxation congéniale de la tête du radius en arrière. Le mouvement d'extension est impossible, et celui de flexion est borné. Ceux de supination et de pronation sont presque intacts. Cet homme n'est point gêné dans l'exercice de sa profession par cette difformité. Tous les muscles de ce bras sont bien développés. C'est, nous croyons, le premier cas de luxation congéniale de cette articulation mentionné par les auteurs. Quant aux luxations traumatiques, quoique M. Adams dise n'en connaître que deux cas, l'un appartenant à Asdey Cooper, et l'autre à lui-même, il est certain que la science en possède un plus grand nombre. Les auteurs ont même signalé la cause ordinaire de cette luxation chez les enfans, à savoir l'habitude fréquente de les soulever par le poignet.

SALIVATION DÉTERMINÉE PAR L'EMPLOI DE L'HYDRIODATE DE POTASSE; par le docteur Smith.

L'observation suivante est un exemple remarquable de l'effet puissant que les préparations d'iode exercent sur les glandes salivaires, combiné avec ses effets bien connus sur le système absorbant. Doit-on attribuer à cette action sur l'appareil salivaire l'efficacité que l'on attribue assez généralement à ces préparations dans le traitement de certaines affections syphilitiques, ou bien y verra-t-on l'explication de cette propriété anti-mercurielle, que plusieurs médecins allemands ont cru trouver dans ces mêmes préparations; c'est ce qu'il n'est pas facile de décider; mais il n'en ressort pas moins de ce fait et de beaucoup d'autres analogues, qu'il existe entre ces deux médicamens énergiques une ressemblance qu'on ne peut nier, et qu'il serait important d'étudier spécialement sous le point de vue des applications thérapeutiques.

Obs. — Le 1er janvier, je fus consulté par un jeune homme ouvrier, qui, dix-huit mois auparavant, avait été traité par M. Laurence, pour une affection vénérienne dont il n'était cependant pas complétement guéri lorsqu'il avait quitté l'hôpital. Depuis, il avait pris, pendant cinq semaines, les pilules de Plummer, qui paraissaient indiquées en raison de l'état de sa peau et de quelques autres circonstances. Lorsque je le vis, il avait beaucoup perdu de ses forces et de son embonpoint, et avait une toux d'un caractère assez fâcheux. Il se plaignait de douleurs dans les côtes et les épaules, et de mal à la gorge; il portait sur les bras et les épaules une éruption cuivrée, et se plaignait d'une sensibilité considérable et même de vives douleurs dans la région des sinus frontaux et dans les os du nez, d'où sortait une matière foncée mêlée de débris de croûtes, mais sans odeur remarquable. Comme le temps était froid et que les symptômes pulmonaires paraissaient graves, je lui prescrivis ce qui convenait pour ces derniers; il y joignit l'usage de la salsepareille; puis, au bout de quelques jours, ne pensant pas qu'il pût être soumis à un traitement mercuriel convenable, sans inconvénient, je lui prescrivis l'hydriodate de potasse.

Je ne le revis qu'au bout de trois semaines. Il avait pris l'hydriodate de potasse d'abord à la dose de 10 grains par jour, en solution, et l'avait portée successivement à celle de 15 grains; la toux avait presque complétement disparu. L'embonpoint et les forces s'étaient beaucoup améliorés; la douleur des sinus frontaux avait considérablement diminué, et l'écoulement, ainsi que les croûtes, avaient tout à fait disparu. Le sommeil était bon; l'appétit prononcé; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est qu'il salivait beaucoup, et que toutes ses dents incisives étaient mobiles, absolument comme s'il avait subi un traitement mercuriel complet, à l'exception pourtant que la respiration n'offrait pas la fétidité qui a lieu dans ce dernier cas. Ce malade, interrogé à plusieurs reprises, a déclaré formellement qu'il n'avait employé aucun autre médicament que ceux qui lui avaient été conseillés.

OBSERVATION D'UN CAS D'ÉPILEPSIE DE LONGUE DURÉE SANS AUCUNE LÉSION APPRÉCIABLE DU CERVEAU NI DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur P. Graves.

L'observation dont nous allons rapporter les traits principaux offre un double intérêt par l'absence des altérations qui, d'après la longueur de la maladie, se devaient trouver dans le cerveau et par la présence d'autres altérations extrêmement graves, dans un autre organe qui n'avait éprouvé aucun trouble fonctionnel appréciable. Bien que les faits de ce genre soient loin d'être rares, cependant celui-ci est fort remarquable, et les réflexions dont il est suivi nous semblent assez justes pour que nous croyions devoir en présenter aussi une courte analyse.

Obs. — H. était un enfant fort, bien développé et plein d'intelligence, lorsqu'à l'âge de 9 ans il éprouva une violente indigestion pour s'être bourré de poires qui n'étaient pas mûres. Les moyens énergiques qui furent employés dans cette indigestion, dont la nature avait été pendant quelques instans méconnue, l'ouverture de l'artère temporale, et l'administration d'un lavement purgatif très énergique, déterminèrent une choc si violent sur son système nerveux, que peu de temps après que l'enfant eut recouvré ses sens, il fut pris d'une forte attaque d'épilepsie, à laquelle depuis il est resté sujet. Ces attaques devinrent de plus en plus fréquentes et plus graves; mais l'intelligence resta intacte pendant les six premières années de la maladie, époque où ses facultés intellectuelles présentèrent un état de torpeur qui fut continuellement en augmentant et se termina au bout de quelques années en un état d'idiotisme, avec quelques éclairs de raison, surtout en ce qui concernait les choses religieuses.

A partir de cette époque il garda constamment la chambre et eut chaque jour une attaque d'épilepsie qui ne durait pas plus de quatre à cinq minutes, mais était suivie de coma pendant une heure au moins. Deux fois par an la maladie augmentait d'intensité, les crises revenaient pendant huit à dix jours, dix fois chaque jour. Chacun de ces paroxysmes se terminait par une folie furieuse pendant laquelle on était obligé de lier le malade, elle durait trois ou quatre jours et alors les attaques journalières reprenaient leur train comme avant.

La maladie dura ainsi pendant seize années durant lesquelles il reçut tous les soins désirables; les accès devenaient pourtant de moins en moins forts pendant les cinq dernières années et pendant les trois dernières il n'éprouva plus d'attaques de folie.

En 1833, le malade fut sujet à la diarrhée, il éprouva une notable perversion du goût, avalant tout ce qu'il pouvait saisir; depuis cette même année il commença à perdre son embonpoint et ses forces. Enfin en 1839 la diarrhée redoubla d'intensité et l'enleva malgré le traitement le plus convenable, mais sans qu'il ait présenté la moindre fréquence dans le pouls (sinon pendant les attaques), sans qu'il ait offert le moindre trouble dans la respiration, autre qu'un violent accès de toux qui le prit la veille de sa mort. Il est vrai pourtant que depuis le commencement de la maladie il se plaignait d'une douleur du côté gauche.

Autopsie. L'encéphale et la moëlle examinés avec le plus grand soin n'offrent pas la moindre altération. Les ventricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité limpide.

A droite, le poumon est adhérent aux côtes dans toute son étendue; à l'intérieur il est entièrement rempli de tubercules qui l'ont complètement solidifié, sans cavernes. La muqueuse du tiers inférieur de l'iléum, du cœcum et du colon est épaissie, injectée et largement ulcérée.

Le docteur Graves fait remarquer combien il est étonnant qu'on n'ait rien trouvé dans l'encéphale chez ce sujet, qui depuis vingt-un ans était sujet à des attaques d'épilepsie aussi fréquentes et aussi fortes, et qui pendant si longtemps se compliquait de folie furieuse; il en conclut que la doctrine des pathologistes modernes qui prétendent expliquer tous les troubles partant du cerveau par les lésions trouvées à l'autopsie est bien peu fondée; il rappelle à cette occasion l'opinion qu'il a émise depuis bien longtemps que l'épilepsie, la manie, la folie, peuvent exister sans aucun changement appréciable dans la structure du cerveau ou des autres organes.

OBSERVATION DE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE TUMEUR REMPLISSANT LA CAVITÉ DU BASSIN ET SUIVIE D'ACCOUCHEMENT NATUREL, par M. Thomas Beaty.

Le dernier numéro de notre journal rapporte une observation du professeur d'Outrepont, dans laquelle une tumeur cartilagineuse adhérente à un des bords osseux du triangle périnéal n'a point, malgré son volume, empêché l'accouchement naturel. Le ramollissement de la tumeur semble dans ce cas avoir été la cause de la possibilité de l'accou-

chement. Dans le cas que nous allons rapporter, on trouve de notables différences. Ainsi la tumeur au lieu de tenir aux os tient à l'utérus et par partie peut par conséquent se déplacer ; il semble, comme d'ailleurs l'auteur de l'observation le fait ressortir, que ce soit an raccourcissement du diamètre longitudinal de la matrice que soit due l'ascension qu'a offerte la tumeur pendant le travail. Sans admettre cette application, il serait difficile de se rendre compte du déplacement qu'elle a subi ! Cette observation montre en outre de quelle réserve doit avoir unaccoucheur avant d'entreprendre, en présence d'obstacles apparens, mais que néanmoins la nature seule parvient à vaincre, d'aussi graves opérations que l'hystérotomie.

Obs. — M..., âgée de 32 ans, bien conformée, de bonne santé, était à sa première grossesse. Le 18 janvier 1840, elle fit mander M. Beatty, qu'elle désirait consulter pour des douleurs assez violentes du bassin. A cette époque sa grossesse datait de huit mois, suivant ses calculs. Elle raconte que sa santé a commencé à se déranger dès les premiers temps de sa grossesse; elle ressentit d'abord une grande irritation dans la vessie qui ne pouvait contenir que très peu d'urine et souvent beaucoup de difficulté dans l'émission de l'urine. Il survint en même temps de la constipation et une grande gêne dans le passage des fèces. Ces incommodités allèrent s'aggravant pendant les trois premiers mois, époque à laquelle ils nécessitèrent les soins d'un médecin. Un mois après, la santé revint parfaite, et dura en cet état jusqu'an huitième. La malade avait reconnu durant cet intervalle une tumeur d'abord dans l'hypogastre, puis dans le côté gauche où elle s'était portée avec l'utérus remontant lui-même par les progrès de la grossesse. A l'examen du ventre, le docteur Beatty trouva la matrice à son état de développement normal pour une grossesse de huit mois, mais portant sur le côté droit de son fond une tumeur du volume d'une orange. Sur le côté gauche de l'organe, était une autre tumeur un peu plus petite, tont le fond était bosselé et dur comme les deux tumeurs elles-mêmes. Cet examen fit penser qu'il s'agissait de tumeurs fibreuses;la multiplicité habituelle de ces tumeurs jointeaux incommodités des premiers temps de la grossesse, firent penser à l'exsistence d'une semblable lésion dans la partie inférieure de la matrice. Le toucher confirma cette idée; car le doigt introduit dans le vagin et le rectum put reconnaître : 1° une vaste tumeur située entre le pubis et la paroi antérieure du vagin, tenant àl'utérus. 2° Une autre tumeur placée entre le vagin et le rectum. Aucune d'elles n'était adhérente ni au vagin ni au rectum qui étaient parfaitement mobiles, elles étaient dures lisses, et sans apparence de fluctuations. Ces tumeurs furent jugées également fibreuses. Leur présence et surtout leur volume, car elles remplissaient le petit bassin (*pelvis blocked*), firent concevoir les plus vives craintes pour l'époque de l'accouchement. Une consultation eut lieu dans laquelle on résolut d'attendre les premières douleurs, et dans le cas où la marche de l'accouchement paraîtrait entravée, comme cela arriverait probablement, de pratiquer l'opération césarienne. Le travail s'annonça dans la nuit du 21 février à minuit, par une petite hémorragie utérine, à laquelle succédèrent bientôt quelques douleurs. Appelé une heure et demie après, le docteur Beatty trouva que la tumeur située entre le pubis et le vagin était remontée, de même que celle située entre le vagin et le rectum. Pendant toute la journée les tumeurs remontèrent ainsi; mais le soir les douleurs disparurent et le travail s'arrêta. On ordonna de l'opium dans le dessein de reposer par le sommeil les forces de la malade. Le 22, les douleurs recommencèrent à deux heures après midi; les eaux s'écoulèrent, les tumeurs étaient très haut, et on put sentir l'enfant qui se présentait par les fesses. A huit heures on sentait les hanches de l'enfant,mais le travail se ralentissant beaucoup,le docteur Beatty accrocha une des cuisses d'abord avec les doigts, puis avec un crochet mousse et amena le tronc. La tête resta engagée assez longtemps pour donner l'idée de la craniotomie, mais finit par sortir spontanément. L'arrière-faix suivit de près l'enfant, et bientôt l'accouchée tomba dans un profond sommeil. Après quelques accideus, elle se rétablit entièrement. Il était facile, après l'accouchement, de sentir les tumeurs nombreuses dont était parsemé son utérus.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des matières étrangères à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dans le prochain numéro, nous rendrons compte de la séance extraordinaire de l'Académie de médecine, tenue le jeudi 17 décembre.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, CONSIDÉRÉE COMME SCIENCE D'OBSERVATION; par C.-F. BURDACH, professeur à l'université de Kœnigsberg, avec des additions de MM. les professeurs BAER, MEYER, J. MULLER, RATHKE; SIEBOLD, VALENTIN WAGNER, traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par A.-J.-L. JOURDAN. — 8 volumes in-8°. Tomes 4° et 5° et derniers. Paris, 1839, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine.

PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, OU RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LES DIVERSES CLASSES D'APPAREILS NERVEUX, LES MOUVEMENS, LA VOIX, LA PAROLE, LES SENS ET LES FACULTÉS INTELLECTUELLES; par J. MULLER, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Berlin. Traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par A.-J.-L. JOURDAN, accompagnée de 80 figures intercalées dans le texte et de quatre planches gravées. 2 vol in-8°. — Paris, 1840. Chez le même.

Deux années se sont écoulées depuis que nous avons rendu compte des volumes qui avaient paru alors de la PHYSIOLOGIE de Burdach. Depuis cette époque, les deux volumes, pour lesquels le traducteur avait cru devoir attendre, et avec raison, la publication de la deuxième édition en allemand, ont paru également, et aujourd'hui nous avons, dans notre langue, grâce à l'activité de M. Jourdan, le grand travail de Burdach et de ses savans collaborateurs, travail sur lequel nous avons présenté assez de considérations générales dans notre premier article pour que nous soyons dispensé de le considérer de nouveau sous ce point de vue. Parmi les lacunes qu'offrait ce travail, malgré son étendue, et que nous avions signalées, il en était une surtout qui se faisait vivement sentir, c'est la partie de la physiologie qui concerne spécialement le système nerveux, partie qui avait été traitée avec toute l'étendue et toutes les recherches nécessaires par Muller, dans son TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, et dont elle faisait même la partie la plus considérable. L'éditeur a cru devoir compléter, sous ce point de vue, la PHYSIOLOGIE de Burdach, en lui adjoignant cette partie de la PHYSIOLOGIE de Muller, qui était déjà, comme nous le savons, un des collaborateurs de cette grande entreprise. Examinons d'abord les deux volumes de la PHYSIOLOGIE de Burdach dont nous n'avons pas encore parlé; nous passerons ensuite à la *physiologie du système nerveux*.

Nous avons vu que Burdach avait commencé, dans le troisième volume, l'étude de ce qui est relatif à l'embryon, et avait examiné son développement dans toutes les classes successives des animaux, après même avoir jeté un coup-d'œil sur l'évolution des tissus et des organes des végétaux. Le quatrième volume est la continuation du même sujet, et nous y trouvons d'abord, sous le titre de *vie considérée eu égard à l'espace*, quelques considérations sur le développement de la configuration extérieure de l'embryon ainsi que des différens organes dont il se compose, et dont les formes varient suivant des lois qui leur sont propres, et qui toutes indiquent le même but et sont le résultat de ce que l'auteur appelle *l'activité plastique vitale*.

Parmi les questions qui se rattachent à la nutrition et à l'assimilation chez le fœtus, l'une des plus intéressantes est celle relative à la respiration par le placenta. « Il y a, dit Burdach, antagonisme entre le placenta fœtal et les poumons. L'enfant nouveau-né peut se passer de la respiration pulmonaire tant qu'il y a encore communication non interrompue entre lui et le placenta fœtal, et il peut se passer de cette communication dès qu'il respire par les poumons. Jusqu'ici les physiologistes avaient été peu d'accord sur la différence que l'on avait signalée entre le sang des artères et celui de la veine ombilicale : les recherches exactes de Muller ont tranché cette question. Des lapins, des cochons d'Inde et des chats ne lui ont offert aucune différence dans la couleur du sang que contenaient les troncs des vaisseaux ombilicaux, mais bien dans celui du liquide qui remplissait leurs ramifications déliées; mais, ce qui était plus important encore, il a établi une différence chimique entre les deux sangs : celui de la veine ombilicale se coagulait beaucoup moins vite que celui des artères; le caillot du premier se couvrait promptement à l'air d'une membrane épaisse, tandis que celui de l'autre y restait longtemps gélatineux; enfin, le premier donnait du gaz oxygène par l'action de la chaleur, devenait plus noir par l'action de la machine pneumatique et enfin acquérait une couleur plus foncée par l'action de l'acide carbonique, de sorte qu'il se comportait plus à la manière du sang artériel que celui des artères ombilicales. » De ces faits, rapprochés de l'organisation du placenta, Burdach conclut que la respiration du fœtus est aquatique et que le placenta est une branchie.

Quant au thymus, il serait destiné, d'après notre auteur, à enlever au sang, par sa nutrition et par la production de son liquide laiteux, assez de carbone pour le rendre apte à l'animation et à la nutrition.

Le développement du mouvement, celui du sentiment, puis des formes organiques sont traités à part et considérés presque partout sous un point de vue philosophique très élevé et dans un but d'avenir et d'équilibre.

L'étude du passage de la vie embryonnaire à la vie indépendante, puis de la vie indépendante à l'âge adulte, fournit à l'auteur l'occasion d'examiner, dans ce quatrième volume, quelques-unes des questions les plus importantes qui se rattachent au part, à l'accouchement, à l'enfance, au sexe, au développement des facultés intellectuelles et morales et à la puberté.

Le cinquième volume prend l'homme à l'âge adulte et le conduit jusqu'à la fin de la carrière que lui a assignée la nature, lorsque quelque accident ne vient pas y mettre un terme anticipé. C'est ici que nous trouvons d'intéressantes considérations sur le sommeil, sur les différentes périodicité qu'on observe pendant la vie de l'homme, et enfin des recherches de quelque valeur sur la mortalité, accompagnées de tableaux statistiques, dont les élémens ont été empruntés aux travaux les plus récens. La mort, le suicide, la putréfaction occupent aussi une place importante dans ce volume, qui est terminé par une partie spéciale à laquelle l'auteur a donné pour titre *l'organisme des temps*, et dans laquelle, se livrant à l'examen des phénomènes du cours de la vie considéré d'une manière générale, il cherche à s'élever à la notion de ce qui en constitue l'essence. Nous avons surtout parcouru avec intérêt les quelques pages qui terminent ce volume, sur le *but de la vie* et sur la *persistance après la mort*, questions d'un ordre plus élevé que toutes celles qu'embrasse la physiologie et qui devaient nécessairement être indiquées, au moins, dans un travail où l'étude de l'homme moral n'a point été oubliée, bien qu'elle n'y occupe, comme cela devait être, qu'une place très restreinte.

La *physiologie du système nerveux* de J. Muller n'est, comme nous l'avons déjà dit, qu'une partie du TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE publié par cet auteur, et dont les autres parties les plus importantes se trouvent déjà consignées dans la physiologie de Burdach; une partie du second volume de cette traduction a été consacrée il est vrai à la reproduction d'un opuscule que J. Muller a publié séparément, mais qui se rattache si bien au sujet de l'ouvrage auquel il a été réuni qu'il en forme une partie essentielle et même l'une des plus importantes et des plus neuves.

L'ouvrage est divisé en trois parties sous les titres suivans: 1° physique des nerfs; 2° des mouvemens de la voix et de la parole; 3° des sens. La première est la plus importante; car elle comprend la propriété des nerfs en général, l'étude des nerfs sensitifs, moteurs et organiques et de la mécanique du système nerveux. C'est à cette première partie qu'on pourrait donner presque exclusivement le titre de physiologie du système nerveux; les deux autres pouvant n'être considérées, pour ainsi dire, que comme accessoires; c'est aussi celle que nous allons nous efforcer d'analyser avec le plus d'exactitude.

Le premier objet qui appelle l'attention du physiologiste dans l'étude du système nerveux, c'est celle des formes différentes sous lesquelles il se présente dans le règne animal, et qui se réduisent à deux principales, celle qui appartient aux animaux vertébrés, chez lesquels le cerveau est imperforé et se termine par un prolongement ou par la moelle épinière, et celle qui est propre aux animaux sans vertèbres et qui représente toujours un anneau, à travers lequel passe l'œsophage et offre deux renflemens, l'un à la partie supérieure, le second situé au-dessous de l'œsophage. Nous ne rappellerons pas combien de discussions se sont élevées entre les physiologistes à l'occasion du parallèle à établir entre ces deux formes principales. Les recherches faites par plusieurs anatomistes contemporains et surtout par Muller lui-même sur le système nerveux des animaux inférieurs, des insectes et même des infusoires, ont permis de rapporter les formes variées du système nerveux chez les animaux inférieurs à trois types principaux qui s'élèvent graduellement vers le système nerveux plus compliqué des vertébrés: 1° le type des *radiaires*, division en rayons périphériques; 2° type des *mollusques*, aboutissement des branches à un sac viscéral musculaire; 3° type des *animaux articulés*, succession de segmens analogues et dont le contenu est identique.

L'étude de l'organisation intérieure des nerfs, de leurs fibres primitives, des fibres cérébrales, des faisceaux qu'elles forment dans les nerfs, de la marche et du mélange des fibres dans les nerfs, et enfin de leur mode de terminaison dans les tissus a fait de nos jours d'importans progrès dont la connaissance n'est pas assez généralement répandue. Tous les jours on parle encore d'anastomose des nerfs, d'un canal central dans les nerfs, tandis que le système nerveux ne présente rien de semblable; c'est surtout à l'examen microscopique que nous sommes redevables de ces nouveaux progrès. Malgré les erreurs dans lesquelles une confiance illimitée dans les résultats fournis par cette méthode d'examen a trop souvent entraîné, on ne peut cependant s'empêcher d'admettre comme des faits exactement observés ceux sur lesquels les plus habiles micrographes se trouvent tous d'accord aujourd'hui; ainsi, l'indépendance des fibres primitives, depuis le cerveau jusqu'aux parties périphériques est aujourd'hui démontrée; on ne peut douter qu'elles ne marchent isolées depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, et qu'elles ne font que se juxta-poser quand elles se réunissent pour former des faisceaux.

Les opinions ne sont pas aussi d'accord relativement à la terminaison des nerfs dans les tissus; les uns avec MM. Prevot et Dumas, Valentin, Breschet, Burdach, ont vu les fibres nerveuses, musculaire et sensoriale, arrivées dans les tissus, rebrousser chemin, revenir sur elles-mêmes pour former une fibre récurrente, de manière à ce que deux fibres s'unissent toujours en manière d'anse; pendant que Schwan a vu les mêmes fibres nerveuses s'unir en une forme de réseau, à la manière des vaisseaux sanguins; et que d'après Traviramus et Gottsche elles se terminent toutes isolément et sans s'unir ensemble. Muller pense que de nouvelles recherches sur ce point sont nécessaires et regarde même comme très probable que les gros filets auxquels on donne le nom de fibres primitives ne sont pas les dernières terminaisons des nerfs. Cette opinion a été appuyée par une observation de Schwan qui a vu paraître des élémens d'une bien plus grande ténuité à l'extrémité périphérique des nerfs.

Un fait dont la connaissance est de quelque importance dans l'étude du système nerveux, c'est l'existence dans les nerfs cérébro-spinaux, de quelques faisceaux organiques gris et de quelques faisceaux blancs parmi les faisceaux organiques gris dont se compose spécialement le nerf grand sympathique. On sait quel rôle semblent appeler à jouer dans la physiologie du système nerveux les ganglions nombreux qui se présentent sur tant de points de cet appareil. Muller les distribue en trois classes: 1° ceux qui se trouvent près de l'origine des nerfs cérébraux et rachidiens, et qui tous sont des nerfs sensitifs; 2° les ganglions du grand sympathique; 3° les ganglions des nerfs cérébraux spinaux dans les points où ceux-ci s'unissent avec des branches du grand sympathique. Jusqu'ici on n'avait pu expliquer pourquoi il n'existe de ganglions que sur quelques-uns des points où les filets des nerfs cérébraux viennent à rencontrer ceux du grand sympathique. Muller explique cette anomalie en supposant que dans le point où existe le renflement gangliforme, ce ne sont pas des branches des nerfs cérébraux qui se rendent du cerveau au grand sympathique, mais des filets de ce dernier qui vont gagner les nerfs cérébraux, et qui, pour s'y rendre, suivent, non la direction du centre à la périphérie, mais celle de la périphérie au centre. Si cette opinion était fondée, toutes les fois qu'un nerf cérébral offrirait un renflement, non point à sa racine, mais sur son trajet, et lorsqu'il s'unit au grand sympathique, on aurait là un moyen de reconnaître que les filets de ce dernier qui aboutissent au nerf cérébral ne jouent point le rôle de racine à son égard, et qu'ils sont des mélanges de fibres du grand sympathique avec des fibres des nerfs cérébraux.

Après avoir cherché à étudier la structure des nerfs, Muller s'occupe de leur mode d'action, de leur irritabilité et des modifications qu'éprouve cette dernière sous l'influence des différentes irritations mécaniques, chimiques et électriques; des irritations intégrantes ou stimulantes, et qui n'agissent que par l'assimilation, et non point par une action spéciale et tonifiante des nerfs. « Si les stimulans sont utiles dans les cas d'affaiblissement d'une partie du système nerveux, ce n'est pas qu'ils rendent l'irritabilité plus forte, car ils n'ont point ce pouvoir; mais parce qu'une partie stimulée fait plus activement appel aux moyens reproducteurs. » Les narcotiques sont désignés ici sous le nom d'irritations altérantes, parce que, en même temps qu'ils irritent, ils semblent décomposer la matière nerveuse. L'étude du mode d'action de toutes ces différentes irritations est un sujet bien digne d'intérêt et fécond en enseignemens pour le pathologiste, aussi bien que pour le physiologiste. Tout en y tenant compte des travaux les plus récens et des opinions les plus avancées, Muller fait voir dans quelle erreur grossière sont tombés ceux qui, de nos jours, ont voulu trouver dans l'électricité l'explication des phénomènes de la vie et le principe actif des nerfs, et conclut d'une foule de faits et d'expériences qui entraînent la conviction, non seulement qu'il ne se développe pas de courans électriques dans les nerfs, pendant les actions vitales, mais que la force nerveuse est totalement différente de l'électricité. « Nous n'en savons pas plus sur la nature du principe nerveux que sur celle de la lumière et de l'électricité, mais nous connaissons les effets de ce principe presque aussi bien que les propriétés de la lumière et des autres agens impondérables. Quelque différentes que ces forces soient les unes des autres, la même question ne s'en présente pas moins de savoir si leurs effets dépendent du déplacement d'une matière impondérable, ou seulement d'une impulsion mécanique, comme on l'admet pour la lu-

-mière dans l'une des deux théories qui servent à en expliquer les phénomènes. »

Le théorème de Ch. Bell sur les fonctions différentes des racines postérieures et des racines antérieures des nerfs spinaux, bien que généralement admis aujourd'hui, n'avait cependant point encore été confirmé d'une manière bien certaine par l'expérimentation. La difficulté d'arriver jusqu'à ces racines, les vastes mutilations qu'entraînent ces expériences chez la plupart des animaux, l'état d'agonie ou de mort imminente dans lequel se trouvent ces derniers, au moment où ils y sont soumis, ne permettent réellement de tirer aucune conclusion des cris ou des convulsions qu'on observe pendant leur cours. De là, l'incertitude des inductions que MM. Desmoulins et Magendie avaient tirées de leurs expériences et les résultats tout à fait différens et équivoques obtenus des mêmes expériences par Bellingeri, Schœpfs et d'autres expérimentateurs, Muller, au lieu de répéter les expériences dont nous venons de parler sur les mêmes animaux que ses prédécesseurs, eut l'heureuse idée de recourir aux grenouilles, qui survivent longtemps à l'ouverture du rachis, et qui, après l'avoir subie, conservent leur vivacité et sautillent comme auparavant. Les résultats qu'il obtint furent si constamment identiques que ces expériences peuvent être rangées à côté des meilleures dont la physique est en possession. Nous allons exposer rapidement ces résultats qui sont encore peu connus parmi nous, et qui cependant ont apporté la dernière confirmation à l'un des théorèmes les plus ingénieux de la physiologie.

Après avoir ouvert le rachis et fendu les membranes, opération qui n'exige que quelques minutes et n'expose point à léser la moelle épinière, on aperçoit les grosses racines des nerfs destinés aux membres postérieurs qui parcourent une grande étendue dans le canal avant de se réunir. Si on soulève avec précaution, au moyen d'une aiguille à cataracte, les racines postérieures, et qu'on les coupe à leur insertion à la moelle, quoiqu'on irrite les racines avec la pointe de l'aiguille, jamais cette irritation mécanique ne provoque même le moindre indice de convulsions dans les pattes de derrière. On peut répéter l'expérience avec le même résultat sur les racines postérieures des nerfs destinés aux pattes de devant, qui sont également très volumineuses.

Qu'on soulève ensuite les racines antérieures avec l'aiguille, on s'aperçoit de suite qu'il suffit du moindre attouchement pour donner lieu sur-le-champ aux contractions les plus vives dans le membre entier. Si on les coupe au niveau de la moelle, qu'on les saisisse avec des pinces, et qu'on les irrite avec une aiguille, le même effet a lieu.

Les expériences avec le galvanisme excité par deux simples plaques ne sont pas moins décisives. *L'irritation galvanique portée sur les racines antérieures coupées donne lieu sur-le-champ aux convulsions les plus violentes, tandis que quand elle agit sur les racines postérieures elle n'en provoque jamais.* Ce résultat est fort remarquable, car il démontre que les racines postérieures ne sont pas aptes à conduire le fluide galvanique jusqu'aux muscles. Il est important, dans ces expériences, de n'employer que deux plaques, et non une forte pile, qui alors agirait nécessairement sur les racines postérieures comme sur une autre substance quelconque, ainsi qu'il est arrivé dans les expériences de M. Magendie. Mais il n'en demeure pas moins certain que l'irritation galvanique d'une simple paire de plaque, mise en rapport avec les racines postérieures, n'agit point sur les muscles, tandis que quand elle porte sur les racines antérieures, elle détermine sur-le-champ des convulsions.

Les expériences que Ch. Bell et M. Magendie ont faites à l'appui du théorème du premier de ces deux physiologistes peuvent aussi être appliquées aux grenouilles, et alors elles conduisent à un résultat certain. Que l'on coupe sur une même grenouille, du côté gauche, les trois racines postérieures, et, du côté droit, les trois racines antérieures des nerfs destinés aux pattes de derrière, on trouve que le sentiment est aboli dans la patte gauche et le mouvement dans la patte droite. Si l'on coupe le bout de la patte droite, l'animal témoigne une vive douleur dans toutes les parties de son corps, par les mouvemens qu'il exécute, mais il lui est impossible de remuer la patte droite, bien que la douleur s'y fasse sentir également; si on coupe le bout de la patte gauche, qui est mobile encore, mais insensible, l'animal ne ressent rien. Cette expérience est, sans contredit, la plus frappante de toutes, et elle donne un résultat complet, décisif, absolu et non un demi-résultat; car ou est bien certain, chez les grenouilles, de couper toutes les racines des nerfs de la patte de derrière, ces racines étant en petit nombre, mais fort grosses. Telles sont les expériences qui ne laissent plus aucun doute sur la véracité du théorème de Ch. Bell.

De l'examen auquel Muller se livre sur les fonctions des nerfs cérébraux, nous ne noterons que les faits suivans, qu'il est facile de résumer en quelques mots. Le *nerf vague* correspond en grande partie à la racine postérieure d'un nerf rachidien; il est cependant probable que sa racine contient quelques élémens moteurs; le *grand hypoglosse*, au contraire, est en majeure partie un nerf moteur; il en est probablement de même du *nerf accessoire*, qui représente fort bien la racine antérieure, sans ganglion, d'un nerf spinal; mais, évidemment, il lui arrive souvent, et peut-être toujours, de contenir des fibres sensitives. Muller repousse l'opinion de Ch. Bell, que les muscles de la face reçoivent deux ordres de nerfs différens pour les mouvemens de la mastication et pour ceux de la physionomie; mais il admet avec lui que le nerf facial est exclusivement moteur à son origine, et attribue la sensibilité qu'on y constate à une anastamose qui a lieu dans le hiatus de Fallope, entre une branche du nerf vague et le tronc du facial; elle existe chez l'homme aussi bien que chez les animaux, et fut découverte pour la première fois chez l'homme par Comparetti.

Nous avons déjà dit quelques mots des fibres grises, organiques, décrites depuis quelques années par plusieurs physiologistes allemands. Nous ne tenterons pas de présenter ici l'analyse des recherches faites sur ce sujet, dont Muller donna un tableau exact, ni celle des questions qu'il soulève à cette occasion. Il nous reste encore trop de choses à indiquer pour que nous puissions accorder à ce sujet encore tout nouveau l'importance qu'il mérite. Peut-être en ferons-nous prochainement l'objet d'une communication particulière.

Sous le titre *mécanique du système nerveux*, Muller présente, sur la manière dont l'action nerveuse est produite, puis conduite et sur sa rapidité, quelques considérations qui nous prouvent combien l'étude du système nerveux grandit à chaque pas que lui fait faire un sérieux investigateur de ses mystères. Déjà, pourtant, plusieurs faits importans étaient venus jeter quelque lumière sur la théorie des mouvemens du principe nerveux. C'est ainsi que quelques remarques communiquées à l'assemblée générale des naturalistes à Heidelberg, par Treviranus et par Nicolaï, ont fait supposer que la rapidité de l'action nerveuse varie suivant les régions du système nerveux, ou de même selon les individus. Par exemple, deux astronomes occupés à noter le vrai moment du passage d'un astre au devant du fil du micromètre d'un télescope fixé en place, indiquent d'une manière sensiblement différente le moment de l'appulsion de l'astre aux fils du télescope. Cette différence a été de un tiers de seconde, d'une demi-seconde, et même, chez quelques observateurs, elle a été bien plus considérable encore. Ce phénomène singulier, et qui a été noté trop de fois pour qu'on puisse en douter, est-il le résultat d'une différence dans la rapidité avec laquelle l'action arrive de l'œil et de l'oreille à la conscience, ou bien la conscience ne peut-elle recevoir à la fois qu'une seule sensation? questions qu'il est à peine permis d'énoncer aujourd'hui, mais pour la solution desquelles nous n'avons aucun élément.

L'étude de la propagation du principe nerveux dans les nerfs moteurs a permis de reconnaître déjà quelques lois, parmi lesquelles nous citerons la suivante, qui est la plus féconde en résultats: *la force motrice n'agit dans les nerfs que suivant la direction des fibres primitives qui se rendent aux muscles, ou suivant celle dans laquelle les nerfs se ramifient, et jamais en sens inverse ou rétrograde; elle ne passe pas d'une fibre à une autre, et encore moins au tronc entier, et ne s'écarte pas de la direction des fibres sur lesquelles elle a agi primitivement par quelque combinaisons de plexus, de troncs nerveux ou de ganglions que passent ces dernières.* Nous regrettons de ne pouvoir citer ici les expériences si curieuses de Muller, de Van Deen et de Kronenberg, qui ne permettent pas le moindre doute sur l'exactitude de cette loi; nous aurions désiré aussi arrêter l'attention de nos lecteurs sur les lois qui président à la propagation du principe nerveux dans les nerfs sensitifs, sur les sensations associées, sur les expériences si curieuses de Weber à l'occasion du mélange ou de la coïncidence de plusieurs sensations; nous aurions désiré surtout d'exposer les deux théories émises sur le principe de la réflexion qui a lien des nerfs sensoriels sur les nerfs moteurs, si peu étudié jusqu'ici parmi nous, et que les recherches de Muller et de Marshall-Hall ont mis en évidence depuis quelques années. Nous nous bornerons à dire pourtant que bien que les faits sur lesquels s'appuient ces deux physiologistes aient beaucoup de rapports, la manière dont ils les expliquent est pourtant bien différente; Muller admettant toujours l'ancienne hypothèse qui attribue les mouvemens et les sensations aux organes centraux, et Marshall-Hall rapportant les quatre espèces de contraction musculaire à quatre centres différens. Nous devons aussi faire connaître l'exemple de bonne foi que donne ici Muller, lorsqu'il reconnaît dans une note que la priorité des recherches sur le principe de réflexion appartient au physiologiste anglais, qui avait lu un travail sur ce sujet en 1831 devant la société zoologique de Londres, tandis que la première publication de Muller ne remonte qu'au printemps de 1835. Noble exemple de bonne foi scientifique! et qui nous donne confiance dans tous les faits que Muller nous dit avoir observés lui-même.

Les progrès récens faits dans l'étude du système nerveux ont amené de

grands mouvemens dans le sol sur lequel repusaient il y a peu de temps encore les théories des sympathies; chaque nouvelle découverte dans les fonctions ou dans l'organisation des nerfs spinaux ou cérébraux a rétréci le champ d'action du grand sympathique, dans les sympathies dont le plus grand nombre maintenant sont placées en debors de son domaine, et a permis de poser les bases d'une statistique des nerfs qui, dès ce moment, présente déjà un assez haut degré de certitude. « Il y a, dit Muller, quelque analogie, sous ce rapport, entre la doctrine des sympathies et celle des fièvres; car le nombre de celles-ci était d'autant plus considérable, qu'on connaissait moins les affections qui donnent lieu aux phénomènes fébriles, de sorte que, dans la pathologie moderne, elles ne jouent plus, comme maladies, qu'un rôle borné et très douteux. » Les fonctions du grand sympathique sont encore enveloppées de beaucoup d'obscurité; cependant, nous devons reconnaître que Muller a déjà, dans une savante discussion sur les lois de l'action et de la propagation de ce nerf, montré la route qu'on doit suivre pour faire des recherches sur ce sujet, en lui appliquant la mécanique des nerfs cérébro-spinaux; déjà il nous a mis à même de soupçonner ce qui lui est propre dans son action, et la portion d'influence qu'il reçoit du cerveau et de la moelle épinière.

Les parties centrales du système nerveux ont de tout temps été celles qui ont offert le plus de difficultés à l'étude des physiologistes et celles à l'occasion desquelles les théories les plus opposées ont été émises. Si M. Muller avance, dans la partie de son travail où il s'occupe du cerveau et de la moelle allongée, moins d'aperçus nouveaux que nous n'en avons trouvé dans le reste, il a tenu compte de tous les travaux de quelque valeur sur ce sujet et présente un tableau exact de l'état de la science ou plutôt de la confusion de la science par les questions qui s'y rattachent. Il n'est pas de question, quelque ardue qu'elle paraisse, dont notre auteur ne s'occupe et qu'il n'examine sérieusement depuis la cranioIogie qu'il range, avec l'un de nos physiologistes les plus célèbres, dans la même catégorie que l'astrologie et l'alchimie jusqu'au principe de la vie morale ou à l'ame qu'il étudie en naturaliste et non en métaphysicien, résumant tous les systèmes émis sur ce point à deux dont aucune n'est appuyé sur des preuves directes: le panthéisme et l'individualité des ames. Dans ce dernier système, le principe moral différerait de toutes les forces connues de la nature en ce qu'il serait une force que la division, poussée même jusqu'à l'infini, ne saurait ni anéantir, ni même affaiblir.. « Une telle supposition, dit Muller, dépasse les bornes de notre intelligence, et cependant on s'y trouve ramené de force quand on rejette le panthéisme, et qu'à l'aide de notre croyance innée à l'immortalité, non pas du principe de l'ame en général, mais des ames individuelles, on franchit l'abîme qu'il n'est point donné à la science de combler. »

C'est ici que se termine réellement la physiologie du système nerveux de Muller, les parties qu'il nous reste encore à examiner ne se lient pas plus au système nerveux qu'aucune des autres fonctions de l'économie et ne se trouvent ici que pour compléter la physiologie de Burdach où leur absence laissait un vide réel. La seconde partie est donc consacrée à l'étude des mouvemens, de la voix et de la parole et d'abord à celle des différentes formes de mouvement et d'organes moteurs. Muller admet deux formes de mouvement, l'une contractile, que nous nous contentons d'indiquer, l'autre vibratile qui n'a été appréciée et étudiée que depuis quelques années et surtout par les physiologistes d'outre Rhin; aussi allons-nous nous arrêter quelques instans sur cette nouvelle acquisition des sciences physiologiques et dont nous pensons qu'on méconnaît encore l'importance parmi nous.

Les parties sur lesquelles on observe le mouvement vibratile chez les animaux sont la peau, le canal intestinal, le système respiratoire et l'appareil génital; mais il n'a pas la même extension dans les différentes classes. Chez quelques uns, comme les mollusques, il est répandu sur la surface entière du corps; nulle classe du règne animal n'en est complètement privée. On ne l'aperçoit chez la plupart des animaux, qu'à l'aide d'un très fort grossissement, il se présente sous forme d'un mouvement ondulatoire produit par des filamens ou cils qu'on distingue rarement d'une manière bien nette, à cause de la grande rapidité de leurs mouvemens et qui, d'après les recherches de Purkinje et de Valentin, ont de 0,000075 à 0,000908 lignes de longueur. Ces organes déterminent des courants qui ont déjà été étudiés par les auteurs que nous venons de nommer. Le mouvement vibratile de ces fibres dépend d'un tissu contractile jusqu'ici inconnu.

L'étude du mouvement musculaire et des organes qui le produisent a reçu, dans l'ouvrage de M. Muller, de grands développemens. Nous nous bornerons à signaler le jugement qui y est porté sur la théorie si ingénieuse et à la fois si bien conçue de MM. Prévost et Dumas. Après avoir rapporté que des expériences microscopiques faites avec beaucoup de soin par plusieurs micrographes n'ont pas permis de constater les faits sur lesquels reposait cette théorie, Muller dit: « Si l'on réfléchit en outre que l'hypothèse de l'analogie entre l'électricité et le fluide nerveux n'a point de base empirique, et que ces deux fluides diffèrent notablement l'un de l'autre, eu égard aux corps qui les conduisent et qui les isolent, il ne reste plus aucun motif d'admettre la théorie de Prévost et Dumas, ou toute autre théorie quelconque qui reposerait sur l'électricité. »

Il nous resterait encore à suivre l'auteur dans l'étude de la voix et de la parole, et dans celle des sens, qui complètent l'ouvrage que nous avons en main, et qui n'appartiennent, pas plus que la partie que nous venons de parcourir, à la physiologie du système nerveux; mais l'impossibilité de donner une légère idée de ce travail sur la voix et la parole, sans entrer dans des détails beaucoup trop longs, et l'absence de recherches neuves et originales, dans celui sur les sens, nous dispensent de suivre l'auteur dans cette partie de son travail. Ce que nous en avons dit doit suffire pour indiquer combien la science doit aux travaux de ce physiologiste, et il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur cet ouvrage, considéré d'une manière générale; et d'abord nous devons faire connaître l'impression que nous en a laissée une lecture attentive. Nous nous attendions à y trouver un grand nombre de ces rapprochemens souvent bizarres, quelquefois utiles, mais presque toujours inattendus, dont les savans naturalistes allemands sont en général si prodigues, et cette prolixité, ces fréquentes répétitions qu'on trouve souvent dans l'ouvrage auquel celui-ci est destiné à servir de complément. Mais, loin de là, l'auteur développe graduellement ses idées, les appuyant de faits bien choisis, ou d'observations bien recueillies, et n'en tirant des inductions qu'avec autant de sévérité que l'eût fait l'écrivain français le plus logicien et le moins disposé à se lancer dans la carrière des rapprochement et des analogies.

Les opinions de M. Muller sur la force nerveuse, sur la différence qui existe entre cette force et les autres forces de la nature, sur l'importance du système nerveux, et sur la nécessité de ne pas confondre son action avec celle des autres appareils, cette dernière pouvant toujours être calculée d'après les lois de la chimie et de la mécanique, tandis que celle du système nerveux, au contraire, est toujours d'un ordre distinct, soumise à des lois particulières, qui constituent les lois vitales; ces opinions, disons-nous, portent le cachet d'une bonne et saine philosophie, et d'une large et indépendante conception. Les travaux de M. Muller, il est vrai, appartiennent en partie, au moins, à cette série de recherches microscopiques, auxquelles, depuis quelques années, les savans de l'Allemagne se sont livrés avec tant d'ardeur, et qui n'ont été accueillies parmi nous qu'avec une extrême défiance. Mais les travaux de l'école qui compte dans son sein des hommes tels qu'Ehrenberg, Purkinje, Muller et tant d'autres, non-seulement ne méritent pas la défiance, avec laquelle ils sont généralement traités, mais sont dignes d'etre connus et étudiés avec plus de soin qu'ils ne l'ont encore été parmi nous. A ce titre, et à beaucoup d'autres encore, nous recommandons la physiologie du système nerveux du professeur Muller à ceux qui désirent connaître les progrès réels qu'a faits, depuis quelques années, l'étude du système nerveux et des grandes branches de la physiologie qui s'y rattachent, et dont nous n'avons pu donner ici qu'un très incomplet aperçu. Ils reconnaîtront que l'auteur, tout en tenant compte des nombreuses applications des sciences chimiques et mécaniques, que les progrès ont permis de faire à la physiologie, a cependant su limiter quelques-uns des points où, ces applications n'étant plus possibles, il faut admettre des lois d'un ordre différent, et qu'il ne s'est pas laissé aller à cette tendance à laquelle obéissent quelques physiologistes de nos jours, pour lesquels l'homme ne serait qu'un simple creuset, combiné à quelques appareils hydrauliques et électriques, et soumis uniquement aux lois qui régissent le monde inorganique.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52. (TOME VIII. — 1840.) SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1840.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

La Revue des travaux de l'année paraitra dans les deux premiers numéros de janvier.

SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX. De la restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale. — II. REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS. Nouvel instrument pour la taille. — De l'hydrophobie, et surtout du rapport des troubles fonctionnels de l'œil, et des organes respiratoires dans cette maladie. — Lettre au professeur Signoroni sur deux cas de trépanation, suivis de succès. — Cure radicale de l'hydrocèle. — Traitement des plaies et des fistules de la portion buccale du conduit de sténon. — Traitement des tumeurs érectiles. — Histoire d'une femme qui vomissait des lézards vivans. — Du mode de production et de la structure du fongus médullaire. — Fongus médullaire de la main, guéri par l'extirpation. — Empoisonnement de douze personnes par le suc d'aconit napel. — Observation d'extirpation du col de l'utérus. — Observation de corps étranger dans la vessie retiré avec la pince de Vincenzo Branchetti. — Extirpation de l'extremité inférieure du rectum pour une dégénérescence squirrheuse. — Compte-rendu des opérations de taille latéralisées, faites à Naples, suivi d'une statistique des lithotomies faites dans les dix dernières années. — Calcul de la glande sous-maxillaire. — Extirpation des glandes sub-linguale et sous-maxillaire affectées de dégénérescence cancéreuse. — III. TRAVAUX ACADÉMIQUES. Academie de médecine : seances des 17 et 22 décembre. — IV. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Elemens de pathologie générale. — Note statistique sur les aliénés du département du Bas-Rhin, d'après les observations recueillies à l'hospice de Stephansfeld, pendant les années 1836, 1837, 1838, 1839. — V. VARIÉTÉS. — VI. FEUILLETON. Bonne année.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DE LA RESTAURATION DU PÉRINÉE ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE; par M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel Dieu de Lyon.

La restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale est une conquête récente de la chirurgie; s'il s'en trouve quelques rares exemples dans les annales antérieures de l'art, il n'en reste pas moins vrai de dire que depuis peu d'années elle a été systématisée en méthode régulière; aujourd'hui même la science n'est pas riche en guérisons de ce genre, et l'on chercherait vainement, dans la plupart de nos traités didactiques, un chapitre complet sur cette matière, circonstance qui prêtera peut-être un intérêt particulier à l'opération nouvelle dont je vais tracer l'histoire...

Les cas qui la réclament se rencontrent assez fréquemment dans la so-

Feuilleton.

BONNE ANNÉE.

Savantissimi doctores,
Medicinæ professores
Qui hic assemblati estis
Et vos altri messiores,
Sententiarum facultatis
Fidèles executores
Chirurgiani et apothicari,
Atque tota compagnia aussi
SALUS, HONOR ET ARGENTUM
ATQUE BONUM APPETITUM.

Ces quatre derniers mots contiennent l'*alpha* et l'*oméga* de la science de la vie terrestre. Il ne fallait rien moins que le sens profondément philosophique de notre Molière pour résumer ainsi, sous une forme à la fois scientifique et populaire, tout ce qu'il y a de plus clair et de plus net dans la félicité humaine. Comparez à cette solide définition les spéculations abstruses des philosophes sur le souverain bien, et vous les verrez s'évanouir comme de vaines fumées. Ils ne sont que des charlatans vantant leur baume, et n'y croyant point eux-mêmes. Toutes les recettes de bonheur qu'ils nous ont débitées depuis le *sustine et abstine* des stoïciens, ou l'*acatalepsie* des sceptiques, jusqu'au procédé du fakir indien, qui consiste à passer sa vie assis sur des clous, ne valent pas, à beaucoup près; l'apophtegme contenu dans ces deux vers. Le *mens sana in corpore sano* du satirique latin a du bon, mais il est trop vague et un peu abstrait. Quand il s'agit du bonheur, on aime à voir, à toucher, à sentir les choses. L'axiôme de Molière ne laisse rien à desirer. Dans sa courte mais substantielle rédaction, il est gros d'un monde de conséquences. L'analyse y découvre à première vue une multitude de details sur lesquels l'imagination erre avec délices. Il satisfait à toutes les exigences, à toutes les prétentions, à tous les désirs. En un mot, il est complet et parfait dans son genre; on n'y saurait rien ajouter, ni retrancher. Si quelqu'un n'en est pas content, qu'il se présente, et nous nous faisons forts de lui prouver qu'il ne sait ni ce qu'il veut, ni ce qu'il dit.

C'est donc avec toute raison que voulant, au début d'une nouvelle année, faire parvenir à nos très chers confrères un témoignage de notre tendre affection, nous avons choisi cette formule qui donne à l'expression de nos vœux une énergie et une latitude égales à leur sincérité et à leur ardeur. Puissent-ils recevoir en abondance tout ce qu'il y a de douceur, de délectation et d'agrémens rachés sous ces quatre chefs *salus, honor et argentum, atque bonum appetitum*. C'est ce que nous souhaitons à tous et chacun en général et très particulièrement aux abonnés de la GAZETTE MÉDICALE que nous révérons et aimons d'une manière toute spéciale.

Mais notre sollicitude ne serait pas entièrement satisfaite si nous n'ajoutions pas à ces souhaits généraux quelques souhaits particuliers.

Souhaitons d'abord la promulgation de cette fameuse loi organique de la mé-

ciété ; il est peu de médecins-accoucheurs qui n'aient dû en connaître, et qui ne puissent en trouver des applications variées.

Il n'y a pas d'exemple que cette infirmité ait jamais été congéniale, comme cela arrive pour les divisions anormales de l'urètre et de la face antérieure de la vessie ; c'est pendant le travail de la parturition que s'opèrent les ruptures du périnée et de la cloison, surtout chez les primipares, et lorsque le volume de la tête n'est pas en rapport avec la dilatabilité des parties génitales.

La déchirure peut comprendre tout le plancher périnéal, dans une direction plus ou moins médiane, jusqu'à la marge de l'anus, pénétrer même jusque dans le rectum, et envahir aussi une étendue variable de la cloison vaginale ; c'était le cas de la malade que j'ai eu à opérer. On voit qu'ici l'accident a compromis le constricteur du vagin et les sphincters de l'anus ; dès-lors, la double ouverture ano-vulvaire ne constitue plus qu'un informe cloaque où tombent et se confondent les urines, le mucus utéro-vaginal, le sang des règles, les gaz intestinaux et les matières fécales ; ajoutez qu'il existe d'ordinaire une incontinence plus ou moins complète de ces dernières, spécialement quand elles sont fluides et diarrhéiques.

Il serait superflu de faire remarquer combien est triste la condition des femmes en ce déplorable état ; objet de dégoût pour autrui et pour elles-mêmes, en proie à une infirmité incessante, inhabiles à la vie sociale, et presque aussi misérables que si elles avaient un anus contre-nature, elles sont presque toutes obligées de vivre dans une solitude contraire à leur âge, à leur sexe, à leur santé et à leurs habitudes.

Il me semble que si la chirurgie remplit un beau rôle, c'est surtout quand elle répare la nature, quand elle restaure des parties mutilées, quand elle rend l'usage d'organes dont les fonctions s'étaient perdues ou altérées ; on peut ranger dans cette catégorie les déchirures du périnée (1) et de la cloison du vagin.

C'est à la chirurgie française que revient l'honneur de la première tentative en ce genre ; elle fut faite avec succès par Guillemeau, élève de Paré, qui employa la *suture entrecoupée*. Cette opération était oubliée et abandonnée quand l'attention fut un moment rappelée sur ce point par deux chirurgiens français du dix-huitième siècle ; Noel, de Reims, en 1794 (J. GÉN. DE MÉD., tom. 56), et Saucerotte, de Lunéville, en 1798 (J. DE MÉD., tom. 56) qui réussirent avec la *suture entortillée*. Leur exemple fut peu suivi. Boyer, dans sa longue carrière, n'a jamais pratiqué la suture du périnée (2) ; le célèbre Dubois, et son fils, le professeur Paul Dubois, qui l'ont tentée, ont échoué. Combien d'autres revers sont restés inédits et inconnus ! Dieffenbach a avancé qu'on ne pouvait guère espérer de réussite qu'en creusant deux incisions latérales pour prévenir le tiraillement des parties comprises dans les sutures, soit *entrecoupées*, soit *entortillées*. Néanmoins, de tous ses essais, deux seulement paraissent avoir eu un résultat, etc. Je m'empresse de rappeler ici l'instrument ingénieux proposé et appliqué avec avantage par M. Montain, de Lyon (MÉM. DE THÉRAP. MÉD. CHIRURG., 1837).

(1) J'ai cru devoir appeler *périnéoraphie* l'opération chirurgicale par laquelle l'art restaure ici le périnée au moyen de la suture, de περίναιος, perinœum, et ῥαφή, sutura.

(2) Boyer, dans son TRAITÉ DE CHIRURGIE, se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on pourrait faire.

Mais, malgré tous ces efforts divers, malgré l'observation connue de Dupuytren (LEÇ. OR. DE CLIN. CHIR., t. III), le monde médical ne considérait guère ces rares succès que comme des faits exceptionnels, et il est vrai de dire qu'on avait abandonné cette opération, sinon comme trop difficile dans l'exécution, du moins trop incertaine et trop chanceuse dans ses résultats. Tel était l'état des esprits, lorsque, en 1832, le professeur Roux en fit l'objet des recherches nouvelles dont il consigna les détails dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 6 janvier 1834 (inséré dans le tome V des savans étrangers). La chirurgie française, qui avait eu l'honneur de la première tentative, a eu celui de perfectionner la méthode. M. Roux a eu recours à la suture *enchevillée*, qui présente une incontestable supériorité. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait plus de revers à craindre ; en 1839, il comptait onze périnéoraphies ; six malades ont guéri par la première opération ; chez deux, il a fallu en venir à une seconde ; deux autres sont mortes ; chez une dernière, la rupture s'est opérée au quatorzième jour dans les efforts de la défécation. Aucune autre méthode ne présente une proportion aussi satisfaisante, 8 sur 11.

Jusqu'ici, néanmoins, la périnéoraphie ne s'est pas répandue dans les provinces ; elle a peu émigré de la capitale, à peine est-elle sortie des mains qui l'ont élevée au rang de méthode générale, circonstance qui m'a décidé à faire connaître l'opération nouvelle qui m'est propre. L'indication était impérieuse, comme on va le voir ; au reste, voici l'observation où les détails opératoires trouveront plus à propos leur place et leur appréciation.

OBS. — Le sujet est Elisabeth Guillot, âgée de 28 ans, lingère, née à Clermont (Puy-de-Dôme), et domiciliée à Lyon, depuis deux ans, d'un tempérament lymphatique, sanguin, et d'une assez bonne constitution. Au terme d'une grossesse pénible, elle entra, vers la fin de 1839, dans la salle des femmes en couche, dirigée par les sœurs de hospitalières l'Hôtel-Dieu. Elle était primipare ; elle resta huit jours aux douleurs ; l'enfant demeura longtemps au passage ; la parturition s'opéra sans instrumens, mais avec peine, et elle entraîna la déchirure du périnée et de la cloison ; une hémorragie s'en suivit à l'instant ; le sang continua à suinter pendant quinze jours, au bout desquels on la renvoya de l'hôpital. Elle sortait faible et souffrante ; elle était affectée d'une perte continue qui se prolongea, et d'une incontinence d'urine qui ne fut que temporaire ; l'incontinence des matières fécales persista, seulement elle acquit à la longue la faculté de retenir les fèces solides (1) ; mais les selles fluides et les gaz intestinaux s'échappaient toujours malgré elle ; la station assise lui était pénible ; elle était fort incommodée par une leucorrhée abondante qui l'affaiblissait. Il s'y joignit des douleurs dans les aînes et les lombes ; elle avait peu d'appétit, la bouche mauvaise, et ressentait des maux d'estomac ; une diarrhée fatigante était venue compliquer ces symptômes, lorsqu'elle entra dans mon service à l'Hôtel-Dieu, le 10 mai 1840, huit mois après l'accouchement.

Elle était abattue et découragée ; la déchirure avait compris tout le périnée de la vulve à l'anus, pénétré jusque dans le rectum, et détruit la cloison vaginale, dans une étendue de 14 à 15 lignes (0,031 à 0,033m) ; le constricteur du vagin et les deux sphincters de l'anus, sauf peut-être quelques fibres du supérieur, étaient rompus ; la double ouverture ano-vulvaire était confondue en une seule et formait un véritable cloaque où se versaient ensemble les divers produits des excrétions digestives, génitales et urinaires. C'était un énorme délabrement ; les deux

(1) Si l'opinion de J. O'Beirn sur la physiologie du rectum est fondée, elle expliquerait assez bien cette particularité par l'état habituel de contraction de la partie supérieure de cet intestin, surtout si l'on admet l'existence d'un troisième constricteur ou sphincter supérieur. (GAZ. MÉD., oct. 1836, n. 42.)

decine qu'on nous montre depuis tant d'années de loin comme un port tranquille et sûr où nous n'aurons qu'à nous reposer de nos fatigues et à réparer nos avaries. Souhaitons qu'elle soit sans défaut, qu'elle satisfasse tout le monde, et qu'elle ne donne prise à aucun abus ; qu'elle concilie la liberté et l'ordre, les intérêts et la justice, les passions et la morale, les besoins de la profession et ceux de la science.

Ajoutons à ce vœu celui d'une organisation quelconque des écoles secondaires qui ont plus besoin de professeurs, de bâtimens et d'élèves que d'inspecteurs.

Nous souhaitons à l'Académie royale de médecine un local plus décent, plus commode, plus vaste, digne de la majesté de la compagnie, de la gravité imposante de ses discussions, du nombre des auditeurs qui y affluent de tous les points de l'horizon médical.

Aux académiciens, nous souhaitons une tenue plus sévère et à ceux qui ceignent l'épée académique et endossent le frac vert, un peu de l'aisance et de la distinction qui leur manquent. Nous voudrions entendre parler quelques uns de ceux qui se taisent, et voir se taire la plupart de ceux qui parlent ; nous souhaiterions à chacun de ses orateurs favoris, à M. Rochoux, par exemple, un peu moins d'esprit, un peu plus à M. Gerdy, un esprit plus jeune à M. Castel, un esprit plus vieux à M. Bouillaud ; nous souhaitons au président la vertu de Job, au rédacteur du procès-verbal, la concision et le laconisme, au secrétaire perpétuel des yeux de lynx pour apercevoir le mérite des grands hommes dont il doit faire l'oraison funèbre.

Item, que les discussions soient conduites avec intelligence, avec discernement, ou du moins avec du bon sens *quantum sufficit*. Qu'on pose clairement les questions, du moins celles dont l'objet n'est pas entièrement étranger aux études et à la compréhension de l'Académie ; car pour les questions de métaphysique, de théologie, de psycologie, de logique, etc., cette rigueur n'est pas nécessaire ; il vaut même mieux qu'elles soient posées, discutées et résolues d'une manière tout à fait intelligible. On est toujours sûr ainsi d'éviter l'erreur.

Item, que le procès-verbal de la séance soit un procès-verbal, c'est-à-dire une simple table des matières et non un morceau élaboré de littérature de haut style.

Item, Que les élections continuent à s'y faire avec la plus exacte équité, que le mérite seul des candidats décide les votes, et non les rivalités, les intérêts, les passions, les préjugés, etc..., etc...

Mais sortons de l'Académie quoiqu'elle ait tant de droit à nos vœux. La Faculté ne mérite pas moins de sollicitude.

Souhaitons, *primo* : qu'elle mette à la place d'un chirurgien, titré et noble, un chirurgien sachant son art et sachant l'enseigner, et qu'elle n'ait pas trop peur du mérite, si parmi les concurrens il s'en rencontrait quelqu'un qui pût se rendre redoutable à ses futurs collègues sous ce rapport ; mais si elle se décidait pour quelqu'une de ces médiocrités honorablement constatées qui forment le noyau des concours, et qui ne déplaisent à personne, nous souhaiterions, par des motifs à nous connus, qu'on choisît la plus authentique.

Secundo : Que les affiches annonçant que M. le professeur N. ne fera pas son cours, par suite d'une *indisposition*, soient plus rares que par le passé. Espérons au contraire que nos professeurs seront toujours *disposés* à prodiguer leur science à cette studieuse jeunesse.

grandes lèvres, qui semblaient se prolonger jusqu'auprès du coccyx, étaient écartées au centre de plus d'un pouce (0,027). Le vagin était le siége d'une sub-inflammation chronique, avec hypersécrétion mucoso-puriforme; examiné au speculum, le col utérin me parut engorgé et semé d'excoriations superficielles; le volume de la matrice était peu augmenté, mais sa sensibilité était manifestement exaltée à un degré morbide.

La restauration du périnée, seul moyen de remédier à la difformité, n'était pas faisable dans l'état : il fallait la préparer par un traitement préalable. Je prescrivis un régime doux et nutritif, de grands bains tièdes, quelques lavemens émolliens et des injections vaginales, avec une dissolution légère de chlorure de chaux; je touchai par intervalle le museau de tanche avec le sulfate d'alumine.

Les choses allaient très bien, lorsque la malade fut prise d'un catarrhe pulmonaire qui réclama de nouveaux soins; il fut long à céder.

Dans les premiers jours de juillet, la bronchite n'existait plus; la vaginite et la leucorrhée étaient guéries, ainsi que les excoriations utérines; les parties génitales se trouvaient nettes. Je préparai la malade à l'opération par quelques laxatifs pour débarrasser le tube intestinal; elle fut soumise à une diète progressive, et, le 12 juillet, je procédai à la périnéoraphie en présence de MM. les docteurs Alquié et Martin, de Montpellier, Perissel, de Lyon, etc., et de plusieurs internes et élèves de l'école.

Voici le but que je me proposais, et les moyens que j'employai.

La malade fut placée et maintenue sur le dos comme pour la taille périnéale, les cuisses fléchies et écartées; j'avivai alors les lèvres de la solution de continuité en disséquant deux lambeaux très minces pour ne pas faire de déperdition nouvelle de substance. J'évitai avec précaution toute terminaison en queue, dans le but de prévenir des déchirures ultérieures, et, afin de donner à la cicatrice toute la solidité désirable, je cherchai non seulement à mettre les surfaces parfaitement en contact, mais encore à les affronter sur une étendue aussi grande que possible. A cet effet, je disséquai deux lambeaux quadrilatères, uniformes, et préparés avec autant de soin que l'eût pu faire un sculpteur pour deux pièces destinées à s'harmoniser. J'anticipai un peu sur la peau et sur la muqueuse vaginale pour donner plus de largeur à la plaie à cicatriser; quant à sa longueur, elle devait être réglée par la dimension ordinaire du périnée chez la femme; or, la proportion moyenne est de 18 à 20 lignes (0,040 à 0,044) pour l'intervalle ano-vulvaire; j'en pris 22 (0,048), cherchant le plus pour obtenir au moins le nécessaire. J'avais taillé les lambeaux à enlever si superficiels que l'écoulement de sang fut très minime.

Il me restait à rafraîchir les bords de la cloison recto-vaginale, ce que j'exécutai avec des ciseaux droits, ayant soin de dépasser l'angle postérieur, comme dans l'opération du bec-de-lièvre (1). Je m'occupai alors des ligatures. Je choisis des fils cirés, larges et plats, comme moins aptes à produire la section des parties; je les passai doubles dans le chas de longues aiguilles courbes; la première fut placée près de l'anus; j'en enfonçai la pointe dans la plaie du côté gauche à 6 à 8 lignes (0,013 à 0,018) des bords, de manière à la faire ressortir en arrière un peu au-delà du point le plus profond de la partie saignante, anticipant ainsi sur les parois du vagin, dans l'intention d'opérer sur elle une large traction, et de mettre en contact les deux plaies par toute leur surface avivée. Je fis ensuite ressortir la pointe de l'aiguille par la lèvre droite, en lui faisant suivre un trajet analogue, mais en sens inverse....

La seconde suture fut appliquée au niveau de la cloison vaginale, de façon à en traverser une partie, pour concourir par l'affrontement qu'elle déterminait à la réunion des bords de la déchirure profonde; mais ici la division me paraissant trop étendue pour croire que ce moyen seul suffît pour en opérer complètement le contact et la cicatrisation et, désirant prévenir la formation d'une fistule recto-vaginale, je plaçai préalablement un point de suture en arrière que je serrai plus tard par un procédé particulier. La troisième et dernière aiguille fut enfoncée plus en avant, au niveau de la fourchette. Cela fait, elles comprenaient entre elles l'espace voulu dont j'ai plus haut donné la mesure.

Un morceau de bougie, en gomme élastique, fut engagé dans les anses que les ligatures doublées formaient du côté gauche, et je tirai sur chacune d'elles, du côté opposé, pour presser le cylindre contre la peau. Un second morceau de bougie fut interposé à droite, entre les deux bouts de chaque ligature, et je fis sur lui un nœud simple assez serré, qui fut bouclé. Il y a ici un écueil à éviter : on doit presser l'un contre l'autre, les deux bords de la division, assez fortement pour les affronter, mais pas assez pour produire la section des parties lors de l'engorgement inflammatoire qui doit survenir.

La suture enchevillée a l'avantage de réunir la plaie par ses parties profondes, au moyen de la double pression latérale et uniforme qu'accroissent les cylindres; par cela même elle fait un peu saillir en dehors chacun des bords qui restent béans; je plaçai sur eux, en avant, deux ligatures supplémentaires pour opérer une coaptation exacte (1). Quant au point de suture déjà mentionné pour la cloison, je le terminai avec un nœud coulant que je portai au moyen d'un stylet bifurqué tenu entre les dents, pendant que je tirais convenablement sur les deux chefs écartés.

Le périnée fut alors reconstitué; la séparation naturelle entre le vagin et le rectum était rétablie; la restauration était complète.

L'opération étant terminée, plusieurs précautions restaient à prendre pour en assurer la réussite : l'immobilité est une condition de rigueur; la malade fut couchée sur le côté, les cuisses liées ensemble.

Il fallait aussi prévenir la réplétion trop rapide du rectum, et les fâcheux résultats qu'entraînent les efforts de la défécation. On se rappelle que j'avais débarrassé le tube digestif par quelques laxatifs, dont le dernier fut administré le matin même de l'opération. A cet effet, la malade fut soumise à la diète, et, de plus, à l'usage de l'opium en extrait et en sirop, pour produire la constipation pendant un temps suffisant.

Le contact des urines n'est pas moins dangereux que celui des fèces; car comment espérer la réunion d'une plaie que l'urine baignerait continuellement? L'engorgement, qui se développe dans des parties aussi dilatables que la région génitale, rend alors difficile la pratique du cathétérisme, et, dans un hôpital surtout, où l'on ne peut être sûr que cette opération sera toujours exécutée par des personnes habiles, chaque fois que la malade éprouve le besoin d'uriner. Je crus préférable de mettre à demeure dans la vessie une sonde en gomme élastique. Je lui fis appliquer exactement un bouchon, que l'opérée pouvait enlever elle-même toutes les fois que le besoin de la micturition se faisait sentir. Cette précaution eut le plus heureux résultat comme on en jugera.

(Diète; tisane de violette et de tilleul, potion calmante avec 32 grammes, sirop diacode, 3 pilules de 2 centigrammes d'extrait d'opium chacun.) La journée fut bonne; la malade dormit une partie de la nuit, et urina facilement sans que la plaie fût souillée par l'urine; le deuxième jour se passe bien.

Il faut être prévenu que le vagin devient d'ordinaire le siége d'un flux puriforme assez abondant, dont la stagnation aurait des dangers; il y a en outre nécessairement quelques caillots qui résultent du suintement sanguin, consécutif à l'avivement des parties. Cette double circonstance fait sentir l'utilité des injections vaginales. On en a constamment pratiqué deux par jour, avec un mélange d'eau blanche, et d'une décoction de mauve, de belladone et de têtes de pavots. Un soulagement prononcé se manifestait après chaque injection; les premières débarrassèrent le vagin de plusieurs caillots mollasses, qui commençaient à se putréfier.

Le troisième jour, l'opérée souffre peu; cependant la turgescence inflammatoire commence à s'emparer du périnée. La nuit a été bonne. Il survient dans la jour-

(1) Voyez mon *procédé particulier pour l'opération du bec-de-lièvre* (publié dans le BULLET. THÉRAP., tom. XIX, août 1840; analysé dans l'ESCULAPE, 19 nov. 1840).

(1) Ces deux sutures se trouvaient dans l'intervalle des trois précédentes. On pourrait aussi se borner à placer transversalement entre elles, comme M. Roux, trois fils dont les extrémités, passant entre les cylindres et la peau, sont ramenées l'une vers l'autre, et nouées au-devant de la plaie du périnée.

Tertio : Que le professeur N. n'épargne ni peines, ni soins, pour se procurer cette année un deuxième auditeur; car si son unique disciple, chassé par le froid, succombe ou l'abandonne, il se verra réduit à se faire sa leçon à lui-même. Chose horrible à penser!

Quarto : Que les leçons de cette année ne soient pas la répétition pure et simple des leçons de l'année écoulée. Instruisez sans ennuyer; c'est là un principe élémentaire de l'enseignement.

Quinto : Que les examens soient, comme de coutume, faits avec zèle, avec soin, avec conscience; que les examinateurs ne songent pas seulement à y faire briller leur esprit, à soutenir des paradoxes, à établir des controverses; qu'ils exigent des candidats la connaissance de la science en général, et non de celle qui est dans leurs propres livres; qu'ils soient bienveillans sans faiblesse, sévères sans dureté, et s'ils se croient quelque supériorité de raison, d'esprit, d'érudition et de parole, qu'ils ne la prodiguent point à de faciles triomphes sur des adversaires inexpérimentés qu'ils doivent instruire, encourager, soutenir, et non humilier ou intimider.

Sexto : Que MM. les professeurs, et en général tous ceux de nos confrères qui sont parties prenantes au budget de l'état, soient exacts à émarger chaque fin du mois. Nous aimons à croire que les infractions à ce devoir seront peu fréquentes.

Que de vœux, que d'espérances, que de *desiderata* nous resteraient à énumérer, si nous entrions dans le vaste champ de notre littérature! La langue de fer d'Homère suffirait à peine. Mais ce serait trahir nos devoirs les plus saints que de garder sur ce point un coupable silence.

Espérons donc que les livres seront moins nombreux et meilleurs; qu'il y aura plus de substance et moins de fatras; qu'on nous épargnera l'étalage d'une érudition d'emprunt, ramassée en courant dans des dictionnaires, et qu'on y substituera des recherches et des idées originales. Souhaitons d'en voir disparaître aussi cet appareil de tableaux statistiques, de colonnes de chiffres qui, sous prétexte d'introduire l'exactitude dans l'observation et la rigueur dans le raisonnement, ne font que masquer le vide des résultats, et l'incertitude des conclusions; et dont le moindre inconvénient est d'être parfaitement inutiles: car personne ne les lit, ni ne les pourrait lire. Espérons que le trivial et inintelligent empirisme, qui, sous le nom usurpé de méthode expérimentale, préside à ces compilations de descriptions graphiques de maladies, faites avec la plus ridicule profusion de détails matériels, et dont il ne résulte ni conclusion, ni lumières, ni enseignement, fera place à une vue plus philosophique du but et des moyens de la science; et qu'ainsi les efforts de tant d'esprits laborieux ne seront plus consumés en pure perte pour l'art et pour eux-mêmes. Souhaitons que les livres dits nouveaux le soient par quelque autre côté que par le millésime, et qu'il y ait moins de plumes employées à nous revendre in-12 ce que nous ne voulions déjà plus lire in-8. Fasse le ciel que les jeunes gens qui ont l'ambition de la gloire, et ceux surtout, *quos æquus amavit Jupiter*, chez qui cette ambition est bien placée, échappent à cette tentation!

Espérons aussi que notre littérature se purgera un peu du mauvais goût qui tend à s'y répandre; qu'on renoncera à chercher de l'esprit pour décrire une muqueuse ramollie, à mettre de la couleur, de l'effet, des images, enfin, une forme singulière et imprévue là où il ne faut que la clarté la plus matérielle, et où la

née de vives coliques et de pressantes envies d'aller du ventre, circonstances très alarmantes pour le sort de l'opération. Le tampon de l'anus est enlevé, et une selle liquide est rendue, sans préjudice pour les sutures.

Le 15, quatrième jour, le périnée est douloureux et plus tuméfié; on y pratique deux lotions par jour, outre les injections vaginales; les parties externes commencent à se cicatriser; la fièvre traumatique est modérée; l'opérée déplace la sonde, ce qui, vu l'engorgement, entraîne des manœuvres longues et difficiles pour la replacer à demeure (1). J'ajoute une chopine d'eau de riz aux prescriptions précédentes, et une quatrième pilule d'opium.

Le 17, sixième jour, les fils commencent à opérer la section des chairs, mais une circonstance rassurante, c'est qu'il n'y a pas de suppuration des lambeaux, et l'on ne peut pas dire que son produit s'épanche dans le vagin; car les injections ne ressortent pas notamment troublées; du reste, l'état général est bon et les nuits assez satisfaisantes.

Le 19, huitième jour, nouvelles envies d'aller du ventre, nouvelles alarmes pour la périnéoraphie; cette deuxième selle est rendue sans trop d'efforts; néanmoins les matières fécales, en souillant la cicatrice, produisent la désunion des bords qui avoisinent l'anus, mais dans une étendue de quelques lignes seulement.

Le 2 , neuvième jour, je crus devoir enlever les points de suture et les chevilles, cicatrisation me paraissant sinon terminée, du moins suffisamment avancée, spécialement dans les trois quarts antérieurs du périnée. Un symptôme rassurant que je ne dois pas omettre est le suivant : jusqu'ici les injections vaginales ne ressortaient qu'en partie, ce qui m'avait fait présumer qu'une portion allait se perdre dans le rectum, et qu'ainsi toute communication morbide n'était point interceptée; mais, à partir de ce jour, les liquides injectés parurent ressortir en totalité par la vulve, et jamais les matières fécales ne prirent cette voie. La malade commence à prendre des potages, tantôt au vermicelle, tantôt à la fécule de pomme de terre. Le sirop diacode est réduit à 16 grammes.

Le 22, onzième jour, deux selles ont lieu; elles ont l'inconvénient de déchirer un peu la cicatrice du côté de l'anus, mais heureusement dans une étendue très bornée; la région périnéale n'est presque plus douloureuse. La réunion paraît formée dans le reste de l'espace ano-vulvaire. Pour les deux sutures supplémentaires, la cicatrisation est complète; les sections opérées dans les chairs par les autres ligatures commencent à se fermer, surtout du côté droit; et je remarque avec satisfaction que le point de la suture moyenne à gauche, qui depuis quelques jours donnait passage à une partie des injections vaginales, ne laisse presque plus sortir de liquide, et tout suintement a disparu le 26.

Le 27, seizième jour, l'apparence solide de la cicatrice permet d'administrer avec sécurité un lavement émollient pour délayer les matières locales et débarrasser l'abdomen qui est devenu le siége de fréquentes coliques; une selle abondante est rendue sans nuire à la périnéoraphie; la fente qui existe à l'anus est à peine égale à celle qui résulte de l'opération de la fissure (2). Le résultat se maintient à un degré très satisfaisant. La malade éprouve toujours quelques sueurs et a souvent mauvaise bouche. (Quelques verres d'eau gazeuse acidulée, suppression de la tisanne de violette, potion calmante simple avec 8 gr. sirop diacode; outre les potages, j'accorde à la malade des œufs et des légumes.)

28, dix-huitième jour, il survient au périnée une exulcération superficielle qui donne de graves inquiétudes pour la cicatrice dans le voisinage du rectum; les cautérisations avec la pierre infernale restent impuissantes; l'érosion cède le 31 aux attouchemens avec la pierre de sulfate d'alumine.

Le 1[er] août, vingt-unième jour, tout le périnée présente un état satisfaisant, et je remarque que le tissu de la cicatrice commence à blanchir, preuve qu'il s'affermit et qu'il tend à passer à l'état fibreux.

Les forces générales, affaiblies par une longue diète, se rétablissent sous l'influence du régime doux et nutritif que l'on permet à la malade; les fonctions digestives s'exécutent plus régulièrement; la défécation s'accomplit sans efforts et sans douleur; le périnée est restauré d'une manière complète. Le succès de l'opération semble ne rien laisser à désirer.

Le 3 août, ving-troisième jour de l'opération, il ne reste plus à cicatriser qu'un seul point de suture; la réunion de l'espace ano-vulvaire est effectuée; la dimension de 18 lignes (0,040^{m}) y est rétablie : le doigt auriculaire introduit dans le vagin trouve dans le nouveau plancher périnéal une épaisseur et une résistance rassurantes. Le résultat, en définitive, est plus beau et plus complet que je n'osais l'espérer, surtout si l'on se rappelle que dans les opérations de M. Roux il restait des fistules recto-vaginales : « constamment, dit-il, et malgré le soin que j'avais pu prendre d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, d'éviter ou de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture, pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est resserrée : elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très petite quantité de gaz. »

Ainsi, une fistule, minime il est vrai, mais réelle, persiste d'ordinaire après la périnéoraphie; chez mon opérée la guérison jusque là semblait entière; quelle en est la cause? elle se trouve dans la différence des procédés. « La suture, dit un des élèves de M. Roux (M. Mercier), la suture d'une cloison aussi mince et dont il est si difficile de maintenir les bords en rapport, ne paraît pas conduire à des résultats bien avantageux. » (M. Mercier, J. DES CONN. MÉD. CHIR., mars 1839). On peut répondre qu'on le fait avec succès dans la staphylorapbie; voici au reste d'après quels principes j'ai cru devoir procéder : j'ai eu pour règle de serrer cette ligature assez seulement pour affronter les lèvres de la cloison, mais pas assez pour couper les parties à la première tuméfaction inflammatoire qui suit l'avivement; dès-lors la section, qui n'est d'ailleurs qu'incomplete, n'arrive qu'à une époque où le travail phlegmasique a opéré déjà une union plus ou moins intime des bords de la division; et le but est atteint. Pour y réussir, il ne faut pas trop multiplier les points de suture, sous peine de voir l'irritation que leur présence entraîne augmentée par leur nombre, dépasser le degré compatible avec la formation normale des adhérences. Aussi n'ai-je employé qu'une seule ligature, le résultat a jusque là justifié les prévisions de la théorie.

L'état général est assez satisfaisant; sommeil, digestion, nutrition, hématose, défécation; tout se passe d'une manière progressive. (Potion calmante simple; suppression de l'eau de riz; 1 pilule d'opium; tisane de graines de lin nitrée; régime idem.)

5, Vingt-cinquième jour; lavement émollient; effet avantageux.

7. Il se forme du côté de l'anus une petite ulcération qui gagne en étendue; la préexistence de l'entérite dont nous avons parlé donne lieu d'en craindre le retour, à cause de l'apparition de quelques coliques, de nausées, de maux d'estomac et de vomissemens, etc. Ce malaise gastrique ne me paraît pas sans influence sur l'érosion précitée. (On saupoudre la plaie avec du sulfate d'alumine pulvérisé; la malade prend, avant le repas, deux pilules digestives de bi-carbonate de soude, et chaque matin une cuillerée à café du mélange stomachique suivant :

Conserve de roses...........	60 grammes.
Extrait de kina.............	8
Baume de Tolu.............	6

(1) La sonde fut changée deux fois à cause des incrustations salines dont elle se recouvrait à la longue.

(2) « Dans tous les cas, bien qu'après très peu de temps la consolidation dût être parfaite, les bords de la division étaient désunis ou plutôt séparés vers l'anus. Vers ce point la plaie était un peu béante; il y avait là une petite fente comme celle qui aurait pu résulter d'une opération faite pour une fistule à l'anus. Mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat a repris promptement sa disposition naturelle. » (Roux).

moindre trace de prétention littéraire fait une dissonnance insupportable. En conséquence, recommandons bien à nos auteurs, surtout à ceux qui débutent, d'éviter l'esprit autant qu'il leur sera possible; c'est une véritable peste. Si on trouvait que la recommandation est inutile, on prouverait qu'on ne nous a pas compris. Mais nous n'avons pas le temps d'expliquer ce point d'esthétique littéraire.

Quant à nos libraires, ne leur doit-on pas aussi une mention? Ne faut-il pas, en ce qui les concerne, espérer qu'ils seront toujours, comme par le passé, pleins de déférence pour l'auteur en crédit et pleins de hauteur pour le débutant, et qu'ils continueront à coter le mérite des écrivains et le degré de respect qu'ils leur doivent sur le chiffre des exemplaires vendus? D'un autre côté, il est infiniment probable que les auteurs dont les livres ne s'écoulent point, ou sont, comme on dit, d'un débit lourd, ne renonceront pas à chercher l'explication de ce phénomène extraordinaire dans la négligence, ou même dans quelque combinaison machiavélique du libraire.

Et nos journaux, que faudra-t-il en dire? que faut-il attendre d'eux et que peut-on leur souhaiter? Il faut d'abord en attendre la même impartialité, la même bonne foi scrupuleuse qui ne leur permet pas de porter atteinte à la plus petite et plus insignifiante vérité, pour quelque motif que ce soit. Leur vertu en ce genre est connue et célèbre par tout l'univers. Il faut espérer qu'ils seront, à partir du 1[er] janvier 1841, l'arène des travailleurs et non le théâtre des charlatans, et la caverne des Zoïles; mais il ne nous convient peut-être pas de trop creuser cette matière. Nos vœux seront simples et courts, car que souhaiter à un journal sinon des abonnés? ce mot dit tout. Puisse donc chacun de nos vingt organes de la presse périodique médicale lasser chaque matin une douzaine de porteurs! puisse le tirage de chacun augmenter et s'accroître au point de fatiguer à lui seul pendant toute une nuit les rouages d'une presse mécanique, à condition toutefois que la GAZETTE MÉDICALE ne souffrira aucun déchet et qu'elle continuera à grandir dans la même proportion, comme il convient à son droit d'aînesse.

Finissons par quelques vœux auxquels les ames sensibles ne peuvent manquer de s'associer. Puisse l'association de prévoyance des médecins devenir bientôt une institution inutile, par suite d'une plus heureuse et plus juste répartition du travail entre tous les membres de la profession! Puisse un jour le petit trésor amassé chaque année pour cette œuvre pieuse ne pas trouver d'emploi, et puissions-nous en consommer le produit à quelque immense et colossal banquet, où réunis tous en famille avec un cœur sympathique *atque bonum appetitum*, nous ensevelirions (pour un jour au moins) dans un toast fraternel toutes les rivalités, ces haines, les préventions qui nous divisent. C'est par là que nous terminons les vœux de la nouvelle année. Ils ont le mérite d'être sincères, et c'est le seul mérite que puissent avoir des *vœux*. Leur inutilité est en effet proverbiale. Ainsi tout ce qui précède, comme à peu près tout ce qui se dit et s'imprime, n'a guère d'autre valeur que celle exprimée dans ces trois mots latins *verba, prætereaque nihil*.

Ainsi une grave difficulté avait surgi ; et cette complication nouvelle retardait et compromettait le rétablissement complet de l'opérée. L'état gastrique s'améliora sous l'influence de la médication indiquée ; il revenait encore de temps à autre quelques coliques ; l'administration de demi-lavemens avec la décoction de manve et de graines de lin produisait toujours un soulagement prononcé. L'exulcération céda rapidement à l'action de la poudre alumineuse. La nutrition ne me paraissant pas s'opérer d'une manière complète, j'imagine d'y suppléer par l'introduction de substances nutritives et émollientes dans le tube digestif ; et dans ce but je fais administrer des lavemens avec une solution de 32 grammes de gélatine : la malade mange avec plaisir du poulet bouilli ; la digestion s'en effectue avec plus de facilité.

Le 10, trentième jour, l'état général devient meilleur, la cicatrice du périnée se maintient fort belle ; mais je m'aperçois que chaque fois que l'on pratique les injections vaginales, il en ressort une certaine partie par l'anus ; ce qui donne à croire que la communication morbide s'est rétablie. J'examine la malade avec un petit spéculum univalve, analogue pour ainsi dire aux gorgerets dont on se sert dans l'opération de la taille ; je l'introduis avec précaution par l'anus, et je reconnais qu'il existe à la paroi antérieure du rectum une fissure étroite à la profondeur d'environ un pouce (0,027^m). La malade qui, jusque là semblait avoir échappé à cette défectuosité, se trouve ainsi rentrée dans la catégorie de celles qu'a opérées le professeur Roux. Le temps suffit d'ordinaire pour en parachever la guérison ; je me proposais, dans le cas contraire, d'en provoquer plus tard l'oblitération au moyen de l'azotate d'argent.

Le 11, trente-unième jour, la malade se lève ; d'abord elle s'assied et se repose sur le fauteuil rembourré, puis elle marche quelques pas ; le peu d'exercice qu'elle prend la soulage et ranime les fonctions digestives qui sont un peu languissantes.

Le 15 août, trente-cinquième jour, elle demande sa sortie, dans la pensée que le changement d'air, de régime et d'habitudes achèvera la convalescence. Le résultat de la périnéoraphie est satisfaisant, il ne reste que le point droit de la suture moyenne qui ne soit pas cicatrisé ; le plancher périnéal est ferme et complet ; la fistule recto-vaginale semble diminuer, si l'on en juge par les injections vaginales dont il ressort une moindre partie par l'anus.

Je fis part de cette opération à la société de médecine de Lyon dont quelques membres ont pu constater le résultat, ainsi que divers médecins étrangers qui vinrent sur ces entrefaites visiter notre hôpital.

L'exemple précédent confirme ce fait d'observation que ces ruptures s'opèrent en général sur la ligne médiane, et se déclarent principalement lors d'une première parturition, surtout à un âge déjà avancé où la rigidité des parties y prédispose par une condition fâcheuse. Elle a paru ici s'être effectuée d'une manière brusque, et non par gangrène, bien différente en cela des fistules vésico-vaginales dont ce mode de mortification constitue fréquemment l'origine ; ce qui semble dépendre de ce que la pression sur le sacrum se fait avec moins de force et sur une plus grande étendue que sur le pubis. Le mécanisme est tout autre.

Le désordre n'est pas toujours aussi complexe que dans le cas que je rapporte, souvent « il s'agit, dit M. Roux, d'une déchirure de la partie antérieure du périnée, l'anus et son sphincter conservant toute leur intégrité. Ce cas qui paraît moins grave que la rupture centrale, l'est beaucoup plus en réalité. En effet, la réunion opérée par la nature est toujours incomplète, et il reste l'inconvénient fâcheux, surtout pour une femme jeune encore, d'une vulve prolongée beaucoup en arrière, et privée de contractilité. »

Je regarde cette variété comme de beaucoup la plus commune ; j'ai récemment encore en occasion de constater la non-réunion de la plaie sur une jeune dame que j'ai été appelé à voir en consultation quelque temps après sa couche ; et je considère comme mal fondée la confiance de Chélius dans le décubitus latéral en pareille circonstance. (Traité de chir., trad. de Pigné, t. 1, p. 261.)

« D'autres fois, poursuit M. Roux, il y a division du périnée, déchirure complète qui peut s'étendre à une portion de la cloison recto-vaginale. Jamais on n'a vu ici la réunion se faire par les seules ressources de la nature. Constamment les bords de la plaie se cicatrisent isolément ; alors le périnée a complètement disparu ; la vulve et l'anus ne forment plus qu'une seule voie, un sinus profond, etc. »

L'art seul peut remédier à une telle infirmité (1) : Chélius conseille de faire coucher la malade sur le côté pour l'opération. (Ibid, p. 262.) Cette position est loin d'être aussi commode que la supination complète qui permet la plus grande liberté dans la manœuvre opératoire ; les chirurgiens pourront aisément s'en convaincre comme moi.

Une question importante se présente : quelle est l'époque la plus opportune pour entreprendre l'opération ? Toutes ne sont pas également convenables et je connais deux cas d'insuccès (2), qu'on peut hardiment attribuer à ce que l'homme de l'art avait tenté trop tôt la périnéoraphie. Et en effet, il ne saurait y avoir beaucoup de chances de réussite après l'accouchement, alors que les parties génitales distendues, meurtries et déchirées vont devenir le siége d'une vive phlogose, et se trouver continuellement inondées par l'écoulement des lochies. N'y a-t-il pas aussi plus d'obstacle à tenir les bords de la plaie dans une exacte coaptation et à empêcher qu'ils ne soient pénétrés et désunis par les fluides du puerpérium ? Serait-il sage de soumettre à une opération longue et douloureuse la nouvelle accouchée, déjà profondément ébranlée par les douleurs, et si fâcheusement prédisposée à plusieurs affections graves ? D'ailleurs les soins particuliers qu'exige le succès de l'opération sont-ils bien compatibles avec ceux que réclame l'état puerpéral ? Il faut donc reconnaître que, en général, ce n'est pas quand la solution de continuité est récente qu'il est le plus opportun d'agir. Mieux vaut alors temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé générale est rétablie, où tout est rentré dans l'ordre, et où les parties ont recouvré leur souplesse et leur extensibilité naturelles. Sous ce rapport Elisabeth Guillot se trouvait dans les conditions voulues.

Le mode de réunion qui mérite la préférence ne me semble pas douteux ; je laisse M. Roux exposer lui-même les avantages relatifs de la suture enchevillée : « J'avais mûrement réfléchi sur les causes qui m'avaient fait échouer une première fois, et je m'étais convaincu qu'il fallait en accuser la *suture entortillée* qui, n'agissant avec toute la puissance possible qu'à l'extérieur, ne saurait établir un contact exact entre les parties les plus profondes de la plaie. Aussi le fond de la plaie restant béant du côté du vagin, ses bords étaient continuellement humectés par les mucosités qui découlent d'autant plus abondamment de ce canal que lui-même participe à l'inflammation du périnée. Cette idée me conduisit à rechercher si la *suture enchevillée* ne serait pas préférable.

» Il est aisé de concevoir les avantages qu'elle présente. Comme c'est avec des aiguilles courbes qu'on conduit et qu'on place les ligatures, on doit agir plus profondément et embrasser plus de parties qu'avec des aiguilles droites. Les fils, bien qu'ils se redressent par la tension qu'on leur fait subir, ne prennent pas une rectitude, et surtout une rigidité semblable à celles des aiguilles droites qui restent dans une plaie réunie par la suture entortillée ; on a dès-lors moins à craindre une trop prompte division des parties qu'ils touchent immédiatement ; puis au moyen des cylindres, et quoique des intervalles plus ou moins grands séparent les ligatures elles-mêmes, la double pression latérale de laquelle résultent les rapprochemens des bords de la plaie est égale, uniforme dans toute leur longueur et doit produire une coaptation plus exacte ; et cette double pression produit son effet autant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles ; à quoi il faut ajouter que dans la suture enchevillée, il n'y a point étreinte, constriction des bords de la plaie ; ces bords sont seulement attirés de loin, poussés, pressés l'un contre l'autre, et tout à fait libres à l'extérieur : dès-lors ils sont moins susceptibles d'être coupés et déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place, et chose non moins importante, tout passage de liquide entre les surfaces rapprochées et mises en contact doit être impossible, toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur étant interceptée. »

Ceci posé, il y a lieu de s'étonner que Chelius, dans son Traité de chir. se borne à conseiller la *suture entrecoupée*, qui est même inférieure à la *suture entortillée*. (Trad. de Pigné, 1835, t. i, p. 262, n° 686.)

On ne partagera pas son opinion quand il fait enfoncer l'aiguille à une ligne et demie de l'angle postérieur de la division. (Ibid., p. 262, n° 686.) C'est comprendre trop peu de parties, ne réunir qu'imparfaitement la plaie, et s'exposer à une section inévitable et prochaine des tégumens, spécialement si l'on se conforme au conseil qu'il donne de n'enlever les fils que du huitième au douzième jour. (Ibid., pag. 263, n° 387.) Ce délai est trop long, surtout si l'on remarque que l'auteur entend parler de la *suture entrecoupée*, qui sectionne les chairs plus rapidement que toute autre.

Quant à moi, si j'avais à opérer de nouveau, j'enlèverais les points de suture du sixième au huitième jour, comme je l'ai pratiqué. Le rôle qu'ils jouent dans la réunion des lambeaux est alors accompli ; passé cette époque, ils n'agissent plus guère que comme des corps étrangers, et leur présence détermine une inflammation ulcérative, qui peut convertir leur voie en autant de trajets fistuleux.

Chélius veut qu'on place trois ou quatre points de suture à 4 lignes (0,09^m) de distance (ibid., p. 262), ce qui me semble avoir double désavantage, de les multiplier et de les rapprocher trop. En général, trois points doivent suffire ; on peut les éloigner de 6 à 7 lignes (0,013 à 0,015^m), de manière à comprendre un plus grand espace, et il convient d'enfoncer les aiguilles soit à 8 ou 10 lignes des bords (0,018 à 0,022^m),

(1) On peut voir dans M. Velpeau (Trait. d'accouchemens) combien les cas authentiques de guérison spontanée sont rares.

(2) Une tentative prématurée de ce genre fut même suivie de mort, à ce que nous apprend M. Mercier dans un mémoire intéressant sur les déchirures périnéales (inséré dans le Jour. des Conn. méd. chir., 1839, reproduit dans le journal de la société médicale de la Nouvelle-Orléans, 1839, n° 3).

à l'instar de M. Roux, soit à 6 ou 8 lignes (0,013 à 0,018m), comme je l'ai fait.

Une précaution essentielle pour assurer la réussite a trait à la défécation. Comme on peut compter sur le bénéfice d'une constipation prolongée jusqu'à l'entière consolidation du périnée, c'est une conduite prudente de délayer et d'évacuer préalablement les matières fécales avant d'enlever les points de suture; à cet effet, on administre un minoratif pour vider le rectum la veille du jour où doivent s'ôter les moyens de constriction. On peut en faire une règle générale de conduite : la même précaution doit ensuite être renouvelée plusieurs fois à intervalles convenables, on s'exposerait, sans cela, à voir dans les efforts d'une défécation laborieuse s'anéantir, en un instant, le fruit de tous ses soins, si, après avoir laissé les excrémens s'accumuler et s'endurcir, la malade venait à être prise tout-à-coup d'un besoin irrésistible de les rendre.

Je crois devoir ajouter une dernière réflexion. Chélius écrit : « Son urine doit être reçue dans un urinoir; sans que la malade soit obligée de changer de position. Dans le cas seulement où il y a rétention d'urine, on conduit dans la vessie une sonde, qui ne doit être guidée qu'à l'aide de l'indicateur de la main droite. » (Chir., trad. de Pigné, 1835, n° 687.) Mais d'abord, à l'égard de l'usage de l'urinoir, l'expérience clinique prouve combien cette mesure est illusoire dans ce cas spécial. En général, les femmes ne peuvent, d'ailleurs, uriner de cette manière sans se souiller du fluide urinaire, ce qu'il faut surtout éviter ici. En second lieu, j'ai déjà exposé combien les manœuvres du cathétérisme, souvent répété, peuvent être dangereuses pour la périnéoraphie, et je crois avoir suffisamment démontré les avantages que présente une sonde laissée à demeure, avec la précaution particulière que j'ai indiquée.

Pendant la durée du traitement, lorsqu'on a besoin d'examiner l'état des parties, soit pour les laver, soit pour suivre les progrès de la réunion, il ne faut point écarter les cuisses, il suffit de les fléchir sur le bassin, la malade étant dans le décubitus latéral, et le périnée apparaît alors dans toute son étendue. C'est ainsi que j'ai agi pour mon opérée. Je rappellerai que c'est la position que quelques accoucheurs anglais recommandent comme la plus commode pour la parturition, c'est celle qu'emploie M. Billi à l'école obstétricale de Milan; j'en ai développé les motifs dans mon Voyage médical en Italie. (Voy. Gaz. Méd., 20 janv. 1838; Encyclopr. méd. de Bruxelles, déc. 1837.)

Avec cet ensemble de soins et de précautions, la périnéoraphie donne un résultat complet; la première opérée de M. Roux accoucha impunément la seconde année. Ces femmes peuvent ainsi jouir d'une manière durable du bénéfice de l'opération. Tel n'a pas été le sort d'Elisabeth Guillot.

Le 23 août on la rapporta mourante à l'hôpital. La face est profondément altérée; la respiration difficile ne s'exécute que par des mouvemens d'inspiration et d'expiration très éloignés; les extrémités sont froides; le pouls est à peine sensible; la malade ne répond que par des monosyllabes aux questions qu'on lui adresse; on ne peut rien apprendre d'elle sur les phénomènes qui se sont passés depuis sa sortie. Elle meurt quatre heures après son entrée dans la salle.

Il paraît, d'après quelques renseignemens ultérieurs, qu'elle a pris froid chez elle, et qu'il est survenu une fluxion de poitrine.

L'autopsie est faite 26 heures après la mort, par M. Jacques Boheret, élève interne, attaché au service chirurgical de la salle.

L'ulcération du pourtour de l'anus est plus profonde qu'à son départ le 15 août; elle n'a pas sensiblement augmenté en largeur; l'ouverture anale se trouve béante, et l'étendue de l'ulcère qui semble intéresser le sphincter fait croire que pendant la vie cet orifice devait se fermer difficilement. Deux petites fistules existent au côté de l'anus, celle de gauche, dont nous avons parlé, et qui correspondait au point de la suture moyenne, s'ouvre en haut dans le rectum près de la cloison, à l'extrémité de l'ulcération précitée. Vers la fourchette, on distingue une petite fistule étroite, sous-cutanée, qui paraît indépendante des points de suture, et qu'on peut regarder comme formée dans les derniers temps de la vie.

Quant au périnée, il est comme au 15 août; c'est-à-dire qu'il forme un plancher ferme et complet, la restauration persiste, la périnéoraphie n'a point souffert.

L'état de la cloison recto-vaginale était fort intéressant à examiner : la profonde déchirure qui la divisait, n'existe plus; seulement sur la ligne médiane reste une petite ouverture ovale qui établit encore une communication morbide entre le vagin et le rectum. Son plus grand diamètre, qui est longitudinal, offre à peine la grandeur de celui d'une pièce de cinq sous; son diamètre transversal n'en a que la moitié. Les bords en sont résistans et comme fibreux. En avant et en arrière de cet orifice, la réunion est parfaite. De chaque côté apparaissent les points de suture; le fil y existe encore, sans avoir coupé les parties; ce qui me semble militer en faveur des considérations que j'ai émises plus haut. Ainsi cette vaste ouverture se trouve réduite à une fistule très minime dont le temps aurait achevé l'oblitération, d'après l'expérience de M. Roux.

Le corps de l'utérus est sain; le museau de tanche enflammé, les lèvres rouges et tuméfiées.

Le thorax présente des signes de pneumonie. Il y a des adhérences très fortes dans les plèvres; plusieurs points des poumons sont hépatisés, surtout à droite. On trouve quelques tubercules miliaires suppurés dans l'un et l'autre organe.

On constate des traces de péritonite ancienne, et de colite ulcéreuse; le rectum est sain au-dessus de l'ulcération de l'anus.

Cette observation serait, ce semble, fort intéressante, ne fût-ce qu'à cause des détails nécroscopiques, car l'anatomie pathologique de la restauration du périnée n'a pas encore été faite, que je sache, surtout à l'époque où se trouvait arrivée Elisabeth Guillot. Et ici l'on a pu suivre, comme à découvert, ce qui se passe après les opérations de ce genre.

Ce fait se recommande également sous d'autres titres. Je ne ferai que signaler, en passant le traitement préparatoire que j'ai fait subir à la malade contre l'état gastro-intestinal et la leucorrhée, dont elle était atteinte lors de sa rentrée à l'hôpital.

La suture périnéale a réussi ici comme opération et comme moyen thérapeutique, double but que doit atteindre toute méthode opératoire pour être complète.

On peut prévoir qu'elle deviendra, pour me servir des expressions de M. Roux, une chose familière en chirurgie, de même que la staphyloraphie; seulement elle me paraît appelée à rendre plus de services et à se répandre davantage, car les cas qui la réclament sont infiniment plus fréquens dans la société : ce sont des accidens de tous les genres; et, en effet, ces déchirures sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. Je suis persuadé qu'on trouverait facilement dans le monde nombre d'exemples de cette espèce. Depuis que je me suis occupé de recherches suivies sur ce sujet important, je suis parvenu à apprendre que beaucoup de femmes se trouvaient atteintes de cette difformité au premier degré, c'est-à-dire d'une déchirure entière du périnée, avec rupture incomplète des sphincters de l'anus.

La périnéoraphie présente des avantages nombreux. Il ne s'agit pas seulement de réparer la perte d'une partie des charmes physiques; il ne s'agit pas seulement de restituer aux femmes les *attributions* de leur sexe; il s'agit de les délivrer d'une infirmité aussi incommode que dégoûtante, de les rendre à la société et de les rétablir dans les conditions primordiales de configuration et de santé dont elles étaient douées avant la parturition. A coup sûr, ce résultat est un des plus beaux triomphes de l'art.

Il m'a paru utile de rappeler, par mes propres recherches, l'attention médicale sur une opération délicate et ingénieuse, qui constitue une des plus belles restaurations de la chirurgie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers des mois de mai, juin, août, septembre, octobre et novembre contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Description d'un nouvel instrument pour la taille*; par M. Cittadini. 2° *De l'hydrophobie, et surtout des rapports entre la rétine et les nerfs des organes de la respiration*; par M. Triberti. 3° *De la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de teinture d'iode*; par M. Pagani (12 observations de guérison). 4° *Histoire de la fièvre gastro-typhoïde du comté d'Arsie et des villages voisins pendant les années* 1836 *et* 1837; par M. Facen. 5° *Remarques sur les observations microscopiques faites par M. C. Cipelli, de Parme, sur la membrane interne des vaisseaux*; par M. Freschi. (Travail de polémique.) 6° *Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des veines*; par M. Benvenisti. (Travail de compilation bien entendue, et terminée par un exposé de l'état des veines dans un grand nombre de maladies.) 7° *Modification du brise-pierre de Heurteloup*; par M. Fabbri, de Brescia. 8° *Réflexions critiques sur un jugement médico-légal pour une plaie du foie*; par M. Speranza. 9° *Lettre au professeur Signorini sur deux cas de trépanations faites avec succès*; par M. Dolcini. 10° *Expériences pour éclairer la question de savoir si les chlorures alcalins des humeurs du tube digestif peuvent changer le calomel en sublimé corrosif*; par M. Gittaneo di Momo. 11° *Cure radicale de l'hydrocèle*; par M. Ger-

hardi. 12° *Traitement des plaies et des fistules du conduit de sténon*; par M. Riberi. 13° *Traitement des tumeurs érectiles*; par le même. 14° *Histoire d'une femme qui vomissait des lézards vivans*; par M. Cantu.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA TAILLE; par M. L. CITTADINI, d'Arrezzo.

Si petit que soit le triangle périnéal, jamais région n'a suscité plus de recherches et ne s'est vu le théâtre d'opérations plus variées. Descriptions anatomiques, méthodes, procédés, instrumens divers, y sont si nombreux, qu'ils demandent aux chirurgiens, pour être retenus, les plus grands efforts de mémoire. M. Cittadini vient encore ajouter un instrument de plus pour la taille latérale, instrument dont nous allons tâcher ici de donner une idée à nos lecteurs. Une chose a surtout frappé M. Cittadini, c'est la difficulté qu'éprouvent les chirurgiens jeunes ou de pratique peu étendue, à trouver la cannelure du cathéter à travers l'épaisseur des parties molles du périnée. De plus, l'histoire de la chirurgie lui a montré les chirurgiens les plus fameux changeant plusieurs fois, dans leur carrière, de méthode lithotomique. Ainsi, Vacca, qui a commencé par la taille de frère Côme, en vint ensuite à la recto-vésicale, qu'il a quittée depuis pour l'opération pratiquée sur la ligne médiane. Dupuytren, qui a commencé par la même méthode que Vacca, essaya aussi, mais accessoirement, la recto-vésicale, et finit par la taille bilatérale qu'il s'est appropriée à si juste titre. Si ces grands chirurgiens ont, à diverses époques de leur vie, varié leurs méthodes, ils étaient guidés par d'autres vues que la difficulté d'amener la pointe du bistouri jusque dans la cannelure du cathéter, comme semble le laisser soupçonner le chirurgien italien. Avant lui, Guérin, de Bordeaux, avait imaginé un instrument compliqué, et dans lequel un mécanisme particulier conduisait le bistouri dans le cathéter. M. Cittadini a modifié l'instrument de Guérin et l'a adapté à la taille transversale, dans le seul but, avons-nous déjà dit, d'aplanir les difficultés de l'opération pour les chirurgiens encore peu expérimentés. A ce titre, en est-il beaucoup qui en adopteront l'emploi?

Cet instrument se compose d'un cathéter portant un trois-quarts, et d'un couteau particulier. Ce cathéter doit être coudé à angle droit, émoussé autant que possible. Sa cannelure commence sur la partie droite, mais tout près de la courbure. Il se termine par une plaque dont le plan est perpendiculaire à l'axe de l'instrument, et porte une tige pleine, solide, qui descend parallèlement au cathéter, et finit vis-à-vis la courbure. Cette tige porte à cette extrémité libre une plaque à travers laquelle s'engage un poinçon cannelé sur sa face inférieure, et dont la direction est telle, qu'il va s'engager dans la cannelure du cathéter. Un manche en ébène soutient la plaque qui réunit la tige et le cathéter. On conçoit que ces deux dernières parties de l'instrument puissent s'éloigner ou se rapprocher, suivant l'épaisseur du périnée, et nécessiter ainsi une plus ou moins grande longueur de l'espèce de poinçon.

Le couteau est une espèce de spatule tranchante sur les deux côtés, et formée de deux plans légèrement inclinés l'un sur l'autre. Une des extrémités de cet instrument s'engage dans un manche; l'autre, qui correspond aux tranchans, se termine en une pointe mousse offrant des arêtes latérales qui viennent s'engager dans des rainures creusées exprès dans le sillon du cathéter. Il est nécessaire d'avoir des couteaux de plusieurs dimensions adaptées à l'étendue qu'on veut donner aux incisions profondes.

Après cette description, dont les détails suffisent pour donner une idée de l'instrument, il est facile de concevoir comment il doit être appliqué. Le cathéter étant placé et maintenu sur la ligne médiane, la tige droite est adaptée à la plaque, puis le poinçon poussé d'avant en arrière à travers le périnée jusqu'à ce que sa pointe rencontre le cathéter; on s'arrête alors et on fixe le poinçon. L'extrémité du couteau dont la face concave est en bas, s'engage dans la cannelure du poinçon, et suit exactement ce dernier, puis le cathéter auquel il est solidement fixé par les arêtes de son extrémité. En avançant il incise à droite et à gauche, et un peu obliquement en arrière tous les tissus du périnée y compris la prostate. Quand l'incision des tégumens paraît trop étroite, un bistouri boutonné agrandit l'incision et peut, comme dans tous les autres procédés, servir à agrandir l'incision des parties profondes.

L'instrument de M. Cittadini nous paraît fort compliqué, mais certain pour le but que s'est proposé l'auteur. Ce but est-il si difficile cependant que les instrumens ordinaires ne puissent suffire à le remplir? C'est ce que nous ne pouvons croire; ajoutons que le couteau à deux tranchans est loin de la perfection du lithotome double de Dupuytren, perfectionné par M. Charrière.

Cet instrument, après plusieurs essais sur le cadavre, a été appliqué à l'homme vivant et trois opérations faites avec lui par M. Cittadini ont parfaitement réussi. Ces succès ne peuvent évidemment tenir à l'instrument en question.

DE L'HYDROPHOBIE, ET SURTOUT DU RAPPORT DES TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ŒIL; ET DES ORGANES RESPIRATOIRES DANS CETTE MALADIE; par M. TRIBERTI.

M. Triberti ayant eu occasion dans une pratique de trente années d'observer un grand nombre d'ydrophobies, en a fait l'objet d'un mémoire fort intéressant dont nous extrayons les principaux passages. Nous sommes si impuissans contre les ravages de ce terrible mal, que c'est un devoir d'enregistrer les méditations de tous les hommes expérimentés qui ont dirigé leurs observations sur ce sujet.

Comme beaucoup d'autres médecins, l'auteur italien taxe d'illusion le prétendu moyen héroïque conseillé par M. Marochetti, à savoir cautériser les vésicules sous linguales que ce médecin a observées sur les hydrophobes. Quand les vésicules existent, leur cautérisation n'entrave en rien la maladie, et le plus souvent elles n'existent point.

Sur beaucoup de ses malades, M. Triberti a vu les plaies par où s'était faite la contagion, et cicatrisées depuis longtemps, devenir, lors de l'invasion des accidens, rouges, chaudes et le siége de douleurs qui se propageaient au loin. Cinq fois la plaie s'était rouverte et offrait l'aspect des ulcères de mauvais caractère, fournissant une humeur fétide, et aucune expérience n'a été faite sur les qualités contagieuses de ce liquide.

On sait que dans l'hydrophobie, soit d'une manière continue, soit par accès, les muscles de la respiration, du col, du pharyx, du larynx entrent dans des convulsions terribles, qui jettent les malades dans les plus cruelles souffrances et les font promptement périr. Quand les mouvemens spasmodiques se continuent pendant un certain temps, il en résulte des menaces de suffocation d'abord, puis la suffocation elle-même.

Les phénomènes peuvent se reproduire ou d'eux-mêmes, ou le plus souvent à la vue des liquides, des surfaces polies, de la lumière; ce dernier fait a surtout frappé l'attention de M. Triberti. Il a vu la pupille des hydrophobes largement ouverte, et insensible à l'action de la lumière qui affectait néanmoins si douloureusement la rétine, que tous les muscles de l'œil, se révoltant pour ainsi dire, cherchaient par des mouvemens désordonnés en tous sens à en préserver l'organe. Plus on prolonge l'effet de la lumière, plus augmentent les phénomènes spasmodiques. Le plus souvent, les malades éprouvaient du soulagement à avaler des corps solides. Dans une obscurité profonde, les liquides peuvent être facilement avalés. Il a semblé à notre auteur que c'était à l'influence exercée par la lumière sur la rétine, qu'il fallait attribuer les spasmes violens qui amènent une mort rapide dans l'hydrophobie. Il a pensé qu'en éloignant les causes de ces spasmes, il donnerait à la rage le temps de parcourir toutes ses périodes, et peut-être il fournirait l'occasion de diriger contre la maladie une thérapeutique efficace. Dans le cas même où ces deux buts ne seraient point atteints, les liquides pouvant être assez facilement avalés, dissolvent la salive épaisse qui gêne tant les malades, et dont la sécrétion serait d'ailleurs diminuée par la cessation des spasmes, et apportent un grand soulagement aux souffrances cruelles des malades. M. Triberti propose donc de placer les hydrophobes dans des chambres obscures, où aucune clarté ne puisse pénétrer. Il a pu ainsi faire prendre sans difficulté à des malades d'assez grandes quantités de liquide, dont ils ne pouvaient pas à la lumière supporter la vue. Nous regrettons que le médecin italien ne se soit pas cru obligé de rapporter des faits avec leurs résultats, à l'appui de ses préceptes. Peut-être que ces idées ne lui sont venues qu'en dernier lieu, et sans qu'il ait pu les mettre à exécution. Malheureusement l'observation n'a pas appris que les phénomènes convulsifs de la rage soient suspendus pendant la nuit, ce qui devait être, suivant les idées de M. Triberti. En tout cas il n'y a nul danger à mettre à exécution les préceptes de ce médecin. Nous terminons en le félicitant de n'avoir fait que signaler les relations physiologiques de la rétine et des nerfs des organes de la respiration, sans entrer, pour les expliquer, dans de vaines hypothèses.

LETTRE AU PROFESSEUR SIGNORONI SUR DEUX CAS DE TRÉPANATION, SUIVIS DE SUCCÈS; par M. DOLCINI.

On peut ajouter aux faits assez nombreux que possède la science sur la réussite de l'opération du trépan les deux cas suivans, dans lesquels l'indication était claire et précise, ce qui est bien rare, il faut l'avouer.

Obs. I. — Le 22 juin 1836, un charbonnier, âgé de 50 ans, tomba du banc d'une charrette, et se fit une plaie de tête, avec fracture et enfoncement du pariè-

tal gauche. Il fut abondamment saigné et fut soumis aux applications de glace sur la tête. Depuis l'accident, la paralysie du côté droit et les autres symptômes de compression persistaient. M. Dolcini, appelé, pensa qu'il fallait appliquer le trépan, pour relever le fragment du pariétal, enfoncé. Une couronne de trépan, appliquée aux environs du fragment, permit de le dégager et d'enlever, en même temps, quelques caillots de sang placés sur la dure-mère. A peine l'opération était-elle terminée que le malade reprit ses sens et put reconnaître quelques assistans. Au bout de deux mois, il était parfaitement guéri.

Obs. II. — Le 30 août 1840, un nommé Fornani reçut sur le pariétal gauche un coup violent, qui lui fit une fracture avec enfoncement. Il tomba aussitôt, perdant connaissance, et offrit tous les signes de la compression cérébrale avec une paralysie complète du mouvement du côté droit. Une couronne de trépan permit de relever le fragment, et le malade éprouva une amélioration instantanée, également suivie de guérison.

COMPTE-RENDU DES QUESTIONS TRAITÉES DANS LA SECONDE RÉUNION DES SAVANS ITALIENS, A TURIN.

Nous extrayons de ce long travail quelques faits chirurgicaux, qui nous ont paru intéressans.

CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE; par M. Gerhardi.

M. Gerhardy a lu un mémoire sur un nouveau moyen de guérir radicalement l'hydrocèle. La nouveauté de ce moyen ne consiste que dans la qualité de l'irritant, appliqué à la tunique vaginale, et dans la façon dont il est porté dans cette membrane. Après avoir vidé le sac séreux avec un trois-quarts, comme dans l'opération ordinaire, le chirurgien génois y introduit, par la canule, un petit morceau de coton, imbibé d'ammoniaque, et le laisse en contact avec la séreuse, pendant dix, trente minutes, une heure et même un jour. L'ammoniaque amène une inflammation adhésive, qui est bientôt suivie d'une guérison radicale. Il est bon de noter que, tous les liquides irritans employés pour la cure radicale de l'hydrocèle, et l'iode lui-même, que nous croyons le meilleur, amènent après leur injection une abondante sécrétion de sérosité, dont la résorption doit se faire avant la guérison. D'après le dire de M. Gerhardi, il semble que l'ammoniaque ne prodoit qu'une inflammation adhésive, sans épanchement de sérosité. S'il en est ainsi, ce que nous ne pouvons assurer, ce qui même ne paraît pas probable, il y aurait lieu d'espérer une guérison plus prompte que dans le cas précédent. Nous regrettons que M. Gerhardi, ou du moins son commentateur, n'aient mentionné ni la durée moyenne du temps nécessaire à la guérison, ni les motifs qui font laisser l'ammoniaque dans la vaginale dix minutes en quelques circonstances, et un jour entier en d'autres.

TRAITEMENT DES PLAIES ET DES FISTULES DE LA PORTION BUCCALE DU CONDUIT DE STÉNON; par M. Riberi.

Si les plaies du conduit de Sténon, et les fistules qui en résultent disparaissent assez souvent par les seuls effets du temps, il en est d'autres qui se jouent opiniâtrement de tous les efforts de la chirurgie. A cause de son siége, cette incommodité est des plus affligeantes, quoiqu'elle ne porte aucun dommage réel à la digestion; suffisamment fournie de salive par les autres sources abondantes de ce liquide. De tout temps, les chirurgiens ont cherché nombre de moyens pour la guérir radicalement, et peut-être qu'ici, comme il arrive si souvent en médecine, le nombre des procédés chirurgicaux témoigne de leur inefficacité. Personne que nous sachions n'a cherché à déterminer les causes, qui font de quelques-unes de ces fistules des maladies facilement curables, et de quelques autres des maladies incurables. Nous avons vu une jeune fille de 13 ans, qui portait, à la suite d'une brûlure au visage, datant de sa plus tendre enfance, une fistule salivaire rebelle à tous les moyens chirurgicaux. Notre but n'étant point de démêler ici les causes de ces variétés de la maladie, nous nous contentons de rapporter le procédé du docteur Riberi. Il consiste dans la division des parties molles de la joue, jusqu'à la rencontre du canal de Sténon, soit dans sa portion buccale, soit même dans sa portion parotidienne; le canal ainsi mis à nu est étreint par une ligature, dont les extrémités doivent traverser la muqueuse buccale et rester dans cette cavité. La plaie extérieure est ensuite réunie par première intention. M. Riberi n'a point expliqué le mécanisme de la guérison par son procédé, qui se rapproche beaucoup de celui de M. Déguise père; mais il assure en avoir obtenu les plus grands avantages pour la portion buccale du conduit; il ne paraît point l'avoir employé pour la portion parotidienne. Nous n'avons devant nous aucun fait détaillé d'où il ressorte la supériorité de ce procédé; aussi nous le mentionnons simplement. Disons cependant qu'il en est un autre qui nous paraît l'emporter, pour la sûreté du résultat, sur tous les autres, mais qui malheureusement doit être d'une application fort difficile. Ce procédé est celui de M. Langenbeck, qui dissèque le conduit dans sa portion attenante à la parotide, l'isole dans une petite étendue, et, faisant une fenêtre à la muqueuse buccale, y insère la portion du conduit, à l'aide d'une anse de fil. Nous ignorons si jamais le chirurgien allemand a mis en pratique ce procédé, qui nous semble au moins théoriquement porter en lui tous les élémens de succès.

TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES; par le même.

L'opération, conseillée par M. Riberi, n'est point nouvelle. Nous ne savons si le chirurgien italien la met depuis longtemps en pratique, mais il est certain que, depuis 1828, elle a été employée. Cette opération est l'injection d'un liquide irritant, du vin, dans le centre des tumeurs, préalablement traversées par une aiguille. En 1828, M. Lloyd vantait les injections faites avec un mélange de 12 grammes d'eau et de 5 à 6 gouttes d'acide nitrique. (Velpeau, Médec. opérat., tom. III, p. 53.) M. Velpeau conseille plus tard des injections réitérées de teinture d'iode. M. Auguste Bérard, en 1837, traversait, à diverses reprises, une tumeur érectile de plusieurs épingles, laissées en place pendant quelques jours, puis injectait dans les canaux creusés par ces corps étrangers du nitrate acide de mercure. Le procédé de M. Riberi n'est donc nouveau que par la qualité du liquide. Il est d'ailleurs une question qui domine ici, c'est celle des indications du procédé. Il est certain que certaines tumeurs érectiles peuvent être guéries par un grand nombre de procédés divers; mais y a-t-il quelques-unes de ces tumeurs auxquelles un procédé, une méthode, soit plutôt applicable qu'un autre? Certes, il en est ainsi; mais nous n'avons point vu dans le compte-rendu de la note de M. Riberi que ce praticien eût spécifié les indications de son procédé, si tant est qu'il existe de ces indications.

HISTOIRE D'UNE FEMME QUI VOMISSAIT DES LÉZARDS VIVANS; par M. Cantu di Carignand.

Nos anciens recueils d'observations sont pleins de faits que nous regardons aujourd'hui, avec juste raison, comme fabuleux. L'histoire suivante pourrait peut-être prendre rang parmi les fables, si le médecin qui l'a vue et écrite ne s'était entouré, pour la vérifier, de toute la méfiance qu'elle réveille au premier abord. Le lecteur pourra juger, d'ailleurs, de la valeur des témoignages, que nous joignons au fait lui même, et qui sont vraiment indispensables en présence d'un fait aussi extraordinaire.

Obs. — En 1801, Marie Malacarne, habitant un bourg du Piémont, âgée de 25 ans, d'un tempérament sanguin, bien réglée, était en proie à une dispepsie et à des vomissemens continuels. Elle appela le docteur Cantu, qui la trouva dans les angoisses du vomissement. Mais quel ne fut pas son étonnement en voyant des lézards s'échapper avec la plus grande agilité des matières vomies! La gravité du docteur s'effaroucha, et il se crut l'objet d'une mystification. Croyant convaincre la malade d'imposture, il la fit vomir devant lui dans un vase profond et à parois polies, et bientôt le vase contenait cinq lézards vivans et robustes, qu'il examinait avec toute l'attention et l'étonnement qu'on peut imaginer. Il n'y avait plus de doute, cette femme vomissait des lézards. Les matières vomies, soumises à un examen minutieux, offrirent une grande quantité d'œufs de lézards. La pauvre Marie passait pour ensorcelée et voyait fuir loin d'elle tous ses voisins. Beaucoup de chirurgiens, de médecins et d'hommes instruits vinrent observer ce prodige. L'autorité, avertie, fit dresser une enquête qui confirma sa réalité. En cherchant à se rendre compte de ce fait, on apprit que cette femme faisait depuis longtemps usage pour boisson habituelle de l'eau d'une citerne voisine. Cette eau fut examinée, et on y trouva une quantité considérable de lézards. On songea dès lors à débarrasser cette malheureuse de ses hôtes incommodes. On essaya sur eux qu'elle avait rendus diverses préparations, parmi lesquelles on choisit l'infusion de tabac; 120 grammes de cette infusion furent pris dans la journée (c'est une forte dose); une dose plus forte fut administrée en lavement, des vomissemens abondans eurent lieu, et le même traitement, suivi pendant quelques jours, expulsa tous les reptiles.

II. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de juillet, août, septembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Du mode de production et de la structure du fongus médullaire*; par M. Cortese. 2° *Fongus médullaire de la main, guéri par l'extirpation de la tumeur*; par M. Bartolomeo Signoroni. 3° *Histoire d'une fièvre gastro-nerveuse*; par M. Fanteni. 4° *Diagnostic de la peste et des fièvres nerveuses et malignes*; par M. Frari. 5° *Histoire de la rhinoplastie, avec quelques modifications aux procédés opératoires*; par M. Clementi. 6° *Observations générales sur la formation des produits organiques pathologiques du corps humain*; par M. Asson. 7° *Sur les causes des maladies nerveuses*; par M. Tu

vina. 8° *Empoisonnement de douze individus par du suc de l'aconit napel;* par M. Balardini.

DU MODE DE PRODUCTION ET DE LA STRUCTURE DU FONGUS MÉDULLAIRE, par M. CORTESE.

L'école physiologique, en généralisant les causes des maladies à la seule inflammation, s'était vue obligée de forcer les faits, pour en faire dériver la grande classe des maladies cancéreuses. M. Cortese, dans son travail, a cherché à prouver : 1° que le fongus médullaire ne peut reconnaître pour cause l'inflammation, et que, lorsque celle-ci s'observe au début du mal, comme cela arrive quelquefois, elle n'est qu'une complication qui s'ajoute au fongus; 2° que le fongus est reproduit par des vaisseaux de nouvelle formation, dont le développement rend parfaitement compte de la production morbide.

Nous ne suivrons pas M. Cortese dans la première partie de son mémoire. Il est peu de médecins aujourd'hui qui aient conservé l'opinion que le fongus fût un produit de l'inflammation, et les raisons que donne l'auteur italien sont connues de tous.

Le fongus, dit M. Cortese, naît toujours dans le tissu cellulaire, et quand de là il s'étend aux tissus voisins, ceux-ci, enveloppés de toutes parts, s'atrophient, disparaissent, mais ne se convertissent point en fongus. La vitalité de ce tissu, si général, et qui semble la matrice de tous les autres, peut quelquefois dépasser ses limites normales et dès lors produire des principes nouveaux, qui deviennent des germes d'organes parasites; au milieu de ceux-ci se développent pour les entretenir des vaisseaux nouveaux, qui sont comme la trame de ces organes, de ces produits. Cette dernière particularité peut se vérifier sur les tumeurs fongueuses à leur début. Les vaisseaux de nouvelle formation offrent une disposition particulière : ce sont d'abord des touffes vasculaires, fort semblables aux vaisseaux du placenta. Les petites branches se détachent les unes des autres à angle aigu, divergent, en serpentant, en formant des spirales, qui démontrent leur grande tendance à s'accroître. Leur calibre, proportionnellement au volume de leur masse, est considérable, et cela est surtout remarquable quand on les compare aux capillaires des organes voisins. Leurs parois ont une épaisseur très grande, elles sont friables et sécrètent une matière d'abord gélatineuse, diaphane, et dont les élémens solides, en s'accumulant et s'ajoutant aux vaisseaux, produisent les variétés de coloration, de consistance qu'offrent ces tumeurs. A ce degré, qui n'est pas encore celui de la parfaite maturation, du plus grand développement au produit morbide, on le trouve composé de trois élémens principaux : 1° une enveloppe extérieure, sorte de kyste, d'épaisseur variable, et qui, dans les développemens successifs du mal, s'incorpore les tissus ambians. Cette membrane est la portion la plus vasculaire du fongus; c'est dans sa trame que la distribution des vaisseaux ressemble à celle du placenta, et c'est elle qui envoie sur les cloisons intérieures d'autres vaisseaux, qui les parcourent, en serpentant dans toute leur largeur, et en fournissent ainsi à la tumeur elle-même; 2° une trame cellulaire, formée de cloisons fort minces, nées de l'enveloppe générale, et partageant la tumeur en tous sens; sur elles, avons-nous déjà dit, serpentent les vaisseaux fournis par l'enveloppe; 3° une substance lardacée, blanche, rougeâtre, jaune, brune, ou noire, et sécrétée par les vaisseaux. Dans les fongus anciens, cette substance l'emporte en quantité sur toutes les autres, enveloppe les vaisseaux, et, se trouvant soumise aux lois chimiques et physiques, se détruit, perd sa consistance primitive pour une excessive mollesse. Sa destruction entraîne celle des vaisseaux qui la parcourent, de là des épanchemens de sang au centre des tumeurs, ou bien à la périphérie, soit spontanés, soit produits par les moindres attouchemens.

Cette exposition fidèle et brève rapprochée de la marche des tumeurs médullaires, de leurs envahissemens sur les organes voisins dont il est impossible souvent de les séparer, de leurs récidives, de leur multiplicité fréquente, permet-elle d'adopter les idées du médecin italien, et de les adapter à tous les fongus médullaires? Mais il y a de ces tumeurs qui envahissent les organes voisins complètement et manifestement dégénérés. Quelques unes même limités d'un côté ne le sont pas d'un autre. Mais examinez au début une masse médullaire, elle est très peu vasculaire, et les vaisseaux augmentent avec le temps.

FONGUS MÉDULLAIRE DE LA MAIN, GUÉRI PAR L'EXTIRPATION; par M. BARTOLOMEO SIGNORONI.

L'observation suivante donne une preuve certaine que nos confrères d'Italie ne portent point sur les tumeurs fongueuses médullaires le même pronostic que nous. Il résulte en effet des remarques dont l'a accompagnée le professeur B. Signoroni, que pour une de ces tumeurs dont nous allons donner l'histoire, les médecins et chirurgiens les plus renommés de Padoue osèrent à peine, en petit nombre même, fonder quelque peu d'espoir dans l'amputation du membre et conseiller cette opération. Nul ne peut contester l'excessive gravité du fongus médullaire; mais quand il est parfaitement limité, quand il existe sur un malade d'ailleurs bien portant, il est de règle générale de le guérir par le fer, et quelquefois les récidives de la cicatrice par le feu. Quoique les récidives soient fréquentes, la science possède cependant un certain nombre de guérisons radicales après plusieurs années. Dans ce cas, enlever tout le mal, et sacrifier même pour atteindre ce but des parties saines est le premier précepte. Que ce soit l'ablation, l'amputation d'un membre, ou l'extirpation de la tumeur quand elle ne tient qu'aux parties molles ou à des portions osseuses peu étendues, cela ne change en rien le précepte; aussi avons-nous été étonnés de voir M. Signoroni regarder comme détruisant les principes chirurgicaux admis en la matière, la guérison que nous allons rapporter. Bien loin l'idée de chercher à diminuer son habileté, sa hardiesse et son bonheur; mais extirper une tumeur fongueuse médullaire de la main, qui n'a détruit aucune partie importante de cet organe, ce n'est point renverser des préceptes chirurgicaux, c'est bien plutôt les appuyer.

Elisabeth Nardin, jeune fille habitante de Padoue, portait depuis deux ans sur le dos de la main gauche, une tumeur s'étendant de l'articulation cubito-carpienne jusqu'aux premières phalanges de l'index et du petit doigt. Irrégulière dans sa forme, inégale à sa surface, parsemée de bosselures, elle avait une large base adhérente aux métacarpiens; dure comme un sarcôme en quelques points, molle et comme fluctuante en d'autres, elle était recouverte d'une peau amincie, rouge, adhérente à la tumeur, et laissant voir sous elle nombre de veines courant de tous côtés. La chaleur y était un peu au-dessus de l'état normal, et elle était le siége de sensations vagues, que la malade comparait aux démangeaisons et aux fourmillemens. La jeune Nardin, d'un tempérament sanguin et lymphatique, jouissait d'une bonne santé, mais portait les caractères habituels de prédisposition aux scrofules. Tous les chirurgiens consultés diagnostiquèrent un fongus médullaire, et les uns condamnèrent sans espoir la jeune fille, tandis que d'autres osaient à peine mettre quelque espérance dans l'amputation de l'avant-bras. Décidée à mourir plutôt qu'à supporter l'amputation, elle alla s'adresser à M. Signoroni qui entreprit l'extirpation du mal. Cernée par deux incisions la tumeur fut disséquée à sa face profonde. Elle était adhérente aux tendons et aux os qu'on parvint à débarrasser seulement à l'aide de rugines. L'examen de la pièce démontre l'existence d'un véritable fongus médullaire. La plaie, comme on le pense bien, ne put se réunir que par seconde intention; il n'est point fait mention de nécrose des os ni des tendons ruginés, ce qui est extraordinaire, surtout pour ces derniers. Au bout de trois mois la cicatrisation était presque complète, quand deux gros tubercules médullaires parurent sur un des points de la plaie, et furent extirpés comme la première tumeur. Il y eut encore récidive sur la plaie à moitié cicatrisée. Soupçonnant que la tumeur envoyait profondément quelques racines, M. Signoroni appliqua à ces portions fongueuses une vigoureuse cautérisation par le feu; après avoir extirpé pour la troisième fois tout ce qui parut suspect. Après la chûte des escharres et une abondante suppuration, la plaie se mondifia et fut bientôt cicatrisée. La cicatrice, achevée dans le mois de septembre 1836, était encore parfaite dans le mois de juillet 1840. A cette époque la jeune fille avait repris l'usage parfait de sa main gauche dont le seul doigt du milieu était fort rétracté en arrière par la cicatrice.

EMPOISONNEMENT DE DOUZE PERSONNES PAR LE SUC D'ACONIT NAPEL; par M. BOLARDINI.

Le 11 juin 1840, douze malades de pellagre ou de scorbut, croyant prendre du suc de cochléaria, avalèrent chacun une dose de 90 grammes de suc d'aconit. Un vieillard de 60 ans, fut le premier à éprouver des accidens. La respiration s'embarrassa, il fut pris de vomissemens. Un médecin appelé crut à une attaque d'asthme, et ordonna un bain, une dose d'huile de ricin, et un large vésicatoire sur le sternum; il n'en résulta aucun soulagement et le malade succomba en peu d'heures le jour même. Deux vieilles femmes de 55 ans, atteintes aussi de scorbut et qui prirent du même suc d'aconit, devinrent inquiètes, des convulsions se déclarèrent, puis une grande prostration et même comme une espèce de paralysie, et deux heures après l'ingestion du poison, les deux vieilles femmes succombèrent.

Les neuf autres malades qui avaient pris du suc d'aconit se trouvèrent grandement affectés, et sans aucun doute auraient succombé sans des remèdes efficaces.

Voici quels furent les symptômes observés. Une grande faiblesse corporelle jointe à une prostration morale très prononcée. Le visage était très pâle et la physionomie fort altérée; grande dilatation de la pupille; les yeux avaient perdu leur vivacité et étaient entourés d'un cercle bleuâtre; vertiges, céphalalgie, surtout vers l'occiput; ventre tendu, douloureux; vomissemens verdâtres, et chez quelques uns diarrhée de même couleur. Oppression et anxiété; sensation générale de froid augmentant rapidement avec lividité des ongles; crampes aux jambes; le pouls petit, faible et à peine perceptible.

Ces symptômes firent découvrir un empoisonnement par une subs-

tance narcotico-âcre, mais dont on ne put déterminer l'espèce. On n'avait point découvert encore la substitution de l'extrait d'aconit napel à celui de cochléaria. Dans cette incertitude, on administra l'émétique pour provoquer le vomissement, puis l'abattement général fut combattu par des toniques diffusibles, la teinture de Cannelle, la liqueur d'Hoffman, le vin généreux, l'anisette et du rhum en solution dans l'eau, mais en assez grande quantité pour amener l'ivresse; en même temps les bras et les jambes étaient soumis à des frictions spiritueuses.

La chaleur et le pouls se relevèrent promptement, avec les forces; la physionomie reprit son aspect, et en peu d'heures les malades étaient complétement guéris.

Examen des cadavres. — Les corps des trois malades qui avaient succombé à l'effet du poison furent examinés avec soin. Rien de notable dans l'habitude extérieure. Tête; pie-mère et arachnoïde fortement injectées, et sérosité répandue en abondance à la base du crâne, et sous l'arachnoïde cérébrale. Aucun épanchement dans les ventricules.

Poitrine. — Engorgement des poumons. Le cœur mou et contenant du sang noir, les gros vaisseaux distendus par ce liquide.

Abdomen. — Foie, rate à l'état normal. L'estomac distendu par des gaz contient un liquide visqueux de couleur cendrée. Injection pointillée et irrégulière de la membrane interne, surtout à la grande courbure. Le duodénum et les petits intestins offrent çà et là des taches rouges, et contiennent la même matière que l'estomac.

III. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les cahiers des mois de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août et septembre contiennent: 1° *De l'influence que semblent exercer les courans électriques pendant l'usage des bains salins, et, entre autres, ceux de Monte-Catini, en Toscane*; par M. Guili. 2° *Observation de scorbut*; par R.-E. Sarte. 3° *Résection du col utérin*; par M. F. Rizzoli. 4° *Trois observations de chirurgie*; par Spessa. 5° *Guérison radicale de hernie par la position*; par M. Biagini. (Malade âgé de 30 ans, portant une petite hernie depuis un an et demi. Un rhumatisme et une péricardite le retiennent au lit trois mois. En se levant, il était guéri de sa hernie.) 6° *Observations de fractures traitées par l'appareil inamovible*; par MM. Spessa et Cerulli. (Ces deux auteurs rapportent plusieurs observations de fractures de membres inférieurs guéries par cet appareil, qui a permis la marche; l'un d'eux, M. Cerulli, a fait surtout ressortir les avantages qu'il offre chez les enfans, dont la continuelle vivacité dérange trop souvent les appareils ordinaires.) 7° *Résection de mâchoire inférieure faite avec succès chez un vieillard de 63 ans pour un cancer*; par M. Martzutti. (Le chirurgien italien s'est servi, pour réséquer l'os, de la scie à chaînette, dont l'emploi s'étend de plus en plus. Comme les parties molles étaient détruites par le cancer largement ulcéré, il a dû disséquer sur chaque côté du cou des lambeaux qu'il a ainsi ramenés vers la ligne médiane, pour couvrir la plaie. La guérison était complète le trentième jour; six mois après, la guérison se maintenait.)

Observation d'extirpation du col de l'utérus; par M. Francesco Rizzoli; de Bologne.

Obs. — Une jeune servante de 25 ans, entra le 17 juillet 1839 dans l'hôpital de Bologne, se plaignant d'irrégularité de la menstruation, de perte d'appetit et de malaise général. Un examen attentif fit découvrir une maladie du col utérin dont la nature resta douteuse. La jeune malade avouait avoir été affectée, il y avait quelques années, d'une gonorrhée virulente, dont elle ne s'était jamais complétement débarrassée. Les caractères de la tumeur que l'observation ne donne point n'étaient pas assez tranchés pour décider clairement si elle reconnaissait pour cause le cancer ou la vérole. Comme elle n'était pas encore très avancée, et que, pour subir l'amputation du col utérin, dans le cas où l'affection aurait été cancéreuse, la malade pouvait attendre, sans trop d'inconvéniens, on la soumit à un traitement anti-syphilitique général et local. Aucune amélioration ne s'en suivit, et la jeune fille conserva sa pâleur habituelle et son mauvais état de santé. Après un mois passé de ce traitement, l'affection du col utérin avait fait des progrès, loin de céder, et indiquait clairement la nécessité d'une opération. Elle fut pratiquée le 7 septembre, par la méthode ordinaire. L'utérus fut facilement abaissé avec les pinces de museaux et le col saillant entre les grandes lèvres, fut enlevé avec un bistouri convexe dans sa portion saine. Une très légère hemorragie suivit l'opération. Aucun accident ne compliqua la cicatrisation de la plaie qui était granuleuse, et faisait un pus louable.

Le vingtième jour, la guérison était complète.

L'examen de la pièce démontra que le col était véritablement squirrheux.

Nous avons rapporté cette observation, qui, en réalité, n'offre rien de bien neuf, parce que cette question de l'amputation du col utérin a agité la chirurgie il y a quelques années. Il faut louer ici la sage réserve du médecin italien, qui, avant d'entreprendre cette opération, si heureuse ici, et d'autres fois si grave par ses complications, a tâté pour ainsi dire la nature du mal par un traitement anti-syphilitique. Il est à regretter que les caractères anatomiques du mal n'aient point été décrits; car c'est une question délicate que de distinguer dans quelques cas un squirrhe avant l'ulcération, d'une hypertrophie inflammatoire du col utérin.

Observation de corps étranger dans la vessie retiré avec la pince de Vincenzo Branchetti; par Aug. Spessa.

A propos d'une observation relative à des calculs formés dans la vessie, autour d'une paille, et publiée par M. Norris, nous citions, dans notre dernière revue des journaux anglais (Gaz. Méd., 18 décembre 1840), un fait qui s'est passé sous nos yeux à l'hôpital Necker, et dans lequel une bougie faite de toile enduite de cire avait été retirée de la vessie à l'aide de pince à trois branches. Voici une observation à peu près de même genre, mais dans laquelle les difficultés d'extraction sont habituellement moindres, à cause du peu de longueur de l'urètre de la femme. C'est dans des cas de cette espèce qu'une extraction du corps étranger par l'urètre, avec des instrumens particuliers, l'emporte sur la taille. Des cas pareils se présentent assez souvent et mettent les chirurgiens dans un grand embarras pour le choix de la méthode. M. Branchetti inventa, en 1835, une espèce de pince dont on peut voir la description dans le t. 74 des Annali universali d'Omodée, pour retirer de la vessie d'une jeune fille de 16 ans une de ces épingles repliées sur elles-mêmes, dont se servent les femmes pour retenir leurs cheveux; il réussit. Pour un accident tout à fait pareil, M. Billini (Lettere cliniche) avait pratiqué, après avoir essayé vainement l'extraction par l'urètre, la taille recto vésicale de Vacca; pour retirer un étui de la vessie d'une dame, M. Cittadini, en 1826 (Annali di medicina, vol. 37), avait fait la taille urétrale transversale; et M. Ruggeri avait préféré laisser dans la vessie une aiguille; craignant, s'il pratiquait la cystotomie, d'implanter avec les tenettes l'aiguille dans les parois vésicales. Il n'est pas sans intérêt de savoir que, dans ce dernier cas, l'aiguille vint quelque temps après saillir en dedans d'une grande lèvre, et put être alors extraite facilement et sans danger.

M. Spessa avait affaire à un cas semblable à celui de M. Branchetti, et il employa le même instrument, et, comme lui, réussit. La science possède déjà des observations analogues à celle du docteur Branchetti, et nous rappellerons l'histoire d'une femme, racontée dans les œuvres de sir A. Cooper, et à laquelle on dilata tellement l'urètre, que le petit doigt pouvait arriver jusque dans la vessie.

Voici l'observation intéressante du docteur Spessa.

Obs. — Une jeune enfant de 9 ans s'introduisit dans la vessie, vers la fin de mars 1840, une de ces tiges de fer recourbées qui retiennent la coiffure des femmes. Les souffrances qu'elle endura depuis cette époque furent telles, qu'elle eut à diverses reprises des accès de délire; privée de sommeil, souffrant nuit et jour, ayant perdu l'appétit, elle maigrit considérablement. Ses yeux étaient enfoncés et cernés, son pouls toujours fébrile. M. Spessa la trouva dans un état déplorable, et se plaignant de douleur continuelle dans l'abdomen, et surtout à l'hypogastre. Quoique le médecin ne sût rien de l'accident arrivé à cette jeune fille, le siége fixe des douleurs le porta à pratiquer le cathétérisme, et il trouva facilement le corps étranger, dont les parens et la jeune fille niaient la présence. A force d'instances, ils finirent par avouer le fait, qui datait déjà de cinq mois. Un séjour ainsi prolongé indiquait clairement qu'il était devenu le noyau d'un calcul. Après beaucoup de réflexions, songeant à la nature du corps, à sa forme, à la possibilité de l'isoler en brisant sa coque pierreuse, et de l'extraire ainsi, en laissant dans la vessie les fragmens de calcul dont l'issue ne pouvait être difficile, M. Spessa résolut d'employer l'instrument de M. Branchetti, modifié seulement pour le cas particulier où on l'employait.

Le 4 septembre, l'opération fut pratiquée, le calcul sain fut broyé, puis le noyau, ou la tige, fut fortement pincée, entraînée dans la canule de l'instrument, et retiré en entier. Plus tard, les fragmens de calcul sortirent facilement. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse, et à peine était-elle finie que l'enfant tombait dans un sommeil profond, qu'elle n'avait pas goûté depuis si longtemps.

Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum pour une dégénérescence squirrheuse; par Francesco Rizzoli.

Morgagni accusait de barbarie un chirurgien du 15e siècle d'avoir osé proposer et exécuter l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum; Desault, malgré l'observation de Faget, se joignait à Morgagni pour proscrire cette opération, et de nos jours elle est devenue un titre de gloire pour un chirurgien français. Pratiquée assez souvent depuis sa restauration par M. Lisfranc qui se l'est véritablement appropriée, elle n'a point offert, dans les mains des autres chirurgiens, un résultat aussi avantageux que dans celles de ce praticien. Trois fois nous l'avons vu pratiquer et trois fois

nous l'avons vu échoner. La science possède cependant nn certain nombre de gnérisons qui font de cette opération nne de ces dernières et terribles ressonrces qne le chirnrgien oppose aux maladies mortelles. Une chose qui an premier abord semble devoir amener une dégoûtante infirmité après l'opération, est l'extirpation du muscle sphincter interne. Heureusement l'expérience a appris que même dans les cas où l'interne est emporté, les fibres circulaires de l'intestin, le resserrement de la cicatrice, devenaient des obstacles à l'issue continnelle des matières qui cependant ne peuvent point être gardées aussi longtemps que dans l'état physiologique.

Obs. — Paola Corticelli, âgée de 50 ans, robuste, mère d'un enfant, et affectée à diverses reprises de maladies vénériennes aux parties génitales, a perdu ses règles à 48 ans; depuis cette époque elle été tourmentée par des tumeurs hémorroïdales qui s'engorgent facilement, par une douleur obtuse et continue vers la région sacrée, une constipation opiniâtre et en dernier lieu par un écoulement sanieux du rectum Peu à peu la défécation devient très difficile et douloureuse par le rétrécissement de cet intestin. En 1838, elle resta treize jours sans rendre de matières fécales et fut prise à cette occasion d'une violente entérite. En novembre 1838, elle vint se confier aux soins du docteur Rizzoli dans l'hôpital de Bologne. Sa santé générale était assez bonne, et la maladie paraissait encore locale; le pourtour de l'anus était parsemé de quelques tubercules squirrheux et donnait issue à une sanie fétide et abondante. Le doigt introduit dans le rectum rencontrait, jusqu'à trois ponces et demi, des végétations squirrheuses faisant un bourrelet circulaire qu'à peine pouvait traverser le doigt explorateur. L'existence des maladies vénériennes antérieures fit d'abord essayer le traitement anti-syphilitique combiné avec dilatation graduelle du rectum; mais cette dernière ne put être convenablement exécutée, à cause des douleurs éveillées par des agens de dilatation. Les anti-vénériens n'amenèrent aucun soulagement, et dans le mois de septembre 1839, près d'un an après le commencement du traitement, l'affection cancéreuse s'était étendue. L'opération fut pratiquée le 12 juin 1839. Limite par une incision elliptiqne; soigneusement disséqué et séparé des parties voisines et surtout du vagin; le cancer était attiré au dehors soit par les doigts de l'opérateur introduits dans l'intestin et recourbés en crochets, soit par des pinces de museaux tenus par des aides. M. Rizzoli prit grand soin d'épargner le sphincter externe. Une chemise de toile pleine de charpie remplit assez la plaie pour éviter après l'opération toute hémorragie; peu de vaisseaux furent liés. Des phénomènes pareils à ceux qui suivent les larges plaies se montrèrent, et parcoururent paisiblement leur cours. Le trentième jour la malade était presque guerie, quand elle fut prise de phlébite au bras gauche d'abord, puis au bras droit. Des cataplasmes et une légère compressiou se reudirent maîtres de ces accidens et le soixantième jour la guérison était complète; alors en introduisant le doigt dans la plaie profonde située dans la rainure fessière, on sentait un canal tapissé par une nouvelle membranc fibro-cellulaire; ce canal remplaçait le rectum. Des sphinctere limitant le canal en bas; jusqu'à la portion des muqueuse enlevée, on mesurait deux pouces environ. La cicatrice en se resserrant a fini par gêner le passage des matières, et M. Rizzoli a ordouné à la malade de porter de temps en temps une mèche enduite de cérat.

Nons ferons remarqner qne la hanteur à laqnelle s'étendait le mal est extrême pour une opération, et il paraît difficile de concevoir qn'un cancer s'étendant à trois ponces et demi dans le rectum, puisse rester un an sans opération, s'accroître et être encore accessible aux moyens chirurgicaux. De plus la précaution qu'a prise M. Rizzoli de ménager le sphincter doit être bien rarement applicable, car nn cancer anssi avancé n'épargne pas souvent le sphincter. Heureusement qne l'extirpation de ce dernier n'entraîne point l'incontinence des matières fécales, et qne le chirurgien peut le sacrifier sans craiote, comme le prouve l'observation précédente, puisque la plaie, d'abord large, s'est rétrécie longtemps après; il faut même dire qu'il est inutile de ménager le sphincter; on doit, une fois le cancer jugé opérable, chercher à l'enlever dans sa totalité, sans trop s'inquiéter de ce que l'on enlève. Il est bien entendu qu'il ne faut toucher à aucun organe important, mais c'est avant de commencer l'opération que le chirnrgien doit savoir qu'il ne sera point dans la nécessité d'en venir là.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO GIORNALE.

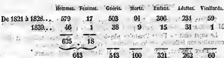
Août 1840.

COMPTE-RENDU DES OPÉRATIONS DE TAILLE LATÉRALISÉES, FAITES A NAPLES; SUIVI D'UNE STATISTIQUE DES LITHOTOMIES FAITES DANS LES DIX DERNIÈRES ANNÉES; par M. S. DE RENZI.

1re SÉRIE, de 32 hommes et d'une femme, opérés dans l'année 1839. Parmi ces 33 malades, dix étaient âgés de moins de 15 ans, 22 étaient adultes, nn était vieux. Chez tous, le calcul était unique, fort gros chez quelques-uns. 24 opérés, y compris la femme, ont guéri, 9 sont morts. 5 ont guéri en un mois, 8 en quarante jours, 5 en deux mois, six en trois mois. L'hémorragie a été observée sur 5 d'entre eux. Sur 10, les plus graves accidens se sont manifestés. Chez 2 il y a eu une espèce de pourriture d'hôpital.

Des 9 qui ont snccombé, 4 avaient des pierres volnmineuses, qui nécessitèrent des manœuvres longues, douloureuses. Parmi eux, 2 moururent le deuxième jour, un le huitième, un le treizième, et tous avec des symptômes d'entérite et de cystite. Parmi les cinq derniers insuccès, une fois la mort est arrivée dans la journée. A l'autopsie, la vessie, dilatée, remplissait le petit bassin et adhérait aux parties molles et même au muscle psoas. Il y avait épanchement de pus sanieux dans cette cavité; cette suppuration partait de la plaie elle-même. Un autre, âgé de 48 ans, vécut 19 jours; il avait des calculs dans la vessie gauche, qui offrait aussi des collections purulentes. Un enfant mourut d'entérite vermineuse le troisième jour de l'opération. Les deux autres vécurent de neuf à douze jours et avaient tous deux des calculs purulens dans les reins.

2me SÉRIE, de 14 hommes, opérés tons avec succès. 5 d'entre eux avaient moins de 15 ans, tous les autres étaient adultes. Aucun d'eux n'a éprouvé de graves accidens. Dans les deux tiers des cas, la pierre était d'une grandeur médiocre, dans l'autre tiers elle était volumineuse.



STATISRIQUE DES OPÉRÉS DEPUIS 1821 JUSQU'EN 1828, ET PENDANT 1839.

	Hommes.	Femmes.	Guéris.	Morts.	Enfans.	Adultes.	Vieillards.
De 1821 à 1828…	579	17	503	91	306	231	59
1839…	46	1	38	9	15	31	1
	625	18					
	643		543	100	321	262	60

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Dans les numéros 26 et 27 se trouvent les deux faits snivans : 1° *Calcul de la glande sous-maxillaire gauche*; par M. Sorgoni. 2° *Dégénérescence squirrheuse des glandes sub-linguale et sous-maxillaire; extirpation*; par M. Reguoli.

CALCUL DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE; par M. SORGONI.

Obs. — Valentino Paterni, âgé de 40 ans, avait été sujet dès l'enfauce à des inflammations fréquentes de la glande sous-maxillaire gauche, qui d'habitude se terminaient par une abondante salivation, mais laissant la glande toujours un peu tuméfiée. Ces récidives ne laissaient guère entre elles que quelques mois et obéissaient aux moindres causes. Au bout de quelque temps, l'inflammation était suivie d'une suppuration du conduit de Warton; l'arrivée du pus dans la bouche était annoncée par une saveur désagréable. Enfin la suppuration devint permanente, et augmentait seulement à l'époque des inflammations glandulaires. La santé générale du malade souffrait de cette maladie en apparence légère, mais cependant douloureuse, et qui gênait beaucoup la mastication. Le malade vint consulter M. Sorgoni, qui reconnut le calcul; celui-ci s'avançait de lui-même vers l'ouverture buccale du canal et put bientôt y être saisi et extrait, il était composé de phosphate de chaux et de matière animale; irrégulier à la surface et en forme de cœur.

EXTIRPATION DES GLANDES SUB-LINGUALE ET SOUS-MAXILLAIRE AFFECTÉES DE DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE, communiquée par M. ROUZI, aide de clinique du professeur PRIGNATI. à Pise.

L'anteur a eu pour but dans cette observation de prouver que le tissu des glandes salivaires est susceptible de dégénérescence cancéreuse. Le fait a été recueilli dans les salles de clinique chirurgicale de Pise et semble par conséquent entouré de bons témoignages.

Obs. — Un certain Coli, âgé de 40 ans, bien portant, offre à gauche, sous la mâchoire inférieure, une tumeur qui s'étend en dedans et dépasse un peu la ligne médiane. Dans la bouche, parallèlement à la face internale, la mâchoire du même côté et jusqu'à la symphise, une autre tumeur faisant une saillie considérable, et soulevant la langue sous laquelle elle s'enfonçait; sur elle la muqueuse était ulcérée et fongueuse. Au dehors comme au dedans de la bouche, la tumeur avait une dureté pierreuse, et était le siége de douleurs vives et passagères. La maladie datait d'un an. En vain les antiphlogistiques et les fondans avaient été employés. M. Rignoli annonça un cancer et fit l'extirpation le 15 juillet 1839; l'opération fut laborieuse, la tumeur offrait une masse homogène semblable au tissu squirrheux. Coupée dans sa longueur, elle n'offrait aucune trace de la structure des ganglions lymphatiques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(La dernière séance a été consacrée à des matières étrangères à la médecine.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

M. Baicheteau ouvre la séance, au nom de la commission des épidémies, par un long travail sur les différentes épidémies qui ont désolé la France depuis quelques années.

M. Villeneuve lui a succédé, au nom de la commission de vaccine. Le travail est relatif à la revaccination. M. le rapporteur, s'appuyant sur l'opinion des principaux vaccinateurs du royaume, conclut à l'inutilité de cette opération.

DISTRIBUTION DES PRIX POUR L'ANNÉE 1840.

1° Prix de l'Académie, 1200 fr., partagé entre MM. Brierre de Boismont et M. Raciborski, ex-chef de clinique à l'hôpital de la Charité de Paris.

Le sujet était : « Faire l'histoire physiologique de la menstruation ; et faire connaître son influence sur les maladies, et celle qu'elle en reçoit. »

2° Prix Portal, 1200 fr., décerné à M. Raciborski, déjà nommé.

Le sujet était : « Faire l'histoire des découvertes relatives au système nerveux, depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et signaler l'influence que ces découvertes ont exercée sur les maladies et leur traitement. »

3° Prix Civrieux, 2000 fr., décerné au docteur Cerise.

Le sujet était : « Maladies produites par la surexcitation du système nerveux. »

M. Pariset a la parole pour prononcer l'éloge de l'abbé Tessier, né le 16 octobre 1741, à Angerville, près Chartres, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, médecin, agronome, vétérinaire.

PRIX POUR L'ANNÉE 1842 ET AUTRES.

Prix de l'Académie. « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différens rapports. » Ce prix est de 1500 fr.

Prix Portal. « Tracer une histoire raisonnée dont le système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique physiologique et pathologique, a été le sujet depuis Morgagni jusqu'à nos jours. » Ce prix est de 1000 fr.

Prix Civrieux. « Histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. » Ce prix est de 1500 fr.

Prix fondé par M. le marquis Lebascle d'Argenteuil. — *Extrait de son testament.* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix sera décerné en 1844 ; sa valeur sera de 8,238 fr. et des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait de son testament.* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*, et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 21 mars 1840, sera décerné en 1843.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE.

La lecture du procès verbal soulève une réclamation de M. Velpeau sur la rédaction de M. le secrétaire, relativement aux opérations de strabisme. M. Velpeau a dit que de ses sept opérés, il y en a six qui n'ont pas complètement réussi, mais qui aussi n'ont pas complètement échoué.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la correspondance. Elle comprend le tableau des vaccinations, en 1839, dans le département de la Vienne, et une lettre du médecin de Clairvaux, et qui annonce que le scorbut s'est déclaré d'une manière très intense dans cet établissement.

M. Londe présente, de la part d'un médecin dont le nom nous échappe, une observation d'hydropisie enkystée, qui a duré seize ans, et, pendant cet intervalle, a été soumise à plus de 800 ponctions, et a fini par guérir. Cette observation fera l'objet d'un rapport.

M. Rochoux : J'ai observé à Bicêtre, la semaine dernière, un fait qui m'a paru intéressant, quoiqu'il ne soit pas unique. Un des jours les plus froids de la semaine, un aliéné de Bicêtre se trouvant dans la salle d'attente, dont le poêle en fonte était chauffé jusqu'au rouge, profita du moment où il n'y avait personne, pour appliquer sa tête contre le fer rouge, et ses bras au milieu du brasier intérieur. L'odeur qui s'échappa alors attira les personnes voisines, qui accoururent et éprouvèrent les plus grandes peines à retirer ce malheureux. Quant à lui, indifférent à ce qui se passait, il ne témoignait aucune douleur, aucune souffrance, et certes jamais sensibilité ne fut plus complètement éteinte. Les bras étaient brûlés jusqu'aux os.

M. le président annonce que la députation de l'Académie a été reçue aux Invalides.

M. Pariset lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Esquirol, que l'Académie a eu la douleur de perdre la semaine dernière.

L'auteur du mémoire n. 5, envoyé pour le concours Civrieux, et qui a obtenu une mention honorable, écrit à l'Académie ; c'est M. le docteur Gillette.

M. Larrey donne, par écrit, communication d'une observation de fracture compliquée de la cuisse par arme à feu, complètement guérie par l'appareil inamovible, toutefois avec un raccourcissement correspondant à la longueur d'une portion nécrosée des fragmens.

NOMINATION DU BUREAU POUR 1841.

90 bulletins ; majorité, 45 voix.

MM. Roux	61 voix.
Fouquier	16
Bailly	4
Virey	1
Larrey	2
Heller	1
Duval	1
Dubois	2

M. Roux est nommé président ; M. Fouquier, vice-président, et M. Gerardin est maintenu comme secrétaire annuel.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ; par A.-F. Chomel, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, médecin consultant du roi, médecin ordinaire de la princesse royale, etc.

Qu'est-ce que la *pathologie générale?* Pour répondre à cette question, nous n'entreprendrons pas de donner ici la théorie des idées abstraites ou générales : abstraites, disons-nous, car toute idée générale est nécessairement abstraite. Nous dirons seulement que la pathologie générale est à l'ensemble des maladies ce que la pathologie spéciale est à chaque maladie en particulier. Or, dans toute maladie, la pathologie spéciale considère les causes, les symptômes, la nature, la marche, la durée, les terminaisons, le traitement, etc. Eh bien ! la pathologie générale considère précisément les mêmes choses, avec cette différence qu'au lieu de les étudier dans telle ou telle maladie déterminée, elle les étudie dans toutes les maladies sans exception ; ce qui revient à dire que la pathologie générale étudie les maladies dans ce qu'elles ont de commun.

Les traités généraux renferment la science en abrégé, ou, si l'on veut, le résumé de la science. On y trouve les notions les plus simples et les vérités de l'ordre le plus élevé ; d'où il est aisé de voir que s'ils sont destinés aux commençans, ils ne peuvent être composés, ni justement appréciés que par les maîtres de l'art.

Ce sont, dis-je, les premiers ouvrages qu'on met entre les mains des jeunes gens, et cet usage est trop ancien et trop général pour n'être pas fondé en raison. Je n'ignore pas que, dans la recherche de la vérité, l'esprit humain s'élève du particulier au général, du fait au principe ; mais autre chose est la méthode d'invention, autre chose la méthode didactique. En d'autres termes, les sciences ne se font pas comme elles s'enseignent. C'est pour avoir méconnu cette vérité que l'illustre auteur de la Nosographie philosophique mettait tant d'importance à faire précéder ses tableaux généraux de quelques faits particuliers bien choisis, comme si l'élève en devait être ensuite beaucoup plus avancé. Dans cette méthode, on n'oublie qu'une chose, c'est que celui qui fait son entrée dans la carrière ne pouvant rien juger par lui-même puisqu'il ne sait rien, est nécessairement obligé de tout recevoir sur la parole du maître, sauf à faire ses réserves.

Ainsi, en dernier résultat, tout se réduit à savoir s'il vaut mieux dire une bonne fois en commençant la vérité dont on veut l'instruire, ou lui répéter la même chose à chaque cas particulier. Poser ainsi la question, c'est la résoudre.

Malheureusement la plupart des auteurs qui ont écrit sur la pathologie générale se sont perdus dans les systèmes. Averti par l'écueil de ses prédécesseurs, M. Chomel a pris la plume avec la ferme résolution de se renfermer dans les limites de l'observation et de n'en pas sortir. Mais en pareille matière peu d'hommes savent rester fidèles à leurs engagemens. Telle est la faiblesse de l'esprit humain qu'il se laisse souvent emporter malgré lui plus loin qu'il ne veut et qu'il ne croit aller.

Un médecin qui passait sa vie dans l'étude de son art disait: « J'étais dogmatique à 20 ans; observateur à 30; à 40 ans, je fus empirique; je n'ai plus de système à 50. » Que de médecins pourraient s'appliquer ces paroles! Toutefois elles ne vont pas à M. Chomel. Admis presque au début de sa carrière dans les hôpitaux, d'abord comme élève interne, puis comme médecin, puis comme professeur de clinique, l'habitude, l'obligation de voir la nature l'a constamment préservé de la contagion des systèmes: heureuse nécessité à laquelle nous devons un traité de pathologie générale sans mélange d'une seule hypothèse.

Plus ce livre est substantiel plus l'analyse en est difficile; aussi je ne l'entreprendrai pas. Je ne puis oublier d'ailleurs qu'étant à sa troisième édition, il doit me suffire d'en rappeler les principaux caractères et d'indiquer les améliorations qu'il a reçues. Après la pureté des doctrines, je remarque leur tendance toute pratique. Quelle que soit la question qu'il traite, M. Chomel recherche ce qu'il y a de bon, d'utile, d'applicable. Tout ce qui n'a pas d'application ne lui paraît que d'une importance secondaire, et il s'y arrête peu, bien différent de ces auteurs qui donnent d'autant plus à la discussion que l'objet en est plus frivole. Parle-t-il des définitions, de la synonymie, de la nomenclature, de la classification des maladies, etc., c'est l'affaire de quelques pages, parce qu'en effet la pratique a peu d'intérêt à ces questions. Il se contente de rappeler les opinions les plus accréditées; il les discute, les blâme ou les approuve, et pose les principes de la matière, mais toujours dans les limites de l'observation, persuadé que hors de là il n'y a qu'erreur et déception. Ainsi, tandis que les nosographes dissertaient sans fin sur les bases d'une bonne classification, M. Chomel, livré à l'enseignement particulier, se bornait à rapprocher les maladies qui avaient entre elles des ressemblances réelles, les phlegmasies, les hémorragies, les névroses, etc., et traitait des autres, comme elles se présentèrent à lui, dans l'ordre anatomique. C'est ainsi, dit-il, qu'on retire des classifications les avantages qu'elles peuvent avoir sans courir les dangers qui en sont comme inséparables.

Mais viennent les causes et surtout les symptômes, M. Chomel change de méthode en changeant de sujet. C'est qu'ici tout est utile, tout intéresse, rien n'est à dédaigner. Les symptômes en effet forment l'élément le plus essentiel du diagnostic; le diagnostic donne la mesure de ce qu'il faut craindre ou espérer, et il est encore la base du traitement; car pour guérir les maladies, il faut les connaître. Pénétré, dis-je, de l'importance des symptômes, M. Chomel en parle longuement; il les prend un à un; il les suit dans les maladies où ils peuvent se montrer, il en indique les caractères, les degrés, les nuances, avec la netteté et la précision d'un homme qui parle de ce qu'il a vu. Cela se sent en le lisant, comme on sent en entendant un voyageur s'il a visité les lieux qu'il décrit ou s'il parle de confiance.

Entre la première et la troisième édition des Élémens de pathologie vingt-trois ans se sont écoulés; car, absorbé par les travaux de l'enseignement et par les devoirs d'une pratique étendue, M. Chomel s'est fait longtemps demander cette nouvelle édition. Et après vingt-trois ans il n'a eu rien d'essentiel à changer! Tel est l'avantage de l'observation. Qu'on ne croie pas toutefois que cette édition ne soit que la réimpression des deux premières; il s'en faut de beaucoup. En vingt-trois ans, les sciences les plus immobiles ne laissent pas que de faire quelques progrès, et certes ce n'est pas l'immobilité qu'on peut reprocher à la médecine. « Depuis vingt-trois ans, l'auscultation a été découverte; la percussion, perfectionnée dans ses procédés, a été étendue dans ses applications; l'observation des phénomènes pathologiques pendant la vie et l'étude des lésions anatomiques après la mort, ont été portées à un degré de précision qu'elles n'avaient pas encore, et ont fourni beaucoup de faits nouveaux; la chimie et le microscope ont prêté leur secours à la pathologie; des conséquences plus positives ont été déduites du rapprochement et de la numération de faits mieux observés; le diagnostic est devenu plus exact et l'expérimentation plus rigoureuse. »

M. Chomel a enrichi son ouvrage de ces nouvelles conquêtes. Cette édition a donc sur ses aînées l'avantage d'être plus complète. Plusieurs chapitres ont reçu des développemens considérables; un seul a reçu une forme nouvelle, c'est celui du diagnostic. Parmi les nouvelles additions, une des plus importantes a trait aux applications de la statistique à l'étude des maladies. Cette méthode, tant controversée, a pour elle l'avantage d'avoir été proposée par un des médecins les plus estimés de notre époque et qui mérite le mieux de l'être. C'est déjà une présomption en sa faveur. M. Louis a cru qu'après avoir posé les faits, il ne pouvait qu'être utile de les compter. Néanmoins je l'avouerai, pour ma part, je l'ai vu à regret s'introduire dans une science où il me semblait qu'elle était déplacée. Depuis lors et surtout depuis la discussion solennelle dont elle a été l'objet au sein de l'Académie royale de médecine, en 1837, mes idées se sont un peu modifiées. Premièrement il est incontestable qu'en médecine, comme ailleurs, le calcul est indispensable dans toutes les questions de quantité. Ainsi on veut savoir s'il naît plus de garçons que de filles, il faut compter; on veut savoir combien il y a eu de malades dans une épidémie, combien sont guéris, combien sont morts, il faut encore compter.

Mais on demande quel est le meilleur traitement d'une maladie donnée; faut-il encore compter? sans aucun doute: car il est évident que celui-là sera le meilleur qui réussira le plus souvent; or *souvent* est un adverbe de quantité qui peut être exprimé par un chiffre. Mais, dira-t-on, toutes les questions qui peuvent se présenter en médecine ne sont pas des questions de nombre; d'accord; aussi le calcul n'est-il pas toujours admissible: par exemple, ce n'est pas le calcul qui peut nous apprendre si telle ou telle opinion est juste, si tel fait a été bien ou mal vu. La statistique ne vient qu'après l'observation; elle accepte les données qu'elle lui fournit, mais elle ne les fait pas. C'est à elle à prendre ses précautions pour n'opérer que sur des quantités égales, et c'est là la difficulté. Jusqu'ici j'ai lieu de croire qu'elle n'a pas été assez réservée; je n'en veux d'autres preuves que la variété de ses résultats; et pour en citer un exemple, on a dit, l'une part, qu'on ne perd qu'un malade sur sept de la pleuro-pneumonie, et, de l'autre, on convient qu'il en meurt un sur trois. Eh bien! il ne m'en faut pas davantage pour affirmer qu'on n'avait pas affaire à la même maladie, ou, ce qui revient au même, que les cas n'étaient pas semblables. A Dieu ne plaise que je mette en doute la puissance de mon art! mais je crois que cette puissance est bornée, et qu'il n'est donné à aucun médecin, quelque habile qu'il soit, de prendre un si grand avantage sur un autre quelque ignorant qu'on le suppose. La nature ne le permettrait pas.

Si les fautes de l'artiste ne prouvent rien contre l'excellence de l'art, elles prouvent, dira-t-on, que la statistique est fort difficile à manier. Erreur! ce n'est pas la statistique qui est difficile, c'est l'observation, c'est l'appréciation des faits, c'est l'art de les comparer et de les rapprocher. Aussi, je remarque que plus on va, plus on multiplie les groupes, et nous ne sommes pas au bout. M. Rayer nous a donné le précepte et l'exemple de cette finesse d'analyse dans son beau rapport sur le mémoire de M. Pelletan relatif à la pneumonie.

Mais c'en est assez sur la méthode numérique. Je reviens et je finis. Les Élémens de pathologie générale sont connus; le succès en est fait et garanti par trois éditions successives; c'est un ouvrage classique que je ne saurais trop recommander aux jeunes gens pour qui il a été composé, aux jeunes gens si intéressés, à l'entrée de leur carrière, à prendre le goût de l'observation et des bonnes doctrines.

Bousquet.

NOTE STATISTIQUE SUR LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN, D'APRÈS LES OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HOSPICE DE STÉPHANSFELD, PENDANT LES ANNÉES 1836, 1837, 1838, 1839; par L.-F.-E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine, ancien médecin de cet établissement. — Strasbourg et Paris, 1840.

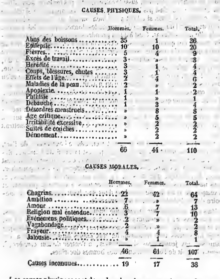
Nous passerons sous silence la première partie de ce travail qui traite de la topographie, de l'administration de l'hospice et de l'organisation du service; à chaque pas l'auteur nous fait voir quelle place le médecin doit occuper dans une maison consacrée au traitement de maladies qui exigent un ensemble de moyens dont le choix ne saurait être contrarié sans inconvénient.

A plusieurs reprises, nous avons eu occasion de parler de l'immense difficulté de faire la médecine avec des chiffres; mais la statistique, restant dans les limites des faits généraux, devient très importante. Le travail de M. Renaudin, considéré sous ce dernier rapport, est un précieux document pour une géographie d'aliénation mentale qui est encore à faire,

et ce d'autant plus qu'il a étendu à chaque pas la statistique des aliénés de l'hospice départemental de Stephansfeld à celle de tout le département du Bas-Rhin. Cette notice statistique sera donc consultée avec fruit et pourra être rattachée dès aujourd'hui à celles de MM. les docteurs Earle pour les aliénés de l'Amérique du nord, et de Ruer pour les aliénés de la province de Westphalie (GAZ. MÉD., p. 683 et 799, 1838).

Du 4 novembre 1835 au 31 décembre 1839, l'hospice de Stephansfeld a reçu 383 aliénés ; le mouvement annuel de la maison s'est accru d'année en année. Si l'on compare le nombre des admissions, dit l'auteur, avec les recensemens faits en 1836 et 1837, on reconnaît que l'établissement a reçu un nombre d'aliénés à peu près égal à celui dont l'existence a été constatée dans le département à ces deux époques. Ce nombre (non compris les idiots et les imbéciles) peut donc être considéré comme représentant la population aliénée du département, qui est, avec la population totale, dans le rapport, de 1 à 2,220 habitans.

Ce rapport n'est pas le même pour tous les arrondissemens ; celui de Strasbourg présente la proportion la plus forte. Trente-six communes y ont fourni 165 aliénés ; ce qui fait 1 aliéné sur 1,326 habitans. La ville de Strasbourg seule offre un rapport de 1 à 600 ; d'où l'auteur conclut que la folie est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes.



CAUSES PHYSIQUES.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Abus des boissons	35	1	36
Epilepsie	10	10	20
Fièvres	5	4	9
Excès de travail	3	»	3
Hérédité	3	1	4
Coups, blessures, chutes	3	1	4
Effets de l'âge	2	4	6
Maladies de la peau	2	»	2
Apoplexie	1	1	2
Phthisie	1	»	1
Débauche	1	3	4
Désordres menstruels	»	8	8
Age critique	»	5	5
Irritabilité excessive	»	2	2
Suites de couches	»	2	2
Dénuement	»	2	2
	66	44	110

CAUSES MORALES.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Chagrins	22	42	64
Ambition	7	»	7
Amour	6	7	13
Religion mal entendue	3	7	10
Evénemens politiques	2	»	2
Vagabondage	2	»	2
Frayeur	4	4	8
Jalousie	»	1	1
	46	61	107
Causes inconnues	19	17	38

Les causes physiques sont donc dans la même proportion que les causes morales. Il est remarquable que, d'après ce tableau, l'abus des boissons a produit à lui seul autant de fois la folie que toutes les autres causes physiques, tandis que d'après les recherches d'autres médecins, l'abus des liqueurs alcooliques ne contribue que faiblement à l'aliénation mentale. Ce contraste d'observations devient encore plus surprenant lorsque nous voyons que sur 60 hommes aliénés venant du département du Haut-Rhin, chez 32 on a noté pour cause l'abus des boissons.

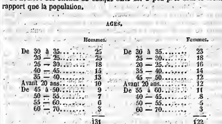
Parmi les causes morales, il faut surtout compter les chagrins ; les femmes y sont le plus sujettes.

Un autre résultat digne de remarque et qui diffère des recherches d'autres auteurs, c'est, ainsi que nous l'avons déjà dit ailleurs (GAZ. MÉD., p. 799, 1838), que la folie est plus fréquente dans le Bas-Rhin parmi les hommes (131), que parmi les femmes (122).

Sur 100 aliénés il y avait :

	Hommes.	Femmes.
Célibataires	64	56
Mariés	33	24
Veufs	3	20
	100	100

Ce qui prouve évidemment que le célibat est une condition favorable au développement de l'aliénation mentale. Cette remarque est d'accord avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière.



RELIGION.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Catholiques	136	104	240
Protestans	58	47	105
Juifs	13	4	17
	207	155	362

Le nombre des aliénés de chaque culte est à peu près dans le même rapport que la population.

AGES.

	Hommes.		Femmes.
De 30 à 35	25	De 30 à 35	23
20 — 25	25	25 — 30	18
25 — 30	18	20 — 25	16
40 — 45	15	35 — 40	14
35 — 40	13	45 — 50	12
Avant 20 ans	10	Avant 20 ans	12
De 45 à 50	9	De 55 à 60	11
50 — 55	7	40 — 45	8
55 — 60	6	50 — 55	5
60 — 70	3	60 — 70	3
	131		122

D'après ce tableau, c'est l'âge de 30 à 35 qui a fourni le plus d'aliénés ; ce résultat confirme aussi les recherches antérieures faites en France, en Angleterre, en Amérique et en Allemagne.

FORMES DE LA MALADIE.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Monomanie	29	13	42
Lypémanie	15	28	43
Manie	72	62	134
Démence	5	9	14
Epilepsie	10	10	20
	131	122	253

La monomanie n'est pas aussi fréquente dans ce département et atteint plus souvent les hommes que les femmes, ce que l'auteur attribue à la vie sédentaire et plus régulière des femmes d'Alsace, par rapport à celles de Paris et d'autres grandes villes. Nous nous permettons d'élever quelques doutes au sujet de cette assertion, ainsi que pour celle qui concerne les hommes ; ceux-ci, au dire de l'auteur, seraient moins sujets en Alsace que dans le reste de la France aux excitations de toute espèce.

Le nombre des guérisons, pendant les quatre années, a été de 66 dont 40 hommes et 26 femmes, parmi lesquelles il y avait 6 monomanies, 7 lypémanies, 50 manies et 3 démences.

94 décès d'aliénés ont été constatés du 1er janvier 1836 au 31 décembre 1839 ; la moyenne des décès a donc été de 1 sur 3,85. Relativement aux guérisons, M. Renaudin entre dans des détails sur la durée moyenne de la folie et sur les circonstances qui peuvent faire varier les rapports ; les déductions que l'auteur présente pourront mettre sur la voie de recherches intéressantes ; les mêmes remarques peuvent s'appliquer aux paragraphes sur la mortalité.

D'après le résumé que nous venons de faire de cette brochure, il est facile de voir que M. le docteur Renaudin a su tirer tout le parti possible du temps pendant lequel il a été médecin adjoint de la maison d'aliénés de Stephansfeld ; c'est avec plaisir que nous rendrons compte du deuxième travail qu'il prépare sur les diverses formes d'aliénation mentale et sur leur traitement, d'après les observations recueillies dans cet établissement, et à cette occasion nous demanderons comment il se fait que M. Renaudin s'est vu forcé de quitter un poste sur lequel il avait concentré toutes ses études et toute son ambition d'avenir ; s'il y a là des motifs purement personnels à M. Renaudin, nous n'avons aucun droit de lui en demander compte ; mais s'il a quitté par suite d'une désorganisation contre laquelle son dévouement et son zèle n'avaient à opposer qu'une démission très désintéressée de sa part, nous lui en demanderons compte à

haute voix, dans l'intérêt bien entendu de la science. Depuis plusieurs années, une réorganisation législative de la médecine est demandée au pouvoir ; il est évident que si les préoccupations politiques permettent jamais à nos hommes d'état de s'occuper d'un besoin impérieux, la police des hôpitaux et celle des maisons d'aliénés y sera prise en sérieuse considération.

D'après les notions que nous avons acquises à ce sujet, la première mesure à prendre sur ce point serait de sortir le médecin de la position quasi-subalterne dans laquelle il se trouve vis-à-vis des administrateurs civils. Cet état de choses n'existe qu'en France, et de là découlent la plupart des abus dont la gestion de ces établissemens devrait être purgée. Le premier administrateur d'un hospice devrait être un médecin ; lui seul en connaît les vrais besoins; et ne serait-ce pas chose ridicule, si elle n'était déplorable, que cette scission dans les pouvoirs, lorsqu'elle ne se retrouve pas dans la responsabilité ? Car enfin à qui demandera-t-on compte de la prospérité ou de la chute d'un hospice, si ce n'est au médecin qui le dirige, et qui pourrait dire les entraves de toute nature qu'il peut rencontrer, soit dans l'impéritie, soit dans le mauvais vouloir des administrateurs haut et bas placés auxquels il est attelé ?

La réforme que nous provoquons est plus nécessaire, s'il est possible, en province que partout ailleurs; pour rester dans la question nous demanderons comment il se fait qu'un établissement aussi important que celui de Stephansfeld soit, depuis un an environ, sous la direction d'un médecin provisoire. Une pareille position est fausse et mauvaise, tant pour le médecin que pour les malades; est-ce que par hasard on aurait dans un médecin la confiance nécessaire pour le laisser exercer provisoirement des fonctions qu'on ne voudrait pas lui confier définitivement ? C'est là un non sens ; un pareil poste exige, comme on sait, des études toutes spéciales, et il faudrait supposer chez un médecin quelconque une dose de dévouement qui approcherait de la duperie pour le croire capable de subordonner toutes les forces de son intelligence et tous les projets de son ambition à la direction provisoire d'une maison, d'où il peut être chassé du jour au lendemain. En résumé, le médecin provisoire est capable ou il ne l'est pas. Dans le premier cas, pourquoi le provisoire, et dans le second cas pourquoi encore ? Les abus que nous venons de signaler sont pris au ha ard parmi les nombreuses récriminations que soulève en province la question des hôpitaux ; il en existe encore une foule d'autres qu'il serait nécessaire de dévoiler tout haut, et surtout de chercher à combattre, non seulement dans l'intérêt de l'art médical, mais encore dans celui des malades et plus spécialement dans celui des malades de la classe indigente. Fasse le ciel que cette réforme trouve bientôt sa réalisation !!

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Très cher confrère,

Les apostrophes que vous avez cru devoir nous lancer à propos du strabisme sont trop polies pour que je ne m'empresse pas d'y répondre en ce qui me concerne. Et d'abord, permettez-moi de vous rappeler ce que vous connaissez certainement mieux que moi. C'est que dans les discussions scientifiques ou autres il faut avant tout que la question soit nettement posée et que les termes en soient exactement les mêmes des deux côtés. Sans cela, vous le savez, on use parole, plume et encre sans jamais rien éclaircir. Ainsi, dans le cas actuel, comment pourrions-nous nous entendre, puisque les deux chefs principaux sur lesquels vous m'interpellez ne s'accordent ni avec ma pensée, ni avec ce que j'ai dit à l'Académie ? On vous a induit en erreur en vous laissant croire que je repousse la myotomie oculaire du traitement du strabisme. Je n'ai rien dit jusqu'ici, absolument rien qui puisse autoriser à me prêter une semblable opinion. Je crois, au contraire, que cette opération doit réussir dans la plupart des cas ; la preuve que telle est ma manière de voir, c'est que j'opère tous les malades qui me le demandent et que je trouve dans des conditions convenables.

Voilà donc un premier chapitre à rayer de vos griefs. Vous n'imiterez point, j'en suis sûr, vous qui sollicitez une discussion loyale et franche, vous n'imiterez pas, dis-je, messieurs les lithotriciens, qui m'ont toujours répondu comme si je rejetais absolument le broiement de la pierre, tandis que je m'étais borné, en le répétant vingt fois, à dire que, hors de certaines conditions établies par moi, c'était une question de savoir si la lithotritie vaut mieux que la taille.

Que ceci soit bien entendu une fois pour toutes, je n'ai point appuyé les proscriptions de M. Roux, ni directement, ni indirectement, et loin de vouloir ébranler la confiance qu'elle peut inspirer, j'accepte pleinement l'opération jusqu'à démonstration de son inutilité, si jamais elle arrive.

Venons maintenant à ce que vous appelez mes insuccès. Ce que j'ai annoncé là-dessus, mon cher confrère, n'avait nullement le sens que vous y attachez.

D'abord, si j'ai coupé sept muscles à l'époque indiquée, c'est sur cinq malades seulement. Une seule guérison resta complète trois mois après. Une amélioration en est résultée chez un homme qui avait une paralysie du muscle droit externe. Chez un autre la récidive commençait à se montrer au bout de trois semaines quand il est sorti de l'hôpital. J'ai cru au succès pendant quinze jours chez un infirmier opéré des deux côtés à huit jours d'intervalle ; enfin un jeune facteur, venu du dehors et sorti sur-le-champ, n'a pu regarder droit que pendant une semaine.

Tout cela s'est passé en présence de nombreux témoins, à l'hôpital de la Charité. Du reste, je n'en ai tiré aucune induction contre la méthode, et n'ai dit nulle part que telle dût être à l'avenir la proportion des insuccès ou des revers. Soyez donc assez bon pour rayer encore ce passage de votre accusation, et pour vous arrêter avec moi aux points qui nous divisent réellement dans la question.

Vous affirmez, mon cher confrère, que, par mon procédé, je n'ai pas pu diviser en entier les muscles rétractés ! Ceci, je l'avoue, me paraît un peu fort ! Entre nous, si les malades que je n'ai pas guéris *complètement* voulaient de nouveau subir l'opération, je les opérerais moi-même, d'autant plus que leur guérison par vos mains ne démontrerait réellement pas qu'ils n'ont point eu les muscles coupés par moi la première fois.

Sur le cadavre, où tout est de la dernière évidence, je m'engage volontiers à vous prouver que l'on peut couper les muscles rétractés, en m'y prenant comme je l'ai fait. L'épreuve que vous me proposez me semble moins concluante que celle-là.

N'allez pas croire pourtant que je veuille ici défendre mon procédé. Il est facile, simple, prompt ; mais s'il n'est pas sûr, pour le moins aussi sûr que les autres, je serai le premier à le rejeter. Je m'y serais déjà pris autrement, s'il m'était démontré que dans l'opération du strabisme, les insuccès tiennent véritablement au procédé mis en usage. Or, songez-y un instant, et veuillez me dire si, jusqu'à plus ample informé, le doute n'est pas permis à ce sujet. Un de vos amis a écrit (Esculape) : « Des quatre premiers malades opérés par M. Guérin, un seul reste guéri au bout d'un mois.... Sur trois autres opérations pratiquées devant nous, nous avons vu également un cas de guérison. Depuis cette époque, M. Guérin nous a assuré avoir à peu près constamment réussi sur une dixaine d'opérés. » Ceci, vous en conviendrez, est encore assez vague, et ne prouve guère que votre procédé d'alors valût beaucoup mieux que le mien. Il est vrai que vous en avez imaginé un autre qui, à vos yeux, remplit parfaitement toutes les indications ; mais, mon cher confrère, vous ne l'employez, ce procédé nouveau, si j'ai bonne mémoire, que depuis le 20 octobre 1840, d'où il suit que ses effets ne sont pas d'une date assez ancienne pour décider absolument la question.

Au demeurant, je ne conteste ni la valeur de la méthode, ni la constance des guérisons en Allemagne, en Russie, en Belgique, en Angleterre ou entre vos mains ; ce n'est point sur ce terrain que j'ai placé la question.

1° J'ai dit, et je répète, qu'aujourd'hui l'innocuité de l'opération est trop bien démontrée pour qu'il soit *utile*, d'un *intérêt purement scientifique* de présenter aux Académies des malades opérés depuis quelques jours.

2° Que chez tous les sujets opérés par moi, le redressement de l'œil s'est effectué sur-le-champ, s'est maintenu facile pendant huit, quinze, vingt, trente jours.

3° Que pour éclaircir franchement ce point intéressant de pratique chirurgicale, il n'y a dorénavant qu'un seul moyen ; c'est de faire constater l'existence, la nature du strabisme avant l'opération et de montrer ensuite les malades guéris au bout de trois mois.

4° Enfin que des annonces pompeuses de succès dans les feuilles politiques, le lendemain de l'opération, ne sont propres qu'à discréditer notre profession, qu'à favoriser l'extension du charlatanisme.

Voilà, mon cher confrère, ma profession de foi pleine et entière sur ce chapitre, je n'ai pas dit autre chose à l'Académie. Je m'imagine même qu'elle est conforme à la vôtre et que c'est un simple malentendu qui vous a fait prendre le change là-dessus.

Continuez vos essais, permettez que je continue aussi les miens ; quand le temps en sera venu, nous en publierons le résultat, chacun de notre côté, s'il y a lieu.

Agréez, etc.

Velpeau.

RÉPONSE A LA LETTRE QUI PRÉCÈDE.

La lettre de M. Velpeau peut se résumer en quelques mots, auxquels nous ferons une courte réponse.

1° *M. Velpeau se déclare partisan de la myototomie oculaire, et dit que c'est à tort qu'on l'a cru opposé à cette opération.*

Nous sommes heureux de cette déclaration, et non moins heureux de nous être trompé sur l'opinion définitive de M. Velpeau. Cependant, les explications qu'il a bien voulu nous donner n'étaient peut-être pas inutiles. Nous n'avions pas cru qu'en faisant connaître à l'Académie ses six insuccès sur sept opérations, l'habile chirurgien eût voulu donner par là une marque de ses sympathies pour la myotomie oculaire, et prouver l'utilité et l'efficacité de cette méthode. Beaucoup de personnes en avaient jugé comme nous, car tous les journaux de médecine qui ont rendu compte des paroles de M. Velpeau à l'Académie, et le secrétaire de l'Académie lui-même, ne leur avaient pas donné d'autre sens ; nous prions donc M. Velpeau de nous excuser sur ce point.

2° *M. Velpeau affirme que son procédé opératoire est excellent, et que ses insuccès tiennent à toute autre cause qu'à la non division des muscles.*

Nous sommes tout prêt à le reconnaître : mais nous regrettons que M. Velpeau ne nous en donne pas tout à fait les moyens. Nous lui avions proposé de nous représenter les malades qu'il a opérés sans succès, et de nous permettre de les réopérer par notre méthode; c'eût été, ce nous semble, un moyen immédiat de montrer si, dans les premières opérations, le muscle avait été coupé, et si la méthode que nous croyons préférable à celle de M. Velpeau est susceptible de réussir là où la sienne échoue. Au lieu de cela, notre honorable confrère nous propose des expériences sur le cadavre, et s'en tient à ses guérisons temporaires. Les premières ne nous paraissent pas aussi probantes que semble le penser le savant chirurgien de la Charité, et il nous permettra de maintenir les secondes comme des insuccès, jusqu'à ce qu'il veuille bien accepter l'épreuve que nous lui avons proposée. Cependant comme nous ne voulons perdre aucune occasion de nous instruire, ni refuser à M. Velpeau aucun moyen d'établir la supériorité de ses procédés, nous acceptons d'abord ses expériences sur le cadavre, et nous serons heureux qu'il veuille bien y ajouter, pour notre satisfaction personnelle, quelques applications sur le vivant. En revanche nous lui offrirons de nous faire l'honneur d'assister à des épreuves analogues de nos procédés.

3° *M. Velpeau semble renvoyer à notre méthode les doutes que nous avons émis sur l'efficacité de la sienne.*

Permis à M. Velpeau : mais l'épreuve que nous lui avons proposée et celle que nous lui proposons encore, le mettront peut-être à même de porter un jugement mieux motivé. Ne voulant pas nous exposer au reproche très légitime que l'honorable chirurgien adresse aux publications prématurées, nous avions attendu pour les faire connaître que les premiers résultats de notre méthode fussent parfaitement établis; on peut donc admettre, jusqu'à un certain point, que M. Velpeau manquait de renseignemens précis sur la valeur de nos procédés. Si nous avions eu le tort qu'il relève avec raison *chez ceux qui annoncent pompeusement dans les feuilles politiques leurs succès le lendemain de l'opération*, notre honorable confrère aurait mieux su à quoi s'en tenir à l'égard des nôtres, car depuis nos trois premiers insuccès nous avons constamment réussi. Ce qui prouve que quoiqu'on fasse, les bonnes choses et le bien faire ont aussi leurs inconvéniens.

J. G.

— Essais de zoologie générale, ou mémoires et notices sur la zoologie générale, l'anthropologie et l'histoire de la science; par M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, membre de l'Institut, etc.; 1 vol. in-8, avec atlas. Prix : fig. noires, 8 f. 50 c., et fig. coloriées, 12 fr.

Ce volume forme la 31ᵉ livraison des Suites a Buffon, par MM. de Blainville, de Candolle, F. Cuvier, Duméril, Brongniart, Milne-Edwards, Walckenaer, etc., que publie le libraire Rozet, rue Hautefeuille, 10 bis.

— Agenda du médecin pour 1841. — Onzième année. — Prix, selon la reliure, de 3 à 6 francs.

Paris, chez Bechet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Nous recommandons à l'attention de nos lecteurs l'Agenda du médecin pour 1841 qui vient de paraître à la librairie de Bechet jeune et Labé. Ce petit recueil d'une utilité incontestable, en est à la onzième année de sa publication; cela prouve la faveur bien méritée dont il jouit auprès des praticiens à qui il s'adresse. Les modifications et les nombreuses corrections qu'il présente témoignent des soins apportés à sa rédaction et le rendent aussi complet que possible. Dégagé des choses inutiles que contenaient les premières années, complété dans les parties essentielles, cet agenda est devenu plus commode sans rien perdre de son utilité. Il ne faut pas le confondre avec un certain agenda publié et colporté à domicile par M. Roulhac, marchand de papiers.

— L'Almanach médical pour 1841; par Domange-Hubert, secrétaire des bureaux de la Faculté de médecine de Paris, paraîtra le lundi 28 décembre, à la librairie de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8, et chez l'éditeur, rue Gît-le-Cœur, 4.

— Nouvel agenda médical sous forme de tableaux. Cet agenda renferme deux puissans élémens de succès qui sont : le temps et l'argent; deux choses également précieuses et qu'il économise l'un et l'autre; le temps par la disposition de ses tableaux d'une utilité si frappante; l'argent parce qu'il ne coûte que la moitié de ceux publiés jusqu'à ce jour. Il est difficile d'en donner une idée sans le voir, et nous croyons que tout médecin qui le verra l'achètera; 1 vol. in-8. Prix : 1 fr. 50 c.

Paris, chez J. B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de fièvre typhoïde, putride, adynamique, bilieuse, muqueuse, gastro-entérite, ataxique, entérite folliculeuse, dothinentérie, etc., comparée avec les maladies aiguës les plus ordinaires; par P. C. A. Louis, médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, président perpétuel de la société médicale d'observation de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc. *Deuxième édition considérablement augmentée*, 2 vol. in-8. Prix : 13 fr.

Paris, chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, libraire, 19, Regent-Street.

— Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théoriques et pratique; par MM. Adelon, Béclard, A. Berard, P. H. Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet. J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Danie, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littre, Louis, Mare, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynand, Richard, Rahoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Troussean, Velpeau, Villermé. Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tome vingt-deuxième (OLF-OZÉ). — Prix : 6 fr. pour Paris et 7 fr., franc de port, par la poste.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— Cours théorique et pratique sur les maladies des yeux. Le docteur Carron du Villards a commencé ce cours le lundi, 21 décembre, dans son amphithéâtre, rue de l'Observatoire, n° 6, à sept heures du soir, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; par M. A. Bérard, docteur en médecine, membre de l'Académie de médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, etc.; et M. C. Denonvilliers, docteur en médecine, prosecteur et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Mode de publication : le Compendium de chirurgie pratique sera publié par livraisons de 160 pages de texte, format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8, c'est-à-dire 640 pages d'impression; toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour faciliter l'intelligence du texte, elles seront ajoutées.

Les livraisons, au nombre de douze à seize, formeront trois ou quatre volumes grand in-8, imprimés sur deux colonnes.

Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. franc de port par la poste.

La première livraison est la deuxième dans l'ordre de publication.

On souscrit à Paris chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— De la nécessité des études pratiques en médecine légale, réflexions sur les procès criminels de Peylel et de madame Lafarge; par H.-L. Bayard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin-rapporteur près les tribunaux; in-8. Prix : 1 fr. 25 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Quelques considérations sur le tabac, de son abus, de son influence sur la santé et les fonctions de la vie, spécialement sur les facultés intellectuelles, surtout chez les jeunes gens; par G. Montain, professeur de thérapeutique, etc.; brochure in-8.

Lyon, chez Savy, libraire, quai des Célestins, 49.

— Traité de l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde); par C.-P. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, président des jurys médicaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.; in-8 de 856 pages. Prix : 9 fr.

Paris, J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

Imprimerie de Félix Malteste et Comp., rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME HUITIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;

POUR L'ANNÉE 1840.

A

Abaissement de la cataracte, par M. Vancamp, 696.
Abcès entre le pharynx et la colonne vertébrale chez l'enfant et chez l'adulte, par M. Fleeming, 425.
— du cerveau, par le docteur Johnson, 427.
— id., par M. C. Broussais, 575.
— du rein (Cas remarquable d'), par M. Sposer, 507.
— dans différentes régions pendant les maladies des voies urinaires, par M. Civiale, 602.
— de la fosse iliaque; injections iodées, par M. Boinet, 605.
Abdomen (Plaie d'), par M. Gimelle, 512.
— (Tumeurs de l') liées à des maladies du foie, par M. Bright, 809.
Ablation des premier et cinquième métacarpiens, par M. Blandin, 590.
Abyssinie (Médicaments employés en), par M. Auber, 672.
Accouchement triple à terme, par M. Bouyer, de Marennes, 16.
— prématuré artificiel, par M. Paul Dubois, 157, 174, 187.
— (Compte rendu des) de la Maternité de Marseille, par M. Villeneuve, 179.
— trois observations remarquables de clinique obstétricale, par M. Ridard, 185
— (Clinique d') de l'hôpital de Dublin, par M. Ebleu, 247.
— (Tumeurs du bassin empêchant l'), par M. Puchelt, 479.
— tardifs, par M. Kiderlin, 496.
— laborieux (Quelques mots sur un cas d'), par M. Payan, 521.
— id., par M. Goutier Saint-Martin, 681.
— (Traité d'), par M. Caseaux, 753.
— (Compte rendu de la clinique d') à Fulda, 794.
— id. de Wurtzbourg, 795.
— naturel, malgré une tumeur fibreuse dans le petit bassin, 795.
— id., par M. Beaty, 812.
Acéphalocystes du cerveau, par M. Michéa, 746.
Acétate de plomb dans la bronchite, par M. Henderson, 776.
— id. (Empoisonnement par l'), par M. Orfila, 781.
Acide cyanhydrique (Effets physiologiques et thérapeutiques de l'), par M. Becquerel, 1, 17, 35.
— arsénieux (Empoisonnement par le tartre stibié et par l'), par M. Orfila, 487.
— palmitique, par M. Frémy, 766.
Aconit dans la céphalalgie nerveuse, par M. Burger, 778.
— (Empoisonnement de douze personnes par le suc d'), par M. Balardini, 825.
Actœa racemosa (Sur l'emploi de l'), par le docteur Kirkbride, 671.
Acupuncture (Hernie scrotale rentrée au moyen de l') par M. Dares, 796.
Adénite idiopathique, par M. Pogliaghi, 536.
Aine (Kyste volumineux dans l'), par M. Marten, 780.
Air (Introduction de l') dans les veines, par M. Amussat, 336.
— id., par M. Bouley, 702.
— (Quantité d') nécessaire à la respiration du cheval (rapport de M. Chevreul), 525.
Albuminurie (Coïncidence de l') avec l'hydropisie après la scarlatine, 798.
Alcools (Action des) sur les alcalis, par MM. Dumas et Stass, 126.
Aliénation mentale (Recherches statistiques sur les causes de l'), par M. Parchappe, 81.
— suicide et crimes contre les personnes, par M. Casauvielh, 595.
— (Considérations sur les causes, les symptômes et le traitement de l'), par le docteur Aschley Gailskell (analyse), 688.
Aliénés (Asiles destinés au traitement des), par M. Earle, 137.
— rapport statistique sur l'asile de Bloomingdale, par M. Macdonald, 142.
— (Rapport statistique sur le service d') de l'Antiquaille de Lyon, par M. Podex, 161.
— (Lésions du cerveau chez les), par M. Pinel, 638.
— (Brûlure des deux bras et de la tête sans douleur chez un), par M. Rochoux, 828.
— (Notice statistique sur les), par M. Renaudin, 829.
Altérations du sang (Remarques sur les), par M. Monneret, 513.
Alun dans les maladies cancéreuses, par M. Récamier, 94.
Amaurose (Plaies sous-orbitaires, suivies d'), par M. de Walther, 729.
Ammoniaque dans le diabète, par M. G. Barlow, 809.
Amputation du col utérin, par M. Amussat, 94.
— (Nouveau procédé d') tarso-tarsienne, par M. Sédillot, 241.
— de la verge (Modification du procédé d'), par M. Smyly, 475.
— de la cuisse (Hémorragie remarquable à la suite d'une), par M. Hargrave, 476.
— de la jambe au tiers supérieur (Nouveau procédé pour l'), par M. Sédillot, 525.
— sus-malléolaire, par M. Tavignot, 545.
— id.; modification de la méthode circulaire, par M. Lenoir, 572.
— id.; réclamation de M. Hippolyte Larrey, 592.
— de jambe par carie, suite de contusion du dos du pied, par M. Maslieurat-Lagémard, 552.
— coxo-fémorale, par M. Sédillot, 559, 589.
— (Sur la valeur de l') dans la carie scrofuleuse des os, par M. Tauffleb, 633.
Anasarque du cuir chevelu, par M. J. Reid, 172.
— qui se développe à la suite de la scarlatine, par M. Snow, 201.
— aiguë avec convulsions, suite de scarlatine, par M. Marshall Hall, 469.
Anatomie pathologique avec modèles en relief, par M. F. Thibert, 220.
Anévrisme de la fémorale, par M. J. Dickson, 141.
— (Quatre cas d') de la crosse de l'aorte, par M. J. Reid, 171.
— de l'aorte descendante, par M. Follet, 237.
— de l'iliaque externe, par M. Deguise, 333, 346.
— de la carotide, par M. Power, 426.
— variqueux, par le séjour d'une balle dans la jugulaire, par M. Joret, 437.
— diffus de la crurale, ligature de l'iliaque externe, par M. Richet, 572.
— (Tumeur de la jambe simulant un), par M. Norris, 667.
— poplité, par M. Roux, 767.
— (Guérison spontanée d'un), par MM. Mahood et Laycock, 779.
— (Discussion académique sur les), 781.
Angine de poitrine (Soufre dans l'), par M. Munk, 773.
Animaux à sang froid (Chaleur propre aux), par M. Dutrochet, 187.
Ankyloses (Leçons de M. Velpeau sur les), 119.
— complète accidentellement guérie, par M. Cazenave, 155.
Anthrakokali dans les affections herpétiques, par M. Polya, 129.
— (Observations supplémentaires sur l'), par M. Jacobovics, 183.
Anthropologie physiologique (Lettre sur l'), par M. Virey, 222.
Antilles (Guide médical des), par M. Levacher, 639.
Antimoine dans les urines après l'administration de l'émétique, par M. Orfila, 799.
Antimoniales (Empoisonnement par les vapeurs), par M. Lohmeier, 619.
Anus (Fissure à l'), guérie par le monesia, par M Payen, 59.
— (Ratanhia dans les fissures à l'), par M. Trousseau, 569.
— artificiel (Possibilité d'établir un) dans la région lombaire sans léser le péritoine, par M. Amussat, 808.
Aorte (Quatre cas d'anévrisme de la crosse de l'), par M. J. Reid, 171.
— (Inflammation aiguë de l'), par M. Thierfelder, 361.
— abdominale (Observations d'anévrisme de l'), par M. Putégnat, 518.
— (Sur la structure fibreuse de la membrane sous-séreuse de l'), par M. Chevers, 409.
Aponévroses et synoviales du pied, par M. Maslieurat-Lagemard, 273.
Apoplexie utéro-placentaire, par M. Jacquemier, 206.
Appareil pour contenir les hernies inguinales directes, par M. Malgaigne, 118.
— d'éclairage pour les microscopes, par M. Donné, 477.
— nouveau pour la fracture de la mâchoire, par M. Malgaigne, 605.
— de Marsh. Réclamation de M. Lassaigne, 736.
— vasculaire (Sur la formation de l'), par M. Carlisle, 408.
Arrêt de développement des organes de la vision, par M. Miram, 359.
Arsenic (Sur les injections d') pour la conservation des cadavres, par M. Gannal, 9.
— (Peroxide de fer employé avec succès dans l'empoisonnement par l'), par M. Puchelt, 246.
— (Sur plusieurs empoisonnemens par l'), par M. Orfila, 511.
— (Expériences de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'), 705.
— (Carbonate de fer antidote de l'), par M. Serph, 809.
Arsenicales (Injections) pour la conservation des cadavres, par M. Dujat, 110.
Arsénieux (empoisonnement par l'), par M. Orfila, 672, 885, 705.
— Id. par M. Ansroul, 698.
Artères radiale et cubitale (Traitement des blessures des), par M. Putégnat, 694.
Arthritiques (Contractions), par M. Hancke, 509.
Articulaires (Position des membres dans les maladies), par M. Bonnet, 721, 737.
Articulations (Plaies sous-cutanées des), par M. J. Guérin, 500, 593.
— (Fractures des), par M. Bermond, 700.
Ascites consécutives aux fièvres intermittentes (De l'emploi du sulfate de quinine dans les), par M. Michel Lévy, 342.
— (Sulfate de quinine dans les), par M. Caruel, 397.
— (Compression graduée dans l'), par M. Morelli, 536.
Association des médecins de Paris, 49, 223.
Asthme, par M. Requin, 27.
— Id. par M. Dalmas, 28.
Atrésie utérine opérée avec succès, par M. Da Camin, 91.
Auscultation (Recherches sur l') des organes respiratoires, et sur le premier degré de la phthisie, par M. Fournet, 158, 188.
Autoplastie (Observations d'), par M. Ed. Laborie, 41, 42, 43.
— Restauration de la face, par M. Vanst, 78.
Axillaire (Plaie de l'artère), par M. Laugier, 429.
Azote (sels de plomb, formés par les acides d'), par M. Peligot, 765.

B

Balle dans la jugulaire; anévrisme variqueux, par M. Joret, 437.

Bandage pour les hernies inguinales directes, par M. Malgaigne, 118.
— herniaires (Lettre sur les), par M. Meynier, 186.
— inamovibles (Epoque d'application de), par M. Vanmeerbeck, 605, 696.
Baryte (Décomposition des substances organiques par la), par MM. Pelouze et Milon, 60.
Bassin (Tumeurs du) empêchant l'accouchement, par M. Puchelt, 479.
Bec-de-lièvre compliqué; âge convenable pour l'opération, par M. Gorré, 214.
Bégaiement (Observation sur le), par M. Du Soit, 155.
Belladone (Onguent de) dans les hernies étranglées, par M. Meola, 299.
Biberons et bouts de sein en ivoire flexible, par M. Charrière (rapport de M. Capuron), 318, 332 et 364.
Biliaire (Calcul) volumineux; extraction, par M. Meersemann, 265.
— id. rendus par l'urètre, par M. Faber, 245.
Bilieuses (Maladies rémittentes), par M. Padioleau, 99.
Blennorrhagie consécutive (Traitement de la), par Scharlow, 338.
Blennorrhagique (Origine du flux) chez la femme, par M. Gibert, 585.
Blépharoplastie, par M. E. Laborie, 41, 42 et 45.
Bois (Conservation des), par M. Bouchery, 300.
Bonne année, 817.
Bouche (Hydatides développées dans la), par M. Thomson, 203.
Brachio-céphalique (Plaie du tronc), par M. Thierry fils, 446.
Branchies des crustacées (Note sur les), par M. Duvernoy, 524.
Bronchite plastique (Observation sur la), par M. Cane, 426.
— rhumatismale, par M. Rees, 467.
— (Acétate de plomb dans la), par M. Henderson, 776.
Broussais (Ontologie et) à l'Académie, 757, 749.
Bruits respiratoires (Des) et de la voix, par M. Blathiston, 203.
Brûlure énorme chez un aliéné, sans douleur, par M. Rochoux, 828.
Bubons traités par les ponctions multiples, par M. Aubry, 523.

C

Cadavres (Sur la conservation des) par les injections d'arsenic, par M. Gannal, 9.
— id., par M. Dujat, 110.
— (Suite pour la conservation des), par M. Dubois, 713.
Calcul biliaire volumineux (extractions d'un), par M. Meersemann, 265.
— id., rendus par l'urètre, par M. Faber, 245.
— salivaire (obs. de), développé dans le canal de Sténon, par M. Fuzet, 320.
— id., par M. Bédor, 607.
— urétral, par M. Jacques, 695.
— vésicaux (obs. de), par M. Letenneur, 21.
— id.' (Issue spontanée d'un) vésical par le vagin, par M. Roberts, 200.
— id., cystotomie, par M. Goyrand, 217.
— id., réclamation de M. Goyrand, 256.
— id. (changemens éprouvés par les) dans la vessie, par M. Leroy d'Etiolles, 446.
— id. (Sept obs. de), par M. J. Paul, 471.
— id. sorti spontanément, par M. Pagello, 540.
— id. pesant 720 gram., 542.
— id. sans symptômes pendant la vie, par M. Bricheteau, 559.
— id. (Ramollissement spontané d'un), par M. Ségalas, 621.
— id., par M. Belton, 664.
— id. (Variabilité du traitement des), par M. Franck, 715.
— id. déposés autour d'une paille, par M. Norris, 807.
— id., traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle, par M. Civiale, 79.
— id. enkysté dans la vessie, par M. Marini, 92.
— id. (Extractions des) enchâtonnés, par M. Leroy d'Etiolles, 143.
— de la glande sous-maxillaire, par M. Sargoni, 827.
Cals vicieux (rupture de), par M. Pflueger, 552.
Cancer (Origine du) des veines, possibilité de le transmettre aux animaux, par M. Langenbeck, 105.
— de la langue traité par la ligature, par M. Arnott, 167.
— du testicule chez un enfant de 2 ans. (Obs. de), par M. Guersant fils, 430.
Cancéreuse (Tumeur) comprimant la protubérance cérébrale, par M. Bouvier, 450.
— (Alun dans les maladies), par M. Récamier, 94.
Capsules gélatineuses, procès en contrefaçon, 65.
Capillaire (Recherches sur le système), par M. Dubois d'Amiens, 604.
— (Action des irritans sur le système), par le même, 719.
Carbonate de fer, antidote de l'arsenic, par M. Serpb, 809.
Carie des malléoles, par M. J. Cloquet, 526.
— scrofuleuse des os (Sur la valeur de l'amputation dans la), par M. Tauflieb, 655.
Carotide (Anévrisme de la), par M. Power, 426.
— (Ligature de la), par M. Chaumet, 700.
— id., (De l'artère), par M. Jobert, 525.
Cartilages articulaires (Blancheur des) sur les os colorés par la garance, par M. Larrey, 123.
— (Maladies des) du larynx, par M. Albers, 557.
Cas rares (Nécessité de les étudier), par M. Lordat, 449.
Catalepsie (Observation de), par M. Parrish, 666.
Cataracte (abaissement de la), par M. Vançamp, 696.
Causes physiques (considérées comme cause de la formation de l'appareil vasculaire), par M. Carlisle, 408.
Cautérisation des rétrécissemens de l'urèthre au moyen d'une pâte caustique, par M. Cazenave, 177.
Cephalœtômes. *Voyez* Tumeurs sanguines.
Céphalalgie (Aconit dans la), par M. Burger, 778.
Cérébral (Contraste entre le pôle) et le pôle génital, par M. Virey, 148.
— (Maladie) très compliquée, par M. Durand-Fardel, 58.
— (Obs. de maladies), par M. Crisp, 468.
— (Affection), dépendant d'une maladie du péricarde, par M. Yonge, 808.
Cérébraux (Symptômes) dans les maladies des reins chez les enfans, par M. Golding Bird, 472.
Céréales (essai histrique sur les), par M. Martin (analyse), 448.
Cerveau (Structure de la couche corticale du), par M. Baillarger, 61.
— (Cysticerques du), par M. Nivet, 234.
— (Acéphalocyste du), par M. Michéa, 746.
— (Structure du), par M. Foville (rapport de M. Blainville), 516.
— (Abcès du), par M. Johnson, 427.
— Id. par M. C. Broussais, 575.
— (Induration du), dans le tremblement mercuriel, 774.
— (Ramollissement du), suite de maladies du cœur, par M. Law, 493.
— (Lésions du) chez les aliénés, par M. S. Pinel (rapport de M. Rochoux, 638.
— (Hernie traumatique du), par M. Delahaye, 695.
— (Recherches chimiques sur le), par M. Frémy, 735.
Cervelet (Tumeurs tuberculeuses du), cause d'hydrocephale chronique), par M. Barrier, 257.
— (Considérations sur les fonctions et les maladies du), par M. Binard, 697.
Césarienne (opération), par M. Godefroy, 444.
— Id. par M. Stracke, 507.
— Id. par M. Hœbeke, 713.
Chaleur propre aux animaux à sang froid, par M. Dutrochet, 187.
— spécifique des corps, par M. Baudrimont, 267.
— Id. par M. Regnault, 268.
— (Construction artificielle des muscles par la), par M. Kuhn, 701.
Chanvre dans le tétanos, par M. O'Shaugnessy, 775.
Cheveux (Maladies et organisation des), par M. Mandl, 371.
Chimie atomique (Considérations sur la), par M. Biot, 700.
Chimiques (substitutions), par M. de la Provostaye, 701.
Chlorose (Nature de la), par M. Hœfer, 81.
Chorée (Obs. pratiques sur la), par M. Rees, 140.
Chûtes de matrice (différens procédés employés pour la cure des), par M. Geddings, 663.
Cicatrices jaunes de l'ovaire (Observation sur les), par M. Paterson, 170.
Circulation des pyrosomes, par M. Milne Edwards, 126.
Cire d'arbre; insectes qui la produisent, par M. Virey, 267.
Citrate de fer, par M. Béral, 558.
Classes dangereuses de la population, par M. Frégier, 143.
C'avicules (Extraction des deux), par MM. Mazoni et Biagini, 460.
Clinique (Transfert de la) de l'hôpital de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, 159.
— des maladies de la peau, par M. Gibert, 289.
— (Conférences) sur les maladies scrofuleuses, par M. Lugol, 566.
Cœur (Tunique fibreuse élastique du), par M. Deschamps, 145.
— (Ralentissement des battemens du) chez une femme enceinte; quinquina; guérison, 267.
— (Leçons de M. Gendrin sur les maladies du), 376, 390.
— (Altération du), considérée comme cause du ramolissement du cerveau, par M. Law, 498.
Colchique (Empoisonnement par les graines de), par M. Neubrandt, 248.
Colique métallique; lavemens de tabac, 281.
— de plomb (Limonade sulfurique dans la), par M. Aran, 569.
Colon (Vice de conformation du), et du rectum, par M. Smith, 202.
Coloquinte (Huile de) dans les névralgies, par M. Janelli, 299.
Compresseur de l'artère fémorale, par M. Charrière, 701.
Compressions graduées dans l'ascite, par M. Morelli, 556.
Comte de Paris (Maladie du), 720.
Concours pour la chaire de pathologie interne, 13, 27.
— Etude de mœurs, 801.
Concrétion arthritique (Sur les), par le docteur Hancke, 509.
Conduit de Sténon (Traitement des plaies et fistules de la portion buccale du), par M. Riberi, 824.
Conférences cliniques sur les maladies scrofuleuses, par M. Lugol, 568.
Congénitales (Diagnostic des tumeurs sacrées, lombaires et ischiatiques), par M. d'Ammon, 558.
Conjonctivite. *Voyez* Ophthalmie.
Conservation des bois, par M. Bouchery, 300.
Constitution médicale régnante, 225.
Contagion (Sur la), par M. Wendroth, 557.
— de la dothinentérie, par M. Féron, 571.
Copahu (action thérapeutique du), par M. Mége, 701.
Coqueluche (Nature et traitement de la), par M. Matin, 732.
Corps étranger du genou formé par une portion détachée du fémur, par M. Malherbe, 76.
— dans la trachée, 79.
— dans le larynx (trachéotomie), par M. Kennedy, 475.
— extrait du genou, par M. Hip. Larrey, 545.
— dans les voies aériennes (Laryngo-trachéotomie), par M. Peschieux, 555.
— séjournant impunément neuf mois dans les voies aériennes; expulsion, 574.
— dans l'oreille, par M. Ponlain, 682.
— dans la vessie retiré par la pince de Bianchetti, par M. Spessa, 826.
Cou (Tumeur au); accidens; laryngotomie, par M. Bulckens, 265.
— (Plaie du) en travers; suture entrecoupée, par M. Quissac, 555.
Coude (Résection de l'articulation du), par Aston Key, 410.
Couleurs (Effets de certaines) sur le sang, par M. Taylor, 468.
Coup d'œil sur les travaux de l'année 1839, 1.
Côte (Extirpation d'une portion de) pour une névralgie, par M. Dixon, 139.
Crâne (Fracture du), par M. Tymon Liedts, 77.
— id. avec enfoncement, par M. Nivet, 270.
— id. par arme à feu, par M. Bérard, 490.
— id. avec rupture de la méningée moyenne, par M. Tavignot, 600.
— (Tumeur remarquable du), par M. Palmer, 475.
Créosote comme hémostatique, par M. Daser, 796.
— dans le cancer, par M. Schrœter, 796.
Cristallin (Extraction du) par la sclérotique, par M. Pirondi, 538.
Croup, par M. Heunemann, 105.
— traité par les vomitifs coup sur coup, par M. Jourdain, 718.
Crustacés décapodes (Organes de la respiration des), par M. Duvernoy, 219.
— (Branchies des), par le même, 524.
— isopodes (Nouveau genre de), par le même, 682.
Cubitus (Fracture du) par action musculaire, par M. Labatt, 475.
Cuir chevelu (Anasarque du), par M. J. Reid, 172.
Cuirasses (Moyens de reconnaître les préparations) après l'empoisonnement, par M. Orfila, 397.
Cyanhydrique (Effets physiologiques et thérapeutiques de l'acide), par M. Becquerel, 1, 17, 33.

Cysticerques du cerveau, par M. Niyet, 254.
— dans le tissu sous-conjonctival, par M. Estlin, 776.
Cystocèle vaginale, par M. Jobert, 79.
— id. (Traitement de la), par le même, 268.
— id. guérie par une opération nouvelle, par M. Medoro, 539.

D

Dartres (Suie dans les) et la teigne, par M. Nobèle, 264.
Déligation (Nouveau système de), par M. Bigal, 720.
Délire nerveux traité par les opiacés, par M. Padioleau, 604.
Delirium-tremens (Traitement du), par M. Szerlecki, 617.
Demonrs (Inflammation de la membrane de), par M. Rau, 104.
Dents (Action de la garance sur les), par M. Flourens, 187.
Désarticulation scapulo-humérale, par M. Gayetani-Bey (Rap. de M. Renauld), 510.
— de la cuisse, par M. Sédillot, 589, 589.
Détenu (Histoire sanitaire d'un) au pénitencier de Genève, par M. Marc d'Espine, 54.
Déviations latérales de l'épine (Etiologie générale des) par rétraction musculaire, par M. J. Guérin, 369.
Diabète (Traitement du), par M. Payan, 574.
— sucré, traité par la méthode Bouchardat, 747.
— (Efficacité de l'ammoniaque dans le traitement du), par M. G. Barlow, 809.
Diaphragmatique (Hernie), par M. J. Reid, 171.
Dictionnaire des dictionnaires de médecine, 144.
— des études médicales pratiques, 238.
Difformités articulaires (théorie générale des), par M. Jules Guérin, 636.
Dilatation des reins, des urètres et de la vessie, à la suite d'un repli membraneux dans l'urètre, par M. Dreadnought, 201.
Dorure sur métaux à l'aide de la pile, par M. Delarive, 256.
Dothinentérie. Voyez *Fièvre typhoïde*.
Dragonaux observés sur un enfant, par M. Clark, 809.
Dysphagie par dilatation de l'œsophage, par M. Lindau, 731.

E

Eau froide (Traitement par l'), par MM. Engel et Behrend, 33.
Eaux minérales (Mémoire sur les), par M. Fontan, 317.
— de Crausac, par MM. Poumaret et Henry, 363.
— de Vichy contre la goutte, par M. Petit, 205, 219.
— de source et de rivière sous le rapport hygiénique et industriel, par M. Dupasquier, 560.
Écoles secondaires de médecine (Réorganisation des), 687, 721.
Elaterium (Emploi du principe actif de l'), par M. Golding-Bird, 777.
Electricité libre de la peau (Rôle de l') dans les rhumatismes, par M. Scharlau, 731.
Electrique (Organe) du silure, par M. Valenciennes, 338.
Emétique (Sur la médication), par M. Jourdain, 718.
— (Efficacité de l') dans la maladie de Bright, par M. Barlow, 412.
— dans les hydropisies articulaires, par M. Gimelle, 445.
Emissions sanguines dans les fièvres éruptives, par M. Foucart, 602.
Emphysème spontané (Deux cas d'), par M. Boddaud, 698.
Empoisonnement par l'acide arsénieux, par M. Orfila, 237, 511, 672, 683, 703, 705.
— (Peroxide de fer employé avec succès dans l'), par M. Puchelt, 246.
— (Tabac dans l'), par M. Florin, 299.
— Id. par M. Ansroul, 698.
— Par le tartre stibié, par M. Orfila, 173.
— Id. et par l'acide arsénieux, par le même, 187.
— Par les vapeurs antimoniales, par M. Lohmeier, 619.
— (Moyens pour reconnaître les préparations cuivreuses dans l'), par M. Orfila, 597.
— (Cas d') en Angleterre et dans le pays de Galles, 200.
— par les graines de colchique, par M. Neubrandt, 248.
— par la strychnine, par M. Weyand, 731.
— par le tabac en lavemens, par M. Tavignot, 763.
Empoisonnement de douze personnes par le suc d'aconit Napel, par M. Balardini, 825.
Empyème (Opération d'), par M. Bruni, 92.
— Id. par M. Edouard Petit, 314.
— (Observations sur l'), par M. Greene, 426.
— énorme, guérison, par M. Heyser, 619.
Enanthèmes et exanthèmes, par M. Eisenmann, 617.
Encéphale (Fonctions de l') dans leurs rapports avec la sensibilité et la motilité, par M. Nonat (rapport de M. Bouillaud), 333 et 346.
Encéphalocèle traumatique, par M. Delahaye, 695.
Encéphaloïde (Enorme tumeur) du sein, par M. Béraud, 559.
Enfant (Développement tardif des mouvemens chez un), né avant terme, par M. Chauvin, 262.
— (Influence du travail des manufactures sur les), par M. Dupin, 250.
— id. (Projet de loi sur le), 257, 305.
— (Maladies des), par M. Richard, de Nancy, 271.
— (L') né à terme porte-t il des caractères qui permettent de connaître sa taille, ses penchans, sa capacité future? (Rapport de M. Capuron), 672.
— nouveaux-nés (Phlébite du foie chez les), par le docteur Scholler, 508.
— id. (clinique des maladies des), par M. Valleix (analyse), 301.
Engorgemens de la rate (Moyen de résoudre les), par M. Voisin, de Limoges, 585.
Entéralgies (Gastralgies et), par M. Barras, 63.
Entéro-épiploïque (Hernie crurale), par M. Moulinée, 699.
Entérorraphie pratiquée avec succès, par M. Judrin, 250.
Epaule (Luxation de), par M. Hingeston, 410.
Epidémie (Sur l') de suette miliaire dans l'arrondissement de Coulommiers, par M. Bourgeois, 9.
— (A quelles maladies rapporter les) d'Hippocrate? par M. Littré, 65.
Epidémique (Mémoire sur une fièvre), par M. Follet (rapport de M. Chervin), 332.
Epiderme (Rapport qui existe entre le sang, le pus, le mucus et l'), par M. Mandl, 417.
Epilepsie de longue durée sans lésion appréciable des centres nerveux, 812.
Epine (Etiologie des déviations latérales de l'), par rétraction musculaire, par M. J. Guérin, 369.
Epiplocèle traumatique (Considérations sur l'), par M. Larrey fils, 446.
— id. par M. Gimelle, 512.
Epiploïque (Hernie), par M. Demeyer, 695.
Epistoraphie (Nouvelle observation d'), par M. Koch, 103.
Erectiles (Traitement des tumeurs), par M. Riberi, 824.
Esclavage (Abolition de l'), par M. Schœlcher, 225.
Esquisses, par M. Réveillé-Parise, 209, 273, 401, 481, 529.
Essence de térébenthine (Sur l'), par M. Deville, 60.
Estomac (Ramolissemens de l') après la mort, par M. Barre, 715.
Etablissemens charitables (Notice sur les principaux) d'Italie, par M. Foucher, 63.
Etats-Unis (Origine et progrès des sciences médicales aux), 609.
Etiologie générale des déviations latérales de l'épine par rétraction musculaire, par M. Jules Guérin, 369.
Etranglement des hernies (Examen des doctrines sur l'), par M. Malgaigne, 577, 609, 641.
— id. (Siége précis de l'), par M. Diday, 786.
Etudes médicales, par M. Heyfelder, 365.
Exanthèmes et enanthèmes, par M. Eisenmann, 617.
Exhalations séreuses (Influence de la pression atmosphérique sur les), par M. Jules Guérin, 33, 321.
Exophthalmie (Diagnostic de l'hydrophthalmie et de l'), par M. O'Beirne, 780.
Exostose énorme du bassin, par M. Keardney-Rodgers, 158.
Expérimentale (Discussion académique sur la méthode), 333, 365.
Extirpation d'une portion de côte pour une névralgie, par M. Dixon, 439.
— d'une tumeur graisseuse de la région scapulaire, par M. L. Boyer, 450.
— des glands sous-maxillaire et sub-linguale, par M. Ranzi, 827.

F

Fabriques (Projet de loi sur le travail des enfans dans les), 250, 257, 305.
Face (Restauration de la), par M. Vanst, 78.
Faculté de médecine de Rennes, 289.
Falsification (Note sur la) du lactate de fer, par M. Louradour, 445.
Fausse articulation du tibia, suite de fracture, efficacité du séton, 474.
— de l'humérus guérie par le séton, par M. Jobert, 575.
— des deux os de l'avant-bras, guérie par le séton, 780.
— (Id.), par M. Norris, 666.
Favus, par M. Letenneur, 111.
Femme, sur sa valeur intellectuelle et sa destination dans la famille et la société, par M. Lélut, 113.
— (Maladies les plus importantes des), par M. Fergusson, 286.
— (Origine du flux blennorragique chez la), par M. Gibert, 535.
Fer (Citrate de), par M. Béral, 558.
— (Carbonate de), antidote de l'arsenic, par M. Serph, 809.
— (Tartrate de) ammoniacal, par M. Wardleworth, 776.
— (Emploi du lactate de), par MM. Gélis et Conté, 94, 150, 283.
Ferrugineux (Actions comparatives de quelques préparations), par M. Fuster, 662.
Feuilles (Nervation des) dans les plantes dicotylées, par M. Payer (rap. de M. Mirbel), 525.
Fièvres (Relevé des cas de) reçus à l'hôpital de New-York en été 1836, par M. Shook, 142.
— dites continues, par M. Blondin, 559.
— (Caractère d'une) épidémique à la Dominique, par M. Imray, 171.
— épidémique de Saint-Denis (mémoire sur la) par M. Follet (rap. de M. Chervin), p. 332.
— (Traité des), par M. Millot, 590.
— Eruptives (Emissions sanguines dans les), par M. Foucart, 602.
— Intermittentes (Hydropisies suite des), par M. Peyrand, 607.
— id. traitées sans quinquina, par M. Eurioni, 95.
— id. (Influences des marais sur les). — Réclamation de M. Faure, 128.
— id. simples (Mémoire sur le traitement des), par M. Nonat, 301.
— id. (Sur l'emploi du sulfate de quinine dans les ascites consécutives aux), par M. Michel Lévy, 342.
— jaune à la Martinique, par M. Castel, 529.
— miliaire (Lettre sur la), par M. Robert, 318.
— (Observation de) pernicieuse singulière, par M. Olivier, 185.
— puerpérale à l'hôpital clinique en 1838, par M. Voillemier, 235.
— typhoïde (Traitement de la) par les préparations salines et les injections dans les veines, 204.
— id. chez les enfans, par M. Taupin, 256.
— id. (Glace dans la), par M. Lemazurier, 397.
— id. (Contagion de la), par M. Féron, 571.
— id. (Pathogénie de la), par M. Cramer, 616.
— id. abdominale, par M. Sicherer, 620.
— id. chez les nouveaux-nés, par M. Charcelay, 717.
Fissure à l'anus guérie par le monésia, par M. Payen, 59, 216, 524.
— id. traitée par le ratanhia, par M. Rousseau, 569.
Fistule recto-vaginale, par M. Barton, p. 666.
— vésico-vaginale, par M. Cazenave, 557.
— id., par M. Lallemand (rapport de M. Breschet), 651.
— id. (Sonde érigne dans les), par M. Serre, 487.
— du conduit de Sténon (Traitement des plaies et de la), par M. Riberi, 824.
Fluides morbides (De la proportion de l'urée dans certains), par le docteur Bees, 412.
Fœtus (Tumeur du scrotum formée par les débris d'un), par M. Velpeau, 97.
— (Sensation du) communiquée à la mère, par M. Piedagnel (rapport de M. Capuron), 318.
Foie (Tumeurs et gonflement de l'abdomen liés à des maladies du), par M. Bright, 809.
— (Tumeur hydatique du), par M. Barbier, 767.
— (Phlébite du) chez les nouveaux-nés, par M. Scholler, 508.
— (Fonctions du), par Ripault, 526.
— (Note sur la structure du), par M. Lambron, 347.
Folie (Mortalité et) dans le régime pénitentiaire, par M. Baillarger, 129.
— (De la) considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, par M. Marc (analyse), 414.
Fongus des gencives, par Fauraytier, 443.
— hæmatodes chez une fille de 9 mois, par M. Rufz, 719.
— médullaire (Mode de production et structure du), par M. Cortère, 825.
— de la main, guéri par l'extirpation, par M. Signorani, 825.

Formulaire de M. Richard; id. de M. Bouchardat (analyses), 320.
Fossiles; tête d'hyœnodou, 93.
Foudre (Transport opéré par la), par M. Hubert, 60.
Fractures (Traitement des), par M. Granvogel, 105.
— (Ténotomie appliquée au traitement des), par M. Meynier, 552.
— (Epoque d'application des bandages permanens dans les), par M. Van Meerbeck, 603.
— comminutives (Gangrène sèche à la suite de), par M. A. Sicard, 478.
— des articulations, par M. Bermond, 700.
— du crâne, par M. Tymon Liedts, 77.
— id. avec enfoncement, par M. Nivet, 270.
— id. par arme à feu, par M. Bérard, 490.
— id., par M. Tavignot, 600.
— du cubitus par action musculaire, par M. Hamilton-Lahatt, 475.
— du maxillaire inférieur, par M. Baudens, 333.
— de la mâchoire (Nouvel appareil pour la), par M. Malgaigne, 603.
— id. (Nouveau moyen de contention dans la), par M. Baudens, 429.
— du tibia; fausse articulation; efficacité du séton, par M. Enright, 474.
Fumigations (Nouvelle méthode de pratiquer les), par M. de Clerq, 78.

G

Gale (De la) et de son traitement, par M. Laharpe, 441.
Ganglions bronchiques (Sur la tuberculisation des), par MM. Barthez et Rilliet, 232.
Gangrène, par M. C. Broussais, 30.
— id., par M. Hourmann, 31.
— chez un nouveau-né, par M. Bertin, 127.
— sèche à la suite de fractures comminutives, par M. Ad. Sicard, 478.
Garance (Action de la) sur les os, par M. Flourens, 107, 161.
— id., sur les dents, par M. Flourens, 187.
— (Influence de la) sur l'étude du développement des os, 204.
Gastralgies et entéralgies, par M. Barras, 63.
Gencives (Tumeur fongueuse des), par M. Fauraytier, 443.
— (Effets de l'usage prolongé de l'oxide de plomb sur les), par M. Barton, 470.
Génital (Contraste entre le pôle cérébral et le pôle), par M. Virey, 148.
Genou (Corps étranger du) formé par une portion détachée du fémur, par M. Malherbe, 76.
— id., (Extrait du), par M. Hipp. Larrey, 545.
— (Tumeurs enkystées au-devant du), par M. Fleury fils, 689.
Glace dans la fièvre typhoïde, par M. Lemazurier, 397.
Glande lacrymale (Squirrhe de la) et ablation par M. Maslieurat-Lagémard, 233.
— (Extirpation des) sous-maxillaire et sub-linguale, par M. Ranzi, 827.
Glossite (Cas de), par M. Gaubrie, 73.
Goutte, par M. Teste, 783.
— (Eaux de Vichy contre la), par M. Petit, 205, 219.
— militaire (Traitement de la), par M. Scharlow, 358.
Gravelle (Traitement médical de la pierre et de la), par M. Civiale, 79.
Greffe animale, par M. Taillefer, 522.
Grossesse utérine compliquée de fausse grossesse ovarienne, par M. Maier, 246.
— extra-utérine, par M. Veiel, 249.
— de quatre enfans, par M. Bourdois, 569.
Guide médical des Antilles, par M. Levacher (analyse), 839.

H

Héméralopie épidémique, par M. E. J. Fleury, 50.
Hémoptysie intermittente, par M. Cramer, 619.
Hémorrhagie utérine, seigle ergoté, *phlegmasia alba dolens*, par M. Moreau, de Bône, 283.
— internes (Emploi de l'ipécuanha dans les), par M. Trenor, 425.
— de l'artère radiale, par M. Norris, 667.
— (Ventouses dans les), 685.
— Suite d'amputation de la cuisse, par M. Hargrave, 476.
— suite de taille, arrêtée par la créosote, par M. Daser, 796.
— suite de carie des os du pied, par M. J. Cloquet, 526.
Hémorrhoïdes (Poix dans les), par M. Wardleworth, 20.
Hépatocèle (opération d'), suivie de guérison, par M. Burdach, 247.
Herniaires (Lettre sur les bandages), par M. Prosper Meynier, 186.
Hernies (Examen des doctrines sur l'étranglement des), par M. Malgaigne, 577, 809, 641.
— (Siége précis de l'étranglement), par M. Diday, 786.
— (Cure radicale des), par M. Sotteau, 783, 697.
— Id. inguinale par la position horizontale, par M. Biagini, 299.
— Id. inguinale réductible, par M. Bransby Cooper, 807.
— (Insuffisance des méthodes pour les), par M. Petrali, 537.
— (Vessie cancéreuse comprise dans une) de la ligne blanche, par M. Mcogaldo, 92.
— traumatique du cerveau, par M. Delahaye, 695.
— de l'utérus par le canal inguinal, 715.
— (Appareil pour les) inguinales directes, par M. Malgaigne, 118.
— étranglées (Nouveau signe pour le diagnostic des), par M. Laugier, 157.
— Id. traitées par diverses méthodes, 470.
— (Onguent de belladone dans les), par M. Meola, 299.
— diaphragmatique et quatre cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, par M. J. Reid, 171.
— crurale (opération de) chez une femme de 87 ans, par M. S. Cooper, 199.
— inguinale congénitale, renfermant la trompe de Fallope, par le docteur Scholler, 508.
— Id. étranglée, par M. Paul Eve, 664.
— Id. épiploïque, par M. Demeyer, 695.
— Id. de nouvelle espèce, par M. Velpeau, 799.
— crurales et inguinales étranglées, par M. Laugier, 598.
— (Obs. de), par M. Moulinié, 699.
— scrotale rentrée au moyen de l'acupuncture, par M. Daser, 796.
Hippocrate. A quelles maladies rapporter ses épidémies? par M. Littré, 65.
Histoire de la médecine (sur quelques points de l') par M. Aquila Smith, 527.
Huile de foie de raie et de morue dans les phlegmasies chroniques du poumon et de l'estomac, par M. Rayé, 78.
— animales et végétales (vertus thérapeutiques des) par M. Bauer, 796.
Hunter (œuvres complètes de John), traduites par M. Richelot, 382.
Hydatides développées dans la bouche, par M. Thomson, 205.
Hydrohydrargirate de potasse, (Sur l'action de l') par M. Hildreth, 668.
Hydrencéphale aiguë des enfans, par M. Horst, 617.
Hydrocèle et son traitement, par M. A. Sicard, 279.
— (récidives d') traitées par les injections iodées, 810.
Hydrocyanique. *Voyez* Cyanhydrique.
Hydrophobie (Phénomène singulier dans la transmission de l'), par M. Steel, 204.
— spontanée, par M. Treyden, 798.
— rapport des troubles fonctionnels de l'œil et des nerfs respirateurs dans cette maladie, par M. Triberti, 823.
Hydropthalmie, (obs: d') par M. O'Beirne, 426.
— (Diagnostic de l') et de l'exophthalmie, par M. O'Beirne, 780.
Hydropisie de l'ovaire, par M. Boinet, 347.
— articulaires (emploi de l'émétique dans les), par M. Gimelle, 445.
— suite de fièvres intermittentes, par M. Peyrand, 607.
— par M. Henle, 797.
Hydrothérapie, par MM. Engel et Behrend, 33, 542.
Hymen (lettre à M. Velpeau sur l'origine de la membrane de l') par M. Virey, 400.
— (Bech. sur la membrane), par M. Devillers, 527.
Hyperémies (Recherches expérimentales sur l'), par M. Fr. Dubois, 429.
Hyperkératose. *Voyez* Staphylôme.
Hystérie (traitée par le magnétisme animal), par M. Jacquez, 635.
Hystérotomie. *Voyez* Opération césarienne.

I

Iléus, suite de suppression de goutte; purgatifs et opium à haute dose, 266.
Iliaque externe (Anévrisme de l'artère), par M. Feguise, 333, 346.
Incontinence d'urine, par le docteur Ritter, 506.
— id. pendant la nuit, par M. Devergie aîné, 588.
Index (Réunion d'une partie d'), par M. Morlay, 525.
Infirmier (L') par M. P. Bernard, 674.
Inflammation (Expériences sur le mécanisme de l'), par M. Robert Latour, 234.
— sur-aiguë de l'intestin; perforation, par M. Osius, 245.
— de la membrane pituitaire, par M. Johnson, 427.
— des follicules vulvaires, par M. Robert, 658.
Infusoires (Classification des), par M. Dujardin, 558.
Inhumations précipitées, par M. Vigné, 400.
Injections d'arsenic pour la conservation des cadavres, par M. Ganual, 9.
— arsénicales id., par M. Dujat, 110.
— iodées dans un vaste abcès de la fosse iliaque; guérison, par M. Boinet, 605.
— intra-utérines, par M. Vidal (de Cassis), 445, 528, 632, 704.
— id. (Danger des), par M. Hourmann, 568, 856.
— id. (Ovarite provoquée par les), 575.
— id., par M. Dupareque, 597, 655.
— id., par M. Guillemin, 681.
— à grande eau dans les rétentions de l'arrière-faix, par M. Vullyamoz, 495.
Insectes qui produisent la cire d'arbre, par M. Virey, 267.
Instrument (Nouvel) pour la taille, par M. Ciltadini, 823.
Intermittence considérée comme forme de terminaison dans les maladies, par M. Binard, 697.
Intestins (Perforation des) par des vers, par M. David, 184.
— (Perforation spontanée des), par M. Pigné, 188.
— (Inflammation sur-aiguë de l'); perforation, par M. Osius, 245.
— (Rétrécissemens et occlusions des), par M. Gendrin, 15.
— id., par M. Combette, 27.
— suture pratiquée avec succès, par M. Judrin, 250.
Iode et hydriodate de potasse (Usage de l'), par M. Dietrich, 727.
— à l'extérieur dans les inflammation superficielles, par M. Lanyers, 775.
Iodure de potassium dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. Bouyer, 534.
Ipécacuanha (Emploi de l') dans les hémorragies internes, par M. Trenor, 425.
Iris (Vice organique de l'), par M. d'Ammon, 249.
Iritis et bronchite rhumatismales, par M. Rees, 467.
— par M. d'Ammon, 12.
Irritation spinale, par M. Stilling, 616.
Isopodes (Crustacés), par M. Duvernoy, 882.
Italie (Principaux établissemens charitables d'), par M. Foucher, 65.

J

Jambe; amputation sus-malléolaire; modification de la méthode circulaire, par M. Lenoir, 372.
Jurys médicaux (Lettre sur les), 577.
Jusquiame (Effets de l'extrait de), par M. Médoro, 541.

K

Korestenoma congenitum, par M. d'Ammon, 249.
Kyste volumineux de l'aine, par M. Marten, 780.

L

Lactate de fer, par MM. Gélis et Conté, 94, 150, 285.
— (Note sur la falsification du), par M. Louradour, 445.
Laine (Influence des manufactures de) sur la santé, par M. Thomson, 473.
Lait rendu par les crachats, par M. Rasi, 538.
Langue (Cancer de la), traité par ligature, par M. Arnolt, 167.
Laryngo-trachéotomie pour un corps étranger dans les voies aériennes, par M. Peschieux, 555.
Larynx (maladies des cartilages du), par M. Albers, 357.
— (Trachéotomie pour un corps étranger dans le), par M. Kennedy, 475.
Laurier-cerise (Sur l'eau de), par M. Palon, 127.
Lavemens de tabac dans la colique d'argent, 281.
Lèpre de Norvège, par M. Graefe, 728.
Lettre à M. R. Parise sur la situation médicale en France, 17.
— médicales, 97, 193, 241, 369, 545, 755.
— thérapeutique, à M. P. Bretonneau, par M. Trousseau, 236.
— sur l'importance politique et sociale des médecins, par M. Carrière, 383, 455, 561, 789, 785.
— sur les jurys médicaux, 577.
Lézard (Histoire d'une femme qui vomissait des) vivans, par M. Conti, 824.
Ligamens (Rétraction active des) comme cause de difformités; section de ces ligamens, par M. J. Guérin, 250.

Ligature d'un cancer de la langue, par M. Arnolt, 167.
— de l'iliaque primitive, par M. Salomon, suite de l'histoire de L. Rodinoff, par M. Duhowitski, 493.
— Id. externe, pour un anévrisme diffus de la crurale, par M. Richet, 572.
— de la carotide (Obs. et expér. sur la), par M. Jobert, 325.
— Id. primitive, par M. Colson, 589.
— Id. primitive pour une tumeur érectile de l'orbite, par M. Jobert, 621.
— Id., par M. Chaumet, 700.
— et incision (Traitement de la fistule recto-vaginale par la), par M. Barton, 666.
Lithotomie pubio-rectale, par M. Biagini, 63.
— Id. par M. Belton, 664.
Lithotritie urétrale, précédée de ponction de la vessie par le rectum, par M. Levrat, 44.
— (Obs. sur la), par M. Pagello, 540.
— (Obs. de), par M. Cazenave, 585.
— chez une femme de 18 ans, 714.
— (Nouvel instrument pour les), par M. Cittadini, 825.
— (Relevé des opérations de), dans les dix dernières années, par M. de Renzi, 827.
Loi des substitutions (Remarques sur la), par M. Pelouze, 126.
Luxations (Données sur le traitement général des), par M. Mayor, 84.
— réduites par les moufles, par M. Sédillot, 286.
— de la deuxième vertèbre cervicale sur la troisième, par M. Ferretti, 95.
— traumatique de la deuxième vertèbre cervicale, datant de sept mois, réduite par une méthode particulière, par M. J. Guérin, 362, 658.
— congéniale de l'humérus, réduite au bout de 16 ans, par M. Gaillard, 413.
— traumatique ancienne du bras; section sous-cutanée d'une portion du grand pectoral et des ligamens, par M. Dieffenbach, 106.
— de l'humérus datant de sept mois; réduction, par M. Fl. Cunier, 263.
— Id. réduite après cinq mois et demi, par M. Malgaigne, 285.
— Id. avec fracture de l'humérus, par M. Hingeston, 410.
— Id., par M. Sédillot (rapport de M. Bonvier), 511.
— Id. en avant, par M. Norris, 667.
— Id., lettre de M. Mayor, 735.
— des os de l'avant-bras avec fractures du cubitus, par M. Richer, 232.
— complète et récente du poignet en arrière, par M. Voillemier, 231.
— des phalanges avec plaie, par M. Langier, 343.
— et pseudo-luxations congéniales du fémur (Etiologie et traitement chirurgical des), par M. J. Guérin, 49.
— du fémur, datant de six mois; réduction, par M. Fl. Cunier, 263.
— de champ de la rotule, par M. J. Watson, 141.
— graduelle tibio-fémorale, par M. Thierry, 399.
— du pied, par M. Thierry, 429, 446, 600.
— complète du pied en arrière, par M. Ballot, 375.
— du métatarse sur le tarse, par M. R. Smith, 474.
— Id., par M. P. Mesnier, 782.

M

Mâchoire inférieure (Résection des deux tiers de la), par M. Velpeau, 364.
— (Nouveau moyen de contention dans la fracture de la), par M. Baudens, 429.
— (Procédé de réduction de la), par M. Olinet, 701.
Magnétisme animal (rapport de M. Double), 590.
— Id. (Hystérie traitée par le), par M. Jacquez, 635.
Mal vertébral (Deuxième mémoire sur le), par M. Nichet, 385, 402, 433, 481, 502.
Maladies rémittentes, bilieuses (Observations de) recueillies à Nantes pendant les mois d'août et de septembre 1839, par M. Padioleau, 99.
— traitées à l'hôpital de Stuttgardt, par M. Cless, 105.
— des enfans (Traité pratique des), par M. Richard, de Nancy, 271.
— id. nouveau-nés (Clinique des), par M. Valleix, (analyse), 301.
— les plus importantes des femmes, par M. Fergusson, 286.
— des reins (Observation sur la), par le docteur Bright, 411.
Maladie de Bright (Efficacité du tartre émétique dans la), par M. Barlow, 412.
— des pays chauds, par M. Pallas, 461.
— des Européens dans les pays chauds, par M. Thévenot (analyse), 639.
— en France dans leurs rapports avec les saisons, par M. Foster, 543.
— du comte de Paris, 720.
— régnantes en 1840 dans le cercle de Schwenningen, par M. Roesch, 797.
— (Statistique des) des troupes anglaises en Afrique occidentale, 810.
Malléoles (Carie des), par J. Cloquet, 326.
Manuel de poche de Rohatzsch (analyse), 320.
Manufactures (Influence du travail des) sur les enfans, par M. Dupin, 250, 257, 305.
Marais (Influence des) sur les fièvres intermittentes; réclamation de M. Faure, 128.
Marc (Biographie de), 449.
Marsh (Sur l'appareil de), par M. Lassaigne, 652.
— id.; expériences de M. Orfila, 703.
Matrice. *Voyez* Utérus.
Maxillaire supérieur (Obs. d'ostéosarcôme du), par M. Fleury, 535.
— id. enlevé pour faciliter la ligature d'un polype, par M. Flaubert fils, 573.
— inférieur (Fracture du), par M. Baudens, 533.
— id., (Nouv. appareil pour la fracture), par M. Malgaigne, 603.
Médecine (Lettre sur l'organisation, l'enseignement et l'exercice de la), par M. Adelon, 355.
— (Sur quelques points de l'histoire de la), par M. Aquila Smith, 427.
— et chirurgie considérées comme science d'induction, par M. Macilvain, 399.
— légale (De la folie considérée dans ses rapports avec la), par M. Marc (analyse), 414.
— id. (sur l'emploi de l'appareil de Marsh en), par M. Lassaigne, 652.
— opératoire (Manuel de), par M. Malgaigne, 47.
— id. (Traité de pathologie externe et de), par M. Vidal de Cassis, 174.
Médecins (Lettres sur l'importance politique et sociale des), par M. Carrière, 385, 433, 561, 769, 785.
— (Association des) de Paris, 49, 225.
Médicales (Etudes), par M. Heyfelder, 565.
— (Origine et progrès des sciences) aux Etats-Unis, 609, 625.
Médicamens (Observ. sur les effets de quelques), par M. Osborne, 424.
— employés en Abyssinie, par M. Auber, 672.
Membrane de Demours (Inflammation de la), par M. Rau, 104.
— pituitaire (Observ. d'une inflammation de la), par M. Johnson, 427.
Membres (Position des) dans les maladies articulaires, par M. Bonnet, 721, 737.
Méninges (Epanchement purulent dans les), 696.
Méningite tuberculeuse des enfans, réclamation de M. Green, 192.
Menstruation (Sur la), par M. Hauff, 512.
Mercure métallique dans un cas de volvulus, par M. Cromelinck, 266.
Mercuriel (Indications du traitement) général dans les affections vénériennes, par M. Heuratsy, 695.
Mercurielles (Frictions) dans un cas de rhumatisme articulaire, par M. Koyen, 266.
Métal (Moulages en) par voie humide, au moyen du procédé électrique de M. Jacobi, 157.
Météorologie de la Charente-Inférieure, par M. Fleuriau, 766.
Méthode expérimentale (Discussion académique sur la), 335, 363, 379.
Métrorrhagie, par M. Legroux, 15.
Microscope (Appareil pour l'éclairage du) au moyen du gaz oxi-hydrogène, par M. Donné, 126, 477.
Moelle épinière (Sur les fonctions de la), par M. Dupré, 44.
— id. (Physiologie et pathologie de la), par H. Girard, 46.
— id. (Altération des colonnes postérieures de la), par MM. Stanley et Budd, 469.
— id. (Section du cordon antérieur droit de la), par M. Bégin, 720.
Molaissure (Propriétés délétères de la) de l'arundo donax, 714.
Monesia (Fissure à l'anus guérie par le), par M. Payen, 59, 216, 324.
— dans les affections scrofuleuses, par M. Buchey, 568.
Monstruosité nouvelle; débris d'un fœtus dans le scrotum, par M. Velpeau, 97.
— enfant à quatre jambes; par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, 187.
Mortalité et folie dans le régime pénitentiaire, par M. Baillarger, 129.
— dans l'armée, par M. Michel Levy, 177.
— différente dans les mêmes maladies à la campagne et dans les villes, par M. Farr, 474.
— (Causes de la) dans les grandes villes, par M. Lachaise, 574.
Morve (Circonstances qui influent sur le développement de la), 43.
— chez l'homme, les solipèdes et quelques autres animaux, par MM. Breschet et Rayer, 113, 124.
— id.; extrait d'un rapport au préfet de police, 207.
— par M. Gibert, 685.
Moulage en métal par voie humide, au moyen de l'électricité, par M. Jacobi, 157.
Mucus (Rapport qui existe entre le sang, le pus, l'épiderme et le), par M. Mandl, 417.
Muqueuses (Nitrate d'argent dans quelques affections), par M. Hudson, 435.
Muscles (Contraction artificielle des) par la chaleur, par M. Kuhn, 701.
Mutisme produit par le sulfate de quinine, par M. Ménage, 262.

N

Narcitine (Propriétés vomitives de la), par M. Jourdain, 266.
Nécroses (Ossifications nouvelles à la suite de), par M. Hip. Larrey, 720.
Nerfs (Sur les), par M. Stirling, 561.
— ganglionnaires (Fonctions des), par M. Remack, 615.
— (Fonctions des racines des), par M. Longet, 749.
— de la cinquième paire (Paralysie complète du), par M. James, 622.
— (Paralysie du), par M. Vogt, 584.
Nerveuses (Observ. d'affections), par M. Young, 145.
Nerveux (Traité du système), par M. Sarlandière, 465.
— (Physiologie du système), lettre de M. Oken à M. Virey, 624.
— (Du système), par M. J. Muller, 813.
Névralgie (Extirpation d'une portion de côte pour une), par M. Dixon, 139.
— (Huile de coloquinte dans les), par M. Janelli, 299.
— (Recherches sur les), par M. James, 674, 708.
Névrômes, par M. Ruhbaum, 708.
Névroses (Traité des), par M. Musset (analyse), 685.
— (Observ. de), par M. Bermoud, 699.
— par hypertrophie des os de la tête, 798.
Nitrate d'argent fondu (Etudes pratiques sur le), par M. Cazenave, 177.
— à haute dose dans la conjonctivite purulente, par M. Vautier, 215.
— dans quelques affections muqueuses, par M. Hudson, 435.
Nouveau-né (Gangrène chez un), par M. Bertin, 127.
— (Fièvre typhoïde chez les), par M. Charesley, 717.
— (Développement extraordinaire des reins chez un), 794.
— (Ophthalmie purulente des), par M. Ecclenburg, 798.
— (Tumeurs sanguines à la tête des), par M. Chelius, 799.

O

Obstetricale. *Voy.* Accouchemens.
OEil (Traitement du strabisme par la section des muscles de l'), par M. J. Guérin, 424, 695.
— (Influence des muscles obliques de l') sur la vision par M. Szokalski, 699.
— (Maladies et vices de conformation de l') humain, par M. d'Ammon, 560.
— (Poil dans l'), par M. Pamard, 718.
OEsophage (Dysphagie par dilatation de l'), par M. Lindau, 731.
OEuvres d'Ambroise Paré, par M. Malgaigne (analyse), 498.
Ontologie et Broussais à l'Académie de médecine, 737, 749.
— Réclamation de M. Rochoux, 758.
— Note de M. C. Broussais, 767.
Ophthalmie purulente (Nitrate d'argent à haute dose dans l'), par M. Vautier, 215.
— id. des nouveaux-nés, par M. Ecclenburg, 798.
Ophthalmologiques (Remarques), par M. Engel, 284.
Opiacés dans le délire nerveux, par M. Padioleau, 604.

Opium dans le rhumatisme aigu, par M. Corrigan, 168.
— A haute dose et purgatifs dans un cas d'iléus, par M. Cromelinck, 266.
Ordonnance ministérielle sur les prix des écoles pratiques, 240.
Oreille (Obs. de maladies de l'), 202.
— (Essai sur les maladies d'), par M. Williams, 810.
— (Corps étranger dans l'), par M. Poulain, 682.
Organisation médicale projetée (Lettre d'un médecin de province sur l'), 11.
— (Lettre sur l'), l'enseignement et l'exercice de la médecine, par M. A., 321, 338.
— projetée, 689.
Originalité (De l') en médecine, par M. M. L., 417.
Origine du système nerveux, par M. Virey, 517.
Orthopédie sous cutanée (Note historique sur l'), par M. Latour, 537.
Os (Action de la garance sur les), par M. Flourens, 107, 161.
— (Influence de la garance sur l'étude du développement des), par M. Paget, 204.
— (Sur la substance qui colore les) à la suite de l'injection de la garance, 257.
— nouvellement découvert dans la mâchoire des perroquets, par M. Rousseau, 126.
— longs (Résections pratiquées dans la continuité des), par M. Bklitsky, 212.
— (Emploi du tirefond dans les résections des), par M. Vidal, 582.
Ossifications nouvelles à la suite de nécroses, par M. Hipp. Larrey, 720.
Ostéographie, par MM. de Blainville et Werner, 768.
Ostéosarcôme du maxillaire supérieur, par M. Fleury, 335.
Otite chronique, 696.
Ovarite provoquée par les injections utérines, par M. Leroy-d'Étiolles, 575.
Ovaires (Obs. sur les cicatrices jaunes de l'), par M. Paterson, 170.
— (Hydropisie de l'), par M. Boinet, 347.
— (Recherches sur les), par M. Négrier, 622.

P

Pain ferrugineux de M. le docteur Boissières (rapport de M. Piorry), 413.
Paralysie du nerf trijumeau, par M. Vogt, 584.
— id., par M. James, 622, 685.
Parotide (Tumeur encéphaloïde développée dans la), par M. Hecker, 728.
Pathologie externe et médecine opératoire, par M. Vidal, de Cassis, 174.
— (Cours de) et de thérapeutique générales, par M. Andral, 801.
— générale (Elémens de), par M. Chomel, 829.
Pays chauds (Maladies des Européens dans les), par M. Thevenot (analyse), 659.
Peau (Anthrakokali dans quelques affections de la), par M. Polya, 129.
— id., par M. Jacobowics, 183.
— (Considérations thérapeutiques sur la) comme organe d'hématose, par M. Nouille, 264.
— (Clinique des maladies de la), par M. Gibert, 289, 331.
Pénitentiaire (Intervention de la médecine dans l'organisation du système), par M. Carrière, 81, 191.
— (Mortalité et folie dans le régime), par M. Baillarger, 129.
Peroxide de fer hydraté contre le vert de Scheele, par M. Spæth, 105.
— id., par M. Puchelt, 246.
Perforations intestinales par des vers, par M. David, 184.
— id., 188.
— id., suite d'inflammation sur-aiguë, par M. Osins, 245.
— de la membrane du tympan employée avec succès, 772.
Péricarde (Affection cérébrale dépendant d'une maladie du), par M. Yonge, 808.
Périnée (Observation de restauration du) et de la cloison recto-vaginale, par M. Pétrequin, 817.
Péritonite avec météorisme, par M. Charmasson, 370.
Pertes séminales, par M. Lallemand, 47.
Pharmacie (Sur le projet de loi sur l'exercice de la), 800.
Pharmacologie (Traité de), par M. Galtier (analyse), 331.
— id., par M. Cotterau (analyse), 352.
Philosophie médicale (Elémens de), par M. Ducros (analyse), 350.
Phlébite du foie chez les nouveaux-nés, par le docteur Scholler, 508.
— (Anatomie pathologique de la), par M. Tessier, 589.
Photographie; sur l'iodage des planches, par M. Séguier, 26.
— emploi de la lumière Drummond pour la formation des images, 126.
— modifications apportées par M. Soleil, 158.
— (Papier préparé pour la), par M. Lassaigne, 157.
Photographiques (Images retraçant les couleurs des objets), par M. Bianchi, 26.
— (Fixation des images), par MM. Choiselat et Prechtl, de Vienne, 317.
— id., par M. Fizeau, 524.
Phrénologie (De l'organe de la destruction chez les animaux), par M. Lélut (analyse) p. 331.
Physiologie (Cours de), nécessité d'étudier les cas rares, par M. Lordat, 449.
— de l'homme, par M. Bischoff, 496.
— de M. Burdach, 815.
— du système nerveux, par M. Muller, 815.
Physiologiques (Essai sur les harmonies), par M. Bandet-Dulary (analyse), 351.
Phthiriase, par M. Dürr, 618.
Phthisie pulmonaire (Prophylaxie de la), 157.
Phthisie (Recherches sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la), par M. Fourvet, 158, 188.
— commençante (Traitement de la), par M. Hoghes, 805.
Pied (Aponévroses et synoviales du), par M. Maslieurat-Lagémard, 275.
— (Luxation du), par M. Thierry, 429, 446, 600.
— (id. complète du) en arrière, par M. Ballot, 575.
— (Transpiration aux), par M. Idler, 618.
Pierre. Voyez Calcul.
Placenta (inséré en partie sur le col utérin), par M. Gustave Wahl, 508.
Plaies sous cutanées, par M. Jules Guérin, 209, 227.
— Id. des articulations, par M. Jules Guérin, 500, 593.
— D'armes à feu avec perte complète de la rotule, par M. Bransby Cooper, 412.
— Des artères radicale et cubitale (Traitement des), par M. Putégnat, 694.
— De l'artère axillaire, par M. Laugier, 429.
— D'abdomen, avec épiplocèle, par M. Cimelle, 512.
— pénétrante de l'abdomen, simulant une plaie de poitrine, par M. Tavignot, 601.
— du cou en travers, autre entrecoupée, par M. Quissac, 555.
— de tête, par M. Kirkbride, 135.
— sous-orbitaires suivies d'amaurose, par M. de Walther, 729.
— et fistules du conduit de Sténon (Traitement des), par M. Riberi, 824.
Plantes (Température propre des), par M. Van-Beck, 23.
Platine (Emploi du), par M. Hœfer, 760.
Pleuro-pneumonies observées à l'hôpital Cochin, 371.
Plomb (Effets de l'oxide de), sur les gencives, par M. Burton, 470.
— (Sels de), formés par les acides d'azote, par M. Péligot, 765.
Pneumonie (Recherches statistiques sur la), par M. J. Pelletan, 26.
— des vieillards (Mémoire sur le traitement de la), par M. Mascarel, 625 et 646.
Poignet (Luxation complète et récente du) en arrière, par M. Voillemier, 251.
Poil dans l'œil, par M. Pomard, 748.
Poisons (Sur la manière dont plusieurs) agissent sur l'économie, par M. Blak, 169.
Poix dans les hémorrhoïdes, par M. Wardleworth, 203.
Pôle (Contraste entre le) cérébral et le pôle génital, par M. Virey, 148.
Polypes bronchiques (Observ. sur les), par M. Cane, 426.
— (Ablation du maxillaire supérieur, pour faciliter la ligature d'un), par M. Flaubert, fils, 573.
— (Excision d'un), par M. Demazières, 702.
Ponctions multiples dans le traitement des bubons, par M. Aubry, 525.
Population (Classes dangereuses de la), par M. Frégier, 145.
Position des membres dans les maladies articulaires, par M. Bonnet, 721, 737.
Potasse (Sur l'action de l'hydrobydragirate de), par M. Hildreth, 668.
Pouls (du), dans la série animale, par M. Dubois, d'Amiens, 510.
Presbyopie subite et éphémère chez un jeune garçon, par M. Hunter, 172.
Pression atmosphérique (Sur l'intervention de la), dans les exhalations séreuses par M. J. Guérin, 33, 321.
Prisons, réclamation de M. Carrière, 191.
— Mortalité et folie dans le régime pénitentiaire, par M. Baillarger, 129.
Prix de l'Académie des sciences, pour 1838, 7.
— Id. pour 1840 à 1843, 460.
— de la société de médecine de Bordeaux, 45.
— de vaccine décernés par l'Académie royale de médecine, 112.
— Montyon (Rapport sur le), à la faculté de Paris, par M. Hipp. Royer-Collard, 750.
— de l'école pratique, 720.
— de l'Académie de médecine, 829.
Prostate (Tuméfaction de la), rétrécissemens spasmodiques de l'urètre pris pour organiques, par M. Cazenave, 491.
Prostatite chronique, par M. Leroy-d'Étiolles, 237.
Protubérance cérébrale (Tumeur cancéreuse comprimant la), par M. Bouvier, 430.
Puerpérale (Sous-carbonate de potasse dans la péritonite), par M. Duchêne, 714.
Puerpérales (Maladies), par M. Helm, 286.
Purgatifs et opium à haute dose, dans un cas d'iléus, par M. Cromelinck, 266.
Purpura hemorrhagica, par Du Soit, 365.
Pus (Rapport qui existe entre le), le sang, le mucus et l'épiderme, par M. Mandl, 417.
Pyrétographie, par M. Blondin, 559.

Q

Quarantaines, par la société de médecine de Bordeaux, 75.
Quinine (Sur la), par M. Magonty, 75.
— (Mutisme produit par le sulfate de), par M. Ménage, 262.
— (Sulfate de), dans les ascites, par M. Caruel, 597.
Quinquina (Guérison par le) d'un ralentissement des battemens du cœur chez une femme enceinte, 267.

R

Rage (Quelques expériences sur la), par M. Breschet, 656.
Ramolissement spontané d'une pierre dans la vessie, par M. Ségalas, 621.
— du cervelet, par M. Binard, 697.
— de l'estomac après la mort, par M. Barre, 715.
Rapport au roi sur la réorganisation des écoles secondaires, par M. Cousin, 687.
Rate (Rupture de la), par M. Sotis, 298.
— (Moyen de résoudre les engorgemens de la), par M. Voisin, de Limoges, 585.
Recto-vaginale (Restauration du périnée et de la cloison), par M. Pétrequin, 817.
Rectum (Vice de conformation du colon et du), par M. Smith, 202.
— (Nouveau procédé opératoire pour la chute du), par M. Robert, 399, 558.
— (Extirpation de l'extrémité inférieure du) squirrheux, par M. Rizzali, 826.
Réducteur mécanique de M. Mayor, 291.
Réduction de luxations par les moufles, par M. Sédillot, 286.
— d'une luxation traumatique de la deuxième vertèbre cervicale, par M. J. Guérin, 362, 658.
— de la mâchoire inférieure (Procédé de), par M. Olliner, 701.
Rein (Cas remarquable d'abcès du), par le docteur Sposer, 507.
Reins (Observation sur la maladie des), par M. Bright, 411.
— (Symptômes cérébraux dans les maladies des) chez les enfans, par M. Golding Bird, 472.
— convertis en kystes chez un fœtus de cinq mois et demi, par M. Moreau, 542.
— (Développement extraordinaire des) chez un nouveau-né, par M. Oesterlen, 794.
Rémittentes (Maladies bilieuses) à Nantes, par M. Padioleau, 99.
Rennes (Faculté de médecine de), 289.
Résections pratiquées dans la continuité des os longs, par M. Bklitsky, 212.
— des deux tiers de la mâchoire, par M. Velpeau, 364.
— du coude, par M. Aston Key, 410.
— (Quelques) par M. Malogo, 541.
— (Emploi du tirefond dans les) des os, par M. Vidal, 582.

Respiration (Organes de la) dans les crustacés décapodes, par M. Duvernoy, 219.
— (Quantité d'air nécessaire à la) (rapport de M. Chevreul), 525.
Restauration de la face, par M. Vanst, 78.
Restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale, par M. Pétrequin, 817.
Rétention de l'arrière faix (Injections à grande eau dans la), par M. Vullyamoz, 493.
Rétinite (Observation de), par M. O'Beirne, 426.
Rétraction des ligamens comme cause de difformités; section de ces ligamens, par M. J. Guérin, 250.
— musculaire (Etiologie des déviations latérales de l'épine), par le même, 369.
Rétrécissemens de l'urètre (Considérations pratiques sur les), par M. Bransby Cooper, 410.
— id. (Cautérisation des) avec une pâte caustique, par M. Cazenave, 177.
Rétroversion de l'utérus en gestation, par M. Wasschau, 104.
Réunion d'une partie d'index séparée, par M. Morley, 523.
— des savans Italiens à Turin, 824.
Revaccination dans le cercle de Willingen, 246.
— par M. Sédillot, 286, 300.
— en Wurtemberg, 562.
— dans la principauté de Hohenzollern-Sigmaringen, par le docteur Heyfelder, 508.
Réfringens (Pouvoirs) des liquides, par MM. E. Becquerel et Cabours, 765.
Rhumatisme articulaire terminé par suppuration (rapport de M. Cerdy), 108.
— id. aigu (Iodure de potassium dans le), par M. Bouyer, 554.
— (Traitement du) aigu par l'opium, par M. Corrigan, 168.
— musculaire; frictions mercurielles, par M. Koyen, 266.
— (Electricité de la peau et rôle qu'elle joue dans le), par M. Scharlan, 751.
Rotule (Luxation de champ de la), par M. J. Watson, 141.
— (Perte complète de la) par suite d'une plaie d'arme à feu, par M. Bransby Cooper, 412.
Rupture de la rate, par M. Sotis, 298.
— de cals vicieux, par M. Pflueger, 562.

S

Salivaire (Calcul), par M. Bédor, 607.
Salivation déterminée par l'hydriodate de potasse, par M. Smith, 812.
Sang (Nature, vie et maladies du), par M. Giacomini, 298.
— (Altération du), par MM. Piorry et Lhéritier (analyse), 338.
— (Rapport qui existe entre le), le mucus et l'épiderme, par M. Mandl, 417.
— (Effet de certaines couleurs sur le), par M. Taylor, 468.
— (Variation des élémens du) dans les maladies, par MM. Andral et Gavarret, 495, 509.
— (Altération du), par M. Monneret, 562.
Scarlatine (Anasarque à la suite de la), par M. Snow, 201.
— (id. aiguë avec convulsions, suite de), par M. Marshall-Hall, 469.
Sciences médicales (Organisation et progrès des) aux Etats-Unis, 625, 609.
Sclérotomie, par M. Pirondi, 538.
Scrofules (Causes des), 61.
Scrofuleuses (Conférences cliniques sur les malad ies) par M. Lugol, 568.
— (Monesia dans les affections), par M. Buchey, 568.
Scrotum (Tumeur du), formée par les débris d'un fœtus, par M. Velpeau, 97.
Séance publique de la Faculté de médecine, 703.
Secours mutuels (Lettre sur les sociétés de), par M. Padioleau, 641.
Section sous cutanée du grand pectoral et des ligamens pour une luxation traumatique du bras, par M. Dieffenbach, 106.
— id. de quarante-deux muscles, tendons ou ligamens, par M. J. Guérin, 561.
— des muscles de l'œil dans le strabisme, par M. J. Guérin, 494.
Seigle ergoté à l'extérieur, par M. Wright, 778.
Sensations du fœtus communiquées à la mère, par M. Piédagnel, 318.
Séreuses (Intervention de la pression atmosphérique dans les exhalations), par M. J. Guérin, 33, 321.
Séton (Efficacité du) dans une fausse articulation suite de fracture, par M. Enright, 474.
— id., par M. Jobert, 575.
— id., par M. Field, 780.
Sociétés de secours mutuels, par M. Padioleau, 641.
Somnambulisme (Obs. remarquable de), par M. Dikson, 136.
Sonde-érigne dans les fistules vésico-vaginales, par M. Serre, 487.
— et bougies flexibles et indestructibles (Nouvelle espèce de), par M. Cazenave, 563.
— (Inflammations, ulcérations et fistules de l'urètre produites par le séjour des), par M. Mercier, 566.
Soufre dans l'angine de poitrine, par M. Munk, 775.
Sous-carbonate de potasse dans la fièvre puerpérale, par M. Duchêne, 714.
— conjonctival, nouveau procédé pour la section des muscles de l'œil, par M. J. Guérin, 693.
— cutanées (Plaies des articulations), par M. J. Guérin, 300, 393.
— id. (Section de quarante-deux muscles, tendons ou ligamens), par M. J. Guérin, 561.
Spasme de l'urètre, par M. Leroy d'Etiolles, 446.
Spécialités (Des), 638.
Speculum auris (Nouveau), par M. Barth, 338.
Spinale (Irritation), par M. Stilling, 616.
Squirrhe de la glande lacrymale et ablation de cette glande, par M. Maslieurat-Lagémard, 233.
Staphylome (Hyperkératose) et son traitement, par M. Fario, 91.
Statistique des maladies des troupes anglaises en Afrique, 810.
— (Notice) sur les aliénés, par M. Renaudin, 829.
Strabisme, section des muscles de l'œil, par M. Dieffenbach, 107.
— id., par M. J. Guérin, 424, 494.
— id. par un nouveau procédé pour la section sous-conjonctivale, par le même, 693.
— (Sur un commencement de discussion académique relative au), 783.
— (Opération du); réclamation de M. Velpeau. — Réponse de M. Guérin, 831.
Structure du cerveau et ses rapports avec le crâne (Recherches sur la), par M. Fuville (rap. de M. Blainville), 516.
— du foie (Note sur la), par M. Lambron, 517.
— fibreuse de la membrane sous-séreuse de l'aorte, par M. Chevers, 409.
Strychnine (Empoisonnement par la), par M. Weyand, 751.
Substitutions (Remarques sur la loi des), par M. Pelouze, 126.
— chimiques, par M. de la Provostaye, 701.
Sucre (Procédés optiques appliqués à la fabrication du), par M. Biot, 127.
Suette miliaire (Sur l'épidémie de), dans l'arrondissement de Coulommiers, par M. Bourgeois, 9.
Suicide, aliénation et crimes contre les personnes, par M. Casauvielh, 599.
Suie dans les dartres et la teigne, par M. Nobele, 264.
— (Usage de la), pour la conservation des matières animales, par M. Dubois, 743.
Sulfate de cuivre étudié comme agent vomitif (lettre sur le), par M. Toulmouche, 329.
— de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. Nonat, 501.
— (De l'emploi du), dans l'ascite consécutive aux fièvres intermittentes, par M. Michel Lévy, 542.
— de zinc, agent vomitif, par M. Toulmouche, 335.
Surdité, perforation de la membrane du tympan, 772.
— produite par le sulfate de quinine, *ibid.*
Suspension (Mémoire sur la), par M. Orfila, 832.
— (Expériences sur la), faites sur un condamné pendant et après l'exécution, 669.
— (Affaire Dauzat), par M. Rigal, 672.
Suture entrecoupée par une vaste plaie du cou en travers, par M. Quissac, 555.
— des grandes lèvres, par M. Geddings, 665.
— d'intestin. *Voyez* Entéroraphie.
Synoviales (Aponévroses et) du pied, par M. Maslieurat-Lagémard, 275.
Syphilide, par M. Cibert, 575.
Syphilis chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées, par M. Huguier, 462.
— (Poëme), par M. Barthélemy, 465.
Syphilitiques (Décoction de Zittmann, employée dans les ulcères), 509.
— (Sur les engorgemens) consécutifs du testicule, par M. Ph. Boyer, 753, 769.
Système nerveux (Note sur l'origine du), par M. Virey, 517.

T

Tabacs dans les empoisonnemens par l'arsenic, par M. Florio, 299.
— (Empoisonnement par le) en lavemens, par M. Tavignot, 763.
Taches simulant les taches arsénicales produites par l'appareil de Marsh, 714.
Taille. *Voyez* Lithotomie.
Tannin contre la sueur, par M. Charvet, 604.
Tartrate de fer ammoniacal, par M. Wardleworth, 776.
Tartre stibié (Empoisonnement par le), par M. Orfila, 175.
— id. et acide arsénieux (Empoisonnement par le), par M. Orfila, 187.
Teigne (Suie dans les dartres et la), par M. Nobele, 264.
Température propre des plantes, par M. Van Beek, 25.
— id., par M. Dutrochet, 45.
Ténotomie appliquée au traitement des fractures, par M. Meynier, 352.
Térébenthine (Recherches sur l'essence de), par M. Deville, 60.
— (Action thérapeutique des diverses), par M. Mège, 701.
Testicules (Cancer du), par M. Guersant fils, 450.
— contenu dans l'abdomen, par M. Paul Eve, 664.
— (Engorgemens syphilitiques consécutifs du), par M. Ph. Boyer, 753, 769.
Tétanos et autres maladies convulsives (Chanvre dans le), par M. O'Shangnessy, 775.
Tête (plaies de), par M. Kirkbride, 133.
— écrasée par les contractions utérines, par le docteur Witcke, 508.
Théorie générale des difformités articulaires, par M. J. Guérin, 636.
Thérapeutique (2e lettre), à P. Bretonneau, par M. Trousseau, 236.
— (Occasion et opportunité en), par M. Golfin, 575.
— (Cours de pathologie et de) générales, par M. Andral, 804.
Tirefond (Emploi du) dans les résections, par M. Vidal de Cassis, 382.
Tœnias existant en grand nombre dans l'estomac, 575.
— (Traitement contre le), par M. Crahl, 507.
Torticolis ancien traité par section sous-cutanée des muscles rétractés, par M. J. Guérin, 465.
Toux (Observation de) qui a duré quatre ans, 653.
Toxicologiques (Expériences) sur une substance inconnue, par M. Brière de Boismont, 278.
Trachéotomie pour une tumeur au cou, guérison, par M. Bulckens, 283.
— pour une tumeur de l'œsophage, comprimant le larynx, par M. Brcheteau, 462.
— Corps étranger dans le larynx, par M. Kennedy, 475.
Transpiration aux pieds, par M. Ideler, 618.
Traitement des maladies compliquées d'un état rhumatique, par M. Rees, 467.
Transposition des viscères, par M. Whinne, 778.
— de l'aorte, de la trachée et de l'œsophage, 807.
Travaux de l'année 1839 (Coup-d'œil sur les), 1.
Tremblement qui affecte quelquefois la main en écrivant, par M. David, 380.
— mercuriel, induration du cerveau, 774.
Trépanation (Deux cas de), suivis de succès, par M. Dalcini, 823.
Trichina spiralis (cas de), par M. Bischoff, 505.
Trompe de Fallope (Hernie inguinale congénitale renfermant la), par le docteur Scholler, 508.
Tubercule du cervelet, par M. Binard, 697.
Tuberculeuses (Des tumeurs), produisant l'hydrocéphale chronique, par M. Barrier, 257.
Tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfans, par MM. Barthez et Rilliet, 232.
Tumeur du scrotum formée par les débris d'un fœtus, par M. Velpeau, 97.
— osseuse naissante du bassin, par M. Keardney-Rodgers, 138.
— douloureuses de l'urètre chez la femme, par M. Hosack, 139.
— (Forme particulière de) congéniale du cou, par M. Hawkins, 166.
— tuberculeuses du cervelet, causes d'hydrocéphale chronique, par M. Barrier, 257.
— fongueuse congénitale; guérison, par M. Crommelinck, 264.
— au cou; accidens, laryngotomie, par M. Bulkens, 265.
— Hydrencéphalique, par M. Plaisant, 263.

Tumeur (Diagnostic des) lombaires, sacrées et périnéales congénitales, par M. d'Ammon, 358.
— graisseuse de la région scapulaire, extirpée par M. L. Boyer, 430.
— cancéreuse dans l'œsophage, comprimant le larynx : trachéotomie, par M. Bricheteau, 462.
— remarquable du crâne, 475.
— fibreuse, extirpée de la paroi postérieure de l'utérus, par M. Amussat, 477.
— du bassin, empêchant l'accouchement, par M. Puchelt, 479.
— remarquable sur la partie latérale du cou (ablation d'une), par M. Bégin, 526.
— encéphaloïde énorme du sein, par M. Bérard, 559.
— (Diagnostic des), par M. Thierry, 599.
— de la jambe, simulant un anévrisme, par M. Norris, 667.
— enkystées au devant du genou, par M. Fleury, 689.
— encéphaloïde développée dans la parotide droite, par M. Hecker, 728.
— érectiles (Traitement des), par M. Riberi, 824.
— hydatique du foie, par M. Barbier, 767.
— fibreuse dans le petit bassin, accouchement naturel, 795.
— sanguines à la tête des nouveaux-nés, par M. Chelius, 799.
— et gonflement de l'abdomen (Sur les), par M. Bright, 809.
— dans le bassin, accouchement naturel, par M. Beaty, 812.
Tunique fibreuse élastique du cœur, par M. Deschamps, 445.
Tympanite abdominale, par M. Scahr, 619.
Typhus abdominal. *Voyez* Fièvre typhoïde.

U

Ulcération perforante de la valvule mitrale, par M. Bonamy, 717.
Ulcères vénériens (Nouveau mode de traitement des), par M. Morel, 238.
Urée (De la proportion de l') dans certains fluides morbides, par le docteur Rees, 412.
Uréthral (Calcul), par M. Jacques, 695.
Urèthre (Tumeurs douloureuses de l'), chez la femme, par M. Hosack, 139.
— (Sur le nitrate d'argent et la cautérisation des rétrécissemens de l'), avec une pâte caustique, par M. Cazenave, 177.
— (Repli membraneux dans l'), dilatation des reins, des uretères et de la vessie, 201.
— (Spasme de l'), par M. Leroy d'Étiolles, 446.
— (Rétrécissemens spasmodiques de l'), pris pour organiques, par M. Cazenave, 491.
— (Inflammations, ulcérations et fistules de l'), produites par le séjour des sondes, par M. Mercier, 566.
Urinaires (Maladies des voies), chez un homme, par M. Cazenave, 108.
Urine (De l'), dans les maladies, par M. Gibert, 28.
— Id., par M. Guittof, 29.
— (Cause et mécanisme de l'incontinence, de la rétention et du regorgement d'), chez le vieillard, par M. Mercier, 539.
— (Incontinence d'), pendant la nuit, par M. Devergie aîné, 588.
Utérin (Excision d'un polype), par M. Demazières, 702.
Utérine (Atrésie), opérée avec succès, par M. Da Camin, 91.
Utérus (Extirpation de la presque totalité de l'), par M. Luytgerens, 77.
— (Amputation du col de l'), par M. Amussat, 94.
— (Pendant la gestation). Anatomie, physiologie et pathologie, par M. Jacquemier, 206.
— (Rétroversion de l'), en gestation, par M. Wasschau, 104.
— Id., par Ch. Halpin, 426.
— (Tumeur fibreuse extirpée de la paroi postérieure de l'), par M. Amussat, 477.
— (Placenta inséré en partie sur le col de l'), par le docteur Wahl, 508.
— (Tête écrasée par la contraction de l'), par le docteur Witcke, 508.
— (Différens procédés employés pour la cure des chûtes de l'), par M. Geddings, 665.
— (Hernie inguinale de l'), opération césarienne, par M. Lesdema, 715.
— (Injection dans l'), par M. Vidal de Cassis, 445, 526, 632, 704.
— Id., par M. Duparcque, 597, 655.
— Id., par M. Hourmann, 568, 656.
— Id., par M. Guillemin, 681.
— Ovarite provoquée par les injections, 575.
— (Extirpation du col de l'), par M. Rizzoli, 826.

V

Vaccinations (Rapport de M. Villeneuve sur l'état des), 428, 446.
Vaccine. Action préservative de la variole, 381.
— chez les vaches (sur la), par le docteur Hering, 430.
Vaisseaux utéro-placentaires, par M. Bonamy, 195.
— (contractilité des), par M. Henle, 730.
Valvule mitrale (Ulcération perforante de la), par M. Bonamy, 717.
Variole (Note sur les cas de) reçus à l'hôpital des varioleux de Londres, 172.
— action préservative de la vaccine, 381.
— (Non existence de boutons de), dans l'intérieur du corps, par M. Alexander, 617.
Varices (Oblitération des veines dans les), par M. Jobert, 603.
Varicocèle (Nouveau procédé pour la cure radicale du), par M. Ricord, 94.
Végétaux (Composition chimique du tissu propre des), par M. Payen (rap. de M. Brongniart), 423.
Veines (Origine du cancer des), et possibilité de la transmission du cancer aux animaux, par M. Langenbeck, 105.
— (Introduction de l'air dans les), par M. Amussat, (analyse), 336.
— (Oblitération des) dans les varices, par M. Jobert, 603.
— jugulaire (Introduction de l'air dans la), par M. Rouley (discussion académique), 702.
— (Oblitération de la) cave inférieure, veines supplémentaires, par M. Gely, 716.
Vénériennes (Sur les maladies), par M. Banmès, 252.
— Id. par M. Desruelles, (analyse), 447.
— (Indication du traitement mercuriel général dans les maladies), par M. Heuratay, 695.
Vénériens (Nouveau mode de traitement des), par M. Morel, 238.
Ventouses scarifiées dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. Nouat, 301.
— (dans les hémorrhagies utérines), par M. Gondret, 683.
Verge (Modification du procédé d'amputation de la), par M. Smyly, 475.
Vers (Perforations intestinales par des), par M. David, 484.
Vertébral (Deuxième mémoire sur le mal), par M. Nichet, 335, 481.
Vertèbre (Luxation traumatique de la deuxième) cervicale, réduite après sept mois, par une méthode particulière, par M. J. Guérin, 562, 658.
— (Luxation de la deuxième) cervicale sur la troisième, par M. Ferretti, 95.
Vésicatoires; lettre de M. Trousseau à P. Bretonneau, 219.
Vessie (Pierre enkystée dans la), par M. Marius-Marini, 92.
— cancéreuse comprise dans une hernie à travers la ligne blanche, par M. Mengoldo, 92.
— (Accidens survenus dans une) séparée en deux, 154.
— (Corps étranger dans la) retiré par la pince de Biancbetti, par M. Spessa, 826.
Vice de conformation du colon et du rectum; par M. Smith, 202.
— id. et maladies de l'œil humain, par M. d'Ammon, 560.
Vichy (Eaux de) dans la goutte, par M. Petit, 205, 219.
Vieillards (Cause et mécanisme de l'incontinence, de la rétention et du regorgement de l'urine chez les), par M. Mercier, 539.
— (Traitement de la pneumonie des), par M. Mascarel, 625, 646.
Vision (Expériences sur la) distincte et la vision confuse, par M. Gerdy, 462, 477, 558, 605.
— (Influence des muscles obliques de l'œil sur la), par M. Szokalski, 699.
Vital (Du principe), par M. Picard (rapport de M. Virey), 428.
Voies urinaires (Abcès dans différentes régions pendant les maladies des), par M. Civiale, 602.
Voix sombrée; réclamation de MM. Pétrequin et Diday, 305, 455.
— (Sur la), par M. Garcia, 748.
Volvulus; guérison par le mercure métallique, par M. Cromelinck, 266.
Vomitif (Sulfate de cuivre considéré comme agent), par M. Toulmouche, 529.
— (Sulfate de zinc agent), par le même, 355.
— coup sur coup dans le croup, par M. Jourdain, 718.
Vomitives (Propriétés) de la narcitine, par le même, 266.
Vulvaires (Inflammation des follicules), par M. Robert, 638.

Y

Yeux (Manuel pratique des maladies des), leçons de M. Velpeau, par M. Jeanselme, 95.
— (Arrêt de développement remarquable des), par M. Miram, 539.

Z

Zinc (Sulfate de), agent vomitif, par M. Toulmouche, 355.
Zittmann (Décoction de), employée dans les ulcères syphilitiques, par M. Branzlow, 509.
Zoologie (Élémens de), par M. Hollard, 783.
Zoospermes (Origine et développement des), par M. Lallemand, 732, 764.